



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Εναλλακτικές μορφές θεραπείας σε Α.μεΑ.»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΓΡΙΒΑ ΣΥΝΟΔΗ, ΙΠΠΕΙΩΤΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, ΜΑΝΗ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΕΣ: ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΑ

ΒΑΛΣΑΜΗ ΟΥΡΑΝΙΑ

Πάρα, Οκτώβριος 2012

ΠΑΤΡΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2012



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«Εναλλακτικές μορφές θεραπείας σε Α.μεΑ.»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

ΓΡΙΒΑ ΣΥΝΟΔΗ

ΙΠΠΕΙΩΤΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΜΑΝΗ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΕΣ:

ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΑ

ΒΑΛΣΑΜΗ ΟΥΡΑΝΙΑ

Πτυχιακή εργασία για την λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

Πάτρα, Οκτώβριος 2012



TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE (T.E.I.) OF PATRAS
FACULTY OF SCIENCES OF HEALTH AND CARE
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

THESIS:

**“Alternative forms of treatments for persons
with disabilities”**

RESEARCH TEAM:

GRIVA SYNODI

IPPEIOTI ANASTASIA

MANI EFROSYNI

HEAD TEACHERS:

STATHOPOYLOY IOANNA

BALSAMI OYRANIA

Patras, October 2012

© 2012 - All rights reserved

Η πτυχιακή εργασία των Γρίβα Συνοδή, Ιππειώτη Αναστασία και Μάνη Ευφροσύνη εγκρίνεται:

Υπογραφές:

1. Βαλσάμη Ουρανία

Μέλη εξεταστικής επιτροπής:

- 2.
- 3.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε πρώτα από όλα τις οικογένειες μας για την ηθική, ψυχολογική και οικονομική υποστήριξη που μας πρόσφεραν κατά τη διάρκεια της συγγραφής της πτυχιακής εργασίας. Ευχαριστούμε την κυρία Σταθοπούλου Ιωάννα για την πολύτιμη βοήθεια της. Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους για την συνεργασία τους. Τέλος ευχαριστούμε την θεατρική ομάδα του Α.Τ.Ε.Ι. «ΚΟΜΠΑΡΣΟΙ» για την ψυχολογική υποστήριξη που μας πρόσφεραν.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η συγγραφή της πτυχιακής εργασίας με θέμα «Εναλλακτικές Μορφές Θεραπείας σε Α.μεΑ.» πραγματοποιήθηκε για την ολοκλήρωση του κύκλου σπουδών και την λήψη πτυχίου στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας.

Σκοπός της ερευνητικής μελέτης είναι να καταγραφούν και να αναλυθούν καινοτόμες προσεγγίσεις. Η αναζήτηση αυτή προέκυψε από την μια πλευρά χρονικά γιατί βιώνουμε μια εποχή, όπου οι πληροφορίες που παίρνουμε είναι καταγιστικές στο θέμα της ενημέρωσης. Όπως και από την ανάγκη μας ως μελλοντικοί κοινωνικοί λειτουργοί να λάβουμε γνώσεις για την καλύτερη κατάρτισή μας στο θέμα που επιλέξαμε.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία μελετά την ύπαρξη εναλλακτικών μορφών θεραπείας σε άτομα με αναπηρία τόσο βιβλιογραφικά όσο και ερευνητικά η οποία έχει σκοπό να διερευνήσει τις στάσεις κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων εργαζομένων σε κέντρα για άτομα με αναπηρία στην Πάτρα σχετικά με τις εναλλακτικές θεραπείες.

Στο πρώτο κεφάλαιο πραγματοποιείται μία προσπάθεια προσδιορισμού της έννοιας ατόμων με αναπηρία και ο διαχωρισμός των παθήσεών τους. Πιο συγκεκριμένα οι αναπηρίες κατηγοριοποιούνται σε διαταραχές μάθησης, αισθητηριακές διαταραχές, νοητική υστέρηση, σωματικές αναπηρίες, συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς, ψυχωτική συμπεριφορά και σε διαταραχές ανάπτυξης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται μια εκτενής αναφορά στις εναλλακτικές θεραπείες. Οι θεραπείες αυτές είναι οι εικαστικές θεραπείες όπως η ζωγραφική, η παιγνιοθεραπεία στην οποία υπάγεται το παιχνίδι, η χοροθεραπεία. Ακόμα εναλλακτική θεραπεία είναι η μουσικοθεραπεία με την χρήση μουσικής και μουσικών οργάνων, η ζωοθεραπεία η οποία πραγματοποιείται με την άμεση επαφή με ζώα, η υδροθεραπεία που εφαρμόζεται σε υγρό στοιχείο και η δραματοθεραπεία με την χρησιμοποίηση του θεατρικού παιχνιδιού και συμμετοχής σε θεατρική παράσταση.

Στο τρίτο κεφάλαιο ορίζεται η συμβολή της οικογένειας των ατόμων με αναπηρία. Γίνεται αναφορά στον ορισμό της οικογένειας. Ακόμα αναφέρεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού και μελετάται η κοινωνική εργασία με οικογένεια. Παρουσιάζεται μια σύντομη αναφορά στην ιστορική αναδρομή της κοινωνικής εργασίας με οικογένεια. Επίσης γίνονται γνωστά τα μοντέλα θεραπευτικής παρέμβασης που χρησιμοποιεί ο κοινωνικός λειτουργός στην οικογένεια. Οι κυριότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιεί ο κοινωνικός λειτουργός είναι η ψυχοδυναμική προσέγγιση, η μεταμοντέρνα προσέγγιση, η θεραπεία Συμπεριφοράς και η παρέμβαση σε κρίση.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται ο ρόλος του θεραπευτή όταν εφαρμόζει κάποια εναλλακτική θεραπεία. Ο ρόλος του περιλαμβάνει κάποια χαρακτηριστικά σε συνδυασμό με τη επαγγελματική του εμπειρία όπως επίσης και με την προσωπικότητά του. Η ενσυναίσθηση, η γνώση, ο σεβασμός προς τον θεραπευόμενο, η εχεμύθεια και η εμπιστοσύνη είναι ορισμένα από τα χαρακτηριστικά που πρέπει να κατέχει ένας επαγγελματίας θεραπευτής. Επίσης αναφέρεται και στην επαγγελματική εξουθένωση του θεραπευτή.

Το πέμπτο κεφάλαιο αφορά την μεθοδολογία της έρευνας που πραγματοποιήθηκε. Γίνεται αναφορά στον σκοπό της έρευνας και η επιλογή του είδους της ως ποιοτική. Συγκεκριμένα παρουσιάζονται τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν και τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν. Στην έρευνα ορίζεται ο πληθυσμός και το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε από επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους που εργάζονται σε υπηρεσίες και κέντρα για άτομα με αναπηρία. Ερευνήθηκε κατά πόσο είναι γνωστές και χρήσιμες οι θεραπείες αυτές και εφόσον χρησιμοποιείται κάποια από αυτές, τι αποτελέσματα έχει στα άτομα με αναπηρία. Ακόμα τονίζεται η εγκυρότητα της έρευνας και η αξιοπιστία της.

Η πτυχιακή εργασία ολοκληρώνεται με την παρουσίαση της συζήτησης των συμπερασμάτων της έρευνας και των συσχετισμών με βάση την βιβλιογραφική

μελέτη που πραγματοποιήθηκε. Επιπροσθέτως παρουσιάζονται κάποιες προτάσεις για την μελλοντική χρήση των εναλλακτικών θεραπειών. Τέλος τίθεται η ανάγκη διαρκούς αναζήτησης νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων σε άτομα με αναπηρία για την καλύτερη δυνατή βελτίωση του βιοτικού τους επίπεδο.

SUMMARY

This paper studies the existence of alternative forms of treatment for people with disabilities both in literature and research that aims to explore the attitudes of social workers and psychologists workers in centers for people with disabilities in Patras on alternative therapies.

In the first chapter an effort is made to define the concept of disability and separation of their condition. In particular disabilities are categorized into learning disorders, sensory disorders, mental retardation, physical disabilities, emotional and behavioral disorders, psychotic behavior and growth disorders.

In the second chapter is a comprehensive reference to alternative therapies. These treatments are visual treatments such as painting, play therapy to which the game, dance therapy. Even alternative therapy is using music therapy with music and musical instruments, the animal assisted therapy is through direct contact with animals, hydrotherapy applied to fluid element and the dramatherapy is used with game play and participation in theater.

The third chapter is defined as the contribution of the family of people with disabilities. Refer to the definition of family. Even indicated the role of social worker and studied social work with families. There is a brief reference to the history of social work with families. Also known are models of therapeutic intervention used by the social worker in the family. The main therapeutic approaches that uses a social worker is the psychodynamic approach, the postmodern approach, behavior therapy and crisis intervention.

The fourth chapter analyzes the role of the therapist applying an alternative therapy. The role includes some features in conjunction with professional experience as well as his personality. Empathy, knowledge, respect to the patient, confidentiality and trust are some of the features you need to hold a professional therapist. Also it refers to the therapist burnout.

The fifth chapter addresses to the methodology of the survey that was undertaken. It refers to the purpose of research and selection of a qualitative kind. Specifically, they are named the research questions and research tools used. The survey defined the population and the sample used by professional social workers and psychologists working in departments and centers for people with disabilities. Investigated whether known and useful treatments are used and if any of them, what effects it has on people with disabilities. Still is highlighted the validity of the research and credibility.

The thesis concludes with a discussion of the presentation of research findings and correlations based on literature study conducted. Additionally there are presented some suggestions for future use of alternative therapies. Finally there is the need for continuous search for new therapeutic approaches to individuals with disabilities to best improve their living standards.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	11
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	15
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	16
ΜΕΡΟΣ Α΄	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ Α.μεΑ	18
1.1 Ορισμός Αναπηρίας.....	18
1.1.1 Διαταραχές Μάθησης.....	20
1.1.2 Αισθητηριακές Διαταραχές	20
1.1.3 Νοητική Υστέρηση.....	21
1.1.4 Σωματικές Αναπηρίες.....	24
1.1.5 Συναισθηματικές Διαταραχές και Διαταραχές Συμπεριφοράς.....	28
1.1.6 Διαταραχές Επικοινωνίας.....	30
1.1.7 Διαταραχές Ανάπτυξης.....	31
1.1.8 Ψυχωτική Συμπεριφορά.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
ΜΟΡΦΕΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΕ Α.με.Α.	46
2.1 Εικαστική Θεραπεία.....	46
2.1.1 Ορισμός.....	46
2.1.2 Ιστορική Αναδρομή.....	46
2.1.3 Φιλοσοφία της Εικαστικής Θεραπείας.....	47
2.1.4 Θεραπευτικές προσεγγίσεις.....	48
2.1.5 Η στάση του εικαστικού Θεραπευτή.....	49
2.2 Παιγνιοθεραπεία.....	50
2.2.1 Ορισμός Παιγνιοθεραπείας.....	50
2.2.2 Ιστορική Αναδρομή.....	50

2.2.3	Είδη Παιγνιοθεραπειών.....	51
2.3	Χοροθεραπεία.....	53
2.3.1	Ορισμός.....	53
2.3.2	Ιστορική Αναδρομή.....	53
2.3.3	Η Εκπαίδευση στη Χοροθεραπεία.....	54
2.3.4	Μεθοδολογικές επισημάνσεις.....	55
2.4	Μουσικοθεραπεία.....	55
2.4.1	Ιστορική Αναδρομή.....	55
2.4.2	Ορισμός Μουσικοθεραπείας.....	56
2.4.3	Ρόλος Θεραπευτή.....	57
2.4.4	Μουσικοθεραπεία και Αυτισμός.....	57
2.4.5	Μεθοδολογία Μουσικοθεραπείας.....	59
2.5	Ζωοθεραπεία.....	62
2.5.1	Ορισμός Ζωοθεραπείας.....	62
2.5.2	Δελφινοθεραπεία (Dolphin Assisted Therapy).....	63
2.5.3	Θεραπευτική Ιππασία.....	65
2.6	Υδροθεραπεία.....	67
2.6.1	Ορισμός Υδροθεραπείας.....	67
2.6.2	Αρχές και ιδιότητες του νερού.....	68
2.6.3	Θεραπευτικά οφέλη της Υδροθεραπείας.....	69
2.7	Δραματοθεραπεία.....	70
2.7.1	Ορισμός Δραματοθεραπείας.....	70
2.7.2	Η τέχνη στην θεραπεία.....	71
2.7.3	Ιστορική Αναδρομή.....	71
2.7.4	Εισαγωγή στην Δραματοθεραπεία.....	72
2.7.5	Το σώμα στη Δραματοθεραπεία	73
2.7.6	Η έννοια της θεραπείας	73
2.7.7	Ορισμός της ψυχοθεραπείας.....	74
2.7.8	Θεωρητικές αρχές της Δραματοθεραπείας.....	74

2.7.9 Προληπτική θεραπευτική μέσω της δραματοθεραπείας.....	74
2.7.10 Το συναισθηματικό ξεπάγωμα μέσω της δραματοθεραπείας.....	75
2.7.11 Δραματοθεραπεία και ψυχική ασθένεια.....	75
2.7.12 Ρόλοι και η σημασία τους.....	76
2.7.13 Το ψυχόδραμα και οι διαφορές του με τη δραματοθεραπεία	77
2.7.14 Ο δραματοθεραπευτής.....	78
2.7.15 Η δομή της συνεδρίας.....	79
2.7.16 Η χρήση της μουσικής στην δραματοθεραπεία.....	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Α.μεΑ.....	83
3.1 Ορισμός Οικογένειας.....	83
3.2 Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια	83
3.2.1 Ιστορική Αναδρομή.....	84
3.2.2 Ρόλος κοινωνικού λειτουργού.....	84
3.3 Μοντέλα θεραπευτικής της οικογένειας.....	85
3.4 Κοινωνική εργασία με οικογένεια σε κρίση.....	86
3.4.1 Μοντέλα παρέμβασης σε κρίση.....	86
3.4.2 Τεχνικές και δεξιότητες κοινωνικού λειτουργού σε καταστάσεις οικογενειακής κρίσης.....	88
3.5 Οικογένεια και Άτομα με Αναπηρία.....	89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	
ΡΟΛΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ.....	93
4.1 Χαρακτηριστικά Θεραπευτή.....	93
4.2 Στοιχεία δυναμικής των ομάδων και το έργο του θεραπευτή.....	96
4.3 Επαγγελματική εξουθένωση.....	97
4.4 Ρόλος κοινωνικού λειτουργού σε κέντρα για άτομα με αναπηρία.....	98
ΜΕΡΟΣ Β΄.....	100
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	101
5.1 Αντικείμενο της έρευνας.....	101

5.2 Σκοπός της έρευνας.....	101
5.3 Σημαντικότητα έρευνας.....	101
5.4 Είδος της έρευνας.....	101
5.5 Δεοντολογία.....	102
5.6 Περιορισμοί της έρευνας.....	102
5.7 Αξιοπιστία – Εγκυρότητα.....	102
5.8 Πληθυσμός.....	103
5.9 Δείγμα.....	103
5.10 Μέθοδος Δειγματοληψίας.....	103
5.11 Ερευνητικά εργαλεία.....	103
5.12 Ερευνητικά ερωτήματα.....	104
5.13 Διεξαγωγή της έρευνας.....	105
5.14 Τόπος και Χρόνος.....	105
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	106
6.1 Αποτελέσματα έρευνας.....	106
6.2 Συμπεράσματα έρευνας.....	112
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	114
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	116
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	142

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- Α.μεΑ.** ⇨ Άτομα με Αναπηρία
- ΠΟΥ** ⇨ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
- ΟΗΕ** ⇨ Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
- ΗΠΑ** ⇨ Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
- DSM-IV** ⇨ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV
- ΔΠ** ⇨ Διανοητικό Πηλίκο
- ΚΕΘΕΑ** ⇨ Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
- Ε-Π-Ρ** ⇨ Ενσωμάτωση – Προβολή – Ρόλος
- Κ.Ε.Α.** ⇨ Κοινωνική Εργασία με άτομο
- Κ.Ε.Ο** ⇨ Κοινωνική Εργασία με ομάδες
- Κ.Ε.Κ.** ⇨ Κοινωνική Εργασία με κοινότητα
- Ι.Κ.Α.** ⇨ Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
- Κ.Δ.Α.Π.μεΑ.** ⇨ Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών με Αναπηρία
- Ε.Κ.Ψ.Υ.Κ.Ε.** ⇨ Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών
- ΣΟ.Ψ.Υ.** ⇨ Σύλλογος για την Ψυχική Υγεία
- Κ.Α.** ⇨ Και Άλλα
- Ε.Ο.Π.Υ.Υ.** ⇨ Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το αντικείμενο της έρευνας είναι οι στάσεις των κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων που εργάζονται σε κέντρα για άτομα με αναπηρία στην Πάτρα σχετικά με τις εναλλακτικές θεραπείες. Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η διερεύνηση της γνώσης, της συμπεριφοράς και της άποψης των κοινωνικών λειτουργών και των ψυχολόγων, οι οποίοι εργάζονται σε κέντρα που προσφέρουν υπηρεσίες σε άτομα με αναπηρία, απέναντι στις εναλλακτικές θεραπείες. Παράλληλα γίνεται γνωστό αν πραγματοποιούνται εναλλακτικές θεραπείες στην πόλη της Πάτρας. Συγκεκριμένα, στόχοι της έρευνας αποτελούν η διερεύνηση της χρήσης των εναλλακτικών θεραπειών στα κέντρα που αφορούν Α.μεΑ. στην πόλη της Πάτρας, η περιγραφή των συναισθημάτων και η αποδοχή των εναλλακτικών θεραπειών από τα Α.μεΑ. Ακόμα η συγκέντρωση των απόψεων των επαγγελματιών για την αποτελεσματικότητα των θεραπειών, η καταγραφή ποιων ειδικοτήτων επαγγελματιών εφαρμόζουν τις εναλλακτικές θεραπείες στα κέντρα Α.μεΑ. και η αποτελεσματικότητα των εναλλακτικών θεραπειών στα κέντρα για Α.μεΑ. στην Πάτρα. Το θέμα της πτυχιακής επιλέχθηκε επειδή δεν έχει μελετηθεί επαρκώς και η θεματολογία της έρευνας που πραγματοποιήθηκε είναι επίκαιρη. Προκύπτει από την ανάγκη των επαγγελματιών-θεραπευτών να ανακαλύψουν και να εξελίξουν τις εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις για την βελτίωση των δεξιοτήτων των ατόμων με αναπηρία.

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε είναι ποιοτική επειδή η ποιοτική έρευνα αποτελεί ένα από τα σπουδαιότερα μεθοδολογικά παραδείγματα και ερευνητικά εργαλεία και χρησιμοποιείται στις κοινωνικές επιστήμες. Η έρευνα διεξάχθηκε με την μέθοδο της συνέντευξης. Μέσω της συνέντευξης έγινε γνωστή η εφαρμογή των εναλλακτικών θεραπειών σε κέντρα με Α.μεΑ., τα συναισθήματα και αποδοχή των θεραπειών αυτών από τα άτομα με αναπηρία, οι απόψεις επαγγελματιών για την αποτελεσματικότητα των θεραπειών και ποιες ειδικότητες επαγγελματιών εφαρμόζουν εναλλακτικές θεραπείες στα κέντρα.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ Α.μεΑ. (Άτομα με Αναπηρία)

1.1 Ορισμός Αναπηρίας

Ο ορισμός της αναπηρίας έχει δοθεί από πολλές επιστήμες. Επιστήμες όπως η ψυχολογία, η ιατρική, η βιολογία και η ειδική αγωγή έχουν ερμηνεύσει και έχουν ορίσει την αναπηρία σύμφωνα με τις γνώσεις και τις εμπειρίες των ενασχολούμενων με αυτές.

Σύμφωνα με την Πολυχρονοπούλου (2001), ανάπηρος είναι ο άνθρωπος από τον οποίο λείπει μια αίσθηση ή ένα μέλος του σώματος του. Στην ιατρική η αναπηρία ορίζεται ως «η ύπαρξη λειτουργικής βλάβης συγγενούς ή επίκτητης αποτέλεσμα η κατάλοιπο συνήθως κάποιας αρρώστιας ατυχήματος. Ο όρος χρησιμοποιείται συχνά ως συνώνυμος με όρο μειονεξία ή μειονεκτικότητα». (Πολυχρονοπούλου, Σ. 2001) Ωστόσο, η αναπηρία δεν είναι πάντα ταυτόσημη με την μειονεξία, γιατί σύμφωνα με την κοινωνική ψυχολογία η αναπηρία εξαρτάται από τη φύση και την σοβαρότητα του προβλήματος, το βαθμό επιρροής στην καθημερινή ζωή, όπως και στις θέσεις των άλλων απέναντι στο πρόβλημα.

«Αν παρατηρήσει κανείς αντικειμενικά την ζωή των αναπήρων, θα διαπιστώσει πως είναι άτομα με προσωπικότητα που διάγουν βίο ανάλογα της προσωπικότητάς τους (Ποντίκης, Γ., 1989).»

Σύμφωνα με τον ορισμό του οικονομικού και κοινωνικού συμβουλίου του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) (1975), ο όρος «ανάπηρος» αναφέρεται «σε οποιοδήποτε άτομο που δεν μπορεί να εξασφαλίσει μόνο του όλες ή ένα μέρος από τις ανάγκες μιας φυσιολογική ατομικής ή και κοινωνικής ζωής λόγω κάποιου εκ γενετής ή επίκτητου σωματικού ή διανοητικού μειονεκτήματος». Η μειονεξία του αναπήρου συνεπώς, άσχετα από την μορφή και το χρόνο που εκδηλώνεται, προκαλεί μερική ή ολική απώλεια της ικανότητας του ατόμου να καλύπτει τις ανάγκες του. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ), στην κατάταξη της αναπηρίας (1980) διαφοροποιεί την ανεπάρκεια (impairment), από τις ειδικές ανάγκες (disability) και την μειονεξία (handicap). Η έννοια των «ειδικών αναγκών» υποδηλώνει μια απόκλιση από το «κανονικό» πλαίσιο ικανότητας του ατόμου – σωματικής ή διανοητικής.

Οι αναπηρίες ταξινομούνται ως προς το χρόνο εκδήλωσης σε εκείνες με τις οποίες γεννιέται το βρέφος –τις συγγενείς αναπηρίες όπως είναι γνωστές– και σε αναπηρίες οι οποίες μπορούν να προκληθούν σε κάποια χρονική στιγμή από κάποια κληρονομική αιτία, ασθένεια ή ατύχημα. Εκτός από την κληρονομικότητα, η κακή διατροφή, η έλλειψη κατάλληλης φροντίδας, οι παρενέργειες από φάρμακα, οι τραυματισμοί κατά τη διάρκεια του τοκετού, ευθύνονται για τις συγγενείς αναπηρίες. Με εξαίρεση κάποιες ανίατες ασθένειες –όπως παραδείγματος χάριν μηνιγγίτιδα, πολιομυελίτιδα–, τα εργατικά και τροχαία ατυχήματα είναι ως επί το πλείστον υπεύθυνα για τις επίκτητες αναπηρίες. Οι αναπηρίες διακρίνονται σε τέσσερα είδη: κινητικές ή σωματικές, αισθητηριακές, νοητικές – γνωστικές και συναισθηματικές. Συχνά όμως, η αναπηρία σε ένα τομέα λειτουργικότητας του ατόμου έχει επιπτώσεις και σε άλλους τομείς (περιπτώσεις πολυαναπηρίας).

Στις μέρες μας γίνεται χρήση πολλών συστημάτων ταξινόμησης των ειδικών αναγκών, τα οποία εστιάζουν στην συμπτωματολογία είτε στην αιτιολογία είτε στα γενικά και ειδικά χαρακτηριστικά των ατόμων. Το σύστημα που κυριάρχησε για πολλά χρόνια ήταν το ιατρικό, όμως στις αρχές της δεκαετίας του εβδομήντα ('70) παρατηρήθηκε μία στάση πολλών χωρών για αποιατρικοποίηση.

«Το γνωστότερο όμως, και πιο συνηθισμένο σύστημα κατηγοριοποίησης των ειδικών αναγκών είναι το παρακάτω:

A) Άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες είναι τα άτομα εκείνα που παρουσιάζουν διαταραχή σε μία ή περισσότερες βασικές ψυχολογικές διεργασίες που περιλαμβάνονται στην κατανόηση ή τη χρησιμοποίηση του λόγου προφορικού ή γραπτού και εκδηλώνονται με προβλήματα στην αντίληψη της ακοής, της σκέψης, της ομιλίας, ανάγνωσης, της γραφής, της ορθογραφίας ή της αριθμητικής. Στην κατηγορία αυτή δεν ανήκουν παιδιά των οποίων το μαθησιακό πρόβλημα είναι αποτέλεσμα οπτικής, ακουστικής ή κινητικής αναπηρίας, ή πολιτισμικής αποστέρησης.

B) Άτομα με αισθητηριακά προβλήματα: 1) Άτομα με προβλήματα ακοής. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν άτομα των οποίων η ακοή είναι τόσο μειωμένη ώστε να εμποδίζει σοβαρά τη γλωσσική ανάπτυξη. Τα άτομα αυτά διακρίνονται σε τελείως κωφά, βαρήκοα ή μερικώς ακούοντα. 2) Άτομα με προβλήματα όρασης. Οι πιο γνωστοί τρόποι περιγραφής ατόμων με προβλήματα όρασης είναι ο νομικός και ο εκπαιδευτικός. Ο πρώτος περιλαμβάνει αξιολόγησης της οπτικής οξύτητας και του οπτικού πεδίου, προκειμένου να καθοριστεί αν το άτομο δικαιούται να νομικά οφέλη, ενώ ο δεύτερος τονίζει τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες.

Γ) Άτομα με νοητική υστέρηση είναι εκείνα που παρουσιάζουν νοητική ανεπάρκεια και μειωμένη ικανότητα προσαρμογής μέχρι την ηλικία των 70, τα άτομα με νοητική υστέρηση διακρίνονταν σε εκπαιδεύσιμα, ασκήσιμα και με βαριά υστέρηση. Σήμερα, έχει διεθνώς πλέον γίνει δεκτό ότι κανένα άτομο δεν είναι μη εκπαιδεύσιμο και ότι υπάρχουν άτομα με ελαφρά νοητική υστέρηση, μέτρια νοητική υστέρηση και σοβαρή νοητική στέρωση.

Δ) Άτομα με σωματικές αναπηρίες. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα άτομα εκείνα των οποίων οι αισθητηριακές και σωματικές βλάβες ή άλλα προβλήματα υγείας εμποδίζουν την ομαλή ένταξη τους στο περιβάλλον.

Ε) Άτομα με προβλήματα συμπεριφοράς. Τα άτομα που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία παρουσιάζουν ένα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά σε μεγάλο βαθμό και για μεγάλα χρονικά διαστήματα:

- Προβλήματα μάθησης που δεν οφείλονται σε νοητική ανεπάρκεια ή σε προβλήματα υγείας.
- Ανικανότητα ή προβλήματα δημιουργίας διαπροσωπικών σχέσεων.
- Ακατάλληλη συμπεριφορά ή συναισθήματα κάτω από φυσιολογικές συνθήκες.
- Τάση για ψυχοσωματικά συμπτώματα ή φοβίες.
- Σύγκρουση με το νόμο.

ΣΤ) Άτομα με προβλήματα λόγου. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν διαταραχές επικοινωνίας που επηρεάζουν αρνητικά τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, την σχολική τους επίδοση ή και τα δύο.

Z) Ψυχωτική συμπεριφορά

Η) Άτομα με πολλαπλές αναπηρίες είναι τα άτομα εκείνα που έχουν δύο ή περισσότερα αναπηρίες.

Η χρησιμοποίηση του παραπάνω συστήματος ταξινόμησης των ειδικών αναγκών εξυπηρετεί μόνο πρακτικούς σκοπούς και προσδιορίζει σε πολύ γενικές γραμμές τα κοινά χαρακτηριστικά και τις εκπαιδευτικές και κοινωνικές ανάγκες

(Πολυχρονοπούλου Σ.,2001).»

1.1.1 Διαταραχές Μάθησης

Στις διαταραχές αυτές ανήκουν:

- Η διαταραχή της ανάγνωσης, η οποία είναι γνωστή και ως «δυσλεξία», διακρίνεται από την μειωμένη επίδοση του ατόμου στο γραπτό λόγο, καθώς και στην κατανόηση του κειμένου που διαβάζει.
- Η διαταραχή των μαθηματικών, η οποία διακρίνεται από την μειωμένη ικανότητα του ατόμου να κατανοήσει τους μαθηματικούς όρους, να κάνει μαθηματικούς υπολογισμούς και πράξεις.
- Η διαταραχή της γραπτής έκφρασης, η οποία διακρίνεται από την μειωμένη δεξιότητα του ατόμου στην σύνθεση του γραπτού λόγου.
- Διαταραχή της μάθησης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, στην οποία το άτομο παρουσιάζει μειωμένη επίδοση στη δυσορθογραφία και δυσαρυθμισμό, ωστόσο δεν πληρεί τα κριτήρια για να ενταχτεί σε κάποια από αυτές.

Για να πραγματοποιηθεί η διάγνωση της διαταραχών της μάθησης είναι απαραίτητο να εμφανίζεται μειωμένη επίδοση του ατόμου με βάση την ηλικία του και λαμβάνοντας υπ' όψιν αν υπάρχει κάποιο σοβαρό αισθητηριακό έλλειμμα ή κάποιο πρόβλημα ιατρική φύσεως.

1.1.2 Αισθητηριακές Διαταραχές

Άτομα με Προβλήματα Όρασης

«Στην κατηγορία των ατόμων με προβλήματα όρασης διακρίνουμε τα “τυφλά” και τα “μερικώς βλέποντα” άτομα. Τα τυφλά άτομα δεν μπορούν να διαβάσουν έντυπα και να αποκτήσουν εμπειρίες μέσω της όρασης. Τα μερικώς βλέποντα άτομα μπορούν να διαβάσουν έντυπα με μεγάλα στοιχεία και ζήσουν κάποιες εμπειρίες μέσω της όρασης. Το πεδίο δράσης και κίνησης του τυφλού ατόμου είναι αρκετά περιορισμένο. Το τυφλό άτομο παρουσιάζει δυσκολία συνειδητοποίησης του προβλήματός του επειδή δεν αντιλαμβάνεται τι βλέπουν οι άλλοι. Θεωρεί πως και οι άλλοι έχουν το ίδιο πρόβλημα και την στιγμή που θα καταλάβει την διαφορετικότητά του από τους άλλους θα είναι ένα δυνατό σοκ για το άτομο αυτό. Εφόσον το άτομο είναι τυφλό, φαίνεται από τους πρώτους μήνες της ζωής του, αντιθέτως όμως αν δεν βλέπει μερικώς η διάγνωση είναι πιο δύσκολη και δεν γίνεται πριν από την πρώτη σχολική ηλικία (Μπίρτσας Χ., 1990).»

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) η τυφλότητα ορίζεται ως η ανικανότητα του ατόμου να μετρήσει τα δάχτυλα του χεριού σε απόσταση μικρότερη των δέκα ποδιών. Η μερική τύφλωση σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) ορίζεται με δυσκολία γιατί το άτομο αδυνατεί να μετρήσει τα δάχτυλα σε απόσταση μικρότερη ή ίση των είκοσι ποδιών.

• Αιτίες

Οι συνηθέστεροι παράγοντες που προκαλούν ολική ή μερική απώλεια όρασης είναι οι φλεγμονές, τα τραύματα, οι συγγενείς ανωμαλίες και παθήσεις του κερατοειδούς χιτώνα. Τα διαμπερή τραύματα του κερατοειδούς από μέταλλα και από σίδηρο μπορούν να οδηγήσουν σε τύφλωση. Άλλοι παράγοντες είναι τα τραύματα

κατά την ενδομήτρια ζωή, τα τραύματα κατά την γέννηση. Τραύματα μέσα στο σπίτι ή στο σχολείο ή στην γειτονιά και τα τραύματα από οδικά ατυχήματα και αθλήματα. Ακόμα τα γεωργικά τραύματα και τα τραύματα βιομηχανικής φύσης είναι αιτίες που οδηγούν στα προβλήματα όρασης. (Πολυχρονοπούλου Σ.,2001)

Κωφά ή βαρήκοα άτομα

Κωφά είναι τα άτομα τα οποία με την χρήση ή όχι ακουστικού δεν ακούνε ομιλία. Βαρήκοα είναι τα άτομα που παρουσιάζουν δυσκολία ακούγοντας ομιλία με ή χωρίς ακουστικό. Τα κωφά άτομα διακρίνονται σε εκ γενετής κωφοί και σε όσους έχασαν την ακοή μετά την πρώτη τριετία της ζωής τους. Τα εκ γενετής κωφά άτομα δεν βίωσαν ποτέ ακουστικές εμπειρίες, ενώ όσοι ανήκουν στην δεύτερη κατηγορία είχαν αποκτήσει για ένα μικρό χρονικό διάστημα ομαλή γλωσσική ανάπτυξη και η δυσκολία τους είναι να διατηρήσουν τη γλώσσα που απέκτησαν. Εντούτοις βρίσκονται σε πλεονεκτικότερη θέση από τα εκ γενετής κωφά άτομα. Σε ένα κωφό άτομο η γλωσσική ανάπτυξη δεν αποκτάται μέσω της ακοής, αλλά μέσω της χειλεανάγνωσης ή της νοηματικής γλώσσας. Για αυτόν τον λόγο η εκμάθηση της γλώσσας είναι τεράστιο πρόβλημα για όλη του τη ζωή. Η ανάγκη του ατόμου για επικοινωνία πλήττεται από την κώφωση, γιατί η γλώσσα είναι ένα από τα σημαντικότερα μέσα επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων. Η επικοινωνία των κωφών μεταξύ τους γίνεται μέσω της νοηματικής γλώσσας.

Το κωφό άτομο έχει τάσεις απομόνωσης παρουσιάζει δυσκολία και αδυναμία κατανόησης και έκφρασης των σκέψεών του. Με αυτόν τον τρόπο αδυνατεί να μάθει και να αποκτήσει εμπειρίες μέσω της συζήτησης. Η δυσκολία αυτή στην επικοινωνία προκαλεί συναισθηματικές εντάσεις και κοινωνική δυσπροσαρμοστικότητα, ειδικά αν το άτομο δεν αποκτήσει γνώσεις από τη νεαρή ηλικία. (Μπίρτσας Χ.,1990)

1.1.3 Νοητική Υστέρηση

Κατά γενική ομολογία η νοητική καθυστέρηση ενδεχομένως εντοπίζεται σε κάποιες ανωμαλίες κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του εμβρύου ή σε εξωγενείς βλάβες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την μη ανάπτυξη των νοητικών ικανοτήτων του ατόμου, όπως οργανικές βλάβες στον εγκέφαλο ή ορμονικές ανωμαλίες στη διάρκεια της κύησης. Ακόμα ο πρόωρος τοκετός ή η καθυστέρησή του περισσότερο από επτά μέρες μπορεί να έχει ως συνέπεια την νοητική ανεπάρκεια. Οι εξωγενείς παράγοντες όπως η ερυθρά, ο διαβήτης, η λήψη ναρκωτικών, το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η σύφιλη κι έλλειψη βιταμινών πιθανόν να προκαλέσουν νοητική καθυστέρηση. Τα τεστ νοημοσύνης είναι ένας ασφαλής τρόπος ώστε να ταξινομήσουμε σε κλίμακα τα καθυστερημένα άτομα. Το ειδικό τεστ ευφυΐας (Stanford – Binet) μετράει τον δείκτη νοημοσύνης, το οποίο έχουν ως εργαλείο οι ψυχολόγοι για να ερμηνεύσουν αν υπάρχει νοητική καθυστέρηση και σε ποιο βαθμό. Σύμφωνα με τον δείκτη νοημοσύνης τα νοητικά καθυστερημένα άτομα διακρίνονται ως:

A) Ιδιώτες με δείκτη νοημοσύνης 19 και κάτω. Τα άτομα αυτά δεν είναι αυτοεξυπηρετούμενα και χρήζουν διαρκή φροντίδα.

B) Βαριά καθυστερημένα με δείκτη νοημοσύνης μεταξύ 35-20 με μειωμένες δυνατότητες για αυτοεξυπηρέτηση και σχεδόν συνεχή φροντίδα.

Γ) Μέτρια καθυστερημένα με δείκτη νοημοσύνης μεταξύ 51-36. Τα άτομα αυτά είναι ασκήσιμα και είναι ικανά να αυτοεξυπηρετηθούν ύστερα από ειδική εκπαίδευση.

Δ) Μέτρια καθυστερημένα με βαθμό νοημοσύνης 68-52. Τα άτομα αυτά μπορούν να εκπαιδευτούν σε ανάγνωση γραφή και να εργαστούν σε προστατευμένα εργαστήρια.

Ε) Τα άτομα με βαθμό νοημοσύνης 83-69. Τα άτομα αυτά έχουν οριακή καθυστέρηση και μπορούν να εκπαιδευτούν και να εργαστούν.

Τα νοητικά καθυστερημένα άτομα παρουσιάζουν δυσκολίες στην μάθηση. Γι αυτό το λόγο ονομάζονται «άτομα με αναπηρίες μάθησης» αντί «νοητικά καθυστερημένα» ή «απροσάρμοστα».

Η γενική διανοητική λειτουργία του ατόμου σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά της διανοητικής καθυστέρησης είναι αρκετά κάτω από το μέσο όρο. Το άτομο δεν έχει περισσή προσαρμοστική λειτουργικότητα και η αφετηρία της είναι πριν από το δέκατο όγδοο έτος της ηλικίας του.

Η προσαρμοστική λειτουργικότητα είναι η ικανότητα που έχει το άτομο να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του κοινωνικού περιγύρου και μπορεί να μετρηθεί από τη λήψη του ιστορικού από γονείς και δασκάλους όπως επίσης και με δοκιμασίες που μετρούν την προσαρμοστική συμπεριφορά.

«Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την διανοητική καθυστέρηση είναι:

Α) Ελαφριά (ήπια) διανοητική καθυστέρηση: επίπεδο Διανοητικού Πηλίκου (ΔΠ) 50-55 μέχρι περίπου 70.

Β) Μέτρια διανοητική καθυστέρηση: επίπεδο ΔΠ 35-40 μέχρι 50-55.

Γ) Βαριά (σοβαρή) διανοητική καθυστέρηση: επίπεδο ΔΠ 20-25 μέχρι 35-40.

Δ) Βαθιά διανοητική καθυστέρηση: επίπεδο ΔΠ κάτω από 20-25.

Ε) Διανοητική καθυστέρηση, απροσδιόριστης βαρύτητας: όταν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα διανοητική καθυστέρηση αλλά η νοημοσύνη του ατόμου δεν μπορεί να ελεγχθεί με τις κανονικές δοκιμασίες (Μάνος Ν.,1997).»

Ελαφριά (ήπια) διανοητική καθυστέρηση

Τα άτομα με ελαφριά διανοητική καθυστέρηση λέγονται και εκπαιδεύσιμα σχολικά (ή εκπαιδεύσιμα). Το 85 % του πληθυσμού των διανοητικά καθυστερημένων ατόμων είναι εκπαιδεύσιμα. Μέχρι την ηλικία των πέντε ετών μαθαίνουν να αυτοεξυπηρετούνται και να καλλιεργούν κοινωνικές δεξιότητες. Η αντίληψη και η κινητική τους ικανότητα είναι μειωμένη. Υπάρχει δυνατότητα απόκτησης γνώσεων έως το επίπεδο της ΣΤ' δημοτικού όμως αυτό συμβαίνει στο τέλος του 18^{ου} έτους της ηλικίας τους. Στην ενήλικη, πλέον, ζωή τους δύνανται να ενταχθούν στην κοινωνία και να αυτοεξυπηρετηθούν. Ωστόσο στις οικονομικές ή κοινωνικές δυσκολίες χρίζουν βοήθειας και καθοδήγησης. (Μάνος Ν.,1997)

Μέτρια διανοητική καθυστέρηση

Στο επίπεδο αυτής της διανοητικής καθυστέρησης τα άτομα λέγονται εκπαιδεύσιμα κοινωνικοεπαγγελματικά ασκήσιμα και αποτελούν το 10% του πληθυσμού των διανοητικά καθυστερημένων ατόμων. Μέχρι την ηλικία των πέντε ετών υπάρχει δυνατότητα ομιλίας και επικοινωνίας με το περιβάλλον καθώς και μερική κινητική ανάπτυξη. Αυτοεξυπηρετούνται με επίβλεψη και μπορούν να παρακολουθήσουν σχολικά μαθήματα μέχρι την Β' δημοτικού. Στην ενήλικη τους ζωή

μπορούν να εργαστούν μέσα σε προστατευτικό περιβάλλον και να λάβουν γνώσεις ανειδίκευτου ή ημειδίκευμένου εργάτη με διαρκή επίβλεψη. (Μάνος Ν.,1997)

Βαριά (σοβαρή) διανοητική καθυστέρηση

Το ποσοστό των βαριά διανοητικά καθυστερημένων ατόμων αποτελεί το 3-4% του συνολικού πληθυσμού των διανοητικά καθυστερημένων ατόμων. Μέχρι την ηλικία των πέντε ετών η δυνατότητα κινητικής ανάπτυξης, επικοινωνίας και ομιλίας είναι ελάχιστη και δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Κατά την διάρκεια της σχολικής ηλικίας μπορούν να εκπαιδευτούν στον τομέα της επικοινωνίας και ατομικής υγιεινής. Κατά την ενήλικη ζωή τους μετά από συστηματική μάθηση μπορούν αυτοεξυπηρετηθούν με διαρκή έλεγχο. (Μάνος Ν.,1997)

Βαθιά διανοητική καθυστέρηση

Το ποσοστό των βαθιά διανοητικά καθυστερημένων ατόμων αποτελεί το 1-2% του συνολικού πληθυσμού των διανοητικά καθυστερημένων ατόμων. Στην προσχολική ηλικία χρειάζονται διαρκή φροντίδα και επίβλεψη διότι δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Ύστερα από την ηλικία των πέντε ετών υπάρχει ελάχιστη δυνατότητα κινητικής ανάπτυξης. Μετά την ενηλικίωση οι ικανότητές τους είναι περιορισμένες έως ανεπαρκείς και απαιτείται αδιάλειπτη κοινωνική και ιατρική αρωγή. (Μάνος Ν.,1997)

Διανοητική καθυστέρηση, απροσδιόριστης βαρύτητας

Η διάγνωση της απροσδιόριστης διανοητικής καθυστέρησης χρησιμοποιείται όταν τα άτομα δε μπορούν να συνεργαστούν ή εμφανίζουν σοβαρές σωματικές αναπηρίες, ωστόσο λειτουργούν διανοητικά. Γενικότερα, όσο μεγαλύτερη η ηλικία τόσο ευκολότερη είναι η διάγνωση της διανοητικής καθυστέρησης.

Συχνά, η διαδικασία λήψης ιστορικού είναι ανεπαρκής διότι παρουσιάζεται έλλειψη δεξιοτήτων επικοινωνίας και αυτό οδηγεί στη διάγνωση της κατηγορίας Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Επίσης τα άτομα με διανοητική καθυστέρηση παρουσιάζουν συχνά Άνοια τύπου Alzheimer, η οποία οφείλεται σε σύνδρομο Down. (Μάνος Ν.,1997)

Επιδημιολογία

«Η διανοητική καθυστέρηση είναι πολύ συχνή, καθώς προσβάλει το 1% περίπου του πληθυσμού. Πιο συχνά προσβάλλονται τα άρρενα άτομα (σχέση αρρένων-θηλέων 1,5:1) (Μάνος Ν.,1997).»

Επιπλέον, η διανοητική καθυστέρηση μπορεί να παρουσιαστεί εξίσου και στις υψηλές αλλά και στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις όταν οφείλεται σε βιολογικούς παράγοντες. Εξαιρέση αποτελούν εκείνοι οι βιολογικοί παράγοντες που είναι απόρροια χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης όπως για παράδειγμα η δηλητηρίαση από μόλυβδο. Αντίθετα η διανοητική καθυστέρηση εμφανίζεται συχνότερα στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις, καθώς παρουσιάζονται όλες οι μορφές της, όταν δεν υπάρχουν βιολογικοί παράγοντες.

Αιτιολογία

Οι συνήθεις αιτιολογίες που παρουσιάζονται στην διανοητική καθυστέρηση είναι βιολογικές ή ψυχοκοινωνικές ή συνδυασμός τους. Υπάρχει ένα ποσοστό 30%-40% όπου η αιτιολογία δεν είναι σαφής.

«Οι αιτιολογικοί παράγοντες ή ίσως καλύτερα οι προδιαθετικοί παράγοντες μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες:

Κληρονομικοί παράγοντες (περίπου 5% των περιπτώσεων): Περιλαμβάνουν εγγενείς διαταραχές του μεταβολισμού (για παράδειγμα νόσος Tay-Sachs, φαινυλκετονουρία), άλλες μονογονιδιακές ανωμαλίες (για παράδειγμα οζώδης σκλήρυνση) και κυρίως χρωμοσωμικές ανωμαλίες, όπως το σύνδρομο Down από μετάθεση χρωμοσωμάτων και το σύνδρομο εύθραυστου Χ χρωμοσώματος, που αποτελούν (μαζί με το σύνδρομο Down από τρισωμία 21) τις πιο συχνές αιτίες τις διανοητικής καθυστέρησης.

Πρώιμες ανωμαλίες στην ανάπτυξη του εμβρύου (Περίπου 30% των περιπτώσεων): Περιλαμβάνουν χρωμοσωμικές αλλοιώσεις (για παράδειγμα σύνδρομο Down οφειλόμενο σε τρισωμία 21) ή προγεννητικές βλάβες του εμβρύου οφειλόμενες σε τοξίνες (για παράδειγμα σοβαρός αλκοολισμός της μητέρας, τοξιναιμία της κύησης, λοιμώξεις όπως η ερυθρά ή η τοξοπλάσμωση).

Εγκυμοσύνη και περιγεννητικοί παράγοντες (Περίπου 10% των περιπτώσεων): Περιλαμβάνουν κακή διατροφή του εμβρύου, πρόωρο τοκετό, υποξαιμία, λοιμώξεις (για παράδειγμα εγκεφαλίτιδα), τραυματισμό της κεφαλής (του εγκεφάλου) κατά τον τοκετό.

Γενικές ιατρικές καταστάσεις που εμφανίζονται επίκτητα στην βρεφονηπιακή ή την παιδική ηλικία (περίπου 5% των περιπτώσεων): Περιλαμβάνονται λοιμώξεις, δηλητηρίαση με μόλυβδο, όγκοι ή τραυματισμοί του εγκεφάλου (συμπεριλαμβανομένων και αυτών που οφείλονται σε κακοποίηση του παιδιού).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες και άλλες ψυχικές διαταραχές (περίπου 15%-20%): Περιλαμβάνουν αποστέρωση τροφής, αποστέρωση φροντίδας, αποστέρωση κοινωνικών, λεκτικών και άλλων ερεθισμάτων και σοβαρές ψυχικές διαταραχές (για παράδειγμα Αυτιστική διαταραχή) (Μάνος Ν., 1997).»

1.1.4 Σωματικές αναπηρίες

Τα άτομα με σωματική αναπηρία χωρίζονται συνήθως σε άτομα με νευρολογικές μειονεξίες σε άτομα με ορθοπαιδικά μυοσκελετικά προβλήματα και άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας.

Νευρολογικές μειονεξίες

«Το νευρολογικό σύστημα αποτελείται από τον εγκέφαλο, τη σπονδυλική στήλη και από ένα δίκτυο νεύρων που επεκτείνονται σε όλα τα μέρη του σώματος (Πολυχρονπούλου, Σ., 2001).»

Το κέντρο ελέγχου του ανθρώπινου σώματος είναι ο εγκέφαλος και είναι εκείνος ο οποίος αν υποστεί κάποια βλάβη διαταράσσονται σωματικά και πνευματικά όλες οι λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος.

Η σπονδυλική στήλη είναι εξίσου σημαντική διότι ενοποιεί τις κινητικές δραστηριότητες. Σε συνεργασία με τα νεύρα μεταφέρει αισθητικές πληροφορίες και αυτόνομα κινητικά μηνύματα από τον εγκέφαλο σε όλα τα μέρη του σώματος. Αν η σπονδυλική στήλη υποστεί βλάβη τότε η διαδρομή των μηνυμάτων μέσω της σπονδυλικής στήλης διακόπτεται και ενώ τα μηνύματα στέλνονται δεν λαμβάνονται ποτέ. Αυτό οδηγεί σε μυϊκή παράλυση ή σε απώλεια αίσθησης εκτός από το σημείο του τραύματος ή της σπονδυλικής στήλης.

«Οι πιο γνωστές και πιο συνηθισμένες από τις νευρολογικές μειονεξίες είναι η εγκεφαλική παράλυση, η επιληψία και η δισχιδής ράχη (Πολυχρονοπούλου, Σ., 2001).»

Εγκεφαλική παράλυση

Ποικίλα συμπτώματα είναι εκείνα που μπορούν να χαρακτηρίσουν την εγκεφαλική παράλυση και γενικά μπορούμε να πούμε ότι πρόκειται για μια κατάσταση περιγραφτή που οφείλεται σε βλάβη του εγκεφάλου. Σε εγκεφαλική παράλυση μπορεί να οδηγήσει όποια κατάσταση μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλική βλάβη.

Η εγκεφαλική παράλυση δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως αρρώστια, είναι απλά ένα σύνδρομο με σταθερή περιγραφή. Πιο συγκεκριμένα είναι μια μη εξελικτική διαταραχή της κίνησης και της στάσης του σώματος, η οποία συχνά κάνει την εμφάνισή της στην παιδική ηλικία και οφείλεται όπως έχει προαναφερθεί σε δυσλειτουργία ή βλάβη του εγκεφάλου. Συχνά όμως το πρόβλημα είναι πιο περίπλοκο. Κάποιες φορές μπορεί να είναι μια μικρή έλλειψη ελέγχου κάποιου μέρους του σώματος, ενώ σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να καθιστά το άτομο απόλυτα εξαρτώμενο. Παράλληλα εκτός από τα κινητικά προβλήματα, η εγκεφαλική παράλυση μπορεί να εμπεριέχει ποικίλες δυσκολίες και διαταραχές στην νοημοσύνη, στις αισθήσεις και ως εκ τούτου στη προσαρμογή, στην κοινωνικοποίηση και στην αποδοχή του παιδιού από το περιβάλλον.

«Το παιδί έτσι μπορεί να έχει:

- ο Ψυχολογικά προβλήματα.
- ο Αισθητηριακές μειονεξίες όπως είναι η κώφωση, η βαρηκοΐα και τα προβλήματα όρασης.
- ο Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες (διαταραχές αντιληπτικότητας και ειδικότερα, προβλήματα ανάγνωσης, γραφής, αριθμητικής).
- ο Διαταραχές του λόγου και της ομιλίας όπως είναι ο τραυλισμός και διάφορες μορφές αφασίας, η δυσαρθρία και η επιβραδυνόμενη ομιλία.
- ο Επιληπτικές κρίσεις και άλλα οργανικά προβλήματα (Πολυχρονοπούλου, Σ. 2001).»

Τομέας της ιατρικής επιστήμης είναι η αντιμετώπιση του νευρομυϊκού προβλήματος, αντιθέτως η διαταραχές της συμπεριφοράς και της μάθησης που συνοδεύουν την εγκεφαλική παράλυση είναι έργο των εκπαιδευτικών ψυχολογικών και κοινωνικών υπηρεσιών.

Αιτίες

Οι αιτίες της εγκεφαλικής παράλυσης δεν είναι ξεκάθαρες και σαφείς. Ορισμένοι παράγοντες είναι η νοητική υστέρηση της μητέρας, ο πρόωρος τοκετός, το μικρό βάρος του νεογέννητου και η καθυστέρηση στο πρώτο κλάμα μετά την γέννηση. Επίσης η ελαττωματική ανάπτυξη των κυττάρων του εγκεφάλου, από ανώμαλο τοκετό που στερείται το βρέφος από οξυγόνο, εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα, πυρηνικό ίκτερο, κακώσεις ενδεχομένως να προκαλέσουν την εγκεφαλική παράλυση.

Συγκεκριμένα, οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες αναφέρονται ως εξής:

- ο Προγεννητικές καταστάσεις: Πρόωρος αποχωρισμός του εμβρύου από τον πλακούντα, σοβαρή μορφή αναιμίας της μητέρας, σοβαρή καρδιοπάθεια της μητέρας, απειλούμενη έκτρωση, μητρικές διαταραχές του μεταβολισμού κ.ά.

- Περιγεννητικές καταστάσεις: Ανοξेमία (έλλειψη οξυγόνου εξ αιτίας προβλημάτων του ομφάλιου λώρου και του πλακούντα) εγκεφαλική αιμορραγία κατά την γέννηση και άλλα.
- Μεταγεννητικές καταστάσεις: Μηνιγγίτις, εγκεφαλίτις, γρίπη, υψηλός πυρετός όπως ο τυφοειδής, διφθερίτιδα, κοκίτης, τραύματα στο κεφάλι από ατυχήματα, δηλητηριάσεις από τοξικές ουσίες (μόλυβδος, μονοξειδίο του άνθρακα και άλλα).

Κατηγορίες νευρολογικής παράλυσης

Η εγκεφαλική παράλυση ταξινομείται σε διάφορες κατηγορίες σύμφωνα με τις μορφές του νευρομυϊκού προβλήματος. Οι πιο γνωστές από αυτές που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία είναι οι εξής:

- Σπαστικότητα
- Αθέτωση
- Αταξία

Σπαστικά παιδιά

Η κλινική εικόνα είναι η υπερβολική λειτουργία των αντανακλαστικών, η υπερτονικότητα και ο κλονισμός. Οι περιοχές του εγκεφάλου που αναστέλλουν ορισμένες ωθήσεις, συσπάσεις, ερεθισμούς δηλαδή οι ανασταλτικές περιοχές έχουν αλλοιωθεί με συνέπεια οι μύες να παραμένουν σε μία κατάσταση σπαστικότητας. Φυσιολογικά οι ανασταλτικοί και ανταγωνιστικοί μύες διατηρούν μία ισορροπία μεταξύ τους ενώ στην περίπτωση της σπαστικότητας δεν υπάρχει αυτή η ισορροπία και το άτομο κάνει απότομες και ανεξέλεγκτες κινήσεις αντί για ομαλές.

Οι μορφές της σπαστικότητας είναι:

- Μονοπληγία: Περιορίζεται η κίνηση του μόνο σε ένα άκρο.
- Ημιπληγία: Περιορίζεται η κίνηση στο ημιμόριο του σώματος (άνω ή κάτω άκρα).
- Τριπληγία: Προσβάλλονται τρία άκρα, δηλαδή τα κάτω και ένα άνω άκρο.
- Παραπληγία: Προσβάλλονται μόνο τα κάτω άκρα.
- Τετραπληγία: Προσβάλλονται και τα τέσσερα άκρα.
- Διπληγία: Προσβάλλονται και τα τέσσερα άκρα με μεγαλύτερη βλάβη στα κάτω.

Σπαστικός θεωρείται όποιος είναι εγγεγραμμένος στην εταιρία προστασίας σπαστικών της Ελλάδος. Η διάγνωση της σπαστικότητας ορίζεται από την γενική κατάσταση της σπαστικότητας, το βαθμό του προβλήματος, τα μέρη του σώματος που έχουν επηρεαστεί και από τις συνοδές δυσκολίες όρασης, ακοής, νοημοσύνης, μάθησης και λόγου. Η έγκαιρη εξέταση από παιδίατρο ή νευρολόγο έχει ως συνέπεια την έγκαιρη διάγνωση, αυξάνοντας τις πιθανότητες αποκατάστασης. (Πολυχρονοπούλου, Σ., 2001)

Αθέτωση

Οι άσκοπες, ακανόνιστες, ανεξέλεγκτες και συστρεφόμενες κινήσεις είναι μερικά από τα συμπτώματα και χαρακτηριστικά του αθετωσικού ατόμου. Επίσης,

κάνει κινήσεις με το κεφάλι του που τείνουν προς τα πίσω, ο λαιμός του προεκτείνεται και μένει τεταμένος και το στόμα είναι μισάνοιχτο ή ανοιχτό και η γλώσσα του προεξέχει. Το βάδισμά του είναι κεκλιμένο, ασταθές και συστρεφόμενο. Κατά την διάρκεια του ύπνου δεν παρατηρείται αυτή η συμπεριφορά. Όσο υπάρχει άγχος και ανασφάλεια οι αθετωσικές κινήσεις γίνονται συνειδητά και αυξάνουν το πρόβλημα συμπεριφοράς του αθετωσικού ατόμου. (Πολυχρονοπούλου, Σ., 2001)

Αταξία

Προβλήματα και βλάβες της παρακεφαλίτιδας σημείο του εγκεφάλου που ελέγχει την ισορροπία και τον συντονισμό των μυών προκαλούν αταξία, δηλαδή μεγάλη αστάθεια των κινήσεων. Η αταξία διακρίνεται σε σοβαρό, μέτριο και ήπιο ανάλογα το μέγεθος της οργανικής βλάβης. Το άτομο που πλήττεται από αταξία χάνει την ισορροπία του και πέφτει εύκολα, βαδίζει ανορθώνοντας τα πόδια ψηλά και γενικότερα κινείται με μεγάλη αστάθεια. Σε κάποιες περιπτώσεις ο νυσταγμός αποτελεί σύνηθες σύμπτωμα, δηλαδή οι οφθαλμοί είναι ασυγχρόνιστοι. Η αταξία διακρίνεται στις περισσότερες περιπτώσεις όταν το άτομο ξεκινάει το βάδισμα και τη σύλληψη με το χέρι αν και, η ήπια μορφή αταξία γίνεται δύσκολα διακριτή. (Πολυχρονοπούλου, Σ., 2001)

Τρόμος και ακαμψία

Ο τρόμος είναι ένα πρόβλημα το οποίο μπορεί να εντοπιστεί και σε αρκετά νεαρή ηλικία. Στην περίπτωση αυτή το σώμα του νεαρού ατόμου κινείται και πάλλεται από κινήσεις ακούσιες ακανόνιστης υφής. Σε αντίθεση με τα άτομα που πάσχουν από σπαστικότητα και αθέτωση το άτομο που παρουσιάζει τρόμο έχει την δυνατότητα να ελέγχει με επιτυχία και αρκετή σταθερότητα το μεγαλύτερο μέρος των κινήσεών του. Η ακαμψία εντοπίζεται σε μικρό αριθμό νεαρών ατόμων με νευρολογική μειονεξία, παρόμοια με τον τρόμο. Στην ακαμψία δεν υπάρχει απλά μη ομαλή και προβληματική κίνηση αλλά εκμηδενισμένη κίνηση. (Πολυχρονοπούλου, Σ., 2001)

Επιληψία

Από την αρχαιότητα έως τον δέκατο όγδοο αιώνα τα άτομα με επιληψία θεωρούνταν από την κοινή γνώμη είτε ως ιερά είτε ως δαιμονισμένα και παράφρονα. Στη σημερινή εποχή σχετικά με την επιληψία επικρατεί η άποψη ότι αποτελεί κοινωνικό στίγμα και έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία συναισθημάτων φόβου και απόρριψης από το περιβάλλον του. Σύμφωνα με την Πολυχρονοπούλου (2001) η επιληψία εμφανίζεται στην παιδική ηλικία ή στην αρχή της γεροντικής ηλικίας. Τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου φορτίζονται με υπερβολική ηλεκτρική ενέργεια έχοντας ως αποτέλεσμα να μην ελέγχει ο εγκέφαλος σημαντικές λειτουργίες όπως είναι η προσοχή, η αντίληψη, ο μυϊκός έλεγχος και η αίσθηση προκαλώντας επιληπτικές κρίσεις. Ο όρος επιληψία αναφέρεται σε μία ξαφνική, σύντομη ή παρατεταμένη απώλεια ή διαταραχή της συνείδησης συνοδευόμενη από σπασμούς ή και άλλου είδους συσπάσεις.

Αιτίες

Οποιαδήποτε βλάβη στον εγκέφαλο μπορεί να προκαλέσει επιληπτικές κρίσεις. Οι συνηθέστερες αιτίες είναι η έλλειψη οξυγόνου κατά τον τοκετό, η σάκχαρο-υπογλυκαιμία, οι δηλητηριάσεις και διάφορες φαρμακευτικές ουσίες. Σημαντικό ρόλο

παίζει η κληρονομικότητα και τα εκφυλιστικά στίγματα όπως επίσης και τα τραύματα-κακώσεις της κεφαλής κατά τον τοκετό. Άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες είναι ο αλκοολισμός, οι όγκοι, τα παράσιτα, τα αιματώματα, η αιμορραγία, τα φυματώματα και οι κυκλοφοριακές διαταραχές. Παρόλα αυτά πολλοί παράγοντες που αυξάνουν τις πετροχημικές αντιδράσεις στα εγκεφαλικά κύτταρα παραμένουν άγνωστοι. (Πολυχρονοπούλου, Σ., 2001)

Οι τρεις βασικοί τύποι επιληψίας είναι: η μεγάλη (Grand mal), η μικρή (petiti mal) και η ψυχοκινητική. Σύμφωνα με άλλους ειδικούς η επιληψία διακρίνεται σε γενικευμένη και σε μερική. Η γενικευμένη επιληψία περιλαμβάνει εκκενώσεις σε κύτταρα ενός μεγάλου μέρους του εγκεφάλου. Αντιθέτως η μερική αρχίζει σε ένα περιορισμένο σημείο περιλαμβάνοντας αργότερα μόνο ένα μικρό μέρος του εγκεφάλου.

Μεγάλη επιληψία (grand mal, tonic clonic ή convulsion)

Είναι ο επιληπτικός παροξυσμός, ο οποίος συνοδεύεται πάντα από σπασμούς. Τα περισσότερα επιληπτικά άτομα πριν την κρίση που ακολουθεί έχουν ένα παράξενο συναίσθημα το οποίο ονομάζεται αύρα. Η αύρα δηλαδή είναι μια προειδοποίηση για την επερχόμενη κρίση. Μπορεί να είναι οπτική ακουστική ή οσφραντική και έτσι δίνει στον επιληπτικό ένα μικρό χρονικό περιθώριο για να προετοιμαστεί για την κρίση που έρχεται. Η αύρα συνοδεύεται συχνά από δυσκολία στην αναπνοή ή μια παράξενη κραυγή. Έπειτα οι μύες γίνονται άκαμπτοι και στην συνέχεια χαλαρώνουν και συσπώνται για δύο με πέντε λεπτά. Στο τελικό στάδιο ο επιληπτικός ηρεμεί αλλά παρουσιάζει πλήρη αμνησία για το επεισόδιο. Έχει επίσης την ανάγκη να κοιμηθεί, να ξεκουραστεί αλλά μπορεί ακόμα να πέσει και σε λήθαργο. (Πολυχρονοπούλου, Σ., 2001)

Μικρή επιληψία (petiti mal ή absence)

Στην μικρή επιληψία δεν υπάρχει αύρα ούτε κραυγή ούτε σπασμοί, ξεκινάει απότομα διαρκεί λίγα δευτερόλεπτα και ολοκληρώνεται επίσης απότομα, σε πολλές περιπτώσεις περνάει απαρατήρητη. Πιο συγκεκριμένα στην μικρή επιληψία, ο επιληπτικός φαίνεται σαν να ονειροπολεί για μια στιγμή. Οι κρίσεις αυτές διαρκούν για πολύ λίγο αλλά είναι αρκετά συχνές. (Πολυχρονοπούλου, Σ., 2001)

Ψυχοκινητική επιληψία (complex partial ή temporal lobe)

Η ψυχοκινητική επιληψία σε αντίθεση με την μικρή είναι πολύ σπάνια στην παιδική ηλικία. Σε μία ψυχοκινητική κρίση ο επιληπτικός φέρεται συχνά με παράξενο και ανεξήγητο τρόπο. Μπορεί να μείνει ακίνητος, να μουρμουρίζει, να εκτελεί πράξεις που είναι άσκοπες και μηχανικά επαναλαμβανόμενες, να πετάει αντικείμενα, να φωνάζει, να τρέχει, ή να σκίζει τα ρούχα του. (Πολυχρονοπούλου, Σ., 2001)

Δισχιδής ράχη (spina fibida)

Η δισχιδής ράχη είναι μια συγγενής πάθηση της παιδικής ηλικίας. Ένα μέρος της σπονδυλικής στήλης και των νεύρων που ελέγχουν τους μύες και τις αισθήσεις στο κατώτερο μέρος του σώματος αναπτύσσεται ανώμαλα στους πάσχοντες. Πιο συγκεκριμένα έχουμε μη ολοκληρωτικό κλείσιμο των οστεωδών στοιχείων της σπονδυλικής στήλης με αποτέλεσμα να αφήνεται ένα άνοιγμα στον νευρικό σωλήνα. Στην λανθάνουσα δισχιδής ράχη (ελαφρότερη μορφή) δεν διακρίνονται συμπτώματα νευρολογικής φύσεως. Το μόνο σημείο που αποδεικνύει την ύπαρξη σχισμής είναι

μία τούφα μαλλιά που παρατηρείται στο κατώτερο συνήθως οπίσθιο μέρος της οσφυϊκής ζώνης. Στην μηνιγγοκήλη παρουσιάζεται μία κύστη με νερό σε κάποιο σημείο της σπονδυλικής στήλης χωρίς νευρολογικές βλάβες. Στην μυελομηνιγγοκήλη που είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος δισχιδούς ράχης η κύστη εκτός από υγρό περιέχει και νεύρα με μέρος του νωτιαίου μυελού με αποτέλεσμα την νευρολογική ανικανότητα και πιο ειδικά την παράλυση των κάτω άκρων, ακράτεια και έλλειψη ελέγχου των σφιγκτήρων. Για το κλείσιμο της σπονδυλικής στήλης γίνεται εγχειρητική επέμβαση κατά την πρώτη βρεφική ηλικία με μικρό ποσοστό θνησιμότητας. (Πολυχρονοπούλου, Σ. 2001)

Μυϊκή δυστροφία

Η μυϊκή δυστροφία είναι μια ασθένεια που οφείλεται σε βλάβες και δυσλειτουργία του μυοσκελετικού συστήματος. Πιο συγκεκριμένα είναι μια προοδευτική διάχυτη αδυναμία όλων των ομάδων των μυών που παρουσιάζει εκφυλισμό των μυϊκών κυττάρων και αντικατάστασή τους από λιπώδη ιστό. Η πιο γνωστή μορφή της μυϊκής δυστροφίας είναι η παιδική. Η αναπηρία αυτή είναι θανατηφόρα και μπορεί να την μεταφέρει η μητέρα στους γιούς μέσω ενός εκφυλισμένου γονιδίου του οποίου είναι φορέας. Τα αγόρια προσβάλλονται συχνότερα από τα κορίτσια. Το πρόβλημα δύσκολα αναγνωρίζεται πριν από την ηλικία των τριών ετών. Με την πάροδο του χρόνου η φθορά των μυών αυξάνεται και έτσι η αναπηρία μεγαλώνει. Τα παιδιά με μυϊκή δυστροφία σπάνια ξεπερνούν την περίοδο της εφηβείας. (Πολυχρονοπούλου, Σ. 2001)

Διαταραχή των κινητικών δεξιοτήτων

Αναπτυξιακή Διαταραχή του συντονισμού (των κινήσεων)

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από έντονα αναπτυξιακά προβλήματα στον συντονισμό των κινήσεων του παιδιού. Η Φωνολογική Διαταραχή, Διαταραχή της Γλωσσικής Έκφρασης και Μεικτή Διαταραχή της γλωσσικής Αντίληψης - Έκφρασης μπορούν να συνυπάρχουν με τη Διαταραχή αυτή. (Μάνος Ν., 1997)

Επιπολασμός

Στην ηλικία των έξι μέχρι έντεκα ετών αναγνωρίζεται η αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού στο 6% των παιδιών όταν το παιδί αρχίζει να χρησιμοποιεί μαχαίρι και πιρούνι, να ντύνεται ή να παίζει με τα παιχνίδια του.

Αιτιολογία

Η αιτιολογία της διαταραχής είναι ουσιαστικά άγνωστη. Πολλοί βιολογικοί παράγοντες (για παράδειγμα περιγενετική, νευροανατομικές και νευροχημικές ανωμαλίες και άλλα) ενοχοποιούνται ως προδιαθετικοί σε διάφορες πολυπαραγοντικές αιτιολογικές υποθέσεις.

«Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού (των κινήσεων).

A) Η απόδοση σε καθημερινές δραστηριότητες που απαιτούν κινητικό συντονισμό είναι ουσιαστικά κάτω από την αναμενόμενη, δεδομένη της χρονολογική ηλικίας του ατόμου και της μετρημένης νοημοσύνης του. Αυτό μπορεί να εκδηλώνεται με έντονη

καθυστέρηση στην επίτευξη των αναπτυξιακών κινητικών σταθμών (για παράδειγμα περπάτημα, αρκούδισμα, κάθισμα), με το να πέφτουν από τα χέρια του αντικείμενα, με αδεξιότητα, με κακή απόδοση στα αθλήματα ή με κακό γράψιμο.

Β) Η Διαταραχή στο κριτήριο Α παρεμποδίζει σημαντικά την σχολική επίδοση ή δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Γ) Η Διαταραχή δεν οφείλεται σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση (για παράδειγμα εγκεφαλική παράλυση, ημιπληγία ή μυϊκή δυστροφία) και δεν πληροί τα κριτήρια για βαριά εκτεταμένη διαταραχή της ανάπτυξης.

Δ) Εάν διανοητική καθυστέρηση είναι παρούσα, οι κινητικές δυσκολίες ξεπερνούν αυτές που συνήθως συνδέονται με αυτήν». (Μάνος Ν., 1997)

1.1.5 Συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς

Διαταραχή συμπεριφοράς ονομάζεται η απόκλιση από την φυσιολογική και αναμενόμενη συμπεριφορά ενός νεαρού ατόμου. Όταν όμως αναφερόμαστε στην ψυχική υγεία του ατόμου γίνεται λόγος για τις διαταραχές συναισθήματος και συμπεριφοράς. Οι συνθηματικές διαταραχές διακρίνονται σε διαταραχές επαφής όπου τα άτομα παρουσιάζουν επιθετική και αντικοινωνική συμπεριφορά και σε νευρωτικές διαταραχές όπου τα άτομα έχουν τάσεις ενδοστρέφειας και βιώνουν καταστάσεις δυσφορίας και δυστυχίας. Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στις διαπροσωπικές σχέσεις ενώ η δεύτερη κατηγορία στις ενδοπροσωπικές σχέσεις. (Μάνος Ν., 1997)

Αιτιολογικοί παράγοντες

Οι αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν στις διαταραχές αυτές διακρίνονται σε παθολογικούς, δηλαδή η κακή σωματική υγεία, η δυσλειτουργία του εγκεφάλου, οι αδενικές διαταραχές, ο ρευματικός πυρετός και η χρωμοσωματική σύνθεση τύπου ΧΥΥ. Οι παθολογικοί παράγοντες οδηγούν στην υπερκινητικότητα, στην κακή σχολική επίδοση, στην ερεθιστικότητα και στα προβλήματα αντίληψης. Οι κοινωνικοί-οικογενειακοί παράγοντες, όπως οι τραυματικές εμπειρίες των πρώτων χρόνων ή οι άρρωστοι γονείς ή οι υπερβολικά αυστηροί γονείς οδηγούν στις συναισθηματικές διαταραχές συμπεριφοράς. Ακόμα οι σχέσεις του παιδιού με την μητέρα, τον πατέρα, τα αδέρφια και διαλυμένες οικογένειες, έχουν ως αποτέλεσμα να αντιδρούν τα άτομα με νευρωτικά συμπτώματα ή με αντικοινωνική συμπεριφορά. Επιπροσθέτως οι ψυχολογικοί παράγοντες όπως η παλινδρόμηση τα συναισθήματα ματαιώσης και η επιθυμία να διοχετεύσει την επιθετικότητα συντελούν στην εκδήλωση θυμού ή οργής και ύβρης και γενικότερα στην επιθετική συμπεριφορά. Σχολικοί παράγοντες όπως η ατμόσφαιρα ανταγωνισμού και η επιβράβευση των «καλών» μαθητών και η απόρριψη «κακών» οδηγούν στην σχολική αποτυχία. Επίσης, οι ίσες απαιτήσεις από όλους και ένα πρόγραμμα ανώτερο των δυνάμεων του ατόμου αποτελούν τροχοπέδη της κοινωνικής συμπεριφοράς. (Μάνος Ν., 1997)

1.1.6 Διαταραχές Επικοινωνίας

Στις διαταραχές αυτές περιλαμβάνονται:

- Η Διαταραχή Γλωσσικής Έκφρασης διακρίνεται από την μειωμένη ποσότητα λόγου, την αδυναμία εύρεσης κατάλληλων λέξεων και την χρήση τους στον σωστό τύπο, την δυσκολία κατασκευής προτάσεων και άλλα.

- Η Μεικτή Διαταραχή της Γλωσσικής Αντίληψης – Έκφρασης διακρίνεται από αναπτυξιακές δυσκολίες στην γλωσσική έκφραση και στην γλωσσική αντίληψη.
- Η Φωνολογική Διαταραχή χαρακτηρίζεται από την αδυναμία του ατόμου να χρησιμοποιήσει αναπτυξιακά αναμενόμενους ήχους, έχοντας ως αποτέλεσμα να διαφοροποιεί ή να παραλείπει ήχους.
- Ο Τραυλισμός διακρίνεται από δυσκολίες στην ομαλή ροή της ομιλίας όπως για παράδειγμα μπλοκάρισμα της ομιλίας, επανάληψη ήχων και άλλα.
- Η Διαταραχή της Επικοινωνίας μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, η οποία δεν πληρεί τα κριτήρια για καμία από τις παραπάνω διαταραχές. (Μάνος Ν.,1997)

1.1.7 Διαταραχές Ανάπτυξης

Αυτιστική Διαταραχή

«Η διαταραχή αυτή, που αναφέρεται επίσης ως βρεφονηπιακός ή παιδικός αυτισμός ή ως αυτισμός του Kanner, χαρακτηρίζεται από έντονα διαταραγμένη κοινωνική διαντίδραση και επικοινωνία και από έντονα περιορισμένες δραστηριότητες και περιορισμένα ενδιαφέροντα.

Η έντονη βλάβη στους τρεις αυτούς αναπτυξιακούς τομείς (κοινωνική διαντίδραση, επικοινωνία, συμπεριφορά/δραστηριότητες/ενδιαφέροντα) αναλύεται στα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV.

A. Ένα σύνολο έξι ή περισσότερων σημείων από τα (1), (2) και (3), από τα οποία τουλάχιστον δύο από το (1), ένα από το (2) και ένα από το (3):

(1) ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική συναλλαγή, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα:

(α) έκδηλη έκπτωση στη χρήση πολλών εξωλεκτικών συμπεριφορών, όπως η βλεμματική επαφή, η έκφραση του προσώπου, η στάση του σώματος και οι χειρονομίες για τη ρύθμιση της κοινωνικής συναλλαγής

(β) αποτυχία στην ανάπτυξη αναλόγων με το αναπτυξιακό επίπεδο σχέσεων με συνομήλικους

(γ) έλλειψη αυθόρμητης επιδίωξης συμμετοχής σε απολαύσεις, ενδιαφέροντα ή επιτεύγματα με άλλους ανθρώπους (για παράδειγμα με μία έλλειψη να υποδεικνύει, να θέτει ή να τονίζει θέματα ενδιαφέροντος)

(δ) έλλειψη κοινωνικής ή συγκινησιακής αμοιβαιότητας

(2) ποιοτικές εκπτώσεις στην επικοινωνία, όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:

(α) καθυστέρηση ή ολική έλλειψη της ανάπτυξης της ομιλούμενης γλώσσας (η οποία δεν συνοδεύεται από μία προσπάθεια αντιστάθμισης μέσα από εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας, όπως οι χειρονομίες ή η μίμηση)

(β) σε άτομα με επαρκή ομιλία, έκδηλη έκπτωση της ικανότητας να αρχίσουν ή να διατηρήσουν μία συζήτηση με άλλους

(γ) στερεότυπη και επαναληπτική χρήση της γλώσσας, ή χρήση ιδιοσυγκρασιακής γλώσσας

(δ) έλλειψη ποικίλλοντος, αυθόρμητισμού, παιχνίδια με παίξιμο ρόλων ή κοινωνική μίμηση, ανάλογου με το αναπτυξιακό επίπεδο

(3) περιορισμένα, επαναληπτικά και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα

ακόλουθα:

(α) ενασχόληση περιβαλλόμενη με ένα ή περισσότερα στερεότυπα και περιορισμένα πρότυπα ενδιαφέροντος, η οποία είναι μη φυσιολογική είτε σε ένταση είτε σε εστίαση
(β) εμφανώς άκαμπτη εμμονή σε ειδικές, λειτουργικές συνήθειες ή τελετουργίες
(γ) στερεότυποι και επαναληπτικοί κινητικοί μαννερισμοί (για παράδειγμα χτυπήματα ή συστροφές των χεριών ή των δακτύλων, ή περίπλοκες κινήσεις ολόκληρου του σώματος)

(δ) επίμονη ενασχόληση με τμήματα αντικειμένων

B. Καθυστερήσεις ή ανώμαλη λειτουργικότητα σε τουλάχιστον μία από τις ακόλουθες περιοχές, με έναρξη πριν από την ηλικία των 3 ετών: (1) κοινωνική συναλλαγή, (2) γλώσσα, όπως χρησιμοποιείται στην κοινωνική επικοινωνία ή (3) συμβολικό ή φανταστικό παιχνίδι.

Γ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με τη Διαταραχή Rett ή με την Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή (Μάνος Ν., 1997).»

Από τα πρώτα σημάδια ύπαρξης της διαταραχής είναι η βλάβη στην κοινωνική διαντίδραση. Το παιδί με αυτισμό δείχνει να μην έχει αναπτύξει την ικανότητα να δημιουργήσει σχέσεις με τους γονείς του ή με τα άτομα που το φροντίζουν. Βέβαια, αυτό εξαρτάται από την βαρύτητα της διαταραχής και ενδεχομένως να δείξει κάποια διαντίδραση ή να αποκοπεί τελείως από το περιβάλλον. Δεν είναι κοινωνικό άτομο και δεν επιθυμεί να έχει κοντινές επαφές με τον περίγυρο. Όσον αφορά την επικοινωνία που έχει μέσω του λόγου είναι αμυδρή, ελάχιστη, υποτυπώδης έως και καθόλου. Ο λόγος του είναι μονότονος, με στερεοτυπικές εκφράσεις και επαναλήψεις λέξεων. Του είναι αρκετά δύσκολο να ξεκινήσει μια συζήτηση ή να την διατηρήσει. Δεν έχει το ενδιαφέρον να ασχοληθεί με δραστηριότητες και αποκτά ορισμένες τελετουργικές συμπεριφορές. Ταράζεται όταν οι γύρω του παρεμβαίνουν και επιθυμούν να αλλάξουν τις συνήθειές του. (Μάνος Ν., 1997)

Συνοδά χαρακτηριστικά. Συνοδές διαταραχές

«Τα άτομα με Αυτιστική Διαταραχή μπορεί να είναι υπερκινητικά, να παρουσιάζουν διάσπαση της προσοχής, παρορμητικότητα, επιθετικότητα, εκρήξεις οργής, να χτυπούν το κεφάλι τους στον τοίχο (ή να προβαίνουν σε άλλη αυτοτραυματική συμπεριφορά), να είναι υπερευαίσθητα στον ήχο, στο άγγιγμα, στο φως ή στις οσμές, να κλαίνε ή να γελάνε χωρίς λόγο, να κουνιούνται ρυθμικά (Μάνος Ν., 1997).»

«Σε ποσοστό 75% υπάρχει κάποιου βαθμού Διανοητική Καθυστέρηση, συνήθως μετρίου βαθμού. Μπορεί να υπάρχουν συνοδές νευρολογικές ή άλλες γενικές ιατρικές καταστάσεις (όπως παραδείγματος χάριν εγκεφαλίτιδα, φαινυλκετονουρία, οζώδης σκλήρυνση, σύνδρομο εύθραυστου Χ χρωμοσώματος, ανοξία στον τοκετό, ερυθρά στη μητέρα), επιληπτικοί σπασμοί (σε ποσοστό 25% των περιπτώσεων) και διάφορα μη ειδικά νευρολογικά σημεία (πρωτόγονα αντανακλαστικά, καθυστέρηση στην ανάπτυξη επικράτησης των εγκεφαλικών ημισφαιρίων) (Μάνος Ν., 1997).»

Αιτιολογία

«Η αιτιολογία είναι ουσιαστικά άγνωστη. Καθώς, όμως, αναφέρεται αυξημένος κίνδυνος για Αυτιστική Διαταραχή στα αδέρφια των ατόμων με διαταραχή, περίπου 36% στην ύπαρξη της διαταραχής σε μονοζυγώτες διδύμους, μερικές φορές συνύπαρξη νευρολογικών ή άλλων γενικών ιατρικών καταστάσεων (προ, κατά ή μετά

τη γέννηση), όπως αναφέραμε παραπάνω. Ακόμα υπάρχουν αναφορές για διεύρυνση των κοιλιών στις νευροαπεικονιστικές τεχνικές, για ΗΕΓ (Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα) ανωμαλίες (ακόμα και σε απουσία επιληπτικών σπασμών) και για διαταραχές του ντοπαμινεργικού και σε ροτονινεργικού συστήματος, οι επικρατούσα υπόθεση είναι η Αυτιστική Διαταραχή οφείλεται σε κάποιο είδος εγκεφαλικής ανωμαλίας/ δυσλειτουργίας (Μάνος Ν.,1997).»

Επιδημιολογικά στοιχεία. Πορεία. Πρόγνωση

«Ο επιπολασμός της Αυτιστικής Διαταραχής υπολογίζεται στις δύο ως πέντε περιπτώσεις στα δέκα χιλιάδες άτομα. Η Διαταραχή είναι τέσσερις ως πέντε φορές πιο συχνή στα άρρενα άτομα από ότι στα θήλεα, τα οποία, όμως, παρουσιάζουν πιο σοβαρή Διανοητική καθυστέρηση.

Η έναρξη της διαταραχής είναι πριν τα τρία χρόνια και συνήθως τους τρεις με έξι πρώτους μήνες οι γονείς ήδη έχουν προσέξει ότι το βρέφος δεν αναπτύσσεται φυσιολογικά όσον αφορά την ανταπόκριση του στο χάδι ή στο να χαμογελάσει.

Η πορεία της διαταραχής είναι χρόνια. Τα άτομα που πάσχουν από αυτή την πάθηση παρουσιάζουν άλλοτε χειροτέρευση κι άλλοτε βελτίωση. Καλά προγνωστικά σημεία είναι η παρουσία γλωσσικής επικοινωνίας και γενικότερα καλού διανοητικού επιπέδου. Πάντως, οι μελέτες μας δείχνουν ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό (2-3%) αυτιστικών ατόμων καταφέρνουν να τελειώσουν το σχολείο ή/και να ζήσουν και να εργαστούν σαν ενήλικοι ανεξάρτητα. Ακόμα εξακολουθούν να παρουσιάζουν προβλήματα στην κοινωνική διαντίδραση και στην επικοινωνία και σημαντικά περιορισμένα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες (Μάνος Ν.,1997).»

Διαταραχή Rett

Η καθυστέρηση της ανάπτυξης της κεφαλής, η απουσία δεξιοτήτων των χεριών και η εμφάνιση στερεοτυπιών και μη συντονισμένου βαδίσματος είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά της διαταραχής Rett εφόσον έχει περάσει μία περίοδος ομαλής λειτουργικότητας του παιδιού.

Οι συνοδές διαταραχές της διαταραχής Rett είναι η βαριά ή η βαθιά διανοητική καθυστέρηση με μεγάλο ποσοστό εμφάνισης επιληψίας όπως επίσης και εμφάνισης αυτοτραυματικής συμπεριφοράς.

Οι αιτιολογικοί παράγοντες της διαταραχής είναι άγνωστοι. Υπάρχει όμως μεγάλη πιθανότητα να ευθύνονται γενετικοί, μεταβολικοί και βιολογικοί παράγοντες. Η διαταραχή Rett εμφανίζεται μόνο σε θήλεα άτομα και γίνεται η διάγνωσή της στο πρώτο ή το δεύτερο έτος της ζωής του νεαρού ατόμου. Το άτομο με αυτή τη διαταραχή παρουσιάζει χρόνια πορεία όπως επίσης και απώλεια των ικανοτήτων των χεριών. Κατά την περίοδο της όψιμης παιδικής και εφηβικής ηλικίας το άτομο ενδιαφέρεται να κοινωνικοποιηθεί παρόλα αυτά δεν παύει να δυσκολεύεται στην γλωσσική ανάπτυξη σε ολόκληρη την ζωή του. (Μάνος Ν.,1997)

Αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας

Η διαταραχή αυτή είναι γνωστή και ως σύνδρομο Heller είτε ως βρεφονηπιακή άνοια είτε ως αποδιοργανωτική ψύχωση. Τα χαρακτηριστικά της είναι η έντονη παλινδρόμηση της λειτουργίας του ατόμου σε πολλούς τομείς μετά από μία χρονική περίοδο περίπου δύο ετών ομαλής ανάπτυξης. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν επικοινωνιακές συμπεριφορικές και κοινωνικές διαντιδράσεις ανάλογες με της αυτιστικής διαταραχής, όπως και προβλήματα στις κινητικές ικανότητες, στο παιχνίδι και στο έλεγχο του εντέρου ή της κύστης. (Μάνος Ν.,1997)

Συνοδὴ διαταραχὴ τῆς αποδιοργανωτικῆς διαταραχῆς τῆς παιδικῆς ἡλικίας εἶναι ἡ βαριά διανοητικὴ καθυστέρηση καὶ ἡ επιληψία.

Ἡ διαταραχὴ αὐτὴ εἶναι σπάνια καὶ ἡ αιτιολογία τῆς εἶναι ἀγνωστὴ. Ορισμένες φορές συνδυάζεται με κάποια γενικὴ κατάσταση, ὅπως ἡ μεταχρωματικὴ λευκοδυστροφία, ἡ οζώδης σκλήρυνση καὶ ἄλλοι που μπορεῖ νὰ ἔχουν τὴν εὐθύνῃ γιὰ τὴν παλινδρόμηση. Ἡ πορεία τῆς διαταραχῆς εἶναι χρόνια με ἀπώλεια τῶν λειτουργιῶν τοῦ ἀτόμου καὶ εμφανίζεται στὴν παιδικὴ ἡλικία. (Μάνος Ν., 1997)

Διαταραχὴ Asperger

Τα χαρακτηριστικὰ τῆς διαταραχῆς αὐτῆς εἶναι ἡ μείωση τῆς κοινωνικοποίησης καὶ ὁ περιορισμὸς στὴν συμπεριφορὰ, στὶς δραστηριότητες καὶ στὰ ἐνδιαφέροντα που ἔχει τὸ ἀτομὸ χωρὶς ὄμως νὰ ὑπάρχει ἔκπτωση τῆς γλωσσικῆς ἀνάπτυξης. Ἡ πορεία διαρκεῖ γιὰ ὅλη τὴ ζωὴ τοῦ ἀτόμου καὶ κυρίως εμφανίζεται στὰ ἀγόρια. Οἱ αιτιολογικοὶ παράγοντες εἶναι ἀγνωστοί. Ὑπάρχουν περιπτώσεις γιὰ οικογενὴ ἐμφάνισή τῆς καὶ μπορεῖ νὰ συνοδεύεται ἀπὸ γενικὲς ἱατρικὲς καταστάσεις. (Μάνος Ν., 1997)

Βαριὰ ἐκτεταμένη διαταραχὴ τῆς ἀνάπτυξης μὴ προσδιοριζόμενη ἀλλιῶς (συμπεριλαμβανομένου τοῦ ἀτυποῦ ἀυτισμοῦ)

Τα χαρακτηριστικὰ τῆς διαταραχῆς αὐτῆς εἶναι ἡ βαριά καὶ παρατεταμένη μείωση τῆς κοινωνικοποίησης, τῆς λεκτικῆς καὶ μὴ λεκτικῆς συμπεριφορᾶς ἢ στερεότυπη συμπεριφορὰ, στερεότυπες δραστηριότητες καὶ στερεότυπα ἐνδιαφέροντα, στὶς ὁποῖες δὲν πληροῦνται τὰ κριτήρια γιὰ καμία ἄλλη διαταραχὴ. Ὁ ἀτυπος ἀυτισμὸς ἐμπεριέχει ἀτυπὴ ἢ ὀριακὴ συμπτωματολογία ἢ καθυστερημένη ἐμφάνιση τῆς διαταραχῆς ἢ ὅλα τὰ παραπάνω. (Μάνος Ν., 1997)

1.1.8 ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Στὴν ψυχωτικὴ συμπεριφορὰ συγκαταλέγονται οἱ παρακάτω διαταραχές

1. Σχιζοφρένεια
2. Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχὴ
3. Σχιζοσυναισθηματικὴ Διαταραχὴ
4. Παραληρητικὴ Διαταραχὴ
5. Βραχεῖα Ψυχωτικὴ Διαταραχὴ
6. Ἐπινεμόμενη Ψυχωτικὴ Διαταραχὴ
7. Ψυχωτικὴ Διαταραχὴ Ὀφειλόμενη Σὲ Γενικὴ Ἰατρικὴ Κατάσταση
8. Ψυχωτικὴ Διαταραχὴ Προκαλούμενη Ἀπὸ Ουσίες
9. Ψυχωτικὴ Διαταραχὴ Μὴ Προσδιοριζόμενη Ἀλλιῶς

Σχιζοφρένεια

«Ὁ ὅρος Σχιζοφρένεια προτάθηκε ἀπὸ τὸν Eugene Bleuler τὸ 1911 γιὰ νὰ περιγράψει τὸ σύνδρομο που νωρίτερα (1860) ὁ Benedict Augustin Morel εἶχε ὀνομάσει πρῶιμη ἀνοία (dementia praecox - dementia praecox) καὶ που με τὸ ὄνομα αὐτὸ ὁ Emil Kraepelin (1896) τὸ διέδωσε σ' ὅλο τὸν κόσμο.

Βέβαια, γρήγορα ἐγίνε φανερό ὅτι δὲν ἐπρόκειτο γιὰ “ἀνοία” (“ που ἀρχίζει νωρίς”) κι ὅτι ἐπρόκειτο γιὰ βαριὰ ψυχωτικὴ διαταραχὴ, γιὰ “σχίσισμο τοῦ μυαλοῦ”, ἀπὸ ὅπου καὶ ὁ ὅρος Σχιζοφρένεια.

Στὰ χρόνια που πέρασαν, παρ' ὅλες τὶς ἐρευνες καὶ τὶς προσπάθειες μας, δὲν

μάθαμε πολλά πράγματα για τη μάστιγα αυτή της ανθρωπότητας, που εξακολουθεί να ρημάζει άτομα και οικογένειες. Δεν ξέρουμε ακόμα ούτε πώς να τη θεραπεύσουμε ολοκληρωτικά, ούτε πώς να προφυλάξουμε τον άνθρωπο από τη Σχιζοφρένεια. Κι αυτό γιατί τα αίτια της ακόμα μας διαφεύγουν.

Έτσι, λοιπόν, σήμερα θεωρούμε τη Σχιζοφρένεια σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή η αλλοίωση ή παραμόρφωση της πραγματικότητας - ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας - παρουσιάζεται με διαταραχές - συμπτώματα στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα (Μάνος Ν. 1997).»

«Διαγνωστικά κριτήρια για την Σχιζοφρένεια κατά το DSM-IV

A. Χαρακτηριστικά συμπτώματα: Δύο (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα, το καθένα από τα οποία είναι παρόν για σημαντικό τμήμα του χρόνου κατά τη διάρκεια μιας περιόδου ενός μηνός (ή λιγότερο αν εντοπιστεί επιτυχώς):

- 1) παραληρητικές ιδέες
- 2) ψευδαισθήσεις
- 3) αποδιοργανωμένος λόγος (για παράδειγμα συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία)
- 4) έντονα αποδιοργανωμένα ή κατατονικά συμπεριφορικά
- 5) αρνητικά συμπτώματα, για παράδειγμα συναισθηματική επιπέδωση, αλογία, ή αβουλία

Σημείωση : Απαιτείται μόνο ένα σύμπτωμα του κριτηρίου A. Αν οι παραληρητικές ιδέες είναι αλλόκοτες ή οι ψευδαισθήσεις αποτελούνται από μία φωνή που σχολιάζει αδιάκοπα τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου, ή από δύο ή περισσότερες φωνές που συνδιαλέγονται μεταξύ τους.

B. Κοινωνική/Επαγγελματική δυσλειτουργία: Για ένα σημαντικό χρόνο από την έναρξη της διαταραχής, μία ή περισσότερες μείζονες περιοχές της λειτουργικότητας, όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις ή η αυτομέριμνα είναι καταφανώς κάτω από το πριν την έναρξη επίπεδο.

Γ. Διάρκεια: Συνεχή συμπτώματα της διαταραχής επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες. Αυτή η περίοδος πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα μήνα συμπτωμάτων (ή λιγότερο αν αντιμετωπιστεί επιτυχώς), τα οποία πληρούν το κριτήριο A και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα.

Δ. Αποκλεισμός της Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής και Διαταραχής της Διάθεσης
E. Αποκλεισμός ουσιών και σωματικών παθολογιών (Μάνος Ν., 1997).»

Χαρακτηριστικά συμπτώματα

«Η Σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που προσβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες. Έτσι, χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα προέρχονται από διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του συναίσθηματος, της αίσθησης του εαυτού, της βούλησης, της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και σχέσης με τον εξωτερικό κόσμο, της ψυχοκινητικότητας (Μάνος Ν., 1997).»

Σκέψη

«Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης με τη μορφή παραληρητικών ιδεών είναι κοινές στη σχιζοφρένεια. Όσο πιο παράξενες ή αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες, τόσο πιθανότερο να είναι σχιζοφρενικής προέλευσης: για παράδειγμα παραληρητικές ιδέες μεταβίβασης ή εκπομπής της σκέψης, παραληρητικές ιδέες ελέγχου της σκέψης

από εξωτερικές δυνάμεις, παραληρητικές ιδέες τοποθέτησης σκέψης από άλλους. Κοινές είναι και οι παραληρητικές ιδέες συσχέτισης και δίωξης, ενώ παραληρητικές ιδέες μεγαλείου, θρησκευτικού περιεχομένου, μηδενιστικές, σωματικές είναι λιγότερο συχνές. Συχνά στη Σχιζοφρένεια είναι παρούσα και διαταραχή του ειρμού ή της μορφής της σκέψης (μορφολογική ή τυπική διαταραχή της σκέψης). Αυτή εκδηλώνεται συνήθως ως χάλαση των συνειρμών και μπορεί να φθάσει μερικές φορές την ασυναρτησία ή τη γλωσσική σαλάτα (Μάνος Ν., 1997).»

Αντίληψη

«Οι πιο χαρακτηριστικές διαταραχές της αντίληψης είναι οι ψευδαισθήσεις και ιδιαίτερα οι ακουστικές. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι διάφοροι ήχοι, χαρακτηριστικές όμως θεωρούνται οι φωνές που ακούει ο ασθενής να προέρχονται μέσα από το κεφάλι του ή από έξω και που είτε τον σχολιάζουν είτε εφόσον είναι περισσότερες από μια συζητούν μεταξύ τους (διάλογος) ή του δίνουν εντολές. Οι τελευταίες είναι πολύ επικίνδυνες γιατί μπορεί να τον διατάξουν να κάνει κακό στον εαυτό του ή σε άλλους.

Οπωσδήποτε, καθώς ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορούν σπάνια να εμφανισθούν και σε φυσιολογικά ακόμη άτομα, θα πρέπει οι φωνές που αναφέραμε να είναι παρούσες για πολλές μέρες ή εβδομάδες είτε συνέχεια είτε κατά διαστήματα. Οπτικές, απτικές, οσφρητικές και γευστικές ψευδαισθήσεις συμβαίνουν λιγότερο συχνά στη Σχιζοφρένεια (είναι πιο συχνές σε "οργανικές" ψυχικές διαταραχές).

Σωματικές ψευδαισθήσεις - και κιναισθητικές ψευδαισθήσεις - παρατηρούνται επίσης στη Σχιζοφρένεια .

Μια γενική υπερευαίσθησία στον ήχο, το φως και τις οσμές είναι συχνή στη Σχιζοφρένεια (Μάνος Ν., 1997).»

Συναίσθημα

«Συχνά στη Σχιζοφρένεια παρατηρούμε αμβλύ ή επίπεδο συναίσθημα ή απρόσφορο συναίσθημα. Η διαταραχή του συναισθήματος, εκτός από τις περιπτώσεις που είναι παρούσα σε υπερβολικό βαθμό (πρόσωπο ακίνητο σαν μάσκα, ανόητο γέλιο) δεν είναι από τα πιο χρήσιμα διαγνωστικά στοιχεία, καθώς είναι και δύσκολο να προσδιορισθεί ακριβώς. Επίσης τα αντιψυχωτικά φάρμακα προκαλούν επιπέδωση του συναισθήματος που μπερδεύει ακόμη περισσότερο τη διαγνωστική αξιολόγηση. Ιδιαίτερα, σημειώνουμε ότι στον Παρανοϊκό Τύπο της Σχιζοφρένειας είναι συχνή η ύπαρξη φυσιολογικού συναισθήματος (Μάνος Ν., 1997).»

Αίσθηση του εαυτού

«Η αίσθηση του εαυτού που δίνει στο φυσιολογικό άτομο ένα αίσθημα ατομικότητας, μοναδικότητας και αυτοκατεύθυνσης συχνά διαταράζεται. Έτσι μιλούμε για απώλεια των ορίων του εγώ που εκδηλώνεται με σύγχυση ταυτότητας, παραληρητικές ιδέες εξωτερικού ελέγχου (Μάνος Ν., 1997).»

Βούληση

«Σχεδόν πάντα υπάρχει κάποιου βαθμού διαταραχή στην αυτόνομη, πρωτοβουλιακή, στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα, γεγονός που παραβλάπτει σε

έντονο βαθμό την ικανότητα για εργασιακή και γενικότερα για παραγωγική λειτουργία.

Η διαταραχή της βούλησης εκδηλώνεται ως ανεπαρκές ενδιαφέρον ή ανικανότητα να ακολουθήσει ο ασθενής μια πορεία ενεργειών μέχρι τη λογική τους κατάληξη.

Διαταραχή της βούλησης αποτελεί και η αμφιβουλησία (αμφιθυμία) που παρατηρείται συχνά στη Σχιζοφρένεια και που εκδηλώνεται ως δυσκολία ή αδυναμία επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές πορείες δράσης. Και η αμφιβουλησία μπορεί να οδηγήσει σε διακοπή της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας (Μάνος Ν., 1997).»

Διαπροσωπική λειτουργικότητα και σχέση με τον εξωτερικό κόσμο

«Σχεδόν πάντα υπάρχει δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις. Συχνή είναι η απόσυρση του ασθενή από τον εξωτερικό κόσμο με ταυτόχρονη υπέρμετρη προσήλωση και ενασχόληση με εγωκεντρικές και παράλογες ιδέες και φαντασίες, όπου η αντικειμενικότητα έχει χαθεί. Αυτή η κατάσταση, ιδιαίτερα όταν είναι έντονη έχει αναφερθεί σαν «αυτισμός». Έτσι, ο ασθενής συχνά περιγράφεται από τους οικείους του ή φίλους του σαν χαμένος στον κόσμο του και συναισθηματικά «αποκομμένος» από τους άλλους (Μάνος Ν., 1997).»

Κλινική εικόνα και Πορεία. Πρόγνωση

Η έναρξη της Σχιζοφρένειας γίνεται ορατή κατά την εφηβεία ή στην αρχή της ενηλικίωσης. Ακόμα παρατηρείται και η όψιμη έναρξη, όπου η διαταραχή αναπτύσσεται μετά τα σαράντα πέντε (45). Το άτομο αρχίζει να παρουσιάζει εκκεντρική συμπεριφορά και παραμελεί την εμφάνισή του. Το άτομο αδυνατεί να αναλάβει τις καθημερινές του υποχρεώσεις στον τομέα της εργασίας, της φοίτησης. Δεν το ενδιαφέρει η κοινωνικοποίηση και δεν κατέχει πλέον την πρωτοβουλία του και τα ενδιαφέροντα του. Δεν το αφορά η προσωπική του υγιεινή και εμφάνιση και μπορεί να παρουσιάσει πολύ παράξενη συμπεριφορά, όπως για παράδειγμα να μαζεύει σκουπίδια και τροφές από τον δρόμο, να μιλά μόνο του. Αρχικά το άτομο μπορεί να έχει σε μεγάλο βαθμό άγχος και να δείχνει υπερευαίσθησία σε εξωτερικά και διαπροσωπικά ερεθίσματα, αλλά στρέφεται σταδιακά στον εσωτερικό του κόσμο και μπορούν να παρουσιαστούν αμβλύ συναίσθημα, προκαταλήψεις, φτώχεια στο λόγο, περιέργες πεποιθήσεις, ιδέες συσχέτισης και παραισθήσεις. Όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά συνιστούν την πρόδρομη φάση της Σχιζοφρένειας που ενδεχομένως να διαρκέσει για μέρες ή μήνες. Παράλληλα, μερικοί άνθρωποι δεν αποκτούν τη Σχιζοφρένεια με αυτόν τον τρόπο, αλλά αντιθέτως εμφανίζουν ξαφνικά μια ψυχωτική διάσπαση, δηλαδή αναπτύσσουν την ενεργό φάση.

«Άσχετα με το αν εμφανισθεί ή όχι πρόδρομη φάση, όλοι οι σχιζοφρενικοί ασθενείς έχουν αυτό που ονομάζεται ενεργός φάση, στη διάρκεια της οποίας η ψύχωση είναι έντονη και φανερή και οι ασθενείς παρουσιάζονται έντονα διαταραγμένοι. Σ' αυτή τη φάση χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, χάλαση των συνειρμών, ασυναρτησία, παράλογη σκέψη και συμπεριφορά που είναι έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική κυριαρχούν στην κλινική εικόνα. Η ενεργός φάση της Σχιζοφρένειας μπορεί να διαρκέσει για απροσδιόριστο χρόνο ή μόνο λίγες εβδομάδες.

Όταν η ενεργός φάση υποχωρήσει (με ή χωρίς θεραπεία), ο σχιζοφρενικός ασθενής συνήθως δεν επιστρέφει στην προηγούμενη προνοσηρή του λειτουργικότητα, αλλά μπαίνει σε μια υπολειμματική φάση, της οποίας τα συμπτώματα είναι παρόμοια με τα συμπτώματα της πρόδρομης φάσης, αν και η αμβλύτητα ή επιπέδωση του συναίσθηματος και η κοινωνικοεπαγγελματική έκπτωση

τείνουν να είναι πιο κοινές στην υπολειμματική φάση. Στη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης μερικά από τα ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, μπορεί να επιμένουν αλλά συνήθως είναι λιγότερο συναισθηματικά φορτισμένα.

Επομένως, τα συμπτώματα της πρόδρομης ή υπολειμματικής φάσης είναι είτε εξασθενημένα θετικά (για παράδειγμα παράξενες πεποιθήσεις ή μαγική σκέψη όπως δεισιδαιμονία, πίστη σε μαντικές ικανότητες, τηλεπάθεια, "έκτη αίσθηση", «άλλοι μπορούν να νιώσουν τα αισθήματα μου», ιδέες συσχέτισης ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες όπως υποτροπιάζουσες παραισθήσεις, αίσθηση παρουσίας κάποιας δύναμης ή κάποιου ατόμου· παρεκβατικός, ασαφής, αόριστος λόγος ιδιόρρυθμη συμπεριφορά όπως το να μαζεύει σκουπίδια ή να μιλά μόνος του) είτε αρνητικά συμπτώματα (κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση, έλλειψη πρωτοβουλίας, ενδιαφερόντων ή ενεργητικότητας, ελάττωση της ομιλητικότητας) (Μάνος Ν., 1997).»

«Σημειώνουμε, ότι πάντα υπάρχει η πιθανότητα για πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων ή και ίαση, αν και η συχνότητα της είναι άγνωστη. Η πιο συνηθισμένη πορεία είναι η εμφάνιση κατά καιρούς οξέων εξάρσεων με αύξηση της υπολειμματικής βλάβης ανάμεσα στα επεισόδια ή στασιμότητα. Έτσι, αν συναντήσουμε ένα σχιζοφρενικό ασθενή που επιστρέφει σε φυσιολογική λειτουργικότητα μετά τα ψυχωτικά του επεισόδια, θα πρέπει να αναρωτηθούμε για τη διάγνωση μας και να κοιτάξουμε και γι' άλλες πιθανότητες (για παράδειγμα διπολική διαταραχή ή ψύχωση από ψυχοδραστικές ουσίες).

Έτσι, μολονότι δεν αποκλείεται η πλήρης ύφεση η ίαση, ο σχιζοφρενικός ασθενής θα παρουσιάσει συνήθως κάποιο υπόλειμμα ψύχωσης, διαπροσωπικής αδεξιότητας, επαγγελματικής ή κοινωνικής ανικανότητας που θα ποικίλλει ευρύτατα, ώστε άλλοι ασθενείς να χρειάζονται χρόνια φροντίδα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, άλλοι να ζουν στην κοινότητα σε ξενώνες, οικοτροφεία, διαμερίσματα ή στις οικογένειες τους, άλλοι να εργάζονται με επίβλεψη, άλλοι χωρίς επίβλεψη, άλλοι να σπουδάζουν, άλλοι να διατηρούν κοινωνικές σχέσεις, να έχουν σεξουαλικές σχέσεις (ή και να παντρεύονται), πολύ δύσκολα, όμως, να μπορούν να κάνουν και να κρατήσουν χωρίς ν' αρρωστήσουν μίαν ολοκληρωμένη διαπροσωπική – συναισθηματική - ερωτική σχέση». (Μάνος Ν., 1997)

Κλινικοί Τύποι

Παρανοϊκός Τύπος

«Τύπος Σχιζοφρένειας στον οποίο πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια:

A. Έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις.

B. Δεν προεξάρχει κανένα από τα παρακάτω: αποδιοργανωμένος λόγος, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά ή επίπεδο ή απρόσφορο συναισθημα.

Η λειτουργικότητα του παρανοϊκού σχιζοφρενικού συνήθως παραβλάπτεται λιγότερο από του κατατονικού ή του αποδιοργανωμένου και παρανοϊκοί σχιζοφρενικοί μπορεί να λειτουργούν ικανοποιητικά σε κοινωνικές/ επαγγελματικές καταστάσεις, που δεν διεγείρουν τους παρανοϊκούς τους φόβους. Έτσι, μπορεί να είναι παντρεμένοι, να έχουν παιδιά και να εργάζονται.

Άγχος, θυμός, λεκτική και σωματική επιθετικότητα, καχυποψία και

υπερευαίσθησία στη διαπροσωπική επαφή συχνά χαρακτηρίζουν αυτόν τον τύπο, όπως και αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου ή φόβος ότι θα θεωρηθεί το άτομο ομοφυλόφιλο ή θα το προσεγγίσουν ομοφυλόφιλοι.

Η έναρξη αυτού του τύπου τείνει να συμβαίνει αργότερα στη ζωή απ' ό,τι των άλλων τύπων και τα χαρακτηριστικά του γίνονται πιο σταθερά με το πέρασμα του χρόνου.

Οι παραληρητικές ιδέες είναι τυπικά δίωξης ή μεγαλείου, αν και παραληρητικές ιδέες με άλλα θέματα, για παράδειγμα ζήλεια, θρησκεία, σωματοποίηση, μπορεί να εμφανισθούν. Οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να είναι πολλαπλές, αλλά συνήθως οργανώνονται /συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα. Οι παραληρητικές ιδέες δίωξης μπορεί να προδιαθέσουν το άτομο για αυτοκτονία και ο συνδυασμός παραληρητικών ιδεών δίωξης και μεγαλείου μαζί με θυμό μπορεί να προδιαθέσουν για βία (Μάνος Ν.,1997).»

Αποδιοργανωμένος Τύπος

«Τύπος σχιζοφρένειας στον οποίο πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια:

A. Προεξάρχουν όλα τα παρακάτω:

- (1) αποδιοργανωμένος λόγος
- (2) αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
- (3) επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα

B. Δεν πληρούνται τα κριτήρια Κατατονικού Τύπου.

Πρόκειται για τον τύπο της Σχιζοφρένειας που παλιότερα ονομάζονταν ηβηφρενικός. Την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και τον αποδιοργανωμένο λόγο μπορεί να συνοδεύσουν ανόητη συμπεριφορά και ανόητο γέλιο. Λείπουν οι συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες, μπορεί όμως να υπάρχουν διασπασμένες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις χωρίς οργανωμένο περιεχόμενο. Μαννερισμοί, υποχονδρικά ενοχλήματα παραληρητικού επιπέδου, υπερβολική κοινωνική απόσυρση και παραξενιές στη συμπεριφορά είναι συχνά. Η κοινωνική έκπτωση είναι μεγάλη. Συνήθως υπάρχει προνοσηρή διαταραχή της προσωπικότητας, πρώιμη και ύπουλη έναρξη και χρόνια πορεία χωρίς σημαντική ύφεση (Μάνος Ν.,1997).»

Κατατονικός Τύπος

«Τύπος Σχιζοφρένειας στην κλινική εικόνα του οποίου κυριαρχούν δύο τουλάχιστον από τα παρακάτω:

- (1) κινητική ακινησία όπως γίνεται φανερή με καταληψία (συμπεριλαμβανομένης και της κηρώδους ευκαμψίας) ή με εμβροντησία (stupor)
- (2) υπερβολική κινητική δραστηριότητα (που είναι εμφανώς άσκοπη και δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα)
- (3) ακραίος αρνητισμός (προβολή αντίστασης που προφανώς δεν έχει κανένα κίνητρο σε κάθε εντολή ή διατήρηση δύσκαμπτης στάσης σε κάθε προσπάθεια μετακίνησης) ή αλαλία
- (4) ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων όπως γίνονται φανερές από στάσεις του σώματος (εκούσια λαμβανόμενες απρόσφορες ή αλλόκοτες στάσεις), στερεότυπες κινήσεις, έκδηλους μαννερισμούς, ή έκδηλους μορφασμούς
- (5) ηχολαλία ή ηχοπραξία (Μάνος Ν.,1997).»

«Η καταληψία είναι η άκαμπτη διατήρηση μιας θέσης του σώματος για μεγάλο

χρονικό διάστημα. Η κηρώδης ευκαμψία, όπως ήδη αναφέρθηκε, είναι η εντύπωση που δίνεται κατά τις παθητικές κινήσεις των μελών από τον εξεταστή, ότι αυτά μοιάζουν σαν να είναι από κερί, καθώς παραμένουν στη θέση που τα μετακίνησε. Η ηχολαλία είναι η επανάληψη σαν ηχώ (ή σαν ομιλία παπαγάλου) από τον ασθενή αυτών που λέει κάποιο άλλο άτομο. Η ηχοπραξία είναι η επαναληπτική μίμηση από τον ασθενή των κινήσεων ενός άλλου ατόμου. Κατά τη διάρκεια του κατατονικού stupor ή της κατατονικής διέγερσης το άτομο χρειάζεται προσεκτική παρακολούθηση για να μη βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους και μπορεί να χρειασθεί ιατρική φροντίδα λόγω μη λήψης τροφής, εξάντλησης, υπερπυρεξίας, αυτοτραυματισμού κτλ. Η μορφή αυτή της σχιζοφρένειας αν και συχνή πριν μερικές δεκαετίες, είναι πια σπάνια στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ (Μάνος Ν., 1997).»

Αδιαφοροποίητος Τύπος

«Τύπος Σχιζοφρένειας στον οποίο υπάρχουν συμπτώματα που πληρούν το Κριτήριο Α αλλά δεν πληρούνται τα κριτήρια του Παρανοϊκού, Αποδιοργανωμένου, ή Κατατονικού Τύπου (Μάνος Ν., 1997).»

Υπολειμματικός Τύπος

«Τα διαγνωστικά κριτήρια του Υπολειμματικού Τύπου κατά DSM-IV είναι: Τύπος Σχιζοφρένειας στον οποίο πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια:
Α. Απουσιάζουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος και έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά.
Β. Υπάρχουν σημεία που δείχνουν ότι η διαταραχή συνεχίζεται, όπως φαίνεται από την παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων ή δύο ή περισσότερων συμπτωμάτων από αυτά που αναφέρονται στο Κριτήριο Α για τη Σχιζοφρένεια, που είναι παρόντα με εξασθενημένη μορφή (π.χ. παράξενες πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες) (Μάνος Ν., 1997).»

Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή

«Τα βασικά χαρακτηριστικά της Σχιζοφρενικόμορφης Διαταραχής είναι τα ίδια με της Σχιζοφρένειας (Κριτήριο Α), εκτός από δύο διαφορές: η ολική διάρκεια της διαταραχής (συμπεριλαμβανόμενης της πρόδρομης, ενεργού και υπολειμματικής φάσης) είναι τουλάχιστον 1 μήνας, αλλά λιγότερο από 6 μήνες και (αν και μπορεί να συμβεί) δεν απαιτείται κοινωνική και επαγγελματική έκπτωση (Μάνος Ν., 1997).»

«Διαγνωστικά κριτήρια της Σχιζοφρενικόμορφης Διαταραχής κατά DSM-IV:
Α. Πληρούνται τα κριτήρια Α, Δ και Ε της σχιζοφρένειας.
Β. Ένα επεισόδιο της διαταραχής (στο οποίο συμπεριλαμβάνονται η πρόδρομη, η ενεργός και η υπολειμματική φάση), διαρκεί τουλάχιστον ένα μήνα και λιγότερο από έξι μήνες (Μάνος Ν., 1997).»

Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή

«Όπως το λέει και η λέξη η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από το ότι σε κάποια χρονική περίοδο συμπτώματα Μείζονος Καταθλιπτικού. Μανιακού ή Μεικτού Επεισοδίου συνυπάρχουν με συμπτώματα που πληρούν το κριτήριο Α της Σχιζοφρένειας. Επιπλέον, όμως, για να μπει η διάγνωση θα πρέπει αφενός να

υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις τουλάχιστον για δυο εβδομάδες με απουσία έντονων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης και αφετέρου τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης να είναι παρόντα για σημαντικό μέρος της όλης διάρκειας της διαταραχής. Επίσης, πρέπει ν' αποκλεισθούν «οργανικές» αιτίες όπως διάφορες ουσίες (για παράδειγμα κοκαΐνη) και γενικές ιατρικές καταστάσεις (για παράδειγμα υπερθυρεοειδισμός ή κροταφική επιληψία).

Η ελάχιστη διάρκεια ενός σχιζοσυναισθηματικού επεισοδίου είναι ένας μήνας (αφού πρέπει να πληροί το κριτήριο A της Σχιζοφρένειας) (Μάνος Ν., 1997).»

«Διαγνωστικά κριτήρια της Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής κατά DSM-IV:

A. Μία αδιάκοπη περίοδος νόσου, στη διάρκεια της οποίας, για κάποια χρονική περίοδο, υπάρχει είτε Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο είτε Μανιακό Επεισόδιο είτε Μικτό Επεισόδιο ταυτόχρονα με συμπτώματα που πληρούν το κριτήριο A της σχιζοφρένειας.

B. Κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου της νόσου, έχουν υπάρξει παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον 2 εβδομάδες σε απουσία προεξαρχόντων συμπτωμάτων της διάθεσης.

Γ. Τα συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια ενός επεισοδίου διάθεσης είναι παρόντα για ένα σημαντικό μέρος της όλης διάρκειας της ενεργού και της υπολειμματικής περιόδου της νόσου.

Δ. Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας ή γενικής σωματικής νόσου (Μάνος Ν., 1997).»

Παραληρητική Διαταραχή

«Η κατηγορία αυτή χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη παραληρητικών ιδεών διαφόρων τύπων - δίωξης, ζηλοτυπίας, ερωτομανίας, σωματικών, μεγαλείου, γι' αυτό προτιμήθηκε ο όρος παραληρητική διαταραχή (κι όχι παρανοϊκή, όπως ήταν παλιότερα και που υπονοούσε την ύπαρξη μόνο παρανοϊκών ιδεών κυρίως δίωξης ή ζηλοτυπίας). Χαρακτηριστικά των παραληρητικών αυτών ιδεών είναι ότι δεν είναι αλλόκοτες, δηλαδή περιλαμβάνουν καταστάσεις που απαντώνται στην πραγματική ζωή, όπως το να νιώθει το άτομο ότι το παρακολουθούν, ότι προσπαθούν να το δηλητηριάσουν, ότι κάποιος ή κάποια είναι τρελά ερωτευμένος μαζί του(της), ότι τον(την) απατούν, ότι αναδίδει μια άσχημη μυρωδιά. Ακουστικές ή οπτικές ψευδαισθήσεις, αν υπάρχουν, δεν προεξάρχουν στην κλινική εικόνα και η γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου δεν είναι παράξενη ή αλλόκοτη. Μπορεί να υπάρχουν οπτικές και οσφρητικές ψευδαισθήσεις (ακόμη και να προεξάρχουν). Αν υπάρχουν επεισόδια διαταραχής της διάθεσης, αυτά είναι βραχείας διάρκειας σε σχέση με τη διάρκεια των παραληρητικών ιδεών, η οποία πρέπει να είναι τουλάχιστον ενός μηνός για να μπει η διάγνωση. Επίσης, για να μπει η διάγνωση οι παραληρητικές ιδέες δεν πρέπει να οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (για παράδειγμα κοκαΐνη) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (για παράδειγμα νόσος του Alzheimer, συστηματικός ερυθματώδης λύκος (Μάνος Ν., 1997).»

«Διαγνωστικά κριτήρια της Παραληρητικής Διαταραχής κατά DSM-IV:

A. Μη αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες (δηλαδή εμπλέκονται καταστάσεις που συναντώνται στην πραγματική ζωή, όπως ότι το άτομο παρακολουθείται, ότι το δηλητηριάζουν, ότι το μολύνουν, ότι το αγαπούν από απόσταση, ότι απατάται από το (τη) σύζυγο ή το (τη) σύντροφο, ότι έχει μια ασθένεια) διάρκειας τουλάχιστον ενός μηνός.

Β. Ποτέ δεν πληρούσε το κριτήριο Α της σχιζοφρένειας.

Σημείωση : Είναι δυνατό να υπάρχουν απτικές και οσφρητικές ψευδαισθήσεις αν αυτές συνδέονται με το θέμα του παραληρήματος.

Γ. Η λειτουργικότητα δεν είναι έντονα διαταραγμένη και η συμπεριφορά δεν είναι εμφανώς παράδοξη ή αλλόκοτη.

Δ. Αν ταυτόχρονα έχουν εμφανιστεί επεισόδια της διάθεσης, η συνολική τους διάρκεια υπήρξε βραχεία σε σχέση με τη διάρκεια των παραληρητικών περιόδων.

Ε. Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας ή γενικής σωματικής νόσου (Μάνος Ν.,1997).»

«Προσδιορίστε τύπο (προσδιορίζονται οι παρακάτω τύποι με βάση το κυρίαρχο θέμα των παραληρητικών ιδεών).

Ερωτομανής Τύπος: παραληρητικές ιδέες ότι κάποιο άλλο άτομο, συνήθως ανώτερης (κοινωνικοοικονομικής) τάξης, είναι ερωτευμένο μαζί του.

Τύπος Μεγαλείου: παραληρητικές ιδέες διογκωμένης προσωπικής αξίας, δύναμης, γνώσης, ταυτότητας ή ειδικής σχέσης με μια θεότητα ή διασημότητα.

Τύπος Ζηλοτυπίας: παραληρητικές ιδέες ότι ο σεξουαλικός σύντροφος του ατόμου τον (την) απατά.

Διωκτικός Τύπος: παραληρητικές ιδέες ότι το άτομο (ή κάποιος στον οποίο το άτομο είναι κοντά) αντιμετωπίζεται κακόβουλα κατά κάποιο τρόπο.

Σωματικός Τύπος: παραληρητικές ιδέες ότι το άτομο έχει κάποιο σωματικό ελάττωμα ή κάποια γενική ιατρική κατάσταση.

Μεικτός Τύπος: παραληρητικές ιδέες χαρακτηριστικές περισσότερων του ενός από τους παραπάνω τύπους, αλλά όπου δεν κυριαρχεί κάποιο θέμα.

Απροσδιόριστος Τύπος

Συνοδά χαρακτηριστικά ιδιαίτερα στον Διωκτικό Τύπο και στον Τύπο Ζηλοτυπίας μπορεί να είναι καχυποψία, εχθρικότητα, κοινωνική απομόνωση, θυμός μέχρι και βίαιη συμπεριφορά, επίμονη ενασχόληση με δικαστήρια και άλλα. Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια πιθανώς συμβαίνουν πιο συχνά σε άτομα με Παραληρητική Διαταραχή και επίσης αυτή μπορεί να συνυπάρχει με Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Σωματοδυσμορφική Διαταραχή και με Παρανοειδή, Σχιζοειδή ή Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας (Μάνος Ν.,1997).»

Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή

«Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η αιφνίδια έναρξη ενός ψυχωτικού επεισοδίου, που διαρκεί τουλάχιστον μια μέρα και λιγότερο από ένα μήνα, με επάνοδο τελικά στο προνοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας. Τα ψυχωτικά συμπτώματα μπορεί να είναι ασυναρτησία, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, κατατονική εμβροντησία ή διέγερση, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και γενικά η εικόνα είναι έντονης αναστάτωσης με σύγχυση, αμηχανία και ταχεία εναλλαγή συναισθημάτων.

Άτομα με Παρανοειδή, Δραματική, Ναρκισσιστική, Σχιζότυπη ή Μετ αιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας θεωρούνται ότι είναι πιο προδιατεθειμένα να παρουσιάσουν αυτή τη διαταραχή κάτω από συνθήκες έντονου στρες (Μάνος Ν.,1997).»

«Διαγνωστικά κριτήρια της Βραχείας Ψυχωτικής Διαταραχής κατά DSM-IV:

A. Παρουσία ενός (ή περισσότερων) από τα ακόλουθα συμπτώματα:

1. παραληρηματικές ιδέες

2. ψευδαισθήσεις
 3. αποδιοργανωμένος λόγος
 4. έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά
- Β. Η διάρκεια ενός επεισοδίου της διαταραχής είναι τουλάχιστον μία ημέρα αλλά λιγότερο από ένα μήνα, με πλήρη επιστροφή τελικά στο προνοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας.
- Γ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με Διαταραχή της Διάθεσης χωρίς ψυχωτικά στοιχεία, Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή ή Σχιζοφρένεια και δεν οφείλεται στις άμεσες δράσεις μιας ουσίας ή γενικής σωματικής κατάστασης (Μάνος Ν., 1997).»

Επινεμόμενη Ψυχωτική Διαταραχή

«Πρόκειται για την κατάσταση εκείνη όπου παραληρητική ιδέα ή παραληρητικό σύστημα (η δευτεροπαθής περίπτωση) αναπτύσσονται στα πλαίσια μιας στενής σχέσης μ' ένα άλλο άτομο ή άτομα με εγκατεστημένες ήδη παραληρητικές ιδέες (η πρωτοπαθής περίπτωση). Οι παραληρητικές ιδέες του δευτεροπαθούς ατόμου έχουν παρόμοιο περιεχόμενο με του πρωτοπαθούς. Παλιότερα η διαταραχή αυτή λεγόταν folie a deux (a trois, a quatre και ούτε καθεξής αν περισσότερα άτομα είχαν προσβληθεί).

Η πιο συνηθισμένη διάγνωση για την πρωτοπαθή περίπτωση είναι Σχιζοφρένεια, μπορεί, όμως, να είναι και άλλες διαγνώσεις όπως Παραληρητική Διαταραχή ή Διαταραχή της Διάθεσης Με Ψυχωτικά Στοιχεία.

Συνήθως, τα άτομα που αναπτύσσουν τη διαταραχή αυτή συνδέονται με άμεσο συγγενικό δεσμό αίματος ή γάμου και έχουν ζήσει για μακρό χρονικό διάστημα, μερικές φορές σε σχετική απομόνωση, με το άτομο της πρωτοπαθούς περίπτωσης, που επίσης συνήθως επικυριαρχεί σ' αυτά (Μάνος Ν., 1997).»

«Διαγνωστικά κριτήρια της Επινεμόμενης Ψυχωτικής Διαταραχής κατά DSM-IV:

- A. Μια παραληρητική ιδέα αναπτύσσεται σε ένα άτομο στο πλαίσιο μιας στενής σχέσης με άλλο (-α) πρόσωπο (-α) με ήδη εγκατεστημένο παραλήρημα.
- B. Η παραληρητική ιδέα είναι όμοια σε περιεχόμενο με εκείνο του προσώπου που έχε ήδη το εγκατεστημένο παραλήρημα.
- Γ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με άλλη Ψυχωτική Διαταραχή ή με Διαταραχή της Διάθεσης και δεν οφείλεται στις δράσεις μιας ουσίας ή γενικής σωματικής κατάστασης.

Η διαταραχή είναι αρκετά σπάνια και ίσως είναι συχνότερη στις γυναίκες (Μάνος Ν., 1997).»

Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη Σε Γενική Ιατρική Κατάσταση

«Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες που οφείλονται σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση (Μάνος Ν., 1997).»

«Διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχωτικής Διαταραχής Οφειλόμενης Σε Γενική Ιατρική Κατάσταση κατά DSM-IV:

- A. Προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες
- B. Υπάρχει η απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά

ευρήματα ότι η διαταραχή αποτελεί την άμεση φυσιολογική συνέπεια μιας γενικής σωματικής κατάστασης.

Γ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή.

Δ. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας ενός ντελιρίου (Μάνος Ν., 1997).»

«Οι ψευδαισθήσεις μπορεί να αφορούν οποιαδήποτε από τις αισθήσεις, ορισμένες όμως αιτιολογικές καταστάσεις μπορεί να εκλύουν συγκεκριμένες ψευδαισθήσεις. Έτσι, οσφρητικές ψευδαισθήσεις, ιδιαίτερα αυτές που θυμίζουν τη μυρωδιά καμένου λάστιχου ή άλλες δυσάρεστες μυρωδιές προτείνουν κροταφική επιληψία.

Σημειώνουμε, ότι γενικά η διάγνωση Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση δεν δίνεται αν το άτομο διατηρεί τον έλεγχο της πραγματικότητας και θεωρεί ότι οι ψευδαισθήσεις προέρχονται από τη γενική ιατρική κατάσταση.

Οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να είναι οποιουδήποτε τύπου, σωματικού, μεγαλείου, θρησκευτικές και πιο συχνά διωκτικές. Παραληρητικές ιδέες με θρησκευτικό περιεχόμενο παρατηρούνται ειδικά στην κροταφική επιληψία (Μάνος Ν., 1997).»

Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη Από Ουσίες

«Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες, που προκαλούνται από κάποια ουσία κατάχρησης, φάρμακο ή τοξίνη και που το άτομο δεν τις αναγνωρίζει ότι προέρχονται από την ουσία. Αν το άτομο αναγνωρίζει ότι προέρχονται από την ουσία τότε η διάγνωση είναι Τοξίκωση ή Στερητική Διαταραχή από Ουσίες, Με Διαταραχές της Αντίληψης (Μάνος Ν., 1997).»

«Διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχωτικής Διαταραχής Προκαλούμενη Από Ουσίες κατά DSM-IV:

A. Προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες.

B. Υπάρχει η απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα είτε των ακολούθων 1), είτε 2) :

1) Τα συμπτώματα στο Κριτήριο A εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια ή μέσα σε ένα μήνα μετά από Τοξίκωση ή Στέρηση Ουσίας (όπως αλκοόλ, αμφεταμίνες, κοκαΐνη, κάνναβη και παραισθησιογόνα).

2) Η χρήση φαρμακευτικής αγωγής συνδέεται αιτιολογικά με τη διαταραχή.

Γ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με μια Ψυχωτική Διαταραχή, η οποία δεν προκαλείται από ουσίες». (Μάνος Ν., 1997)

«Φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν τη διαταραχή αυτή περιλαμβάνουν αναισθητικά, αναλγητικά, αντιχολινεργικά, αντιεπιληπτικά, αντιισταμινικά, αντιυπερτασικά και καρδιαγγειακά, αντιμικροβιακά, αντιπαρκινσονικά, χημειοθεραπευτικά (παραδείγματος χάριν κυκλοσπορίνη και προκαρβαζίνη), κορτικοστεροειδή, γαστρεντερικά, μυοχαλαρωτικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, άλλα φάρμακα που χορηγούνται χωρίς συνταγή (για παράδειγμα φαινολεφρίνη, ψευδοεφεδρίνη), αντικαταθλιπτικά, δισουλφιράμη (Μάνος Ν., 1997).»

Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

«Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει ψυχωτική συμπτωματολογία, όπως

παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο ή έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, για την οποία υπάρχει ανεπαρκής πληροφόρηση για να μπει κάποια συγκεκριμένη διάγνωση ή η πληροφόρηση είναι αντιφατική ή διαταραχές με ψυχωτικά συμπτώματα που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμιά συγκεκριμένη Ψυχωτική Διαταραχή (Μάνος Ν.,1997).»

«Παραδείγματα

1. Επιλόχεια ψύχωση που δεν πληροί τα κριτήρια για Διαταραχή της Διάθεσης Με Ψυχωτικά Στοιχεία, Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή, Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση ή Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες.
2. Ψυχωτικά συμπτώματα με διάρκεια λιγότερο από ένα μήνα και που δεν έχουν ακόμα υποχωρήσει, ώστε να μην πληρούνται τα κριτήρια για Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή.
3. Επίμονες ακουστικές ψευδαισθήσεις με απουσία οποιωνδήποτε άλλων στοιχείων.
4. Επίμονες μη αλλόκοτες παραληρητικές ιδέες με περιόδους επικαθήμενων επεισοδίων διαταραχής της διάθεσης που είναι παρόντα για σημαντικό μέρος της παραληρητικής διαταραχής.
5. Καταστάσεις στις οποίες ο κλινικός έχει συμπεράνει ότι κάποια Ψυχωτική Διαταραχή είναι παρούσα, αλλά αδυνατεί να προσδιορίσει αν είναι πρωτοπαθής, οφείλεται σε γενική ιατρική κατάσταση ή προκλήθηκε από κάποια ουσία (Μάνος Ν.,1997).»

Το σύνολο των παραπάνω των διαταραχών περικλείεται στον ορισμό των ατόμων με αναπηρία. Για την αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών εκτός από τις τυπικές θεραπείες όπως για παράδειγμα η θεραπεία μέσω φαρμάκων και ψυχοθεραπεία, προτείνονται οι παρακάτω εναλλακτικές θεραπείες, οι οποίες αναλύονται στο επόμενο κεφάλαιο.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Ορισμός της αναπηρίας θεωρείται ως η ύπαρξη λειτουργικής βλάβης συγγενούς ή επίκτητης ως αποτέλεσμα κάποιας αρρώστιας ή ατυχήματος. Ο όρος που χρησιμοποιείται συχνά ως συνώνυμος είναι μειονεξία ή μειονεκτικότητα. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) (1975) ο όρος «ανάπηρος» αναφέρεται «σε οποιοδήποτε άτομο που δεν μπορεί να εξασφαλίσει από μόνο του όλες, ή ένα μέρος από τις ανάγκες μιας φυσιολογική ατομικής και κοινωνικής ζωής λόγω κάποιου εκ γενετής ή επίκτητου σωματικού ή διανοητικού μειονεκτήματος. Το σύστημα κατηγοριοποίησης των αναπηριών: Άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, άτομα με αισθητηριακά προβλήματα όπως ακοής και όρασης, με νοητική υστέρηση, με σωματικές αναπηρίες, με προβλήματα συμπεριφοράς, με προβλήματα λόγου, με ψυχωτική συμπεριφορά και με πολλαπλές αναπηρίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

ΜΟΡΦΕΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΕ Α.μεΑ.

2.1 Εικαστική Θεραπεία

2.1.1 Ορισμός Εικαστικής Θεραπείας

Η Εικαστική θεραπεία ή αλλιώς Θεραπεία Μέσω Τέχνης είναι μια δραστηριότητα που χρησιμοποιεί ως μέσο τη ζωγραφική, την γλυπτική ακόμα και τη χειροτεχνία (σχέδια, κεντήματα). Κατέχει μικρή αλλά ξεχωριστή θέση ανάμεσα στις σύγχρονες μεθόδους Ψυχοθεραπείας.

(Ασημάκης, Π.,1999)

2.1.2 Ιστορική Αναδρομή

Συναντάμε τη χρήση της εικαστικής θεραπείας από την χρονική περίοδο της ζωγραφικής των σπηλαίων, από την εποχή που έφτιαχναν τα αγαλματίδια γονιμότητας και τα ομοιώματα «βουντού», τα οποία θεωρούνταν ότι είχαν μαγικές δυνατότητες. Για παράδειγμα η τεχνική σε άμμο ήταν μια τελετουργία στην οποία χρησιμοποιούνταν ομοιώματα με σκοπό να θεραπεύσουν άτομα ψυχικά και σωματικά.

Ωστόσο η εικαστική θεραπεία αναγνωρίζεται και αναπτύσσεται στην Μεγάλη Βρετανία και στις Η.Π.Α. το 1940.

(Ασημάκης, Π.,1999)

Ιστορική εξέλιξη στη Μεγάλη Βρετανία

Στους βασικούς πρωτοπόρους της στην Βρετανία ανήκει ο Andrian Hill ο οποίος το 1941 βοήθησε τους ασθενείς του Σανατορίου King Edward VII στην γρήγορη ανάρρωσή τους. Το 1942 ιδρύεται η θεραπευτική κοινότητα Withymead Centre από την ψυχίατρο Irene Champernowne και τον σύζυγό της Gillbert με σκοπό την χρήση εικαστικής θεραπείας στην Ψυχοθεραπεία ταυτόχρονα και με άλλες θεραπείες παρέχοντας μέχρι και το 1960 τα πρώτα ανεπίσημα προγράμματα εκπαίδευσης στην Εικαστική Θεραπεία. Άλλοι που ασχολήθηκαν την ίδια χρονική περίοδο με την Εικαστική τέχνη ήταν ο Edward Adamson, η Rita Simon, η Marion Milner, ο Donald Winnicott και ο Ralph Pickford.

Το 1949 οργανώνεται το πρώτο συνέδριο Εικαστικής Θεραπείας, στο οποίο συζητείται η εισαγωγή της εικαστικής θεραπείας στους χώρους της υγείας. Στην συνέχεια ιδρύεται το 1964 ο «Βρετανικός Σύλλογος Εικαστικών Θεραπευτών» και το 1969 εκδίδεται το πρώτο περιοδικό του συλλόγου «INSCAPE». Επίσης την ίδια χρονολογία στην Σχολή Καλών Τεχνών του Birmingham γίνεται η οργάνωση του πρώτου Μεταπτυχιακού Διπλώματος Εικαστικής Θεραπείας.

Αργότερα, το 1977, ιδρύεται το Βρετανικό Ινστιτούτο για να μελετηθούν οι τέχνες ως θεραπείες, στο οποίο ενώνονται οι Εικαστικοί Θεραπευτές μαζί με τους Χοροθεραπευτές και τους Δραματοθεραπευτές.

Τέλος το 1982 οι Εικαστικοί Θεραπευτές αναγνωρίζονται επίσημα από το υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

(Ασημάκης, Π., 1999)

Ιστορική εξέλιξη στις Η.Π.Α.

Ταυτόχρονα στις Η.Π.Α. η ψυχαναλύτρια Margaret Naumburg, η οποία θεωρείται πρωτοπόρος και ιδρύτρια της θεραπείας αυτής στις Η.Π.Α. προτρέπει τους ασθενείς να ζωγραφίζουν εικόνες, τις οποίες συνδέει με το ασυνείδητο των ασθενών. Το 1950, η Edith Kramer, καθηγήτρια ζωγραφικής δίνει ιδιαίτερη σημασία στη συγκεκριμένη θεραπευτική διαδικασία. Το 1960 η Hana Yaxa Kwiatkowska αναφέρεται στην Οικογενειακή Εικαστική Θεραπεία και στην συνέχεια το 1980 η Helen Landgarten την εξελίσσει συνδυάζοντας την με την θεωρία οικογενειακών συστημάτων.

Τέλος το 1960 στις Η.Π.Α. θεωρείται πλέον επάγγελμα η Εικαστική Θεραπεία.
(Ασημάκης, Π., 1999)

Ιστορική εξέλιξη στην Ελλάδα

Η Τ. Dreikurs, κοινωνική λειτουργός και εικαστική θεραπεύτρια από τις Η.Π.Α. ήταν η πρώτη που ανέφερε την χρησιμότητα της ζωγραφικής ως μέσο επικοινωνίας, στην Ελλάδα το 1976. Στη συνέχεια το 1985, η εξελικτική ψυχολόγος και εικαστική θεραπεύτρια, Τέσσα Πράττου, ήταν η πρώτη που χρησιμοποίησε την Εικαστική Θεραπεία σε παιδιά, οικογένειες και σε ειδικευόμενους ψυχολόγους. Την ίδια χρονική περίοδο η Ελένη Γύρα εφαρμόζει την ζωγραφική ως μέσον επικοινωνίας σε ομάδες ασθενών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου Ημέρας.

Παράλληλα, το 1985, ανατίθεται η διεξαγωγή σεμιναρίων από το Υφυπουργείο Νέας Γενιάς στη Νιζέττα Αναγνωστοπούλου. Μέχρι το 1987 έχουν οργανωθεί σεμινάρια με θέμα «Η θεραπευτική ιδιότητα της Τέχνης και τα παιδιά με ειδικές ανάγκες» σε πολλές πόλεις τις Ελλάδος, τα οποία συντονίζονταν και από την Τέσσα Πράττου. Αφορούσαν εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής και οικογένειες που είχαν άτομο με αναπηρία.

Το 1989 ιδρύεται το Κέντρο Τέχνης και Ψυχοθεραπείας, στο οποίο λειτουργεί τετραετές εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την Εικαστική θεραπεία. Την ίδια χρονιά η Νιζέττα Αναγνωστοπούλου εκπροσωπεί την Ελλάδα στη συνάντηση του Διεθνούς Δικτύου Εικαστικών Θεραπευτών στην Αμερική.

Τέλος, το 1995 εκδίδονται τα πρώτα βιβλία σχετικά με την Εικαστική Θεραπεία από τις εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

(Ασημάκης, Π., 1999)

2.1.3 Φιλοσοφία της Εικαστικής Θεραπείας

Η εικαστική θεραπεία θεωρείται τρόπος έκφρασης συναισθημάτων του νεαρού ατόμου που φτιάχνει μία μουτζούρα, του ατόμου με νοητική στέρηση που εκφράζεται με τον πηλό ακόμα και αυτού που πάσχει από κατάθλιψη. Ωστόσο η ουσία της Εικαστικής θεραπείας οφείλεται στη δημιουργική διαδικασία του θεραπευόμενου ενώπιον του θεραπευτή και μαζί κατανοούν τη σημασία της διαδικασίας και του τελικού αποτελέσματος. (Dalley T., et al, 1995)

Η σύνδεση μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου υπάρχει δυνατότητα να γίνει με κάποιο αντικείμενο που δημιουργήθηκε κατά τη διάρκεια των συνεδριών, αποτελεί θέμα συζήτησης, και δρα ως καταγραφείας στην Εικαστική Θεραπεία.

Η ικανότητα να φτιάχνει κανείς σύμβολα, αποκτάται κατά τη διάρκεια της ζωής του καθώς αναπτύσσονται οι λειτουργίες του εγώ, της μνήμης και της αντίληψης. Όλα

αυτά χρήζουν ιδιαίτερης σημασίας διότι οι εικόνες λειτουργούν ως μεταφορείς των συναισθημάτων που βρίσκονται στο υποσυνείδητο. (Dalley T., et al,1995)

2.1.4 Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Θεραπευτικές προσεγγίσεις που επηρεάζουν την Εικαστική Θεραπεία

Ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις

Η Εικαστική θεραπεία χρησιμοποιεί αρκετές θεωρητικές προσεγγίσεις από το χώρο της ψυχολογίας και της ψυχανάλυσης. Πιο συγκεκριμένα η Judith Rubin (1987), εικαστική θεραπεύτρια ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης, στο βιβλίο της «Προσεγγίσεις στην Εικαστική Θεραπεία» αναφέρεται στην Margaret Naumburg, η οποία υποστηρίζει ότι μέσω των εικόνων μπορεί να πετύχει την επικοινωνία με το υποσυνείδητο και το υποσυνείδητο να γίνει συνειδητό. Ισχυρίζεται ότι μέσω της εικόνας εκτονώνονται συναισθήματα που ήταν καταπιεσμένα. Ενθουσιάζεται με την θεραπευτική δύναμη της θεραπείας αυτής. Ως θεραπεύτρια θεωρεί την ζωγραφική των ασθενών ως μια συμβολική ομιλία, η οποία τους βοηθά να εκφραστούν.

Η Wilson (1987) αναφέρεται στην ουδετεροποίηση της ενόρμησης, δηλαδή στην εξομάλυνση του ενστίκτου με το να προωθεί την έκφραση προς την μετουσίωση με την δημιουργία εικόνων.

Ο Michael Edwards αναλύει την Γιουνγκιανή θέση, με τα σύμβολα και τα αρχέτυπά της. Αναφέρει ότι ο Jung μελετά τις εικόνες από δύο πλευρές, την κοινωνική και την ψυχολογική. Επίσης υποστηρίζει ότι το άτομο βρίσκεται σε συνεχή σχέση με την εικόνα που φτιάχνει, για την οποία χρειάζεται νοητική και συναισθηματική κατανόηση.

Τέλος η Edith Wallace ισχυρίζεται ότι λόγω του ότι η εικόνα προηγείται από το λόγο, είναι δυνατόν να φέρουμε στο φως κρυμμένες πτυχές της ψυχής.

(Dalley T., et al,1995) - (Ασημάκης, Π.,1999)

Ανθρωπιστικές προσεγγίσεις

Η Εικαστική θεραπεία χρησιμοποιεί εξίσου αρκετές από τις ανθρωπιστικές προσεγγίσεις. Σύμφωνα με την Rubin (1987) έχουν σαν κοινή θεωρεία μια αισιόδοξη άποψη για τον άνθρωπο, πιστεύοντας ότι ο άνθρωπος βρίσκεται σε μια διαρκής ανάπτυξη και εξέλιξη έχοντας ως ικανότητα να αναλαμβάνει την ευθύνη της «τύχης» του, αντίθετα από την ψυχοδυναμική προσέγγιση που ισχυρίζεται ότι ο άνθρωπος επηρεάζεται από υποσυνείδητες δυνάμεις, που δεν κατανοούνται εύκολα.

Η Garlock (1987) αναφέρεται στον Adler και στην θέση του ότι το άτομο, όντας μέρος μιας κοινωνίας, θεωρεί την κοινωνικοποίηση ως βασικό άξονα, μιας σοβαρής και αισιόδοξης άποψης για το μέλλον του.

Η Garlock (1987) ως εικαστική θεραπεύτρια, στοχεύει στην καλή συνεργασία μεταξύ των ατόμων μιας ομάδας και στην ανάπτυξη ενός αληθινού κοινωνικού αισθήματος.

(Ασημάκης, Π.,1999)

Συμπεριφοριστική προσέγγιση

Σε αυτήν την προσέγγιση γνωρίζουμε από την Roth (1987) πως χρησιμοποιούνται οι διαδικασίες της συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης και της μίμησης προτύπου, από τις οποίες το άτομο μαθαίνει καινούριες συμπεριφορές και δεξιότητες. Εκτός από αυτές η θεωρία αυτή διευκολύνει το άτομο να εκφράσει εικόνες και φαντασιώσεις που το έχουν τρομάξει και στη συνέχεια να τις αναλύσει με την βοήθεια του εικαστικού θεραπευτή.

(Ασημάκης, Π., 1999)

Γνωστική προσέγγιση

Στην γνωστική προσέγγιση της Εικαστικής θεραπείας αναφέρεται η Silver (1987), η οποία βασίζεται στην υπόθεση ότι η τέχνη έχει την δυνατότητα της γνωστικής έκφρασης παράλληλα με την λεκτική. Όπως δηλαδή ο λόγος, έτσι και η εικαστική τέχνη σχετίζεται με τη σκέψη και την αντίληψη του ατόμου. Οι νοητικές ικανότητες αναπτύσσονται εξίσου με το λόγο και τη ζωγραφική. Ως στόχο έχει να διερευνήσει τα συναισθήματα του ατόμου, να μειώσει τις εντάσεις του εσωτερικού του κόσμου και να αναπτυχθεί η αυτοεκτίμηση. Χρησιμοποιείται κυρίως σε παιδιά και ενήλικες που αδυνατούν να εκφραστούν με το λόγο.

(Ασημάκης, Π., 1999)

Εξελικτική προσέγγιση

Η προσέγγιση αυτή σύμφωνα με τους Aach-Feldman και Kunkle-Miller (1987) περιλαμβάνει διάφορες εξελικτικές θεωρίες όπως την ψυχοκοινωνική, την γνωστική και την ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη και εξέλιξη του ατόμου. Επίσης εξετάζεται η φυσιολογική, γραφική και απεικονιστική ανάπτυξη του ατόμου για να γίνει η κατάλληλη παρέμβαση σε ασθενείς, των οποίων η ανάπτυξη δεν εναρμονίζεται με τις «φυσιολογικές» προσδοκίες.

(Ασημάκης, Π., 1999)

Gestalt Art therapy

Σύμφωνα με την Janie Rhyne (1987) η προσέγγιση αυτή στοχεύει στην καλή επικοινωνία μεταξύ του θεραπευομένου και του θεραπευτή. Βασίζεται στην θεωρία της Gestalt ότι το άτομο μέσω των δραστηριοτήτων του αλληλεπιδρά με το περιβάλλον γύρω του. Μέσω των αισθήσεων του κατανοεί τη φύση του κόσμου και τη θέση του σε αυτόν. Γι αυτό η Rhyne (1987) προτείνει τον πειραματισμό και την αναζήτηση μέσω της αισθησιοκινητικής ενεργοποίησης, θεωρώντας ότι διευκολύνεται η κατανόηση και διευκρίνιση προβλημάτων.

(Ασημάκης, Π., 1999)

2.1.5 Η στάση του εικαστικού Θεραπευτή

Ο ρόλος του θεραπευτή είναι να φροντίζει για την καλή επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ αυτού και του θεραπευομένου. Να υπάρχει μία σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ τους, χωρίς φόβο. Ο θεραπευτής καθοδηγεί τις συνεδρίες προς εκεί που χρειάζεται, ώστε ο θεραπευόμενος να δώσει τις απαντήσεις μόνος του, διότι στόχος δεν είναι να δώσει έτοιμες λύσεις ο θεραπευτής, αλλά να δώσει κατάλληλες

ερμηνείες ο θεραπευόμενος. Οι απαντήσεις πρέπει να οδηγούν τον θεραπευόμενο να συνεχίσει τις ερμηνείες και όχι να τον απωθούν, διότι οι εικόνες που ερμηνεύει είναι σαν να παίρνουν ζωή. Αυτό επιτυγχάνεται με την κατάλληλη καθοδήγηση του θεραπευτή.

Ο θεραπευτής δείχνει το ενδιαφέρον του στη διαδικασία της θεραπείας από την ποιότητα της ματιάς του, από τον τρόπο που ερμηνεύει τις εικόνες. Οι εικόνες αυτές ενσωματώνουν τις αλλαγές που γίνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για τους δύο. Έτσι, οι εικόνες δρουν ως καταγραφείς της Εικαστικής θεραπείας.

Τα άτομα που χρήζουν ανάγκης θεραπείας συγκρατούν μέσα τους αντιφατικές καταστάσεις που έχουν συμβεί στη ζωή τους. Μέσω της Εικαστικής θεραπείας είτε σε παιδιά είτε σε ενήλικες υπάρχει περίπτωση να παλινδρομήσουν. Γι αυτό ο θεραπευτής επιλέγει υλικά που προσφέρονται για παλινδρόμηση, έχοντας ως απώτερο σκοπό η παλινδρόμηση να φτάσει σε σημείο μιας καινούριας αναδόμησης. Αυτή η διαδικασία ονομάστηκε από τον Kris (1952) «παλινδρόμηση στην υπηρεσία του εγώ» (Ασημάκης, Π., 1999).»

2.2 ΠΑΙΓΝΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.2.1 Ορισμός Παιγνιοθεραπείας

Ένας νέος και ολοκληρωμένος ορισμός της θεραπείας μέσω του παιχνιδιού είναι: «Η δυναμική διαδικασία μεταξύ παιδιού και θεραπευτή, μέσω της οποίας το παιδί εξερευνά, με το δικό του ρυθμό και τρόπο, τα θέματα εκείνα που αφορούν στο παρελθόν, το παρόν, που προέρχονται από το συνειδητό ή το ασυνείδητο και που επηρεάζουν τη ζωή του. Οι δυνατότητες του παιδιού για εξέλιξη και αλλαγή επιτυγχάνονται με τη βοήθεια της θεραπευτικής σχέσης. Η παιγνιοθεραπεία είναι παιδοκεντρική, όπου το παιχνίδι είναι βασικό μέσο θεραπείας, και ο λόγος το δευτερεύον (Σύλλογος Παιγνιοθεραπευτών, 1995).»

Ένας ακόμα ορισμός είναι: «Παιγνιοθεραπεία είναι μια εμπειρία παιχνιδιού, η οποία είναι θεραπευτική, επειδή προσφέρει μια ασφαλή σχέση μεταξύ παιδιού και ενήλικα με τέτοιο τρόπο, ώστε το παιδί να έχει την ελευθερία και το χώρο να αναδείξει τον εαυτό του με τους δικούς του όρους και τρόπους (Axline, 1982).»

2.2.2 Ιστορική Αναδρομή

Ιδιαίτερα σημαντικός θεωρήθηκε ο ρόλος του παιχνιδιού από την βρεφική ακόμα ηλικία. Στην αναγκαιότητα του παιχνιδιού για την προετοιμασία του παιδιού στην ενήλικη ζωή αναφέρθηκε ο Groos. Σύμφωνα με τον Spencer το παιχνίδι θεωρείται ένα μέσο εκτόνωσης της ενέργειας του παιδιού.

Η ορθόδοξη ψυχαναλυτική θεωρεία επισημαίνει ότι στο μεγαλύτερο μέρος του το παιχνίδι είναι μια προσπάθεια εκπλήρωσης των επιθυμιών και επίλυσης των συγκρούσεων του ασυνειδήτου. Στην θεωρεία αυτή προσθέτει ο Freud ότι το άτομο μέσο του παιχνιδιού προσπαθεί να ελέγξει και να κατανοήσει καταστάσεις που του προκαλούν άγχος.

Στη συνέχεια η Anna Freud, η Peller και ο Erikson αναφέρθηκαν στο ρόλο της σύγκρουσης στο παιχνίδι, στις συνέπειες της στέρησης του παιχνιδιού και στο πως το παιχνίδι αυτό λειτουργεί ως αμυντικός μηχανισμός για το άτομο. Αργότερα ο

Erikson συμπλήρωσε ότι το παιχνίδι είναι ένα μέσο ελέγχου της πραγματικότητας αποκτώντας εμπειρίες για το μέλλον.

Την ίδια χρονική περίοδο ο Piaget υποστηρίζει τα εξής είδη παιχνιδιού:

- Το αισθητηριοκινητικό παιχνίδι το οποίο περιλαμβάνει την επανάληψη απλών κινήσεων και την ανακάλυψη του σώματος ως τους δεκαοχτώ πρώτους μήνες ζωής του ατόμου.
- Το συμβολικό παιχνίδι (λέγεται και παιχνίδι προσποίησης) που χαρακτηρίζει την χρονική περίοδο από δεκαοχτώ μηνών έως επτά χρονών, βοηθάει στην ανάπτυξη της ομιλίας στην απόκτηση συμβολικής σημασίας των αντικειμένων γύρω του, καθώς και στην μίμηση των προτύπων του.
- Τέλος το παιχνίδι συνεργασίας, από επτά ετών και άνω, το οποίο προωθεί την ενημέρωση, την επικοινωνία και τον ανταγωνισμό ή την συνεργασία.

Οι παραπάνω θεωρίες αποτέλεσαν την βάση της παιγνιοθεραπείας.
(Ασημάκης, Π., 1999)

2.2.3 Είδη Παιγνιοθεραπειών

Η ψυχαναλυτική παιγνιοθεραπεία

Με την ψυχαναλυτική παιγνιοθεραπεία ασχολούνται η σχολή της Βιέννης με εκπρόσωπο την Anna Freud και η σχολή του Βερολίνου/Λονδίνου που εκπροσωπεί η Melanie Klein.

Η σχολή της Βιέννης υποστηρίζει ότι το παιχνίδι χρησιμοποιείται ως μέσο επαφής και επικοινωνίας μεταξύ του παιδιού και του παιγνιοθεραπευτή και ως μέσο πληροφόρησης και παρατήρησης. (Ασημάκης, Π., 1999)

Η άποψη της σχολής του Βερολίνου/Λονδίνου είναι ότι το παιχνίδι αποτελεί μέσο μετάδοσης λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων, συναισθημάτων και σκέψεων. Επίσης μέσα από το παιχνίδι το παιδί μπορεί να αναπαριστάνει επιθυμίες ή βιώματα που υπάρχουν στο ασυνείδητο. (Dalley T., et al, 1995)

Η μη κατευθυνόμενη παιγνιοθεραπεία

Η Axline βασισμένη στο θεωρητικό μοντέλο του Rogers αναφέρει στο βιβλίο της «Playtherapy» τις βασικές αρχές της παιγνιοθεραπείας, οι οποίες είναι:

Ο παιγνιοθεραπευτής αρχικά οφείλει να αναπτύξει μία συναισθηματική σχέση με το άτομο παράλληλα πρέπει να αποδέχεται τον χαρακτήρα του ατόμου ως έχει. Οφείλει να δείχνει ανεκτικός ώστε να μπορέσει να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα του όπως και να κατανοεί την συμπεριφορά του παιδιού. Επίσης υπάρχει σεβασμός στην σχέση του θεραπευτή και του θεραπευομένου. Το άτομο είναι εκείνο που διαλέγει τις δραστηριότητες και ο θεραπευτής τις ακολουθεί. Ακόμα δεν πρέπει να γίνεται επίσπευση της θεραπείας. Τέλος ο θεραπευτής πρέπει να θέσει όρια στο θεραπευόμενο όταν το κρίνει απαραίτητο.

Πολλοί παιγνιοθεραπευτές υιοθέτησαν πολλές από τις απόψεις της Axline. Η Oaklander χρησιμοποίησε στοιχεία από τις απόψεις της Axline σε συνδυασμό με θεωρία της Gestalt. Η τεχνική της αναφέρεται στην ιδιαίτερη σημασία των πέντε αισθήσεων και πως αυτές βοηθούν το άτομο στην εξωτερίκευση συναισθημάτων και

στην αυτοεξυπηρέτηση του. Οι Corpley και Forryan τονίζουν την σημαντικότητα των αμυντικών μηχανισμών, ενώ η West βασιζόμενη στην παιδοκεντρική προσέγγιση της Axline επισημαίνει τα τέσσερα στάδια αξιολόγησης της προόδου του ατόμου από τον θεραπευτή.

Στάδιο 1: Φανερώνει διάχυτη συμπεριφορά ώστε να καλύψει τα πραγματικά του συναισθήματα.

Στάδιο 2: Εξωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων. Σταδιακή αναγνώριση και αποδοχή.

Στάδιο 3: Εξωτερίκευση θετικών συναισθημάτων.

Στάδιο 4: Αποδοχή της πραγματικότητας και αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης.

(Ασημάκης, Π., 1999)

Η κατευθυνόμενη παιγνιοθεραπεία

Οι παιγνιοθεραπευτές που υποστηρίζουν την κατευθυνόμενη παιγνιοθεραπεία τονίζουν την σημαντικότητα της σχέσης μεταξύ του παιδιού και του θεραπευτή και χρησιμοποιούν τεχνικές που ενισχύουν την σχέση αυτή με σκοπό την έκφραση συναισθημάτων του ατόμου. Τις τεχνικές αυτές ταξινομεί ο Carroll στις εξής κατηγορίες:

- Τεχνικές γνωριμίας, όπως είναι η ζωγραφική της ασπίδας και το παιχνίδι με κούκλες.
- Τεχνικές που επιτρέπουν την πρόσβαση στον εσωτερικό κόσμο του ατόμου, ώστε να εξωτερικευτούν γεγονότα του παρελθόντος που δικαιολογούν τον χαρακτήρα και την συμπεριφορά του ατόμου. Κάποιες από αυτές είναι παιχνίδια με την άμμο και παιχνίδια φαντασίας.
- Τεχνικές που ελαττώνουν την αρνητική εικόνα που μπορεί να έχει το παιδί για τον εαυτό του. Χρησιμοποιούνται κυρίως σε παιδιά που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά ή σωματικά. Σε αυτές ανήκουν η χρήση ειδικών βιβλίων και σωματικών ασκήσεων.
- Τεχνικές που βοηθούν στην ψυχολογία του κακοποιημένου ατόμου, όπως η εκδραμάτιση της κακοποίησης και εξωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων από αυτήν όπως για παράδειγμα ο θυμός.
- Τεχνικές κατανόησης του παρελθόντος και του μέλλοντος. Μία από αυτές είναι η καταγραφή της ιστορίας του ατόμου.
- Τεχνικές με σκοπό την έκφραση συναισθημάτων, όπως η χρήση χρωμάτων σε σχέδιο και η τεχνική του «σκουπιδοτενεκέ», όπου το άτομο πετάει σε αυτόν τα δυσάρεστα γεγονότα του παρελθόντος συζητώντας τα στις συνεδρίες.
- Θετικά αποτελέσματα στην παιγνιοθεραπεία μπορούν να φέρουν επιτραπέζια παιχνίδια, ο ηλεκτρονικός υπολογιστής, η φωτογραφική μηχανή και άλλα.
- Μερική χρήση άλλων θεραπειών όπως η δραματοθεραπεία και η μουσικοθεραπεία. (Ασημάκης, Π., 1999)

2.3 ΧΟΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.3.1 Ορισμός Χοροθεραπείας

Ο χορός αποτελεί μια φυσική και ταυτόχρονα ψυχική διαδικασία. Είναι μια διεργασία που προετοιμάζει το σώμα για την κίνηση σε σχέση με το περιβάλλον του.

Η χοροθεραπεία είναι μέρος των εναλλακτικών θεραπειών και συγκεκριμένα ανήκει στην κατηγορία των θεραπειών μέσω τέχνης και έχει ψυχοθεραπευτικές ιδιότητες διότι μέσω της εκφραστικής κίνησης και του χορού, το άτομο έχει την δυνατότητα να εμπλακεί δημιουργικά σε μια διαδικασία προσωπικής ανάπτυξης.

Σκοπός αυτής είναι να θεραπεύσει τις διαταραχές όλων των ειδών, μέσω του χορού.

Σαν θεραπεία είναι συνδυασμός των θετικών στοιχείων της μουσικοθεραπείας και της δημιουργικής έκφρασης και κινείται ανάμεσα στη τέχνη και την επιστήμη. Σημαντικό ρόλο στην επιτυχία της θεραπείας έχει ο θεραπευτής, ο οποίος οδηγεί τα μέλη να αισθανθούν άνετα, και να βελτιώσουν την συμπεριφορά τους και την αυτοεκτίμησή τους.

Το πεδίο μελέτης της χοροθεραπείας εξηγείται στην επιστήμη της νέας ανθρωπολογίας.

2.3.2 Ιστορική Αναδρομή

Στα αρχαία χρόνια ο Πλάτων ανέφερε ότι το άτομο μέσω του χορού μπορεί να βρει την ψυχική του ισορροπία, που οι περισσότεροι άνθρωποι ονόμαζαν τρέλα. Στη συνέχεια ο Αριστοτέλης ανέφερε ότι ο χορός και τα άσματα πρόσφεραν την κάθαρση στην ψυχή του ατόμου. (Schott-Billmann F., 1997)

Το 1940 η χοροθεραπεία εγκαινιάστηκε από χορευτές, οι οποίοι πίστευαν πως μπορεί να βοηθήσει άτομα με νοητική καθυστέρηση. Πρωτοπόροι ήταν:

- Η Φραγκίσκα Μπόας, η οποία χρησιμοποίησε την τέχνη αυτή σε παιδιά δώδεκα ετών με ψύχωση, στο Νοσοκομείο Μπέλβιου στην Αμερική, το 1942.
- Η Μαρία Τσέις, η οποία χρησιμοποίησε την χοροθεραπεία σε παιδιά με διάφορες παθολογίες, στο Νοσοκομείο της Αγίας Ελισάβετ στην Αμερική.
- Η Ροζ Γκατνερ ξεκίνησε να εργάζεται ως χοροθεραπεύτρια, έχοντας ως βάση τον κλασικό χορό, στο νοσοκομείο ημέρας για ψυχωτικά άτομα νεαρής ηλικίας στο Παρίσι.

Αργότερα χρησιμοποιήθηκαν και άλλοι χοροί από άλλους χοροθεραπευτές όπως η τζαζ, ο μοντέρνος και ο σύγχρονος χορός. Στη συνέχεια οι χοροθεραπευτές κατανόησαν ότι για να φέρει αποτελέσματα μια τέτοια είδους θεραπεία πρέπει να γίνει συνδυασμός με μία θεωρία. Έτσι στην δεκαετία του '60 οι χορογραφίες που χρησιμοποιούνταν ήταν επηρεασμένες από παραδοσιακές τελετουργίες. Η τεχνική αυτή ονομάστηκε «MODERN PRIMITIV» και μετονομάστηκε Πρωτόγονη Έκφραση από τον Hernst Duplan.

Η Dr. France Schott-Billmann στο βιβλίο της «Quand la danse guerit» αναλύει την χρησιμότητα της χοροθεραπείας μέσω της τεχνικής της πρωτόγονης έκφρασης.

Στην Ελλάδα η τεχνική αυτή έγινε γνωστή από την Αλέξια Μαργαρίτη-Τζωρτζάκη, το 1986. Εφάρμοσε την τεχνική αυτή σε ιδρύματα για άτομα με αναπηρία, σε νοσοκομεία, σε σχολεία και στο Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ).

Η Ένωση Χοροθεραπευτών Ελλάδος ιδρύθηκε το 1993 έχοντας ως στόχο την διάδοση της θεραπείας αυτής. Στην σημερινή εποχή η χοροθεραπεία βρίσκεται σε άνθιση και συνεχώς γίνονται ενημερώσεις σε ημερίδες, συνέδρια και μέσω του Τύπου για την χρησιμότητα αυτής.

(Ασημάκης, Π., 1999)

«Οι σκοποί της Ένωσης βάσει του Καταστατικού της είναι:

- Η διαφύλαξη, μελέτη και προαγωγή των κοινών οικονομικών, κοινωνικών και επαγγελματικών συμφερόντων των μελών της, στα πλαίσια της εξυπηρέτησης του κοινωνικού συνόλου.
- Η διάδοση της χοροθεραπείας στην Ελλάδα και η διοργάνωση ενημερωτικών σεμιναρίων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
- Η εκπαίδευση χοροθεραπευτών με ειδικό πρόγραμμα και η κατοχύρωση των ατόμων, που έχουν ολοκληρώσει το πρόγραμμα αυτό.
- Η ανάπτυξη προγραμμάτων ανταλλαγής και συνεργασίας με αντίστοιχες Ενώσεις του εξωτερικού.
- Η χορήγηση υποτροφιών.
- Η συλλογή ξένης βιβλιογραφίας και η μετάφραση ξένων κειμένων για τη χοροθεραπεία.
- Η έκδοση ενημερωτικού τριμηνιαίου φυλλαδίου με τις δραστηριότητες της Ένωσης και
- η έκδοση χοροθεραπευτικού περιοδικού.

Οι δραστηριότητες:

- Συμμετοχή σε Ελληνικά και Διεθνή συνέδρια με διαλέξεις και εργαστήρια.
- Παρουσιάσεις σε τηλεοπτικές και ραδιοφωνικές εκπομπές.
- Δημοσιεύσεις άρθρων σε επιστημονικά περιοδικά και τον ημερήσιο τύπο.
- Εκδόσεις βιβλίων.
- Διοργάνωση σεμιναρίων με Έλληνες και ξένους χοροθεραπευτές.
- Διοργάνωση και εποπτεία Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων.
- Ενημέρωση των μελών μέσω του site ή newsletter για τρέχοντα συνέδρια, σεμινάρια, διαλέξεις, δημοσιεύσεις άρθρων, προσφορά εργασίας.
- Συνεργασία με τα αρμόδια Υπουργεία για την αναγνώριση και διαφύλαξη του επαγγέλματος (Ένωση Χοροθεραπευτών Ελλάδος).»

2.3.3 Η Εκπαίδευση στη Χοροθεραπεία

Η Ένωση Χοροθεραπευτών Ελλάδας διοργανώνει και εποπτεύει Εκπαιδευτικά Προγράμματα Χοροθεραπείας, τα οποία απευθύνονται σε επιστήμονες που προέρχονται από το χώρο της ψυχικής και σωματικής υγείας, των τεχνών και γενικότερα των ανθρωπιστικών και κοινωνικών επιστημών. Τα προγράμματα αυτά έχουν φτιαχτεί βάσει των συμφωνιών, οι οποίες προέκυψαν από τη συνεργασία με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές Ενώσεις, ως προς τις ώρες, το περιεχόμενο και την ύλη. Η φοίτηση είναι τριετής.

«Στόχοι:

- Η κατοχύρωση γνώσεων στις διαφορετικές κατευθύνσεις της χοροθεραπείας και η κατανόηση των φιλοσοφικών και ψυχοθεραπευτικών αρχών που υποστηρίζουν τις κατευθύνσεις αυτές.
- Η γνώση και κατανόηση διάφορων σωματικών, γνωστικών συναισθηματικών και κοινωνικών αναγκών των ατόμων και των τρόπων μέσω των οποίων αυτά εκφράζονται: στάσεις σώματος, χειρονομίες, κινησιολογικές προτιμήσεις, χρήση συμβολισμών, δημιουργική επικοινωνία.

Η εξέλιξη και η ενοποίηση των προσωπικών, γνωστικών και κινησιολογικών πλευρών του ψυχοκινητικού δυναμικού των εκπαιδευομένων ώστε έχοντας αποκτήσει την απαραίτητη κατάρτιση να μπορέσουν να εξασκήσουν το επάγγελμα του χοροθεραπευτή (Ένωση Χοροθεραπευτών Ελλάδος).»

2.3.4 Μεθοδολογικές επισημάνσεις της χοροθεραπείας

Οι μεθοδολογικές επισημάνσεις της χοροθεραπείας μέσω της πρωτόγονης έκφρασης είναι:

Ο χορός θεωρείται αρχαιότερος από όλες τις τέχνες. Η σημαντικότητα του αναγνωρίζεται από τα πολύ παλιά χρόνια ως σήμερα. Χρησιμοποιεί ως εργαλείο του το ανθρώπινο σώμα και γι αυτό μπορεί να φέρει άμεσα αποτελέσματα.

Η κινητικότητα του σώματος επιτρέπει στο άτομο να πραγματοποιήσει χορευτικές κινήσεις. Αυτές με τη σειρά τους παραπέμπουν σε οργανικές δομές (γενετικές, νευρολογικές και άλλες), οι οποίες βοηθούν στην αναβίωση συναισθημάτων και κατ' επέκταση στις ανάλογες συμπεριφορές (επίθεση, φυγή, κυριαρχία και άλλα). Επομένως οι χοροθεραπευτές έχουν την δυνατότητα να αποκτήσουν πρόσβαση στην ψυχολογία του ατόμου και να το επανασυνδέσουν με τις χαμένες βιολογικές του ρίζες.

Επίσης ο χορός μπορεί να βοηθήσει το άτομο να κατανοήσει την κοινωνία, στην οποία ζει, να μπορεί να ξεχωρίσει «το Ωραίο» στην κάθε τέχνη ξεχωριστά και να κατευθυνθεί προς την θρησκεία που πιστεύει.

Συνοψίζοντας λοιπόν, η τέχνη του χορού απευθύνεται σε ένα πολυδιάστατο σώμα, το οποίο περιλαμβάνει όλα τα επίπεδα: βιολογικό, ψυχολογικό, κοινωνικό, καλλιτεχνικό και θρησκευτικό. Δραστηριότητα σωματική και ψυχική, ατομική και συλλογική, αντιπροσωπεύει άθληση και τέχνη, ψυχαγωγία και πνευματική άσκηση. (Schott-Billmann F., 1997)

2.4 ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.4.1 Ιστορική Αναδρομή

Η απαρχή της μουσικοθεραπείας συναντάται στην αρχαιότητα. Ο πρώτος διδάξας ήταν ο Ορφείας και στην πορεία οι Ορφικοί, οι οποίοι ανακάλυψαν τις θεραπευτικές ιδιότητες της μουσικής. Στην συνέχεια ο Ασκληπιός συνήθιζε να χρησιμοποιεί την μουσική για την θεραπεία των νευρώσεων. Ο Όμηρος αναφέρει στα έπη του για την θεραπεία των τραυμάτων των πολεμιστών μέσω των ήχων της λύρας. Ο Πυθαγόρας έπαιζε λύρα και ισχυρίζονταν πως η μουσική είναι το φάρμακο των νευροψυχικών νευρώσεων και της μελαγχολίας. Οι Πυθαγόρειοι είχαν συνδέσει την μουσική άμεσα με την επιστήμη της ιατρικής. Ακόμα ο Δημόκριτος και ο Κέλσος αναφέρονταν για τις θεραπευτικές ιδιότητες της μουσικής όσον αφορά τις ψυχικές ασθένειες. Ο Πλάτων και ο Αριστοτέλης υποστήριζαν και πως η μουσική θεραπεύει την ψυχή.

(Καφαχείλης Σ. Ι., 1996)

2.4.2 Ορισμός Μουσικοθεραπείας

Η μουσική ως μέσο της μουσικοθεραπείας έχει πολύ σημαντική επίδραση στην ψυχολογία του ατόμου. Μια προγεννητική εμπειρία είναι η επαφή με τον ρυθμό από τον χτύπο της καρδιάς της μητέρας με το έμβρυο. Το έμβρυο αισθάνεται τις παλμικές κινήσεις, την αναπνοή και αποκτά οικειότητα με την μουσική. (Πρίνου- Πολυχρονίδου Λ., 1989)

Μέσω της μουσικής το άτομο επιτυγχάνει την αναδιοργάνωση και να αναπτύξει την δημιουργική εξυπνάδα του. Στόχος της ψυχοθεραπείας είναι να καταφέρει το άτομο να ελέγξει τις επιθυμίες και να θέσει γερές και υγιείς βάσεις για την διαμόρφωση του χαρακτήρα του. Το άτομο αναπτύσσει μια καινούρια σχέση με τον θεραπευτή του μέσα σε ένα όμοιο και για τους δυο περιβάλλον, ηχητικό περιβάλλον όπου οδηγείται σε συναισθηματικά φορτισμένες εμπειρίες. (Καλύβα Ε., 2005)

Η μουσικοθεραπεία ορίζεται ως μια εναλλακτική μορφή θεραπείας για τα άτομα που πάσχουν κάποια διαταραχή επικοινωνίας, όπως για παράδειγμα ο αυτισμός. Είναι μια προσέγγιση για την ομαλή ανάπτυξη και συνύπαρξη των κοινωνικών, νοητικών, σωματικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων του ατόμου. Μέσω της μουσικοθεραπείας το αυτιστικό άτομο αναπτύσσει και αποκτά ικανότητες και δεξιότητες που δεν είναι άμεσα συνδεδεμένες με την μουσική όπως και η απόκτηση γνώσεων ενός μουσικού οργάνου.

Σκοπός της μουσικοθεραπείας είναι η απόκτηση μουσικών ικανοτήτων όσον αφορά την κοινωνικοποίηση σε όλες τις φάσεις ανάπτυξης του αυτιστικού ατόμου. Η προσέγγιση δεν είναι μόνο εκπαιδευτική αλλά είναι και ανθρωπιστική και συμπεριφορική. Το άτομο βρίσκει τρόπους επικοινωνίας σε συνεργασία με την οικογένειά του και τον θεραπευτή. Η μη λεκτική επικοινωνία που αναπτύσσεται μέσω της μουσικοθεραπείας με τον θεραπευτή βοηθά στην καλύτερη κατανόηση της κατάστασης του θεραπευομένου.

Η ακοή της μουσικής, η κίνηση στον ρυθμό της και το τραγούδι είναι μέρος της μουσικοθεραπευτικής προσέγγισης. Η μουσικοθεραπεία συστήνεται από τον θεραπευτή και πραγματοποιείται σε συγκεκριμένο χώρο όπου δεν υπάρχουν περισπασμοί για το άτομο. Εφόσον λειτουργήσει θετικά η προσέγγιση αυτή, τότε ορίζεται ο χρόνος, η διάρκεια και η συχνότητα των συνεδριών όπως επίσης και αν θα είναι ατομικές ή ομαδικές οι συνεδρίες. Οι προσεγγίσεις μουσικοθεραπείας ποικίλλουν. Η πιο διαδεδομένη προσέγγιση είναι ο θεραπευόμενος να αυτοσχεδιάσει και να αποκτήσει το έλεγχο των πράξεών του. Τα όργανα που χρησιμοποιούνται είναι έγχορδα και κρουστά και η φωνή του ατόμου ώστε να κάνει τους ίδιους συνδυασμούς και να αντιδράσει δημιουργικά στους θορύβους και να δημιουργήσει τον δικό του τρόπο μουσικής επικοινωνίας. Το μουσικό όργανο και το είδος μουσικής που επιλέγεται στις συνεδρίες, επιλέγεται με γνώμονα την ευχαρίστηση που αποκτά το παιδί μέσω της ακοής. Στην συνέχεια ο μουσικοθεραπευτής απομονώνει τις κραυγές, τις φωνές και οι συνεδρίες εξελίσσονται σε συζητήσεις μέσω της μουσικής. Μια διαφορετική προσέγγιση μουσικοθεραπείας είναι η καταγραφή των αντιδράσεων των παιδιών, να τροποποιείται δηλαδή η μουσική και να απομονώνεται μόνο η θετική αντίδραση στο άκουσμα της μουσικής. Σκοπός αυτής της προσέγγισης είναι να γίνει η μουσικοθεραπεία μια ευχάριστη εμπειρία για το άτομο.

Η μουσικοθεραπεία είναι το μέσο επικοινωνίας μεταξύ του ατόμου και της οικογένειας με συντονιστή τον θεραπευτή. Ο θεραπευόμενος γνωρίζει καλύτερα τον εαυτό του μέσω των κινήσεων, των ήχων που βγάζει και των πράξεών του. (Καλύβα Ε., 2005)

2.4.3 Ρόλος Θεραπευτή

Ο ρόλος του μουσικοθεραπευτή είναι είτε θεραπευτικός είτε συμβουλευτικός. Εργάζεται σε ατομικό επίπεδο αλλά και με ομάδες, αξιοποιώντας πολλά και διαφορετικά είδη μουσικής για να προτρέψουν τα άτομα με αυτισμό να συμμετέχουν ενεργά στις συνεδρίες. Η ενεργή τους συμμετοχή περιλαμβάνει το άκουσμα μουσικής, ο χορός, να παίξουν κάποιο μουσικό όργανο, το τραγούδι και η συμμετοχή σε δημιουργικές δραστηριότητες με εκπαιδευτικούς στόχους. Αναπτύσσει μια ευχάριστη προδιάθεση για το παιδί ενισχύοντας τα θετικά στοιχεία των συνεδριών με σκοπό την κοινωνική αλληλεπίδραση και η ελευθερία έκφρασής τους. Ο μουσικοθεραπευτής οφείλει να είναι καταρτισμένος σε σχέση με την κλινική περίπτωση του αυτισμού. Ένας έμπειρος μουσικοθεραπευτής πρέπει να είναι δημιουργικός, να καταλαβαίνει την κατάσταση του ατόμου, να έχει ήθος και να είναι ευρηματικός. Πρέπει να γνωρίζει κάθε συνδυαστική μουσική προσέγγιση για κάθε περίπτωση και να κατέχει γνώσεις για το κλινικό προφίλ του κάθε θεραπευόμενου ώστε να προσαρμόσει τις μουσικοθεραπευτικές τεχνικές στο ίδιο το άτομο. Ακόμα πρέπει να επιμεληθεί τον χώρο κατάλληλα για τα άτομα με αυτισμό ώστε να αισθάνονται άνετα στο περιβάλλον που βρίσκονται και να μπει στην διαδικασία να επικοινωνήσει με τους θεραπευόμενους και με τους γονείς τους.

(Καλύβα Ε., 2005)

2.4.4 Μουσικοθεραπεία και Αυτισμός

Οι τομείς που εξελίσσονται τα άτομα με αυτισμό μέσω της μουσικοθεραπείας είναι:

1. Διακοπή των μοτίβων απομόνωσης και κοινωνικής απόσυρσης και βελτίωση της κοινωνικής- συναισθηματικής ανάπτυξης

Τα πρώιμα χαρακτηριστικά του αυτισμού είναι η απουσία βλεμματικής επαφής, η μη σωματική ανταπόκριση, η απομόνωση, η αντικοινωνικότητα και οι στερεοτυπικές κινήσεις. Μέσω των συνεδριών επιτυγχάνεται η γνωριμία του ατόμου με ένα μουσικό όργανο και η ενασχόληση του με αυτό ως μια δίοδος επικοινωνίας με τον θεραπευτή και ευρύτερα με την οικογένεια. Η πρώιμη ενασχόληση του θεραπευόμενου με την μουσικοθεραπεία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση των στερεοτυπικών κινήσεων και της συναισθηματικής απομόνωσης. Επίσης το άτομο αποκτά ενδιαφέρον όχι μόνο από το άκουσμα του μουσικού οργάνου αλλά και από το σχήμα και την υφή του. Επίσης αποκτά την εμπειρία πως παράγει κάποιο ήχο όπως και οπτικοακουστικές και απτικές εμπειρίες. Με τον τρόπο αυτό αναπτύσσονται διαδραστικές και κοινωνικές σχέσεις μεταξύ του θεραπευόμενου με τον θεραπευτή, του ατόμου με το μουσικό όργανο του θεραπευτή, του ατόμου με την μουσική. Αποκτά ενδιαφέροντα και ασχολίες χωρίς να γίνεται εσωστρεφές καθώς αναπτύσσεται. (Καλύβα Ε., 2005)

2. Διευκόλυνση της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας

Η μουσική ως κώδικας επικοινωνίας βοηθά το αυτιστικό άτομο να μπει σε μια συνεχή διαδικασία να εκφραστεί και να παράγει λόγο ώστε να αντιληφθεί ο θεραπευτής την εκάστοτε επιθυμία του ατόμου και να βελτιώσει την αντίληψή του αναπτύσσοντας τις γλωσσικές του ικανότητες. Με την μουσική ο θεραπευόμενος νοιώθει ασφάλεια και έχει την δυνατότητα να επικοινωνήσει μέσω αυτής όταν δεν επιθυμεί να εκφραστεί λεκτικά. Μαθαίνει να ακούει και να ανταποκρίνεται στον ήχο με ήχο όπως μουσική, λέξεις, κραυγές. Η μουσικοθεραπεία είναι αρκετά σημαντική για

το άτομο επειδή δεν το απειλεί η διαδικασία αυτή και μπορεί να προσαρμοστεί στο περιβάλλον. Η κοινωνικότητά αναπτύσσεται με τον συνδυασμό της μουσικής και του παιχνιδιού. Η μουσικοθεραπεία επίσης χρησιμοποιείται για την ανάπτυξη και αποκατάσταση του λόγου. Η έκφραση λόγου επηρεάζεται από την διαταραχή επικοινωνίας και μπορεί να είναι κραυγές, κλάματα, μурμουρητό και αλαλία. Επίσης η ηχολαλία, η καθυστερημένη ηχολαλία είναι ηχητικές αντιδράσεις του ατόμου με αυτισμό. Ένας βοηθητικός τρόπος ανάπτυξης λόγου του ατόμου είναι το τραγούδι. Οι επαναλαμβανόμενες λέξεις και φράσεις σε συνδυασμό με ένα μουσικό ρυθμό που έχει θετική επίδραση και το βοηθά να δέχεται τα λεκτικά ερεθίσματα. (Καλύβα Ε., 2005)

3. Μείωση των συμπεριφορών που χαρακτηρίζουν την διαταραγμένη αντιληπτική και κινητική ανάπτυξη και λειτουργικότητα

Η μουσικοθεραπεία βοηθά το άτομο στο να μειώσει την στερεοτυπική συμπεριφορά, μέσω της οποίας το άτομο αποσυντονίζεται από τους ρυθμούς του και τείνει στην απομόνωση. Με την μείωση των στερεοτυπιών βελτιώνει τις εκπαιδευτικές και κινητικές του δεξιότητες. Με την χρήση συγκεκριμένων μουσικών οργάνων όπου είναι αναγκαία η χρήση των χεριών και των δακτύλων του κατορθώνεται ο συντονισμός των κινήσεων του ατόμου. (Καλύβα Ε., 2005)

4. Διευκόλυνση της δημιουργικής έκφρασης του εαυτού και προώθηση της συναισθηματικής ικανοποίησης

Η μουσική αποτελεί ερέθισμα για το άτομο με αυτισμό. Εφόσον το ερέθισμα είναι θετικό επιτυγχάνεται η ευχαρίστηση και η αίσθηση ευεξίας. Παράλληλα ο θεραπευόμενος κινητοποιείται να παράγει λόγο, να συντονίσει περισσότερο τις κινήσεις του και να αλληλεπιδράσει κοινωνικά. Η βελτίωση των αντιληπτικών, γλωσσικών και κινητικών λειτουργιών του ατόμου είναι ως αντίδραση στα θετικά ερεθίσματα που λαμβάνει και ενισχύει την συμμετοχή του σε δραστηριότητες. Το άτομο είναι αποδέκτης της συναισθηματικής ικανοποίησης μέσω των δεξιοτήτων που αναπτύσσει από την μουσικοθεραπεία. (Καλύβα Ε., 2005)

5. Υποστήριξη των οικογενειών ατόμων με αυτισμό

Η βελτίωση της προσαρμοστικότητας του ατόμου μέσω της μουσικοθεραπείας έχει ως συνέπεια ένα πιο ανεπτυγμένο επίπεδο ζωής για το ίδιο και την οικογένειά του. Ελαττώνεται το στρες και η ένταση μέσα στην οικογένεια και αποκτά δεξιότητες και τρόπους επικοινωνίας με άτομα από το περιβάλλον του. Οι σχέσεις μεταξύ του ατόμου με την οικογένειά του γίνονται πιο υποστηρικτικές. (Καλύβα Ε., 2005)

6. Διάγνωση και αξιολόγηση του αυτισμού

Για την διάγνωση του αυτισμού χρησιμοποιούνται νευρολογικά τεστ και δοκιμασίες αξιολόγησης των αντιληπτικών, κινητικών και δεξιοτήτων λόγου. Η μουσικοθεραπεία εφαρμόζεται όταν το άτομο παρουσιάζει δυσκολία στην επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση. Η επιστήμη της μουσικοθεραπείας είναι μια ολιστική θεραπεία και προωθείται από τους θεραπευτές, γονείς και δασκάλους μέσω των προσωπικών τους εμπειριών. Η επιτυχία της βασίζεται εκτός από την μουσική και στην δημιουργία σταθερών σχέσεων με το άτομο και συναισθηματικής έκφρασης. Δεν υπάρχει εγγύηση πως είναι μια σίγουρη και ασφαλής μέθοδος αλλά είναι μια θεραπευτική προσέγγιση και εφόσον είναι δεκτικό το

άτομο μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα. Ο αυτισμός δεν θεραπεύεται πλήρως αλλά αντιμετωπίζεται και βελτιώνεται το επίπεδο ζωής μέσω της μουσικής. Η εφαρμογή της μουσικοθεραπείας πρέπει να γίνεται σε καταρτισμένο και εκπαιδευτικό περιβάλλον στα πλαίσια ενός προγράμματος. (Καλύβα Ε.,2005)

2.4.5 Μεθοδολογία Μουσικοθεραπείας

Αρχικά η μέθοδος της μουσικοθεραπείας διακρίνεται σε δυο τομείς την διάγνωση και την θεραπεία. Μέσω της διάγνωσης το άτομο θα ανακαλύψει την «ηχητική του ταυτότητα» και μέσω της θεραπείας θα προσπαθήσει να ενσωματωθεί σε μια ομάδα και να κοινωνικοποιηθεί. Ο θεραπευτής αρχικά θα πρέπει να καταγράψει το ιστορικό και να γίνει μια πρώτη διάγνωση του κλινικού προφίλ του ατόμου. Επίσης καταγράφει τον μουσικό προσανατολισμό και τις προτιμήσεις της οικογένειάς του και τον τρόπο που εκφράζεται. Το ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιεί ο θεραπευτής περιλαμβάνει συγκεκριμένες ερωτήσεις που αφορούν την επαφή του θεραπευόμενου με την μουσική από την προγεννητική του ηλικία. Στην πορεία ο θεραπευτής παρατηρεί με ποιο μουσικό όργανο ταυτίζεται και νοιώθει καλύτερα ο θεραπευόμενος.

Η εξέταση στο μη λεκτικό επίπεδο από τον μουσικοθεραπευτή περιλαμβάνει ένα τεστ μουσικής και ηχητικής ευαισθησίας, όπου αποτελείται από ένα τεστ προβολής των αντιδράσεων στο άκουσμα διαφόρων μελωδιών. Ακόμα περιέχει το τεστ μουσικής προβολής ώστε να ανακαλύψει ο μουσικοθεραπευτής κατά πόσο δεκτικό είναι το άτομο με τις μελωδίες και πως εκφράζεται όταν τις ακούει. Τέλος η εξέταση εμπεριέχει και το τεστ ηχητικής δημιουργικότητας, στην οποία το άτομο είναι ελεύθερο να παίξει κάποιο μουσικό όργανο και να παρατηρήσουμε τους ήχους που βγάζει με την επαφή αυτή.

Όταν οι συνεδρίες είναι ατομικές, οι φάσεις της θεραπείας είναι τρεις. Η πρώτη αφορά την χρήση κάποιου οργάνου και η χρησιμοποίηση του σώματος και της ψυχικής ενέργειας. Η μη λεκτική επικοινωνία και η παρατήρηση του ατόμου είναι η δεύτερη φάση, όπου το άτομο εκτονώνει τα συναισθήματά του μέσω της μουσικής. Με αυτόν τον τρόπο ανακαλύπτει την ηχητική του ταυτότητα και ανοίγεται μια δίοδος επικοινωνίας μεταξύ θεραπευτή και ατόμου. Η τρίτη φάση της θεραπείας είναι μια σειρά από αντίδραση του ατόμου στα ερεθίσματα του θεραπευτή δημιουργώντας έναν ηχητικό διάλογο μεταξύ τους. Με αυτή την μέθοδο έρχονται στην επιφάνεια επιθυμίες, φοβίες, άγχη και όνειρα που είναι κρυμμένα στο υποσυνείδητο του ατόμου. Στην πορεία προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο να τα ξεπεράσει αυτά και να αποκτήσει κοινωνική προσαρμοστικότητα και ενδιαφέροντα.

Η εφαρμογή της μουσικοθεραπείας σε ομάδες προϋποθέτει ο θεραπευτής να έχει ρόλο ενεργητικού παρατηρητή και οι ομάδες να αποτελούνται από έξι έως δεκαπέντε άτομα αναλόγως βέβαια την κλινική τους εικόνα. Η δημιουργία μιας μικρής κοινωνικής ομάδας αναπαριστά το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον των ατόμων και την προσπάθεια ένταξής τους σε αυτή. Στις ομαδικές θεραπείες δίνεται η δυνατότητα στον θεραπευτή να παρατηρήσει την δυναμική της ομάδας και να κατανοήσει τις μουσικές προτιμήσεις και τις συμβολικές αντιδράσεις των ατόμων. Ακόμα μαθαίνει να εκφράζεται ανοιχτά και άμεσα στα ερεθίσματα που παίρνει. Η επικοινωνία διευκολύνεται και το ένα άτομο παροτρύνει το άλλο να εκφραστεί. Δίνεται η δυνατότητα στον θεραπευτή να κατανοήσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο θεραπευόμενος.

Άλλες εκφραστικοί μέθοδοι μέσω της μουσικοθεραπείας είναι η μουσική και η σωματική έκφραση. Το άτομο χρησιμοποιεί το σώμα και τις κινήσεις του για να εκφράσει με πράξεις τις σκέψεις του. Εκτονώνεται και το σώμα περνά στη δράση. Η μουσική και εικαστική έκφραση είναι ένας συνδυασμός του ακούσματος της μουσικής με την ζωγραφική ή τον πυλό, στην οποία το άτομο ανταποκρίνεται στην μουσική και στην μελωδία μέσω της εικαστικής τέχνης. Ο συνδυασμός της εικαστικής τέχνης με την μουσική και την σωματική έκφραση προτρέπει τα άτομα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους από τα βιώματά τους.

Σημαντικό ρόλο παίζει και ο χώρος όπου πραγματοποιείται η μουσικοθεραπεία. Ο χώρος αυτός πρέπει να είναι άνετος περίπου είκοσι τετραγωνικά, να έχει πολύ καλή ακουστική, να μην υπάρχουν έπιπλα παρά μόνο μαξιλάρες και ποικιλία μουσικών οργάνων. Τα χρώματα στους τοίχους και στις μαξιλάρες πρέπει να είναι απαλά χωρίς να υπάρχουν πίνακες. Ο φωτισμός επίσης πρέπει να είναι διακριτικός και απαλός. Απαραίτητη προϋπόθεση εκτός από τα μουσικά όργανα είναι ο ηχητικός εξοπλισμός με μεγάφωνα, κασέτες και μικρόφωνα. Ο θεραπευτής και τα μέλη της ομάδας πρέπει να είναι ελαφριά και άνετα ντυμένοι για να μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα κινητικά στο χώρο.

Το τέλος των θεραπειών είναι επιθυμητό να γίνεται ομαλά για να μπορέσει το άτομο να συνηθίσει να μην εξαρτάται από τις συνεδρίες. Ο θεραπευτής οφείλει να το αναφέρει συχνά και να δίνει περισσότερες πρωτοβουλίες στο άτομο να επικοινωνήσει. Ακόμα πρέπει να τονίζεται η βελτίωση της κατάστασης και η διατήρηση των θετικών συναισθημάτων μέσω της ενασχόλησής του με την μουσική.

Οι θετικές επιδράσεις της μουσικοθεραπείας είναι αφενός να η αναδιοργάνωση του ψυχισμού του ατόμου και αφετέρου η γνώση και η πειθαρχία των σκέψεων και των πράξεών του. Βελτιώνεται η διάθεση με το άκουσμα της μουσικής και αναπτύσσεται η δημιουργική διάθεση και η έκφρασή της. Καλλιεργείται στο άτομο το συλλογικό πνεύμα και η κοινωνικοποίησή του. Βοηθά το άτομο να εκτεθεί σε κόσμο και να γαλουχήσει τις αρνητικές του αντιδράσεις.

(Πρίνου – Πολυχρονίδου Λ., 1989)

Μέθοδος Tomatis

Ο Γάλλος ωτορινολαρυγγολόγος Alfred Tomatis υποστήριζε πως όταν το άτομο έχει «ανοιχτό αυτί», τον βοηθά να ακούει συνειδητά τους ήχους και το εννοιολογικό τους περιεχόμενο βελτιώνοντας την ικανότητα για επικοινωνία. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

«Για τον λόγο αυτό ο Tomatis επινόησε μια μέθοδο οστεομυϊκής επανεκπαίδευσης του αυτιού, μέσω της οποίας αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά ορισμένες ψυχικές διαταραχές, προβλήματα ομιλίας και μαθησιακές δυσκολίες, όπως η δυσλεξία, οι αναγραμματισμοί και άλλα (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999).»

«Σύμφωνα με τον Tomatis, η πρωταρχική λειτουργία του αυτιού δεν είναι να ακούει αλλά να τροφοδοτεί με ενέργεια τον εγκέφαλο. Σε περίπτωση αποστέρησης ηχητικών ερεθισμάτων ο εγκέφαλος υφίσταται συγκεκριμένες βλάβες (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999).»

Η μέθοδος Tomatis περιλαμβάνει θεραπευτικές εφαρμογές, στις οποίες χρησιμοποιούνται συγκεκριμένοι ήχοι, οι οποίοι αναπαράγουν τις σημαντικότερες φάσεις της ακουστικής ανάπτυξης, ξεκινώντας από την γέννηση του ατόμου και καταλήγοντας στην περίοδο της εξάσκησης της ανάγνωσης και γραφής. Το πρόγραμμα της ηχητικής ενεργοποίησης περιέχει την παθητική και την ενεργητική φάση. Στην παθητική φάση το άτομο εκπαιδεύει το αυτί του ακούοντας φιλτραρισμένους ήχους από την μητέρα του και μουσικής του Mozart. Στην ενεργητική φάση το άτομο κάνει κάποιες ακουστικοφωνητικές ασκήσεις, όπου το

άτομο ακούει κάποιους ήχους -που έχουν μαγνητοφωνηθεί- με ακουστικά και τους επαναλαμβάνει σε ένα μικρόφωνο. «Στην ενεργητική ακρόαση η παραγωγή της φωνής ενεργοποιείται και επιτυγχάνεται αρχικά με ασκήσεις τραγουδιού και ψαλμωδίας, κατόπιν εισάγεται ο λόγος με την επανάληψη λέξεων και προτάσεων και τέλος με μια άσκηση μεγαλόφωνης ανάγνωσης το άτομο εισάγεται στο γραπτό λόγο. Καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος παρέχεται συμβουλευτική υποστήριξη (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999).»

«Η μέθοδος λειτουργεί σε τρία επίπεδα:

1. Το λειτουργικό επίπεδο: Βοηθά στον έλεγχο της φωνής και του λόγου, μαθαίνοντας στο άτομο να ακούει την ίδια τη φωνή του.
2. Το συναισθηματικό επίπεδο: Οδηγεί το άτομο σε έναν “ηχητικό περίπατο” στο παρελθόν του ενδομήτριου περιβάλλοντος, “διορθώνοντας τις παλιές αρνητικές ή ανολοκλήρωτες εμπειρίες”.
3. Το επικοινωνιακό επίπεδο: Βοηθά το άτομο στην καλύτερη κατανόηση όσων βρίσκονται κρυμμένα πίσω από το “φράχτη” των δυσκολιών του. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999).»

Δραστηριότητες Μουσικοθεραπείας

1. Ήχος και ανταπόκριση

Ο θεραπευτής παράγει κάποιον ήχο και προσδοκά να αποκτήσει εμπειρία ο θεραπευόμενος μέσω των αισθήσεών του.

2. Συνομιλία με τους ήχους

Αναπαραγωγή διαφορετικών ήχων από εκείνους του θεραπευτή ώστε να υπάρχει αλληλεπίδραση.

3. Αγάλματα

Τα αγάλματα είναι παιχνίδι, όπου τα παιδιά σταματούν και ξεκινούν σύμφωνα με τον θεραπευτή, βελτιώνοντας τις κινητικές τους δεξιότητες.

4. Αυτοσχεδιασμός

Ο αυτοσχεδιασμός περιλαμβάνει συνομιλία με ήχους μεταξύ των ατόμων με κάποιο μουσικό όργανο.

5. Η μουσική ενός λεπτού

Οι θεραπευόμενοι αυτοσχεδιάζουν παίζοντας ένα μουσικό όργανο για ένα λεπτό. Με αυτό τον τρόπο συνηθίζουν στην έκθεση με πολλά άτομα.

6. Οι «ευτυχισμένες οικογένειες»

Τα άτομα κινούνται στο χώρο παράγοντας ένα από δυο προτεινόμενους αντίθετους ήχους. Στην πορεία προστίθενται και άλλοι ήχοι και το κάθε άτομο βρίσκει κάποιο συμπαίκτη που κάνει παρόμοιο ήχο.

7. «Παίξε και πέρνα»

Οι θεραπευόμενοι κάθονται σε κύκλο και δίνει το ένα στο άλλο κάποιο μουσικό όργανο αφού το έχουν χρησιμοποιήσει.

8. Πινγκ – πονγκ

Τα άτομα κάθονται σε ένα κύκλο και στο άτομο που κάθετα στα δεξιά λέει πινγκ ενώ στο άτομο στα αριστερά φωνάζει πονγκ.

9. Γύρω – γύρω όλοι

Ένας παίκτης κάθεται στο κέντρο ενός κύκλου με δεμένα τα μάτια και ψάχνει να βρει ποιος παίκτης έχει κρύψει το μουσικό όργανο.

10. Διεύθυνση

Ένα άτομο ορίζεται μάεστρος και διευθύνει μια ομάδα παικτών που παίζουν διαφορετικά όργανα.

11. Σύνθεση

Τέλος οι παίκτες προσπαθούν να δημιουργήσουν μια σύνθεση μουσικής παίζοντας κάποια μουσικά όργανα.

(Ward, 1990)

2.5 Ζωοθεραπεία

2.5.1 Ορισμός Ζωοθεραπείας (Animal Assisted Therapy)

Θεραπεία μέσω ζώων (Pet therapy ή Pet facilitated therapy) είναι η μέσω ζώων ή δια μέσου των ζώων εναλλακτική θεραπεία με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ανθρώπου. Στην ζωοθεραπεία εξασφαλίζεται η εκπαίδευση και η αξιολόγηση του ζώου με σκοπό την συμμετοχή του σε αυτή την διαδικασία. Ενισχύεται η θετική αντίδραση του ατόμου όταν έρχεται σε επαφή με το ζώο. Ο θεραπευτής ενσωματώνει τις ικανότητες και τα γνωρίσματα του ζώου σε ένα θεραπευτικό καθορισμό για να διευκολύνει την ανάκαμψη του ατόμου στον τομέα της πνευματικής και σωματικής υγείας.

(<http://www.noesi.gr/book/intervention/animaltherapy>)

Η πρώτη εμφανής συμμετοχή των ζώων με σκοπό να ωφεληθούν οι άνθρωποι, έγινε τον 9ο αιώνα στο Ghel, στο Βέλγιο, όπου παρόλο που τα ζώα δεν ήταν βασικό συστατικό στοιχείο του προγράμματος, έπαιρναν μέρος σε μια «therapy naturals» (φυσική θεραπεία) όπου οι πολίτες προσέφεραν οικογενειακή φροντίδα σε άτομα με αναπηρία. Η πρώτη φορά που έχει καταγραφεί η χρήση ζώων στην θεραπευτική διαδικασία είναι στην Αμερική το 1942 στο Αναρρωτήριο της Στρατιωτικής Αεροπορίας (the Army Air Corps Convalescent Hospital) στο Pawling, στη Νέα Υόρκη, όπου ασθενείς που ανάρρωναν από τραύματα ή εγχειρήσεις, ασχολούνταν με τα ζώα είτε αυτά ήταν άγρια είτε της φάρμας για να έχουν ήρεμη ενασχόληση με σκοπό την αποφυγή της συνεχούς λήψη φαρμάκων. Το 1944 δημοσιεύτηκε το πρώτο επιστημονικό άρθρο σε επιστημονικό περιοδικό, όπου ο James H.S Bossard ανέφερε τον σημαντικό ρόλο που παίζουν τα ζώα και κυρίως τα κατοικίδια «στην οικογενειακή ζωή και στην πνευματική ισορροπία των μελών της οικογένειας κυρίως των ανήλικων». Η θεραπεία μέσω ζώων πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά επίσημα στις Ηνωμένες Πολιτείες και έχει ως βάση τα θετικά οφέλη που έχει ο άνθρωπος από τα ζώα. Στις μέρες μας, η αξία των ζώων ως θεραπευτικά μέσα γίνεται σταδιακά αναγνωρίσιμη και από τις ευρωπαϊκές χώρες. Ήδη σε πολλές κοινωνικές δομές όπως νοσοκομεία, ψυχιατρικές κλινικές, σχολεία και φυλακές, εμφανίζονται σκύλοι, γάτες, κουνέλια και παπαγάλοι, τα ζώα συνοδεύονται πάντα από τους θεραπευτές «pet partners». Η θεραπεία αυτή έχει αποτελέσματα έπειτα από μία σειρά συνεδριών σε κέντρα όπου φιλοξενούνται τα ζώα-γιατροί και όπου οι εκπαιδευτές τους, μαζί με ειδικούς κτηνιάτρους, ζώο-ανθρωπολόγους, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς, κρίνουν κατά περίπτωση ποιο ζώο είναι κατάλληλο.

Τα ζώα έχουν την δυνατότητα να γίνουν μέρος μιας μεγάλης ποικιλίας προγραμμάτων που αναφέρονται βασικά σε άτομα που με κινητική αναπηρία με στόχο τη βελτίωση των λεπτών κινητικών ικανοτήτων, τη βελτίωση των ικανοτήτων χειρισμού αναπηρικού καροτσιού και τη βελτίωση της ισορροπίας όταν στέκεται κάποιος. Τα ζώα που συνήθως χρησιμοποιούνται είναι οι σκύλοι, οι γάτες, τα ψάρια, τα πουλιά, τα άλογα και τα δελφίνια. Οι σκύλοι είναι κατάλληλοι για όλες τις ηλικίες και είναι απαραίτητοι για να συντροφεύουν, να παίζουν και να αλληλεπιδρούν με τον άνθρωπο. Οι γάτες είναι ζώα συντροφικά που δυσφορούν με την αναστάτωση, έχουν ανεξάρτητο χαρακτήρα, είναι ήσυχες και δεν χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα. Λόγω όλων των παραπάνω είναι ιδανικές σύντροφοι για τους ανθρώπους που έχουν δυσκολία στις μετακινήσεις. Η φροντίδα και η παρατήρηση ψαριών σε ένα ενυδρείο είναι αποδεδειγμένα ωφέλιμη για το σύνολο των ανθρώπων που υποφέρουν από στρες, ταχυκαρδία και τεταμένο μυϊκό σύστημα.
(<http://www.noesi.gr/book/intervention/animaltherapy>)

Εδώ και αρκετά χρόνια γίνεται χρήση αλόγων με σκοπό την θεραπεία ατόμων που πάσχουν από ψυχικά και κινητικά προβλήματα. Το πιο διαδεδομένο είδος θεραπείας με άλογα είναι η ιπποθεραπεία.

Το άτομο κινητοποιείται από την ανάγκη του να συμμετέχει στην συνεδρία γιατί θα ασχοληθεί με ένα ζώο. Μέσω της σωματικής επαφής με το ζώο θα λάβει στοργή με συνέπεια την ηρεμία του. Θα λάβει χαρά και ευχαρίστηση και το άτομο θα χτίσει τα θεμέλια μιας καινούριας σχέσης, αυτή με τον θεραπευτή όπου θα βασίζεται στην εμπιστοσύνη και στην επίτευξη στόχων στα πλαίσια της βελτίωσης της ποιότητας ζωής του. Μειώνεται σημαντικά το στρες και το άγχος μέσω της επαφής αυτής ενώ παράλληλα ενισχύεται η ανεξαρτησία του ατόμου.

Η θεραπεία μέσω ζώων δεν είναι από μόνη της μία σχολή ψυχοθεραπείας, ούτε είναι λύση για το σύνολο των προβλημάτων. Μπορεί όμως, να προσφέρει πολύτιμη βοήθεια σε πολλές περιπτώσεις.
(<http://www.noesi.gr/book/intervention/animaltherapy>)

2.5.2 Δελφινοθεραπεία (Dolphin Assisted Therapy)

Η δελφινοθεραπεία είναι ένα πρόγραμμα αποκατάστασης ατόμων με αναπηρία σχετικά καινούργιο στην χώρα μας, το οποίο αντλεί τα εργαλεία του από την φύση: νερό, κολύμπι, κίνηση, επαφή, ήχος, παιχνίδι και κάνει χρήση των κοινών ιδιοτήτων ανθρώπου - δελφινιού: επικοινωνία - άγγιγμα.

Βασικές Αρχές - Φιλοσοφία

Όπως όλες οι εναλλακτικές θεραπείες έτσι και η δελφινοθεραπεία εστιάζει ειδικά στις δυνατότητες και τις ανάγκες κάθε ατόμου.

«Βασίζεται σε τρεις αποδεδειγμένες ιδιότητες των δελφινιών οι οποίες είναι:

Cavitation (σπηλαιώσεις): Έντονα ηχητικά κύματα προκαλούν εναλλασσόμενες περιοχές συμπίεσης και διαστολής στο νερό με αποτέλεσμα να δημιουργούνται φυσαλίδες ανά εκατομμυριοστό του μέτρου. Αυτές προσκρούουν δυναμικά στο ανθρώπινο σώμα αυξάνοντας την θερμοκρασία και εξομαλύνοντας τον μυϊκό τόνο. Με την πρόσκρουση δημιουργούνται κοιλότητες στις κυτταρικές μεμβράνες και έτσι αυξάνεται η διαπερατότητά τους σε ορμόνες που συμβάλλουν στην μείωση της σπαστικότητας.

Echolocation- Sonophoresis: Πρόκειται για την διαδικασία την οποία εκτελεί ένα δελφίνι για να προσδιορίσει το χώρο του. Το δελφίνι εκπέμπει υπέρηχους (Sonar) οι οποίοι μόλις συναντήσουν εμπόδιο επιστρέφουν στον πομπό τους. Το δελφίνι αντιλαμβάνεται την απόσταση μέσω μικρο-δονήσεων που προκαλούν διέγερση εντός της επιδερμίδας του δέρματος. Αυτή η διαδικασία κάνει το δελφίνι να αποκτά αντανακλαστικά. Οι υπέρηχοι του δελφινιού υπερκαλύπτουν τους διαγνωστικούς και θεραπευτικούς υπέρηχους που χρησιμοποιεί ο άνθρωπος με τα μηχανήματα. (Ο θεραπευτικός υπέρηχος έχει μια μέση τιμή στα 2 W/cm², ενώ ο υπέρηχος του δελφινιού έχει ένταση 8,3 W/cm²).

Interaction (αλληλεπίδραση): Αποτελέσματα ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος σε δείγμα 40 ατόμων κατά την διάρκεια συνεύρεσης τους με δελφίνια έδειξαν ότι:

α) Στο 80% (32 άτομα) παρατηρήθηκε 4 Hz μείωση της επικρατούσας μυϊκής συχνότητας.

β) Στο 75% (30 άτομα) παρατηρήθηκε απόκλιση φάσης μεταξύ των δύο ημισφαιρίων.

γ) Στο 60% (24 άτομα) παρατηρήθηκε κανονικοποίηση της εγκεφαλικής δραστηριότητας).

(<http://www.noesi.gr/book/intervention/animaltherapy/dolphins> 25/07/2012)

Αποτελέσματα

Μέσω της δελφινοθεραπείας επιτυγχάνονται οι ακόλουθοι θεραπευτικοί στόχοι. Επηρεάζεται η λειτουργικότητα των νευροδιαβιβαστών και προκαλείται ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος, ενώ αμβλύνεται η εγκεφαλική δραστηριότητα. Παράλληλα τα εγκεφαλικά ημισφαίρια συγχρονίζουν την δραστηριότητα τους αυξάνοντας ταυτόχρονα την μεταφορά και την διαπερατότητα των ορμονών δια των κυτταρικών μεμβρανών. Τέλος, γίνονται αντιληπτές ηλεκτροχημικές αλλαγές στην κυτταρική μεμβράνη και επηρεάζεται η εισροή ιόντων Na, Ca και η εκροή ιόντων K στον μετασυναπτικό νευρώνα διεγείροντας μεταξύ των άλλων και ποικίλα ψυχοσωματικά μοτίβα.

(<http://www.noesi.gr/book/intervention/animaltherapy/dolphins>)».

Το Πρόγραμμα δελφινοθεραπείας διαχωρίζεται σε δύο μέρη:

- 1) Η θεραπεία έξω από το νερό, η οποία περιλαμβάνει:
 - § Αξιολόγηση του περιστατικού.
 - § Κινησιοθεραπεία.
 - § Συνεδρίες λογοθεραπείας.
 - § Συνεδρίες εργοθεραπείας.
 - § Προετοιμασία ατόμου για την επαφή με το νερό και το δελφίνι.
- 2) Θεραπεία μέσα στο νερό που περιλαμβάνει:
 - § Κινησιοθεραπεία και θεραπευτική κολύμβηση.
 - § Το άτομο έρχεται σε επαφή με το δελφίνι.
 - § Το άτομο κολυμπά με το δελφίνι.
 - § Επικοινωνία.

Βασικά κριτήρια επιλογής ατόμων σε προγράμματα δελφινοθεραπείας

Τα άτομα πρέπει να:

- § Ξεπερνούν την ηλικία των τεσσάρων.
- § Υπάρχει δυνατότητα αντίδρασης στο φως, χρώμα, ήλιο.
- § Υπάρχει δυνατότητα εκμάθησης.
- § Νοιώθουν άνετα με το νερό γενικά.

2.5.3 Θεραπευτική Ιππασία

Η Θεραπευτική Ιππασία είναι μια ολιστική καθώς και εναλλακτική, θεραπεία για άτομα με αναπηρία. Είναι ένας τύπος θεραπείας κατά την οποία γίνεται χρήση αλόγων για να πραγματοποιηθούν στόχοι με σκοπό την θεραπεία χωρίς να καταργεί τις κλασσικές μεθόδους, για τα οποίες αποτελεί όμως βοήθημα και τις συμπληρώνει. (Chandler, K. C. , 2005)

Η πρώτη αναφορά στην Θεραπευτική Ιππασία ανήκει στον Ξενοφώντα, με τον όρο «Ιπποθεραπεία» στο βιβλίο του «Περί Ιππικής Τέχνης». Παράλληλα ο Ιπποκράτης προσθέτει ότι: «η ιππασία στον καθαρό αέρα δυναμώνει τους μυς και τους κρατά σε καλή κατάσταση».

Έχει αποδειχτεί ότι η Ιπποθεραπεία συμβάλει στην θεραπεία ατόμων με κινητικά, νοητικά και ψυχολογικά προβλήματα ώστε να οδηγηθούν σε μία καλύτερη ποιότητα ζωής. Γίνεται παράδειγμα και μάθημα ώστε να μάθουν πώς να αντιδρούν στην καθημερινότητα τους.

Η Θεραπευτική Ιππασία βοηθά τα άτομα με αναπηρία αφού είναι μία ευχάριστη αθλητική και θεραπευτική διαδικασία. Τα άτομα έχουν την ευκαιρία να ανακαλύψουν καινούργια μέσα για να αναπτύξουν θετική συμπεριφορά και να καλλιεργήσουν ισορροπημένη κοινωνική διάδραση μέσα από την ομαδικότητα, έχοντας το άλογο ως τρόπο έκφρασης και επικοινωνίας.

(<http://www.noesi.gr/book/intervention/animaltherapy/horses>)

Η Θεραπευτική Ιππασία δεν απαιτεί και δεν εμπεριέχει αθλητικούς στόχους. Γίνεται χρήση ασκήσεων από την Ιππασίας ως άθλημα, οι οποίες οργανώνονται σε συνδυασμό με ψυχοκινητικές αρχές για να προαχθούν η ανάπτυξη, η δημιουργική έκφραση, ο αυτοέλεγχος, ο κατάλληλος έλεγχος των κινήσεων του σώματος και η σωστή κοινωνική συμπεριφορά. Είναι μια δράση η οποία προσδίδει μία ενέργεια, που βασίζεται στην εμπειρία που αποκτά το άτομο από την άμεση επαφή με το άλογο αλλά και από τις διαδικασίες για την φροντίδα του. Έχει ως επίκεντρο τη σχέση που δημιουργείται ανάμεσα στο άτομο, το άλογο και τον εκπαιδευτή, πάνω στο άλογο και κάτω από αυτό.

(<http://www.noesi.gr/book/intervention/animaltherapy/horses>)

Η Θεραπευτική ιππασία χρησιμοποιεί παράλληλα τη κίνηση του αλόγου, ως θεραπευτικού εργαλείου, για να βελτιωθεί η στάση του σώματος, να επιτευχθεί ισορροπία, να αυξηθεί η κινητικότητα και ο μυϊκός τόνος των ατόμων με νευρολογικά προβλήματα. Το άλογο κάνει τρισδιάστατη κίνηση, η οποία μοιάζει πολύ με αυτή του ανθρώπου. Μεταδίδει στον άνθρωπο περίπου εκατόν δέκα τρισδιάστατες ρυθμικές ταλαντώσεις το λεπτό, έτσι ο αναβάτης γυμνάζεται παθητικά και να εξασκεί την ισορροπία του, ενώ ταυτόχρονα του προσφέρει ευχάριστα συναισθήματα. Κατά τη διάρκεια της Ιπποθεραπείας το άτομο διδάσκεται να προσαρμόζει τη στάση του σώματος του για να παραμείνει πάνω στο άλογο. Η θερμοκρασία του αλόγου ταυτόχρονα με τις ρυθμικές ταλαντώσεις αμβλύνει τον υψηλό μυϊκό τόνο με αποτέλεσμα να προκαλεί χαλάρωση στον αναβάτη με σπαστικότητα.

Ο Ιππέας, κάνει εξειδικευμένες ασκήσεις σε διαφορετικές θέσεις, όπως ιππαστί, πλάγιο κάθισμα, τετραποδική, γονυπετής, όρθια, ύπτια και πρηγής,

εξαρτάται από τους θεραπευτικούς στόχους που έχουν οριστεί. Από το άλογο επίσης δίνεται η δυνατότητα στο άτομο να δει τον κόσμο από πάνω προς τα κάτω, και όχι αντίθετα, όπως τον βλέπουν όταν κάθονται σε αναπηρικό καρότσι.

Η ενασχόληση με το άλογο παράγει ενθουσιασμό και το κίνητρο που χρειάζεται για να συμμετέχει το άτομο ενεργά στη θεραπεία και να πετύχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα της Ιπποθεραπείας.

Η θεραπευτική ιππασία παράγει συμμετρία στο σώμα. Βελτιστοποιεί την ισορροπία, τη σωστή στάση του σώματος και τον έλεγχο της κεφαλής. Χαλαρώνει τους μυς, μειώνει τη σπαστικότητα και καλυτερεύει το περπάτημα. Βοηθά στο συγχρονισμό των κινήσεων. Οι τρισδιάστατες κινήσεις της ράχης του αλόγου επιφέρουν παθητική εκγύμναση. Ακόμα βοηθά στο καρδιοαναπνευστικό σύστημα. Βοηθά να γυμναστούν οι μύες του σώματος, καθώς ταυτόχρονα το ευθύ κάθισμα κάνει το άτομο να αναπνέει καλύτερα. Επιπλέον βελτιώνεται ο λόγος και στην ποιότητα και στην ένταση και βοηθά τις αρθρώσεις έτσι ώστε να αυξηθεί το εύρος της κίνησης τους. Η αντίληψη, η προσοχή, η οπτικοκινητική ικανότητα, ο προσανατολισμός και ο έλεγχος των κινήσεων του ιππέα αυξάνονται. Επιπροσθέτως βοηθάει τον ιππέα να αντιμετωπίσει τις φοβίες του, όπως το ύψος ή η κίνηση του αλόγου. Τέλος μειώνει την εσωστρέφεια και ανεβάζει τον ιππέα ψυχολογικά για να αποκτήσει αυτογνωσία και αυτοπεποίθηση και καλλιεργείται το αίσθημα της αγάπης και του σεβασμού για τα ζώα.

(<http://www.noesi.gr/book/intervention/animaltherapy/horses>)

«Η Θεραπευτική Ιππασία ενδείκνυται για την αποκατάσταση των παρακάτω:

- Εγκεφαλική παράλυση
- Δισχιδής ράχη
- Μυϊκή δυστροφία
- Βλάβες του νωτιαίου μυελού
- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Εγκεφαλικά επεισόδια
- Κακώσεις της κεφαλής
- Πολιομυελίτιδα
- Τύφλωση
- Κώφωση
- Διαταραχές του λόγου
- Αρθρίτιδα
- Απουσία- παραμόρφωση άκρων
- Σύνδρομο Down
- Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (Αυτισμός)
- Μαθησιακές Δυσκολίες(Δυσλεξία)
- Ψυχικές διαταραχές
- Προβλήματα συμπεριφοράς
- Υπερκινητικότητα
- Νοητική Υστέρηση»

(<http://www.noesi.gr/book/intervention/animaltherapy/horses>)

Το πρόγραμμα της ιπποθεραπείας λαμβάνει χώρα σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους, με κατάλληλα εκπαιδευμένα άλογα. Για τη πραγματοποίηση των συνεδριών γίνεται χρήση ειδικού εξοπλισμού, ειδικών βοηθητικών θεραπευτικών μέσων και ειδικών εκπαιδευτικό - παιδαγωγικών μέσων.

Αφού το άτομο που πρόκειται να συμμετάσχει περάσει από ειδική αξιολόγηση, χτίζεται ένας σκελετός για το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που θα ακολουθήσει και

προσαρμόζεται ανάλογα, έτσι ώστε να αντικατοπτρίζει στις ανάγκες του. Σε τακτά χρονικά διαστήματα πραγματοποιείται αξιολόγηση της προόδου του συμμετέχοντα. Γίνεται συνεργασία με διεπιστημονική ομάδα με σκοπό την πιο ομαλή προσέγγιση και θεραπεία του ατόμου.

(<http://www.noesi.gr/book/intervention/animaltherapy/horses>)

2.6 Υδροθεραπεία

2.6.1 Ορισμός Υδροθεραπείας

Με τον όρο Υδροθεραπεία γίνεται γενικά αντιληπτό ότι πρόκειται για την χρήση του νερού, με σκοπό την θεραπεία, την αισθητική και την πρόληψη. Στον κλάδο της φυσικοθεραπείας πιο συγκεκριμένα, με τον όρο υδροθεραπεία εννοείται εκείνη η μέθοδος θεραπευτικής παρέμβασης που χρησιμοποιεί ασκήσεις στο νερό ειδικά σχεδιασμένες για να βοηθούν στην αποκατάσταση ποικίλων παθήσεων. (Norm, Hanson, 1992)

Στις μέρες μας οι φυσιοθεραπευτές έχουν ως μέσω το νερό για την αποκατάσταση με διάφορες υδροθεραπευτικές μεθόδους όπως κινησιοθεραπεία σε θεραπευτικές πισίνες ή με την εφαρμογή δινόλουτρων. Επίσης σε εξειδικευμένα κέντρα υδροθεραπείας και αποκατάστασης εφαρμόζονται και υδροηλεκτρικά λουτρά. Η θεραπευτική δράση του νερού βασίζεται στις αρχές και τις ιδιότητες του.

Η «Υδροθεραπεία» ετυμολογικά έχει τις ρίζες της στις λέξεις ύδωρ και θεραπεία. Είναι άγνωστο το πότε ακριβώς έγινε χρήση του νερού ως μέσω θεραπείας, αλλά ιστορικές πηγές αναφέρουν ότι ο Ιπποκράτης (460-375π.Χ.) έκανε χρήση νερού σε διαφορετικές θερμοκρασίες, εναλλάξ ζεστό και κρύο νερό με σκοπό την θεραπεία των ασθενών. Ο Ιπποκράτης είχε ως μέσω τις εμβυθίσεις σε ζεστό ή κρύο νερό με σκοπό την θεραπεία διαφόρων παθήσεων όπως μυϊκών σπασμών, παραλύσεων, ρευματισμών και αρθροπαθειών. Οι Ρωμαίοι, χρησιμοποιούσαν με μεγάλη συχνότητα το νερό με σκοπό την αναζωογόνηση και θεραπεία. Συγκεκριμένα, είχαν τέσσερα διαφορετικά είδη λουτρών με διάφορες θερμοκρασίες. Ένας μεγάλος αριθμός λαών της αρχαιότητας είχε αντιληφθεί την αξία της υδροθεραπείας, με αποτέλεσμα να επινοήσουν ειδικές μεθόδους εφαρμογής της, οι οποίες αποτελούν χρήσιμα εργαλεία μέχρι τις μέρες μας ως μέσα αντιμετώπισης των παθολογικών καταστάσεων. Σημαντική ήταν η συμβολή λαών όπως οι Κινέζοι, οι Άραβες, οι Ιάπωνες, οι Ρώσοι και οι Σκανδιναβοί.

(<http://www.iatrikoprofil.gr/component/content/article/136-physiotherapie/634-%CE%A5%CE%B4%CF%81%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CE%98%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CF%83%CF%84%CE%BF-%CE%BD%CE%B5%CF%81%CF%8C>)

Είναι παράλληλα γνωστά και αναμφισβήτητα τα αποτελέσματα της υδροθεραπείας που κατάφεραν το 19ο αιώνα οι κληρικοί Κνειρρ (Κνάιπ) και Priessnitz (Πρίσνιτς) από την Γερμανία. Οι μέθοδοι που χρησιμοποίησαν, χρησιμοποιούνται σήμερα συνεχώς και ευρέως σε όλα τα σημερινά και οργανωμένα υδροθεραπευτήρια των λουτροπόλεων της κεντρικής Ευρώπης. Η υδροθεραπεία, ως φυσική μέθοδος αποκατάστασης, έχει περάσει με θετικά αποτελέσματα την συνεχή δοκιμασία του χρόνου και στο πέρασμα των αιώνων τα θεραπευτικά της αποτελέσματα έχουν ήδη τεκμηριωθεί.

2.6.2 Αρχές και ιδιότητες του νερού

Υδροστατική Πίεση

Η πίεση που δέχεται ένα ορισμένο σημείο ενός σώματος που βρίσκεται μέσα σε υγρό που ηρεμεί, είναι ανάλογη του εμβαδού του υγρού αυτού, ονομάζεται δε υδροστατική πίεση. Αν θεωρήσουμε ότι το ένα σημείο βρίσκεται στην ελεύθερη επιφάνεια, όπου η ασκούμενη πίεση P_0 είναι η ατμοσφαιρική, τότε η πίεση σε κάποιο σημείο του υγρού βρίσκεται ίση με:

$$P = P_0 + \rho gh$$

Όπου τώρα h είναι η απόσταση του σημείου από την ελεύθερη επιφάνεια και g η επιτάχυνση της βαρύτητας. Η διαφορά:

$$P - P_0 = \rho gh$$

είναι η υδροστατική πίεση. Από τον παραπάνω τύπο φαίνεται επίσης ότι η υδροστατική πίεση είναι ανάλογη του βάθους. (Κυριάκος, Καρακώστας, 1998)

Η υδροστατική πίεση είναι ισοδύναμη σε όλες τις επιφάνειες ενός βυθισμένου σώματος και αυξάνεται όσο αυξάνεται το βάθος. Αυτό το χαρακτηριστικό του νερού βοηθά την φλεβική επιστροφή και την λειτουργία του λεμφικού συστήματος συμβάλλοντας στη μείωση των οιδημάτων και αιματωμάτων. Επίσης η πίεση στο στήθος προκαλεί την αποβολή περισσότερου αέρα από τους πνεύμονες βοηθώντας έτσι και την αναπνευστική λειτουργία. (Καρακώστας, Θ., Κυριάκος, Δ. Σ, 1998)

Άνωση

Σύμφωνα με την αρχή του Αρχιμήδη, όταν ένα σώμα είναι πλήρως ή μερικώς βυθισμένο σε ένα ρευστό σε ηρεμία, υφίσταται μία ανοδική ώθηση ίση με το βάρος του ρευστού που εκτοπίζεται. Αυτή η ανοδική ώθηση ονομάζεται άνωση.

Λόγω της άνωσης οι κινήσεις των άκρων καθώς και της σπονδυλικής στήλης γίνονται πιο εύκολα και ελεύθερα γιατί δεν υπάρχει φόρτιση στις αρθρώσεις βοηθώντας έτσι την μυοσκελετική λειτουργία. Κατά την είσοδο ενός ασθενούς στο νερό το ποσό του βάρους του σώματος που στηρίζεται στα κάτω άκρα είναι ανάλογο του βάθους του νερού. Έτσι όταν ένας ασθενής έχει βυθιστεί μέχρι το ύψος της λεκάνης το βάρος που υποστηρίζεται από τα άκρα αντιστοιχεί στο 50% του κανονικού βάρους του ατόμου. Ενώ όταν ένας ασθενής βυθίζεται μέχρι τον θώρακα και τον αυχένα το βάρος που υποστηρίζεται είναι 30% και 10% του κανονικού βάρους αντίστοιχα. (Καρακώστας, Θ., Κυριάκος, Δ. Σ, 1998)

Αντίσταση Ρευστού

Η κίνηση του σώματος στο νερό εμποδίζεται από την αντίσταση του ρευστού. Αυτή η δύναμη αντίστασης είναι ομοιόμορφη σε όλη την τροχιά κίνησης και εξαρτάται από την ταχύτητα της κίνησης και την επιφάνεια του μέλους που κινείται. Όσο πιο γρήγορα γίνεται η κίνηση μέσα στο νερό, η αντίσταση αυξάνεται, ενώ για παράδειγμα, η αντίσταση του νερού είναι μεγαλύτερη όταν το άνω άκρο κινείται με ανοιχτά τα δάχτυλα της παλάμης από όταν κινείται με σφιγμένη την γροθιά. Αυτό το

χαρακτηριστικό γνώρισμα του νερού δίνει την δυνατότητα στον φυσιοθεραπευτή να εφαρμόσει την κινησιοθεραπεία με αυστηρά προοδευτικό πρόγραμμα προσφέροντας γρηγορότερη και ασφαλέστερη ανάρρωση του ασθενούς. Η δύναμη της αντίστασης του νερού σε συνδυασμό με την άνωση βοηθά στην ιδανικότερη αποκατάσταση ακόμη και των πιο αδύνατων μυών.

Ένα μοναδικό πλεονέκτημα της φυσικοθεραπείας σε θεραπευτικές πισίνες είναι η λειτουργική αποκατάσταση, όπου η αντίσταση του νερού εφαρμόζεται ομοιόμορφα κατά την κίνηση σε όλες τις μυϊκές ομάδες. Όπως για παράδειγμα κατά την αποκατάσταση της βαδίσσης η αντίσταση εφαρμόζεται σε όλο το σκέλος ενώ ο ασθενής βαδίζει -παρέμβαση η οποία δεν μπορεί να εφαρμοστεί έξω από το νερό. Ένα άλλο παράδειγμα λειτουργικής αποκατάστασης στο νερό είναι η θεραπεία ενός τενίστα που μιμείται μέσα στο νερό τις κινήσεις του τένις η ενός ποδοσφαιριστή που μιμείται το χτύπημα της μπάλας.

Επίσης σε σύγχρονα και εξειδικευμένα κέντρα υδροθεραπείας η αντίσταση του νερού ρυθμίζεται με ειδικά συστήματα αντίθετης ροής και ταυτόχρονης χρήσης ρυθμιζόμενου ύψους βυθιζόμενης πλατφόρμας με σκοπό την προσαρμογή του φυσιοθεραπευτικού προγράμματος υδροθεραπείας ανάλογα με τις ανάγκες και του στόχους κάθε ασθενούς ξεχωριστά. (Καρακώστας, Θ., Κυριάκος, Δ. Σ, 1998)

Θερμοκρασία

Η σωστή θερμοκρασία του νερού για θεραπευτικούς σκοπούς είναι στους 33-35°C. Με την εμβύθιση του ασθενούς σε νερό στην κατάλληλη θερμοκρασία σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες χαρακτηριστικές ιδιότητες του νερού επέρχεται η μυϊκή χαλάρωση, αμβλύνεται ο μυϊκός σπασμός και η σπαστικότητα, ενώ μειώνεται η ευαισθησία στον πόνο διευκολύνοντας έτσι την επίτευξη των στόχων της αποκατάστασης. (Καρακώστας, Θ., Κυριάκος, Δ. Σ, 1998)

2.6.3 Θεραπευτικά οφέλη της Υδροθεραπείας

Μέσω της υδροθεραπείας επιτυγχάνονται οι παρακάτω θεραπευτικοί στόχοι: Προάγεται η μυϊκή χαλάρωση, μειώνονται η ευαισθησία στον πόνο, οι βαρυτικές δυνάμεις (αρχική κινητοποίηση), ο μυϊκός σπασμός και η σπαστικότητα. Αυξάνεται η ευκολία κίνησης της άρθρωσης βελτιώνοντας και διατηρώντας την τροχιά των δύσκαμπτων αρθρώσεων. Ειδικές θεραπευτικές ασκήσεις μπορούν να ξεκινήσουν πιο γρήγορα επισπεύδοντας τον χρόνο της αποκατάστασης και προλαμβάνοντας επιπλοκές. Αυξάνεται η μυϊκή δύναμη στις περιπτώσεις υπερβολικής αδυναμίας και βελτιώνεται η περιφερική και λεμφική κυκλοφορία συμβάλλοντας έτσι στην απορρόφηση οίδημάτων και αιματωμάτων. Επίσης βελτιώνεται η κιναισθησία του σώματος και την σταθερότητα του κορμού, το ηθικό και την αυτοπεποίθηση του ασθενούς (ψυχολογικά). Τέλος η υδροθεραπεία ωθεί στην απόκτηση της ισορροπίας και βελτιώνει την νευρομυϊκή συναρμογή διευκολύνοντας την λειτουργική αποκατάσταση και ανεξαρτητοποίηση του ασθενούς (Bates, A., Hanson, N., 1996)

Η Υδροθεραπεία είναι κατάλληλη για τις παρακάτω παθήσεις

- Παραπληγία – Τετραπληγία
- Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις
- Αθλητικές Κακώσεις

- Εγκεφαλικά Επεισόδια
- Εγκεφαλική Παράλυση
- Ορθοπεδικές και Ρευματικές παθήσεις
- Μετεγχειρητική Αποκατάσταση
- Καρδιοαναπνευστικές Παθήσεις
- Γυναικολογικές Παθήσεις (Bates, A., Hanson, N.,1996)

Η υδροθεραπεία είναι μια μέθοδος αποκατάστασης ασθενών, η οποία τους παρέχει ασφάλεια. Εκτός των άλλων ευεργετικών στοιχείων της υδροθεραπείας, οι Υδροθεραπευτές και οι φυσικοθεραπευτές έχουν παρατηρήσει ότι οι ασθενείς που κάνουν συνεδρίες υδροθεραπείας, νιώθουν καλύτερα ψυχολογικά αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση. Το νερό δημιουργεί την δυνατότητα στους ασθενείς να πραγματοποιήσουν τους στόχους τους και να παραδεχτούν τα αποτελέσματα. Η ηρεμία του υγρού στοιχείου διασφαλίζει την εύκολη συνεργασία μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή, η οποία είναι το κλειδί για μια πετυχημένη αποκατάσταση. (Bates, A., Hanson, N.,1996)

Αντενδείξεις:

- Ανοικτές πληγές, αλλεργίες, φλεγμονές, μυκητιάσεις, ακράτεια ούρων.
- Φοβία στο νερό.
- Καρδιακή ανεπάρκεια.
- Εντοπισμένη ακινητοποίηση μόνο μιας άρθρωσης δεν είναι σκόπιμο να γίνεται μέσα στο νερό, διότι τότε δεν είναι δυνατή η αναστολή των κινήσεων εκφυγής. (Bates, A., Hanson, N.,1996)

2.7 ΔΡΑΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.7.1 Ορισμός Δραματοθεραπείας

Η δραματοθεραπεία ως μέθοδος ψυχοθεραπείας αντλεί κυρίως μεθόδους από την τέχνη και συγκεκριμένα το θέατρο. Το θέατρο, ως λέξη ελληνική, προκύπτει από το ρήμα *θεώμαι*, δηλαδή βλέπω, παρακολουθώ. Αποτελείται ταυτόχρονα από θεωρεία και πράξη. Για να γίνει εύληπτο, έχει ανάγκη από φαινόμενα, το θέαμα, την παρουσία πραγμάτων που βοηθούν στην ενσωμάτωση του από το θεατή. Η ισχύς του είναι μεγάλη και μπορεί να μεταβάλλει την ευαίσθητη ταυτότητα των θεατών: το πνεύμα και ο πολιτισμός εμπεριέχονται στο καλό θέατρο. Γενικότερα οι τέχνες αλλά κυρίως το θέατρο περιλαμβάνει στέρεα στοιχεία. Τα «στέρεα» αυτά στοιχεία διαρκούν μια στιγμή: όταν η στιγμιαία αυτή επίδραση περάσει, ότι συνέβη αποτελεί πλέον παρελθόν. Το «δρώμενο» στο θέατρο αλλά και στη δραματοθεραπεία έλαβε χώρα στο παρελθόν, αλλά αναπαρίσταται στο παρόν. Έτσι ο δραματοθεραπευτής, όπως ένας καλός σκηνοθέτης θα αναλογιστεί τις μετατροπές που συνέβησαν στην πορεία και θα τις αξιολογήσει κατάλληλα. (Ευδόκιμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

Η δραματοθεραπεία, ως επιστήμη, μελετά και λαμβάνει υπόψη της την κουλτούρα, την ιστορία και τη μυθολογία της χώρας στην οποία ζει ο θεραπευόμενος πελάτης, με αποτέλεσμα ο θεραπευτής να έχει συνολική προσέγγιση της προσωπικότητας του καθώς και των ιστορικών και αιτιακών σχέσεων. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

2.7.2 Η τέχνη στην θεραπεία

Ως τέχνη θα μπορούσε να οριστεί η ικανότητα του ατόμου να επεξεργάζεται και να δίνει πετυχημένα αποτελέσματα σε φυσικά υλικά.

Ένα είδος τέχνης που αναπτύχθηκε στην αρχαία Ελλάδα και που έχει σχέση με τη δραματοθεραπεία ήταν η αρχαία τραγωδία. Στα έργα των μεγάλων Ελλήνων τραγωδών (Αισχύλος, Σοφοκλής, Ευριπίδης) της αρχαιότητας φαίνεται καθαρά όλο το μεγαλείο της ανθρώπινης ύπαρξης. Μέσα στα έργα τους παρουσιάζονται οι εσωτερικές συγκρούσεις τα συναισθήματα των χαρακτήρων και οι αδυναμίες τους που ενισχύονται από τη μουσική, οι οποίοι συμπλήρωνε τα δραματικά κείμενα.

Μετάπειτα ο Πυθαγόρας στη πυθαγόρειο σχολή του εφάρμοσε μεθόδους στις οποίες η μουσική και το θέατρο είχαν θεραπευτικές ιδιότητες. Ως αποτέλεσμα η τέχνη πλέον εξαπλώθηκε, πέρα από τη ζωγραφική και τη γλυπτική, και εμπειρείχε τις τέχνες του λόγου, της κίνησης και τις μεικτές τέχνες που απευθύνονται σε περισσότερες από μία αισθήσεις.

Συμπερασματικά η τέχνη συμπεριλαμβάνεται σε όλες τις ανθρώπινες δραστηριότητες, με την προϋπόθεση να υπάρχει έμπνευση. Άρα ένας ακόμα ορισμός της «τέχνης» σχετίζεται με μία πιο διαδεδομένη έννοια, η οποία έχει ως καταγωγή της την Αρχαία Ελλάδα. Ως τέχνη λοιπόν ορίζεται η καταξίωση σε μία δράση που μπορεί να είναι τόσο η μαγειρική όσο και η γλυπτική. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

Η τέχνη είναι αθάνατη λόγω του ότι σώζει τον άνθρωπο γίνεται γέφυρα του παρελθόντος με το παρόν και παροτρύνει το άτομο να επικοινωνήσει με τους συνανθρώπους του. Ο Τζον Καρτ σχετικά με τη θεραπεία μέσω τέχνης έχει δηλώσει: «Είναι μία επιθυμία που αγνοήθηκε, ένα ποίημα που δεν έχουμε γράψει, μια μουσική που απαρνηθήκαμε, μια νερομπογιά που δεν ζωγραφίσαμε, ένας χορός που δε χορέψαμε. Είναι μια κραυγή από το ανθρώπινο «είναι» για μια πηγή χαράς που δεν ανέβλυσε (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999).»

Στη θεραπευτική διαδικασία της δραματοθεραπείας είναι εφικτό να λάβουμε μέρος όλες οι μορφές τέχνης (το δράμα, η μουσική, η ζωγραφική, η γλυπτική, ο χορός). Οι θεραπευόμενοι κινητοποιούν όλο τους το δυναμικό συμμετέχοντας με κινήσεις και όχι μόνο με λέξεις. «Η τέχνη είναι δημιουργική δύναμη και η εκδήλωση και ανάπτυξη της δημιουργικής αυτής δύναμης αποτελεί ένα από τα ζητούμενα στη ψυχοθεραπεία. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

2.7.3 Ιστορική Αναδρομή

Προτού το αρχαίο δράμα πάρει τη μορφή θεατρικής παράστασης, οι αρχαίοι Έλληνες είχαν δημιουργήσει μικρές ή μεγάλες δραματοποιημένες σκηνές ως μέσο θεραπείας. Το δράμα και το θέατρο δεν ήταν απλώς τρόπος καθαρής διασκέδασης. Ήταν μορφές έκφρασης, οι οποίες είχαν σκοπό:

1. Διδακτικό
2. Να προκαλέσουν αλλαγές
3. Να επηρεάσουν τα γεγονότα

Ο χορός, η μίμηση, η μουσική και το δράμα έδιναν τη δυνατότητα στους δρώντες και στο κοινό να βιώσουν τις αλλαγές της ζωής και να εκτονώσουν την συναισθηματική τους φόρτωση. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

Το θέατρο της Επιδαύρου είναι ένα από τα πιο φημισμένα θέατρα της Αρχαίας Ελλάδας. Στο θέατρο αυτό ήταν χτισμένο το θεραπευτήριο της Επιδαύρου όπου εκτός των άλλων υπήρχε ωδείο, θέατρο και γυμναστήριο. Η θεραπευτική διαδικασία

εμπειρείχε το δράμα, τη μουσική, τη γυμναστική, την πάλη και τις γιορτές αφιερωμένες στον Ασκληπιό, σε συνδυασμό με φυσική διατροφή.

Η εμφάνιση της δραματοθεραπείας, ως επιστήμη, έγινε για πρώτη φορά στην Αγγλία μεταξύ του 1940- 1950 και ήταν αποτέλεσμα της γενικότερης αντίληψης σχετικά τον εξανθρωπισμό της θεραπείας των ψυχικά ασθενών. Η θεραπεία μέσω δράματος χρησιμοποιήθηκε έπειτα από τη ψυχιατρική και ειδικά σχολεία με θετικά αποτελέσματα.

Αυτό που αξίζει να σημειωθεί ότι η δραματοθεραπεία έκανε την πρώτη της εμφάνιση στην αρχαία Ελλάδα, ταξίδεψε στον κόσμο και ξανά γύρισε στην Ελλάδα με μία επιστημονική μεθοδολογία, η οποία αναπτύχθηκε από το Institute Dramatherapy of London.

(Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

2.7.4.Εισαγωγή στην Δραματοθεραπεία

Ιστορικά υπάρχει σχέση ανάμεσα στη δραματική έκφραση και τη θεραπευτική διαδικασία. Ακριβώς αυτή η θεραπεία μέσω του δράματος ονομάζεται δραματοθεραπεία. Αυτή η σχέση θεραπείας μπορεί να γίνει αντιληπτή στα παρακάτω επίπεδα:

1. Δημιουργική έκφραση
2. Επικέντρωση σε συγκεκριμένο σκοπό
3. Ψυχοθεραπεία

Το δράμα έχει τις ρίζες του στην ελληνική λέξη «δράω δρω». Η ετοιμολογία της δηλώνει δράση, κίνηση, πράξη. Στην θεραπεία μέσω δράματος με αυτό τον όρο εννοούμε την δράση με το σώμα ή τη φωνή, τη θεατρική πράξη με κυρίαρχο ρόλο της φαντασίας. Είναι γνωστό ότι η φαντασία είναι ένα από τα στοιχεία που ξεχωρίζουν τον άνθρωπο από τα ζώα και του δίνουν δύναμη να ξεπερνά τον περιβάλλον του. Η δραματοθεραπεία απευθύνεται στο δεξιό ημισφαίριο του εγκεφάλου το οποίο ελέγχει το συναίσθημα, τη φαντασία και τις τέχνες. Έτσι δημιουργείται μία ισορροπία με το αριστερό ημισφαίριο, το οποίο ελέγχει τη γνωστική λειτουργία και που η εκπαίδευση αναπτύσσει στις μέρες μας μονόπλευρα. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

Η δραματοθεραπεία παίρνει τις γνώσεις της από τρεις κυρίους τομείς:

1. Την ψυχοθεραπεία
2. Την κοινωνική ανθρωπολογία και την εξελικτική ψυχολογία
3. Το δράμα και το θέατρο.

Επιπροσθέτως η δραματοθεραπεία επηρεάζεται και από άλλους επιστημονικούς κλάδους όπως η φιλοσοφία, θεολογία, η ψυχολογία και άλλους.

Η δραματοθεραπεία προκύπτει χωρίς κάποια πίεση γιατί *δρώντας* απωθούμε τον παράγοντα της κρίσης και επέρχεται η ελευθερία έκφρασης μέσω της τέχνης. Μέσα από αυτή ο καθένας μπορεί να πειραματιστεί και να εκδηλώσει όσα σκέφτεται και νιώθει. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

Η θεραπεία μέσω δράματος πραγματοποιείται τόσο στο πραγματικό όσο και στο συμβολικό επίπεδο. Το τελευταίο δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην ουσία και προσανατολίζει τον άνθρωπο βαθύτερα στην καρδιά του θέματος πολύ περισσότερο από τη λογική. Τα ανθρώπινα συναισθήματα προκαλούν δυσχέρεια στην έκφραση, αλλά μέσω της δραματοθεραπείας μορφοποιούνται και μπορεί να ειπωθούν. Οι

συμβολισμοί της δραματοθεραπείας είναι αίτιοι για την εξερεύνηση και εξωτερίκευση πτυχών του εαυτού μας που έχουν ως κύριο συστατικό τη δημιουργική δύναμη και βοηθούν το άτομο να έρθει σε επαφή με τον εαυτό του και τον περίγυρο. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999).

Οι δυνατότητες της θεραπείας μέσω δράματος είναι πολλές. Αναλυτικά, μπορεί να βοηθήσει να αντιμετωπιστούν δυσκολίες του ατόμου σε διαφορετικούς τομείς όπως ο συναισθηματικός, ο νοητικός, ο κοινωνικός και να αναπτυχθεί το ανθρώπινο εσωτερικό δυναμικό που επιτυγχάνεται με:

- ο Την αποδοχή και την άνθηση των ανθρώπινων δυνατοτήτων
- ο Τις διαπροσωπικές σχέσεις και την άμβλυνση των συγκρούσεων
- ο Την αναζήτηση της χαράς

Η δραματοθεραπεία είναι μία ομαδική διαδικασία που διερευνά σε πολλαπλά επίπεδα την δραματική επικοινωνία των μελών της. Παράλληλα όμως, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ατομικά, αφού τα υπόλοιπα μέλη γίνονται παρόντα με τη φαντασία. Μέσα λοιπόν από τη θεραπεία «κάτι αλλάζει», ακόμα κι αρχικά ο θεραπευόμενος δεν καταλαβαίνει την αλλαγή.

(Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

2.7.5.Το σώμα στη Δραματοθεραπεία

Το σώμα από την πρώτη στιγμή της γέννησης γίνεται μέσω συλλογής εμπειριών. Σταδιακά έρχεται η συνειδητοποίηση και η αποστασιοποίηση του σώματος από το σώμα της μητέρας, ενώ ταυτόχρονα κερδίζεται και η αίσθηση του χώρου. Πληθώρα συμβάντων μπορεί να προκύψουν σε αυτήν την εξελικτική πορεία, που θα καθορίσουν το μέλλον του ατόμου. Η εικόνα που έχουμε για το σώμα μας σχετίζεται με όσα εισέρχονται και εξέρχονται από αυτό καθώς και με τη γνώμη των άλλων σχετικά με αυτό. Το νεογέννητο διδάσκεται από το σώμα του και από τη συμπεριφορά των άλλων σε αυτό: το κράτημα, το σήκωμα και το πώς το αφήνουν κάτω και λοιπά. Έτσι το βρέφος αντιλαμβάνεται το σώμα του και τον εαυτό του σχετιζόμενο με κάποιο άλλο σώμα. Το σώμα είναι ο πρώτος τρόπος μάθησης καθώς και βασικός τρόπος επαφής με το περιβάλλον, γι αυτό και η δραματοθεραπεία χρησιμοποιεί το σώμα σε όλα τα στάδια της ψυχοθεραπείας. Κάνει το άτομο να «ενσωματώνεται» με την κοινωνία και να κοινωνικοποιείται σε αυτή. Όλα τα σώματα πρέπει να συμπεριφέρονται το ίδιο με τα άλλα σώματα του περιβάλλοντος στο οποίο ανήκουν.

(Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

2.7.6. Η έννοια της θεραπείας

«Ως θεραπεία ορίζουμε γενικά τη διαδικασία της ίασης για κάτι που αποκλίνει από το «υγιές», την επιστημονικά εξακριβωμένη ίαση μετά τη θεραπευτική διαδικασία (διάγνωση, ένδειξη, μέθοδος, ίαση). Η θεραπεία ωστόσο προϋποθέτει την ύπαρξη ασθένειας. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999).»

Η θεραπεία συνίσταται από το νόημα που η εκάστοτε χρονική περίοδος δίνει στην αρρώστια. Τα όρια δεν είναι σαφή, όμως η διάγνωση κρίνεται από τις μεθόδους που ο θεραπευτής θεωρεί σωστό να ακολουθήσει.

Στις μέρες μας όμως, όταν μιλάμε για θεραπεία, συνήθως σημαίνει και την διερεύνηση του εσωτερικού κόσμου του ατόμου. Στη διαδικασία της θεραπείας ο θεραπευόμενος που δεν κάνει χρήση του συνόλου των δυνατοτήτων του θα

καλλιεργήσει με επιτυχία και την αξιοποίηση του μεγαλύτερου ποσοστού του δυναμικού του.

(Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

2.7.7 Ορισμός της ψυχοθεραπείας

Η ψυχοθεραπεία ορίζεται ως η θεραπεία με ψυχολογικά μέσα των δυσκολιών συναισθηματικής φύσεως που καλείται να αντιμετωπίσει ένα άτομο. Προτού φτάσουμε στη θεραπεία παρεμβάλλονται συχνά οι παρακάτω φάσεις:

- ο **Πρώτη φάση:** Η συνειδητοποίηση του ατόμου για την ανάγκη θεραπείας.
- ο **Δεύτερη φάση:** Η αναζήτηση βοήθειας από τον κατάλληλο ειδικό.
- ο **Τρίτη φάση:** Η ενεργή συμμετοχή στη θεραπεία.

Έπειτα αν ο θεραπευόμενος δεσμευτεί και μείνει πιστός στο στόχο της θεραπείας και έχει εμπιστοσύνη στα αποτελέσματα της θεραπευτικής διαδικασίας τότε θα ξεκινήσει να:

1. Μεταβάλλει τον τρόπο με τον οποίο αισθάνεται και σκέπτεται. Θα είναι λιγότερο ζηλιάρης, αγάριστος, καταπιεστικός ή θυμωμένος.
2. Επιλέγει αποβάλλοντας τα παλιά πρότυπα. Κάνει καινούριους φίλους και είναι πιθανό να αποκοπεί από το προηγούμενο κοινωνικό περιβάλλον.
3. Αποβάλλει το μίσος για τον εαυτό του και συστηματικά τον αποδέχεται.
4. Αντιλαμβάνεται την αξία του και οξύνει την αυτοπεποίθησή του.
5. Έχει αυτοεκτίμηση και νιώθει «καλά» χωρίς να προσποιείται.
6. Γίνεται δυναμικός με σκοπό να αποβάλλει παλιά πρότυπα και συνήθειες.

(Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

2.7.8 Θεωρητικές αρχές της Δραματοθεραπείας

Κατά τη διάρκεια των συνεδριών η δραματοθεραπεία κάνει χρήση ενός συνδυασμού του συνόλου των δημιουργικών θεραπειών. Η θεραπεία απαιτεί να λειτουργεί ορισμένες φορές από το δραματοθεραπευτή σαν το είδωλο του καθρεπτισμού των συναισθημάτων του θεραπευομένου ώστε να λαμβάνει την αληθινή εικόνα του εαυτού του. Κλιμακωτά, η εικόνα αυτή ξαναχτίζεται. Στο διάστημα που απαιτείται για να συμβεί αυτό έχει μεγάλη σημασία η ενθάρρυνση και η υποστηρικτική στάση του θεραπευτή απέναντι στο θεραπευόμενο.

(Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

2.7.9 Προληπτική θεραπευτική μέσω της δραματοθεραπείας

Στην περίπτωση που ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος επιθυμούν να εργαστούν προληπτικά με τη δραματοθεραπεία τότε το βάρος αυτής πέφτει στην καλλιέργεια αξιών, στην εκμάθησή τους, τονίζοντας ταυτόχρονα την ουσία της ζωής και τα ισχυρά σημεία του θεραπευόμενου. Η προληπτική δραματοθεραπεία απαιτείται να επικεντρωθεί στους ακόλουθους τομείς:

1. **Γνώση:** Για το σύνολο των ανθρώπων θεωρείται ιδιαίτερα χρήσιμη η απόκτηση γνώσεων.
2. **Συναίσθημα:** Όταν ο θεραπευόμενος έχει άγχος τότε μέσω δραματοποιήσεων προκαλείται εξωτερίκευση συναισθημάτων.

3. **Φαντασία:** Όταν η δραματοθεραπεία εφαρμόζεται σε παιδιά με ενδοοικογενειακά προβλήματα και τιμωρική συμπεριφορά απέναντι στους γονείς τότε γίνεται χρήση ασκήσεων φαντασίας.
4. **Ελεύθερο γράψιμο:** Για την πληθυσμιακή ομάδα των εφήβων χρησιμοποιείται το γράψιμο ως μέσο μη λεκτικής έκφρασης, η οποία είναι δύσκολη σε αυτήν την ηλικία, έτσι παρουσιάζεται ενισχυμένο το Εγώ του ατόμου,
5. **Αξιολόγηση θετικών σημείων:** Ακόμα και σε κατάσταση κρίσης ο άνθρωπος πρέπει να αναζητά, να κατανοεί και να αξιολογεί τα θετικά του σημεία.
6. **Ζωγραφική:** Πρόκειται για μία δραστηριότητα δημιουργικής έκφρασης στην οποία κυριαρχεί η παρουσία του ασυνείδητου.
7. **Συγγραφή ιστοριών:** Μέσα από τη συγγραφή μίας ιστορίας γίνονται εμφανείς οι ενδόμυχες ανάγκες του ανθρώπου, οι οποίες είναι δύσκολο να εκφραστούν σε πραγματικό επίπεδο λόγω των αρνητικών συναισθημάτων ή γιατί δεν αποτελούν συνειδητοποιημένες ανάγκες.
8. **Δραματοποίηση:** Οι πιο έντονες σκηνές των παραπάνω ιστοριών δραματοποιούνται με σκοπό την κατανόηση των αναγκών.

(Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

2.7.10 Το συναισθηματικό ξεπάγωμα μέσω της δραματοθεραπείας

Η ανθρώπινη ζωή αποτελείται από κεφάλαια. Όσο περισσότερο ο άνθρωπος καταφέρνει να γεφυρώνει αυτά τα κεφάλαια τόσο πιο πολύ ολοκληρώνεται. Η κινητήρια δύναμη είναι τα συναισθήματα. Αν λοιπόν το συναίσθημα «παγώσει» τότε το άτομο ακινητοποιείται. Το συναισθηματικό πάγωμα αποτελεί ένα μηχανισμό άμυνας. Μπορεί να ερμηνευτεί ως ατομική αδυναμία της έκφρασης του θυμού ή της δυσαρέσκειας απέναντι σε ένα άλλο άτομο ή ως απώθηση και αποβολή «αρνητικών» συναισθημάτων. Όταν ο συνειδητός νους δεν παραδέχεται την ύπαρξη ενός συναισθήματος, τότε αυτό βρίσκεται στο ασυνείδητο, εξακολουθώντας να επηρεάζει την συμπεριφορά με τρόπους στους οποίους δεν μπορεί να τεθεί κανένας έλεγχος, ασυνείδητους τρόπους.

Όλα αυτά τα απωθημένα συναισθήματα που πολλές φορές ο άνθρωπος είναι γνώστης της ύπαρξής τους, όλες οι παγωμένες επιθυμίες και οι συμπεριφορές που δεν παραδέχεται είναι το προσωπίο που φορά και το οποίο δεν τονώνει την αυτοεκτίμηση και την αυτοπραγμάτωση του. Όλα τα παραπάνω ενεργοποιούνται από τη δραματοθεραπεία. Η ενασχόληση με το σώμα, την κίνηση, την φωνή, τις μάσκες, γίνεται μέσον ενεργοποίησης των συναισθημάτων. Μέσα από ασκήσεις που αφορούν όλα τα παραπάνω επιτυγχάνεται το συναισθηματικό ξεπάγωμα, αυξάνεται η αυτοεκτίμηση του ατόμου, απομακρύνονται τα ενοχικά συναισθήματα και το αίσθημα ανεπάρκειας.

(Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

2.7.11 Δραματοθεραπεία και ψυχική ασθένεια

Ο θεραπευτής που θα επιλέξει να ασχοληθεί με ψυχωσικά άτομα, είτε ομαδικά είτε ατομικά, απαιτείται να έχει γνώση και εμπειρία. Ειδικά η ψυχοθεραπεία με άτομα εγκλωβισμένα στο φανταστικό κόσμο έχει ιδιαιτερότητες. Η φαντασία είναι βασικό στοιχείο της καθημερινότητας του ανθρώπου. Όταν όμως πρόκειται για ψυχωσικά άτομα η χρήση ασκήσεων φαντασίας πρέπει να γίνεται σε πολύ δομημένα πλαίσια. Η

θεατρική παράσταση πρέπει να είναι εξαιρετικά δομημένη και να γίνεται υπενθύμιση συχνά ότι πρόκειται μόνο για παράσταση.

Όταν λοιπόν παιχθεί η παράσταση πρέπει να γίνει η διαδικασία *εξόδου από το ρόλο* (Derolling). Καλό είναι ο θεραπευτής να δίνει έμφαση στο σώμα και να δίνει διάρκεια σε ασκήσεις φωνής και κίνησης.

Αν για παράδειγμα σε μία ομάδα δραματοθεραπείας ένα μανιοκαταθλιπτικό άτομο παρουσιάσει πρόοδο, τότε ο θεραπευτής θα ήταν χρήσιμο να μην αυξήσει την δημιουργική δουλειά, αλλά να συνεχίσει μία ισορροπημένη θεραπευτική αγωγή, παρόμοια με αυτή στην αρχή της θεραπείας. Και αυτό γιατί, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα, η ξαφνική αυτή βελτίωση να αποτελεί μία ένδειξη για το πέρασμα του ατόμου στη μανία από την κατάθλιψη.

Όταν ο θεραπευτής εργάζεται με οριακούς ασθενείς, απαραίτητο να διασαφηνιστεί το τέλος της δραματοποίησης καθώς και της συνεδρίας. Θα πρέπει πάντα να τονίζεται η διαφοροποίηση μεταξύ θεάτρου και δραματοθεραπείας. Το πρώτο έχει ως σκοπό το καλό αποτέλεσμα και μία καλή παράσταση, ενώ η δεύτερη γυρίζει πίσω και πάλι μπροστά σαν σπείρα, και αυτό γιατί στόχος της είναι να εμβαθύνει στον εσωτερικό κόσμο του ασθενούς.

(Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

2.7.12 Ρόλοι και η σημασία τους

Η λέξη «ρόλος» αποτελεί ένα δάνειο από το θέατρο και προέρχεται από τη γαλλική γλώσσα: Κυριολεκτικά είναι ο κύλινδρος από χαρτί όπου συχνά ήταν γραμμένο το κομμάτι του έργου που έπαιζε ο εκάστοτε ηθοποιός. Στην ψυχολογία ο ρόλος έχει σχέση με το είδος της συμπεριφοράς και έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.

Τα μηνύματα που δέχεται ένα παιδί από τους γονείς του και όσα πιστεύει για τον εαυτό του και το περιβάλλον του αποτελούν ένα ρόλο. Τα σώμα και η φωνή πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο καλλιεργημένα διότι μόνο έτσι γίνεται η εξωτερική και η προσαρμογή στους ρόλους που τα μέλη της σύγχρονης κοινωνίας καλούνται να παίξουν. Η εκπαίδευση του δυτικού κόσμου συχνά παραμελεί το σώμα ως εκφραστικό μέσο.

Ο κάθε άνθρωπος έχει τη δυνατότητα να ανταποκριθεί σε πολλούς ρόλους, αυτό είναι ένα γεγονός που ισχύει στις περισσότερες κοινωνίες. Έτσι το ίδιο άτομο καλείται να ανταποκριθεί σε δύο, τρεις ή και περισσότερους ρόλους, οι οποίοι απορρέουν από τις σχέσεις και τις καταστάσεις τις οποίες βιώνει. Αν οι απαιτήσεις των ρόλων είναι αδύνατον να συμβιβαστούν τότε επέρχεται σύγκρουση. Οι συγκρούσεις αυτές φέρνουν νευρική υπερένταση, την μείωση της ευχαρίστησης στον εργασιακό τομέα και στις σχέσεις με τους άλλους.

Τη στιγμή που θα καταλάβουμε τους ρόλους και τα σενάρια στα οποία «ακούσια» παίζουμε στη ζωή μας και στις σχέσεις μας τότε έχουν τεθεί τα θεμέλια της αλλαγής και της παραίτησης από ψεύτικους και μη λειτουργικούς ρόλους με σκοπό την ανάληψη άλλων περισσότερο αυθεντικών και δημιουργικών ρόλων.

Ρεαλιστικά, πρόκειται για μία ιδιαίτερα οδυνηρή διεργασία που απαιτεί μεγάλη εξάσκηση. Στη δραματοθεραπεία το άτομο έχει τη δυνατότητα να «πλάσει» ρόλους στα πλαίσια μιας ιστορίας. Αυτοί μπορεί να είναι λόγος σύγκρουσης με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, λόγω των ρόλων που εκείνα δημιούργησαν. Επομένως ο θεραπευόμενος έχει τη δυνατότητα να βιώσει τη δική του πραγματικότητα, μεταφερόμενη όμως στο συμβολισμό. Στη θεραπεία μέσω δράματος η απόσταση που

αποκτά το άτομο μέσω του ρόλου δρα σαν βοηθητικό παράγοντας για να εμβαθύνει στο πρόβλημά του, πιο καλά από ότι αν δούλευε απευθείας σε αυτό.

Στη δραματοθεραπεία υπάρχουν δύο πραγματικότητες. Πρώτον η θεατρική πραγματικότητα και δεύτερον η προσωπική πραγματικότητα. Η θεατρική πραγματικότητα κρατά το άτομο σε απόσταση έτσι ώστε να μπορεί να δει πιο καθαρά τα προβλήματα της προσωπικής του πραγματικότητας.

Παράλληλα στη δραματοθεραπεία μέσα από το «παίξιμο» βιώνονται ρόλοι που εμπειρεύουν «αρνητικά» συναισθήματα και αυτό οδηγεί το άτομο στη βιωματική μάθηση, άρα επιχειρεί και μία βιωματική αλλαγή.

(Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

7.2.13 Το ψυχόδραμα και οι διαφορές του με τη δραματοθεραπεία

Το ψυχόδραμα αναπτύχθηκε από τον J.L.Moreno μεταξύ 1920 – 1930. Ως τεχνική βρίσκεται πιο κοντά στη ψυχανάλυση, λόγω του ότι βασική αρχή είναι ότι το άτομο ενδιαφέρει περισσότερο από την ομάδα. Το ψυχόδραμα δίνει την ευκαιρία στο άτομο να καταλάβει το ρόλο που παίζει σε μία δεδομένη στιγμή ή κατάσταση καθώς και τις σχέσεις που δημιουργούνται μεταξύ των μελών της ομάδας. Πρόκειται δηλαδή για την αναζήτηση της αλήθειας του ατόμου μέσα από τον αυτοσχεδιασμό για την επίλυση συγκρούσεων. Η απήχηση που πιθανόν να έχει το ατομικό του πρόβλημα στα υπόλοιπα μέλη της ομάδας είναι βοηθητική στην αντιμετώπιση των δυσκολιών με αποτελεσματικότητα. Από τη στιγμή που το ατομικό πρόβλημα του θεραπευόμενου γίνει πρόβλημα της ομάδας τότε όλοι μαζί θα προσπαθήσουν τη λύση του. (Jennings, S., Minde, A.,1996)

Στο ψυχόδραμα ο πελάτης γίνεται «πρωταγωνιστής», δημιουργείται μία παράσταση από τον θεραπευτή στην οποία σκηνοθετεί, δίνει οδηγίες, σχολιάζει, ερμηνεύει την εξέλιξη. Ο «πρωταγωνιστής» νιώθει έναν καθρέφτη του εαυτού του καθώς ένα τρίτο πρόσωπο εκφράζει τις σκέψεις του. Έτσι ο θεραπευόμενος έρχεται σε επαφή και αντιπαράθεση με αυτό και αυτό βοηθά στην επίλυση του προβλήματος. (Jennings, S., Minde, A.,1996)

Στο ψυχόδραμα υπάρχουν πέντε βασικά στοιχεία τα οποία βοηθούν στην διερεύνηση του βιώματος ή της σύγκρουσης:

1. Η σκηνή, όπου θα λάβει χώρα το ψυχόδραμα.
2. Το άτομο-πρωταγωνιστής, ο οποίος παρουσιάζει το πρόβλημα.
3. Ο σκηνοθέτης-θεραπευτής, ο οποίος οδηγεί την δράση.
4. Η δευτεραγωνιστές, που ενσαρκώνουν τους ρόλους.
5. Το κοινό, από όπου επιλέγονται οι δευτεραγωνιστές.

Ο Moreno υποστηρίζει ότι οι θεραπευόμενοι πρέπει να παρουσιάζουν αληθινές σκηνές που θα αφορούν αληθινά γεγονότα της ζωής τους. Οι κυριότερες διαστάσεις του ψυχοδράματος είναι η θεραπευτική, εκπαιδευτική και η ψυχοκοινωνιολογική και ερευνητική.

Το ψυχόδραμα χρησιμοποιεί τις ακόλουθες τεχνικές:

1. Εμφάνιση του Εγώ.
2. Μονόλογος.
3. Αντιστροφή των ρόλων.
4. Καθρέφτης.

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι η δραματοθεραπεία και ψυχόδραμα είναι δύο διαφορετικές θεραπευτικές τεχνικές που παρόλο αυτά έχουν κοινά στοιχεία:

- Μεθόδους δανεισμένες από το θέατρο.
- Ρόλος και παίξιμο ρόλων.
- Φαντασία.
- Αυθορμητισμό
- Αναπαράσταση των εμπειριών της ζωής του θεραπευομένου.

Εκτός από τις παραπάνω ομοιότητες παρουσιάζονται και σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο τεχνικές, που αφορούν τη μέθοδο και τα μέσα στη θεραπευτική διαδικασία. Γενικά οι διαφορές των δύο θεραπειών συνοψίζονται στα παρακάτω:

- Η δραματοθεραπεία χρησιμοποιεί τον συμβολισμό, ενώ το ψυχόδραμα καθαρά την πραγματικότητα.
 - Στη δραματοθεραπεία οι ρόλοι περιλαμβάνουν τα προβλήματα όλων των μελών, ενώ στο ψυχόδραμα μόνο ενός.
 - Η δραματοθεραπεία χρησιμοποιεί λεκτικά αλλά και μη λεκτικά μηνύματα, το ψυχόδραμα μόνο το λόγο.
 - Στη δραματοθεραπεία γίνεται χρήση όλων των τεχνών, το ψυχόδραμα χρησιμοποιεί μόνο το παίξιμο ρόλων.
 - Στη δραματοθεραπεία ότι συνέβη στο παρελθόν προσαρμόζεται στο παρόν με τη βοήθεια του αυτοσχεδιασμού. Στο ψυχόδραμα το δράμα διαδραματίζεται με γνώμονα το «σενάριο» που ένα μέλος θα επιλέξει.
 - Η δραματοθεραπεία έχει επιτυχημένη εφαρμογή και ομαδικά και ατομικά, ενώ το ψυχόδραμα έχει καλύτερη εφαρμογή σε ομάδες.
 - Τέλος, η δραματοθεραπεία μελετά τα δυναμικά της ομάδας ενώ το ψυχόδραμα δεν τα αξιοποιεί.
- (Jennings S., Minde A.,1996)

7.2.14 Ο δραματοθεραπευτής

Πριν γίνει εκτενής εξέταση των χαρακτηριστικών του δραματοθεραπευτή πρέπει πρώτα να εξεταστούν τα χαρακτηριστικά του καλού θεραπευτή γενικότερα. Πολλές φορές έχει παρουσιαστεί το ερώτημα αν η θεραπεία είναι τέχνη ή επιστήμη και το αν στον θεραπευτή παίζει μεγαλύτερο ρόλο η προσωπικότητα του, η τεχνική του ή και τα δύο μαζί. Πολλές θεωρίες έχουν διατυπωθεί σχετικά με τα απαραίτητα χαρακτηριστικά του θεραπευτή, όμως οι περισσότεροι θεραπευτές δεν τα διαθέτουν καθώς ο λόγος επιλογής του επαγγέλματος τους ήταν αρχικά η επίλυση των δικών τους προσωπικών προβλημάτων.

Γενικά αυτό που αξίζει να αναφερθεί είναι ότι ο θεραπευτής είναι ένας απλός άνθρωπος με αδυναμίες και ικανότητες. Κάποια από τα βασικά χαρακτηριστικά που πρέπει να έχει ένας «καλός θεραπευτής» η ζεστασιά, η ενσυναίσθηση, η γνησιότητα όπως επίσης και η εμπειρία, η εκπαίδευση, η ευστροφία. Τέλος οφείλει να κρατά τις αποστάσεις και να εμπνέει εμπιστοσύνη προς τον θεραπευόμενο.

(Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

7.2.15 Η δομή της συνεδρίας

Κάθε δραματοθεραπευτική συνεδρία αποτελείται από τρία «μέρη»

Αρχή

Ανατροφοδότηση
Προετοιμασία-Ζέσταμα

Κυρίως Συνεδρία

Δραματοποίηση
Έξοδος από το ρόλο

Τέλος

Μοίρασμα- Συζήτηση
Χαλάρωση
Κλείσιμο

Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει:

A. Ανατροφοδότηση

Σε αυτό το στάδιο όλα τα μέλη εκφράζονται συναισθηματικά σχετικά με όλα όσα τους προβληματίζουν. Μπορούν να εκφράσουν κάτι που τους απασχόλησε τις προηγούμενες μέρες ή σε κάποια προηγούμενη συνεδρία. Σε αυτό το στάδιο συμμετέχουν όλοι και πρέπει ο θεραπευτής να προτρέπει όλα τα μέλη να μιλήσουν. Στην συνέχεια ο θεραπευτής επιλέγει με ποιο από τα θέματα θα εργαστεί η ομάδα κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

B. προετοιμασία- προθέρμανση (ζέσταμα)

Στα μέλη εφαρμόζονται ασκήσεις προετοιμασίας στις οποίες τα μέλη θα δουλέψουν κυρίως με το σώμα τους με τη μουσική να έχει πρωταγωνιστικό ρόλο. Σε αυτό το κομμάτι τα μέλη αποκτούν επαφή και εμπιστοσύνη με την ομάδα. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999).

Η κυρίως συνεδρία περιλαμβάνει:

A. Δραματοποίηση

Σε αυτό το στάδιο οι θεραπευόμενοι δουλεύουν τους κύριους στόχους, οι οποίοι τέθηκαν το προηγούμενο στάδιο. Μέσα από τα θέματα που συζητήθηκαν πλάθονται ιστορίες, οι οποίες δραματοποιούνται με τη χρήση της δημιουργικής φαντασίας. Και σε αυτό το στάδιο είναι σημαντική η χρήση της μουσικής καθώς συμπληρώνει και «ντύνει» τη δραματοποίηση. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999).

B. Έξοδος από το ρόλο

Μετά τη διαδικασία της δραματοποίησης οι θεραπευόμενοι πρέπει να αφιερώσουν χρόνο στη διαδικασία να βγουν από το ρόλο τον οποίο υποδύθηκαν κατά τη συνεδρία. Είναι σημαντικό να φύγουν από τη συνεδρία και να είναι ο εαυτός τους. Η έξοδος από το ρόλο γίνεται με κατάλληλες ασκήσεις. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

Το τρίτο μέρος αποτελείται:

A. Μοίρασμα- Συζήτηση

Καθώς η συνεδρία κοντεύει στο τέλος της, τα μέλη παίρνουν τις αρχικές θέσεις τους σε κύκλο και μοιράζονται με τα υπόλοιπα μέλη τα συνθήματα που ένοιωσαν και βίωσαν κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, χωρίς να νοιώθουν ότι υπάρχει κάποιος για να τους κρίνει.

B. Χαλάρωση

Με κατάλληλες ασκήσεις ο δραματοθεραπευτής βοηθά τα μέλη της ομάδας να αποβάλουν της ένταση που δημιουργήθηκε κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και να έρθουν σε επαφή με το σώμα τους και την αναπνοή τους.

Γ. Κλείσιμο

Κλείνοντας ο θεραπευτής κάνει μία ανακεφαλαίωση της συνεδρίας και προτρέπει τα μέλη να αποστασιοποιηθούν από το ομαδικό πνεύμα και να δράσουν και πάλι ατομικά και να μιλήσουν για όσα αποκόμισαν από τη συνεδρία.

Σε αυτό το στάδιο ορισμένες φορές ο θεραπευτής καλείται να υπενθυμίσει τους όρους του συμβολαίου του με την ομάδα και να κρατήσει σημειώσεις σχετικά με πιθανές αντιδράσεις ή συγκρούσεις.

(Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

2.7.16 Η χρήση της μουσικής στην δραματοθεραπεία

Στη δραματοθεραπεία υπάρχει κυρίαρχη χρήση της μουσικής σε όλα της τα στάδια. Όπως συμβαίνει με τις περισσότερες δημιουργικές θεραπείες, έτσι και η δραματοθεραπεία ενισχύεται δανειζόμενη από τα μουσικοθεραπεία. Έτσι η μουσική ενισχύει τη δραματοθεραπεία με σκοπό να βοηθήσει:

- Στην επικοινωνία μέσω του ρυθμού.
- Στην επικοινωνία μέσω της μελωδίας.
- Στην επικοινωνία μέσω του αυτοσχεδιασμού.
- Στην επικοινωνία μέσω της κίνησης.

Η ΑΛΛΑΓΗ

Η διαδικασία της αλλαγής ξεκινά με την απόφαση του ατόμου να ζητήσει θεραπεία και με την είσοδό του σε αυτή. Ο θεραπευτής ειδικά στα πρώτα στάδια βοηθά τα άτομα να γίνουν πιο υπεύθυνα, πιο συνειδητά άτομα και να συνδεθούν μεταξύ τους. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

Τα στάδια κατά τα οποία συντελείται η αλλαγή είναι τα παρακάτω:

1^ο στάδιο

Το άτομο δεν είναι σίγουρο ότι επιθυμεί την αλλαγή και δεν είναι προετοιμασμένο να δεχθεί την θεραπευτική αγωγή. Το άτομο είναι κλειστό, δεν μοιράζεται το πρόβλημα του με την ομάδα, δεν επικοινωνεί και δεν αναγνωρίζει τα συναισθήματα του. Όλη αυτή η συμπεριφορά οφείλεται στο γεγονός ότι νοιώθει ότι απειλείται από την ομάδα. (Ευδόκιμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

2° στάδιο

Σε αυτό το στάδιο το άτομο συνειδητοποιεί ότι είναι μπλοκαρισμένο και ότι φέρεται επιφανειακά. Νοιώθει ότι τα προβλήματα του είναι έξω από αυτόν και δεν αισθάνεται πραγματική ευθύνη γι' αυτά, για αυτό το λόγο ασχολείται επιδερμικά μαζί τους. (Ευδόκιμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

3° στάδιο

Ο θεραπευόμενος πλέον έχει αρχίσει και μιλάει για τον εαυτό του με μεγαλύτερη ευκολία. Αναφέρεται στο παρελθόν του κυρίως και το κρίνει αυστηρά ή μιλάει γι' αυτό σαν να μην του ανήκει. Σε αυτό το στάδιο το άτομα εξερευνά το Εγώ του.

4° στάδιο

Στη φάση αυτή πλέον ο θεραπευόμενος εκφράζει τα έντονα συναισθήματα του από το παρελθόν αλλά και του παρόντος. Βέβαια, ακόμα δεν νοιώθει απόλυτη εμπιστοσύνη για τον θεραπευτή και φοβάται μήπως δεθεί μαζί του. Σε αυτό το στάδιο το άτομο είναι πιθανών να εκφράσει τα συναισθήματα του απέναντι στον θεραπευτή.

5° στάδιο

Σε αυτό το σημείο γίνεται μεγαλύτερη έκφραση συναισθημάτων και συγκινήσεων. Το άτομο αρχίζει να αποδέχεται τα συναισθήματα που βγαίνουν από μέσα του και δεν τα φοβάται πλέον. Έχει καλύτερη επαφή με τον εαυτό του καθώς ακούει τον εαυτό του και τον αντιλαμβάνεται και μπορεί πλέον να επικοινωνήσει μαζί του ελεύθερα.

6° στάδιο

Αυτό αποτελεί ένα δραματικό στάδιο. Τα συναισθήματα τα οποία ήταν μπλοκαρισμένα βγαίνουν στην επιφάνεια και ξεσπούν με αυθόρμητο και πλούσιο τρόπο. Το άτομο τα ζει και τα καταλαβαίνει πλέον ως πραγματικά. Ο θεραπευόμενος καταλαβαίνει ότι οδεύει σε μία αλλαγή και η παραδοχή των συναισθημάτων και του εαυτού αποτελεί μη αναστρέψιμη διαδικασία. Ο θεραπευόμενος τώρα συνειδητοποιεί αυτό ακριβώς που είναι.

7° στάδιο

Αυτό το στάδιο υπάρχει περίπτωση να πραγματοποιηθεί ακόμα και αν ο θεραπευτής δεν είναι μπροστά. Εφόσον ο θεραπευόμενος έχει ξεκινήσει μία πορεία αλλαγής, τότε αυτή δεν είναι αναστρέψιμη. Η έκφραση συναισθημάτων συνεχίζεται ακόμα κι αν αυτά είναι άσχημα και αρνητικά, αλλά μέσα από την παραδοχή του εαυτού αυτό είναι θετικό.

(Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

Μέρος της εφαρμογής των θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι και η συμμετοχή της οικογένειας. Η οικογένεια ασκεί μεγάλη επιρροή σε όλους τους τομείς της κοινωνικο-συναισθηματικής ανάπτυξης του ατόμου με αναπηρία. Στο επόμενο κεφάλαιο θα παρατεθούν τα βασικά στοιχεία της οικογένειας γενικά και ειδικότερα της οικογένειας των ατόμων με αναπηρία.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Στο παραπάνω κεφάλαιο αναλύσαμε τις εναλλακτικές μορφές θεραπείας, οι οποίες είναι η εικαστική θεραπεία, η οποία γίνεται μέσω της ζωγραφικής. Η παιγνιοθεραπεία, η οποία γίνεται με το παιχνίδι. Η μουσικοθεραπεία, που έχει ως μέσο της την μουσική, η δραματοθεραπεία, που πραγματοποιείται μέσα από το θέατρο, η ζωοθεραπεία, που γίνεται με την συμμετοχή των ζώων. Η χοροθεραπεία που έχει ως επίκεντρο τον χορό και η υδροθεραπεία που πραγματοποιείται μέσα στο νερό. Οι θεραπευτικές αυτές προσεγγίσεις έχουν σκοπό την κοινωνικοποίηση του ατόμου, την ελάττωση των στερεοτυπικών συμπεριφορών όπως επίσης και την βελτίωση της κοινωνικής, κινητικής και νοητικής ανάπτυξης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Α.μεΑ.

3.1 Η Οικογένεια

Η οικογένεια ορίζεται από Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικών Λειτουργιών των Η.Π.Α. ως «μια ομάδα δύο ή περισσότερων ατόμων που αυτοπροσδιορίζονται ως οικογένεια και κατά τη διάρκεια της ζωής τους αναλαμβάνουν υποχρεώσεις που είναι ευρύτερα αποδεκτές και συνιστούν ουσιώδη συστατικά των οικογενειακών συστημάτων (Ζαφείρης Δ., Ζαφείρη Ε., Μουζακίτης Χ., 1999).»

Η οικογένεια ως κοινωνικός θεσμός είναι ένα σύμπλεγμα σχέσεων και ρόλων, οι οποίοι είναι σταθεροί και τυποποιημένοι. Η ένταξη και η αποδοχή είναι χαρακτηριστικά του θεσμού της οικογένειας στο κοινωνικό σύνολο. Η οικογένεια είναι η συνέχιση της κοινωνίας και γίνεται με την μεταβίβαση πολιτιστικών στοιχείων και τρόπου ζωής. Έχει ιδιωτικό χαρακτήρα την στιγμή που η κάθε οικογένεια οργανώνει τον ιδιωτικό της βίο και έχει και δημόσιο χαρακτήρα επειδή αφορά την συλλογικότητα και την μελέτη των ομαδικών σχέσεων. Οι ρόλοι της οικογένειας είναι κοινωνικά προσδιορισμένοι από την κοινωνία και εξαρτώνται από τα δεδομένα χαρακτηριστικά δηλαδή το φύλο, την ηλικία του κάθε ατόμου και δεν επηρεάζονται από τα στοιχεία της προσωπικότητας, των επιθυμιών του μέλους της οικογένειας.

Η ελληνική οικογένεια με το πέρασμα των χρόνων αλλάζει μορφές και από εκτεταμένη γίνεται πυρηνική. Παλαιότερα, όντας η Ελλάδα αγροτική χώρα, οι περισσότερες οικογένειες ήταν αγροτικές. Αργότερα μεγάλα ποσοστά ανθρώπων μετακινήθηκαν προς τις πόλεις μετατρέποντας τις αγροτικές οικογένειες σε αστικές.

Σε όσα μέρη ακόμα υπάρχει η αγροτική οικογένεια, παραμένει παραδοσιακή. Αρχηγός της οικογένειας, αυτός που την ελέγχει αλλά και φροντίζει για τα υλικά αγαθά αυτής είναι ο πατέρας. Όταν λείπει χρέη αυτού αναλαμβάνει ο μεγαλύτερος γιος. Η μητέρα φροντίζει για την ανατροφή των παιδιών, το νοικοκυριό της και πολλές φορές βοηθά στα χωράφια. Τα κορίτσια της οικογένειας ενθαρρύνονται αρχικά να σπουδάσουν και αργότερα να παντρευτούν και να αναλάβουν τις οικογένειες τους με την βοήθεια της πεθεράς.

Αντίθετα στην αστική οικογένεια ο άντρας και η γυναίκα έχουν σχεδόν τα ίδια δικαιώματα, εργάζονται και οι δύο, αναλαμβάνουν και ευθύνονται και οι δύο για την ανατροφή των παιδιών. Τα παιδιά, οποιουδήποτε φύλου, αντιμετωπίζονται σχεδόν το ίδιο. Ωστόσο η αστική οικογένεια αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα κυρίως στη σχέση ανάμεσα στο γονέα και στο παιδί. Δεν υπάρχει καλή επικοινωνία μεταξύ τους. Το παιδί θεωρεί τον γονιό του, λόγω παλαιότερων αντιλήψεων, κακό σύμβουλο με αποτέλεσμα να μην ακούει τις συμβουλές του και ο γονιός απογοητεύεται. Όλα αυτά έχουν ως συνέπεια να δημιουργούνται εντάσεις μέσα στην οικογένεια και να διαταράσσονται οι σχέσεις μεταξύ τους.

3.2 Κοινωνική εργασία με οικογένεια

«Η πρακτική της κοινωνικής εργασίας με τις οικογένειες βασίζεται σε πολλές θεωρίες και μοντέλα που αναπτύσσονται ή επιλέγονται με βάση την πολυπλοκότητα των προβλημάτων που συναντά. Ένα παράδειγμα εκλεκτικής προσέγγισης είναι το μοντέλο των Herworth και Larsen's, το οποίο ενσωματώνει στοιχεία ποικίλων θεραπευτικών προσεγγίσεων, όπως γνωστικής, συμπεριφοράς επικεντρωμένου στόχου και οικογενειακής θεραπείας. Η Hartman αναφέρει ότι σύγχρονη πρακτική της κοινωνικής εργασίας με την οικογένεια εστιάζεται σε τρία επίπεδα: στη σχέση

αλληλεπίδρασης ή συναλλαγής της οικογένειας με το περιβάλλον της, στο γενεαλογικό σύστημα της οικογένειας και στο οικογενειακό σύστημα (Βεργέτη, Α., 2009).»

Το πρώτο επίπεδο βασίζεται σε έννοιες της θεωρίας των οικοσυστημάτων και της οικογενειακής θεραπείας και στόχος είναι η αλλαγή των σχέσεων της οικογένειας. Το δεύτερο βασίζεται στην υπόθεση ότι η συγκεκριμένη οικογένεια έχει διαμορφωθεί υπό την επίδραση δυνατών επιρροών των προηγούμενων γενεών. Στη συνέχεια εξετάζονται οι επιρροές αυτές, κατανοείται η συμπεριφορά της οικογένειας και κινητοποιείται για αλλαγή. Στο τρίτο επίπεδο ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να δημιουργήσει ένα σύστημα μέσα στο οποίο το κάθε μέλος της οικογένειας θα βιώσει διαφορετικά τον εαυτό του.

Συμπερασματικά, ο κοινωνικός λειτουργός έχοντας κατάλληλες γνώσεις και τεχνικές βοηθά στις σχέσεις των μελών της οικογένειας, όταν αυτές είναι διαταραγμένες, ώστε να επέλθει ξανά η ισορροπία στην οικογένεια.

3.2.1 Ιστορική αναδρομή

Στην Νέα Υόρκη, το 1818, ορίστηκε από την οργάνωση για την «Ανάσχεση της Ένδειας» μια ομάδα ανθρώπων που επισκέπτονταν τους φτωχούς για να τους βοηθήσουν. Η ομάδα αυτή έπρεπε να γνωρίζει τα μέλη κάθε οικογένειας, να τις επισκέπτεται συχνά και να διεξάγει μία σχετική επιστημονική έρευνα. Η Josephine Shaw Lowell, πρωτοπόρος της κοινωνικής εργασίας, ενθάρρυνε τους επισκέπτες να δείχνουν το ίδιο ενδιαφέρον και στον άντρα και στη γυναίκα και όταν τους επισκέπτονται να είναι παρόντες και οι δύο.

Το 1882, στο Λονδίνο, η φιλόπρωχος οργάνωση τόνισε την αξία της φιλανθρωπίας στην φτωχή οικογένεια διότι διαφορετικά ο θεσμός της οικογένειας θα αποδυναμωνόταν. Η άποψη αυτή αναγνωρίστηκε στις Η.Π.Α. από την Mary Richmond, η οποία επίσης τόνισε ότι οι συνεδρίες θα πρέπει να γίνονται παρουσία όλων των μελών της οικογένειας.

Οι φιλανθρωπικές οργανώσεις μάζεψαν όλες τις υπηρεσίες που σχετίζονταν με την φιλανθρωπία και την συμβουλή σε οικογένειες και τις ονόμασαν «Οργανώσεις Κοινωνικής Πρόνοιας και Ευημερίας», ενώ τον «Αμερικάνικο Σύλλογο για την Ανάπτυξη της φιλανθρωπίας» τον μετονόμασαν «Αμερικάνικο Σύλλογο για την οργάνωση της Κοινωνικής Εργασίας με Οικογένεια».

Στις δεκαετίες του '40 και του '50 γίνονται σοβαρές αλλαγές στην άσκηση της κοινωνικής εργασίας όσον αφορά την αντιμετώπιση κοινωνικών καταστάσεων, δίνοντας πλέον ιδιαίτερη σημασία στη θεωρία της αλληλεξάρτησης των ατόμων. Στις δεκαετίες του '60 και '70 η θεραπευτική της οικογένειας βασίζεται στην θεωρία των γενικών Συστημάτων και Μεθόδων, η οποία χρησιμοποιείται και στη θεραπεία ψυχικά ασθενών.

Σήμερα η Συμβουλευτική Γάμου, η Παρέμβαση σε κρίση, οι οργανώσεις για την οικογένεια και άλλα, είναι υπηρεσίες που προσφέρονται από εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό όπως κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο, ψυχίατρο.

3.2.2 Ρόλος του κοινωνικού λειτουργού

Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να κατανοήσει τη φύση της οικογένειας, τα βασικά προβλήματα της και έπειτα να την ενθαρρύνει κατάλληλα ώστε να σκεφτεί, να αποφασίσει και να δράσει για την αντιμετώπιση προβλημάτων της. Ωστόσο, για να το

πετύχει αυτό ο Κοινωνικός Λειτουργός, πρέπει να χρησιμοποιήσει τις τεχνικές του και τις γνώσεις του με βάση τις ιδιαιτερότητες της οικογένειας που έχει απέναντί του.

Όταν μια οικογένεια βρίσκεται σε κρίση, ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να φροντίσει για τη δημιουργία σχέσεων, όπου το κάθε άτομο διατηρεί την αυτονομία του αλλά και ταυτόχρονα δεν περιορίζει την αυτονομία των άλλων.

3.3 Θεωρίες και μοντέλα θεραπευτικής της οικογένειας

Μέχρι την δεκαετία του '50 η Κοινωνική Εργασία δούλευε με την Οικογένεια με την μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με Άτομο βασιζόμενη μόνο στις ψυχαναλυτικές θεωρίες. Πλέον αντιμετωπίζει την οικογένεια ως σύνολο, με σεβασμό στην προσωπικότητα του κάθε μέλους της οικογένειας. Καθημερινά προβλήματα όπως, χρήση τοξικών ουσιών, κακοποιήσεις, απώλεια σημαντικών προσώπων, ερχομός ενός ατόμου με αναπηρία στην οικογένεια και άλλα, καλείτε να αντιμετωπίσει η Κοινωνική Εργασία.

Οι κυριότερες θεραπευτικές θεωρίες της οικογενειακής θεραπείας είναι:

1. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση. Είναι μια μακροπρόθεσμη προσέγγιση, η οποία βοηθά στην έκφραση συναισθημάτων, στην επικοινωνία και στην αυτογνωσία των μελών της οικογένειας.

2. Συστημική θεώρηση. Είναι μια προσέγγιση η οποία αντιμετωπίζει την οικογένεια ως σύστημα, το οποίο αλληλεπιδρά με άλλα συστήματα και το κάθε μέλος της οικογένειας ως υποσύστημα αυτής.

3. Μεταμοντέρνα προσέγγιση. Αναφέρεται στην εκμάθηση και εξεύρεση καινούριων απόψεων, ιδεών, τρόπων αντιμετώπισης προβλημάτων μέσω της εξιστόρησης παλαιών γεγονότων που οδήγησαν στις διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις των μελών.

4. Θεραπεία Συμπεριφοράς. Η θεωρία αυτή δίνει ιδιαίτερη σημασία στην αλλαγή συμπεριφοράς ενός μέλους και βασίζεται στην μάθηση. Ο θεραπευτής έχει το ρόλο του εμπυχωτή.

5. Παρέμβαση σε κρίση. Η θεωρία αυτή στοχεύει στην επίλυση προβλημάτων που οδήγησαν μια οικογένεια σε κρίση και στη ελάττωση της πιθανότητας επανάληψης αυτών των προβλημάτων.

Στη συνέχεια τα σημαντικότερα μοντέλα θεραπειών που ακολουθήθηκαν, τα οποία στηρίχτηκαν στις παραπάνω θεωρίες είναι:

1. Η θεραπεία της δομής της οικογένειας (Structural Family Therapy) είναι το γνωστότερο και πιο αποδεκτό, από τους περισσότερους επιστήμονες, μοντέλο θεραπείας. «Σύμφωνα με τον Salvador Minuchin η λειτουργία της δομής της οικογένειας βασίζεται σε υποσυστήματα όπως σύζυγοι, παιδιά, αγόρια, κορίτσια, μεγάλα, μικρά και άλλα, που έχουν τους δικούς τους κανόνες και τα δικά τους όρια. Η δυσλειτουργικότητα στην οικογένεια υποδεικνύει κάποια διαταραχή στα δομή της και η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού θεραπευτή σκοπό έχει την επαναφορά της λειτουργικότητας με την αλλαγή τρόπων συναλλαγής ανάμεσα στα μέλη της, μια πορεία που απαιτεί χρόνο, ενεργό συμμετοχή, γνώσεις και τεχνικές του κοινωνικού λειτουργού σε όλη τη μακρά διαδικασία (Παπαϊωάννου, Κ., 2000).»

2. Το μοντέλο Murray Bowen. Οι κύριες αρχές του είναι: α) ο διαχωρισμός λογικής και συναισθήματος ώστε να επιτευχθεί η αποφυγή της συναισθηματικής

φόρτισης. Το κάθε άτομο συνειδητοποιεί τα συναισθήματα του άλλου, χωρίς ωστόσο να ταυτίζεται. β) Τριγωνισμός, ένα σύνολο τριών ατόμων, στο οποίο δύο άτομα βρίσκονται σε ένταση και το τρίτο σκοπό έχει να ελαττώσει την ένταση και να ανακτήσει την ισορροπία της οικογένειας.

3. Το μοντέλο M. Selvini-Palazzoli. Είναι ένα μοντέλο στρατηγικής στο οποίο χρειάζονται τέσσερις θεραπευτές. Οι δύο συμμετέχουν στις συνεδρίες και τις καθοδηγούν και οι άλλοι δύο παρατηρούν. Στο τέλος, συσκέπτονται όλοι μαζί και διεξάγουν τα αποτελέσματα και αποφασίζουν όλοι μαζί πως θα συνεχίσουν τις συνεδρίες. Αυτό το μοντέλο χρησιμοποιείται για μακροχρόνια χρήση και οι συναντήσεις γίνονται κάθε μήνα.

3.4 Κοινωνική εργασία με οικογένεια σε κρίση

Ο όρος «κρίση» χρησιμοποιείται είτε για να δηλώσει την ικανότητα του ανθρώπου να συγκρίνει, να συσχετίζει και να κρίνει πρόσωπα και καταστάσεις είτε για να δηλώσει μια ξαφνική αλλαγή μιας σταθερής κατάστασης.

«Στην κοινωνική εργασία ο όρος κρίση αποδίδεται ως μία υποκειμενική εμπειρία συναισθηματικής διαταραχής και αλλαγής, αλλά και ως διαταραχή σε βασικούς κοινωνικούς θεσμούς που συνδέονται με ένα απειλητικό κοινωνικό γεγονός. Με άλλα λόγια, μια κατάσταση κρίσης προκύπτει από ένα απειλητικό γεγονός ή μια σειρά από στρεσογόνα γεγονότα και από τις αντιλήψεις και αντιδράσεις των ανθρώπων προς αυτά (Βεργέτη, Α., 2009).»

Με βάση την ψυχαναλυτική θεωρία το άτομο πρέπει να κατανοήσει τις ασυνείδητες σκέψεις του και τα συναισθήματα του, τα οποία ευθύνονται για την κρίση που βιώνει. Η θεωρία του «εγώ» υποστηρίζει ότι πρέπει να αξιολογηθούν οι ικανότητες του ατόμου, να ελέγχονται οι παρορμήσεις του, να χρησιμοποιούνται σωστά οι μηχανισμοί άμυνας ώστε να επιλυθούν τα προβλήματα που οδηγούν σε κρίση. Τέλος, η θεωρία του Erikson υποστηρίζει ότι το άτομο πρέπει να περάσει από τα οκτώ στάδια ωρίμανσης με επιτυχία για να αποφευχθεί η παλινδρόμηση και η κρίση στο μέλλον.

Οι τύποι καταστάσεων κρίσης διακρίνονται στις τρεις παρακάτω κατηγορίες. Στις **αναπτυξιακές ή μεταβατικές κρίσεις**, οι οποίες συνδέονται με το άγχος ή το στρες όταν αυτό δημιουργείται λόγω σημαντικών αλλαγών που συμβαίνουν στη ζωή του ατόμου. Στις **περιστασιακές κρίσεις**, οι οποίες συνδέονται με ξαφνικά και μη αναμενόμενα γεγονότα, τα οποία μπορεί να φέρουν μία μόνιμη αλλαγή τρόπου ζωής (για παράδειγμα τροχαίο ατύχημα). Τέλος στις **υπαρξιακές κρίσεις**, που συμβαίνουν κυρίως όταν το άτομο συνειδητοποιεί πως η προσωπική και επαγγελματική του ζωή δεν βρίσκεται στο επίπεδο που θα επιθυμούσε.

Μια οικογένεια μπορεί να βρεθεί σε κρίση οποιαδήποτε χρονική στιγμή εξαιτίας ενός ή πολλών γεγονότων. Ορισμένα από αυτά τα γεγονότα μπορεί να είναι: το διαζύγιο, η απώλεια ενός ατόμου, η αλλαγή κοινωνικού περίγυρου, οι οικονομικές δυσχέρειες, ο ερχομός ενός ατόμου με αναπηρία στην οικογένεια και άλλα.

3.4.1 Μοντέλα παρέμβασης σε κρίση

Η Golan (1981) σχεδίασε το πρώτο μοντέλο παρέμβασης σε κρίση της κοινωνικής εργασίας, βασισμένο στις αρχές της θεωρίας της κρίσης. Το μοντέλο αυτό χωρίζεται σε τρεις φάσεις. Στην αρχική φάση γνωρίζονται όλα τα μέλη της οικογένειας με τον κοινωνικό λειτουργό, διερευνούνται τα γεγονότα που οδήγησαν στην κρίση, τα

συναισθήματα των μελών και αναπτύσσεται ένα σχέδιο επίλυσης των προβλημάτων. Στη μεσαία φάση εφαρμόζεται το σχέδιο, ενώ στην τελευταία γίνεται αξιολόγηση του σχεδίου και των επιθυμητών ή μη επιθυμητών αποτελεσμάτων.

Το μοντέλο βραχείας παρέμβασης των Howard Parad και Libbie Parad (1999) αποτελείται από έξι στάδια:

1. Κατανόηση του γεγονότος που οδήγησε στην κρίση και της σημαντικότητας του για τα μέλη της οικογένειας.
2. Διερεύνηση και εκτίμηση των δυνατοτήτων της οικογένειας για αντιμετώπιση των προβλημάτων.
3. Προτροπή μελών οικογένειας για την βελτίωση της κατάστασης.
4. Αναζήτηση καινούριων τρόπων προσαρμογής των μελών της οικογένειας και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αυτών στην καθημερινότητα των μελών.
5. Προετοιμασία για τη λήξη της συνεργασίας μεταξύ του κοινωνικού λειτουργού και των μελών της οικογένειας.
6. Προγραμματισμός μιας συνάντησης του κοινωνικού λειτουργού και της οικογένειας μετά τη λήξη της παρέμβασης για έλεγχο και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της παρέμβασης, καθώς και διερεύνηση των σχέσεων των μελών.

Το μοντέλο παρέμβασης του Kieran O'Hagan (2007) είναι μια συστημική παρέμβαση. Ο O'Hagan (2007) υποστηρίζει ότι οι γνώσεις, οι εμπειρίες, οι ικανότητες και η ακεραιότητα του κοινωνικού λειτουργού κατέχουν σημαντική θέση για τον καθορισμό των αποτελεσμάτων. Ιδιαίτερα τονίζει το επίπεδο αυτεπίγνωσης του κοινωνικού λειτουργού. Θεωρεί ότι ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να διερευνά προσεκτικά τους παράγοντες που οδήγησαν στην κρίση, το χρόνο που ξεκίνησε η κρίση και το χρόνο που ζητήθηκε παρέμβαση από τον ειδικό. Επίσης συνιστά να συνυπολογίζει προσεκτικά ποιος ζήτησε παρέμβαση στην οικογένεια, αν είναι όλοι σύμφωνοι, ποιος είναι αντίθετος και κατά πόσο επηρεάζεται από αυτήν την παρέμβαση. Ακόμα προτρέπει τον ειδικό να δείχνει ουδετερότητα ανάμεσα στις συγκρούσεις των μελών και να μην εμπλακεί αποσαφηνίζοντας τα όρια της συνεργασίας. Τέλος, στόχος του ειδικού είναι η ανάπτυξη υποστηρικτικού και κοινωνικού πλαισίου για το μέλος της οικογένειας που βρίσκεται σε κρίση ή για όλη την οικογένεια.

Το μοντέλο παρέμβασης του Albert Roberts (2000) αποτελείται από επτά στάδια:

Στάδιο 1: Εκτίμησης της επικινδυνότητας. Στο πρώτο στάδιο ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να διερευνήσει αν το άτομο που βρίσκεται σε κρίση έχει τάσεις αυτοκτονίας ή ανθρωποκτονίας, έχει κάνει χρήση ουσιών, ασκεί βία σε άλλα άτομα ή κακοποιεί άλλα άτομα. Επίσης πρέπει να εκτιμήσει αν το άτομο έχει ανάγκη να μεταφερθεί άμεσα στο νοσοκομείο.

Στάδιο 2: Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης. Ο επαγγελματίας, σε αυτό το στάδιο, πρέπει να δείξει σεβασμό, αποδοχή, να φροντίσει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ατόμου σε κρίση, να θέσει τα όρια της σχέσης αυτής και να το καθησυχάσει σχετικά με την επίλυση της κρίσης.

Στάδιο 3: Προσδιορισμός του προβλήματος. Ο κοινωνικός λειτουργός διερευνά το πρόβλημα από όλες τις οπτικές γωνίες. Με ερωτήσεις ανοικτού τύπου ζητά από το άτομο να του εξηγήσει το πρόβλημα.

Στάδιο 4: Διερεύνηση των συναισθημάτων του ατόμου. Το στάδιο αυτό συνδέεται άμεσα με το προηγούμενο, αφού γίνεται προσπάθεια εξωτερίκευσης των συναισθημάτων σχετικά με το πρόβλημα.

Στάδιο 5: Προσδιορισμός εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης του προβλήματος. Ο ειδικός εξετάζει αν στο παρελθόν έγιναν προσπάθειες επίλυσης του προβλήματος και με ποιους τρόπους.

Στάδιο 6: Επαναφορά της γνωστικής λειτουργικότητας με την εφαρμογή σχεδίου δράσης. Στο στάδιο αυτό σχεδιάζεται ένας τρόπος επίλυσης του προβλήματος ή χρησιμοποιείται ξανά κάποιος από τους προηγούμενους.

Στάδιο 7: Επανεξέταση. Προγραμματισμός επανεξέτασης αποτελεσμάτων της παρέμβασης, μετά τη λήξη της συνεργασίας.

3.4.2 Τεχνικές και δεξιότητες κοινωνικού λειτουργού σε καταστάσεις οικογενειακής κρίσης

Η κοινωνική εργασία σε καταστάσεις κρίσης αναπτύσσεται σε δύο βασικούς άξονες: την άμεση παρέμβαση, όπου ο ειδικός συνεργάζεται με το άτομο σε κρίση και δημιουργεί μια σχέση εμπιστοσύνης μαζί του και στην έμμεση παρέμβαση, όπου ο ειδικός συνεργάζεται με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου. Για την επίτευξη αυτής χρησιμοποιούνται ορισμένες τεχνικές του κοινωνικού λειτουργού.

Στην αρχική φάση παρέμβασης οι τεχνικές και οι δεξιότητες που χρησιμοποιούνται είναι:

- Προσεκτική παρακολούθηση.
- Διερεύνηση /διατύπωση ερωτήσεων.
- Αντανάκλαση συναισθημάτων (αφορά λεκτικά ή μη λεκτικά μηνύματα που αντανακλούν την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου).
- Παράφραση (Είναι μια τεχνική για την οικοδόμηση επαφής και ενσυναίσθησης. Μέσω αυτής ο εξυπηρετούμενος καταλαβαίνει πως ο επαγγελματίας ακούει και κατανοεί το πρόβλημά του).
- Καθησύχηση (Χρησιμοποιείται όταν ο εξυπηρετούμενος βρίσκεται σε συναισθηματική φόρτιση και βοηθά στην μείωση του άγχους).
- Αποσαφήνιση (Διευκρίνιση στόχων της συνεργασίας).
- Ενθάρρυνση.
- Δέσμευση για παροχή κατάλληλης βοήθειας.
- Άμεση επαγγελματική παρέμβαση.

Στην μεσαία φάση:

Αντανάκλαση προσώπου-κατάστασης σε γνωστικό επίπεδο:

- Πληροφόρηση (διερεύνηση αν το άτομο γνωρίζει την πραγματική φύση του προβλήματος).
- Αναπλαισίωση (μέσω αυτής της τεχνικής επιδιώκεται η αλλαγή συμπεριφορά στο γνωστικό ή στο συναισθηματικό επίπεδο).
- Αντανάκλαση προσώπου-κατάστασης σε συναισθηματικό επίπεδο:
- Προσδιορισμός συναισθημάτων.
- Μοίρασμα συναισθημάτων.
- Ερμηνεία αυτών.

Αντανάκλαση προσώπου-κατάστασης σε συμπεριφοριστικό επίπεδο:

- Ενθάρρυνση.
- Θετική ή αρνητική ενίσχυση (ανάλογα με τα αποτελέσματα).

- Υπόδειξη.
- Συνηγορία και προειδοποίηση (χρησιμοποιούνται σε καταστάσεις σύγχυσης, αμηχανίας ή κατάθλιψης).
- Μίμηση προτύπου.

Στην τελική φάση:

Αξιολόγηση της συνεργασίας:

- Επιβράβευση.

Χειρισμός της λήξης της συνεργασίας:

- Αναγνώριση συναισθημάτων.
- Καθσύχαση.
- Εμπιστοσύνη στις ικανότητες του ατόμου και του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Σχεδιασμός για μελλοντικά προβλήματα:

- Πληροφόρηση υπαρχόντων υπηρεσιών.
- Διαβεβαίωση διαθεσιμότητας στην κοινωνικής υπηρεσίας για τυχόν μελλοντικά προβλήματα.

3.5 Οικογένεια και Άτομα με Αναπηρία

Η οικογένεια αποτελεί το σημαντικότερο φορέα ανάπτυξης και κοινωνικοποίησης του ατόμου. Η απόκτηση ενός ατόμου με αναπηρία είναι ένα από τα γεγονότα που μπορεί να κλονίσει τη συνοχή της οικογένειας και να διαταράξει την ισορροπία των σχέσεων. Η οικογένεια έχει να αντιμετωπίσει εσωτερικά και εξωτερικά προβλήματα, ωστόσο αυτά διαφοροποιούνται σε σχέση με το είδος της αναπηρίας. Η οικογένεια περνά μια σειρά συναισθηματικών σταδίων ώσπου να δεχθούν το συγκεκριμένο γεγονός. Σε όλα τα μέλη της οικογένεια προκαλούνται ανάμεικτα συναισθήματα, ανάλογα με την προσωπικότητα τους.

«Έχει υπολογιστεί ότι η συχνότητα των συγγενών ανωμαλιών είναι το 2-3% όλων των νεογέννητων ζωντανών βρεφών αλλά το ποσοστό διπλασιάζεται, γίνεται περίπου 4-6%, στο τέλος του πρώτου χρόνου, γιατί πάρα πολλές από τις συγγενείς ανωμαλίες είναι δυνατόν να μην αναγνωσθούν κατά τη γέννηση. Σήμερα γνωρίζουμε ότι οι ανωμαλίες αυτές δεν οφείλονται, όπως πίστευαν παλαιότερα, αποκλειστικά σε κληρονομικά αίτια: υπολογίζεται ότι το 10% των συγγενών ανωμαλιών οφείλονται σε περιβαλλοντολογικούς παράγοντες και 10-20% σε γενετικούς και χρωματοσωμιακούς παράγοντες. Το υπόλοιπο 70-80% προκαλείται πιθανόν από πολυπαραγοντικά αίτια. Εκτός, όμως, από τις συγγενείς υπάρχουν και οι περιγεννητικές ανωμαλίες-αυτές που προκαλούνται στο έμβρυο και που οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στην υγεία και στον τρόπο ζωής της μητέρας. Οι μαιευτήρες υπολογίζουν ότι οι εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου, δηλαδή εγκυμοσύνες που είναι πολύ πιθανό να καταλήξουν είτε σε αποβολή είτε σε πρόωρο τοκετό είτε σε γέννηση με παιδιού με ανωμαλίες, ανέρχονται σε ποσοστό των 10-20%». (Μουσούρου Λ.Μ., 2006)

Επομένως, οι πιθανότητες να αποκτήσει μια οικογένεια ένα άτομο με αναπηρία είναι πολλές λόγω αιτιών που μπορούν αποφευχθούν (κάπνισμα) ή που δεν μπορούν (στίγμα μεσογειακής αναιμίας και στους δύο γονείς). Ωστόσο στην σημερινή εποχή υπάρχει η δυνατότητα διάγνωσης της αναπηρίας από τους πρώτους μήνες της κύησης. Στην περίπτωση που υπάρχει αναπηρία οι γονείς καλούνται να

αποφασίσουν αν θα συνεχίσουν ή αν θα διακόψουν την κύηση.
(Μουσούρου, Λ.Μ.,2006)

Από τη στιγμή που θα αποκτήσει η οικογένεια ένα άτομο με αναπηρία προκαλούνται ορισμένες αλλαγές στις οικογενειακές σχέσεις για τις οποίες οι πιο πολλοί γονείς δεν είναι προετοιμασμένοι και δυσκολεύονται να προσαρμοστούν. Για τις περισσότερες οικογένειες το πρόβλημα του ατόμου είναι αζεπέραστο, αφού εκτός από την έλλειψη γνώσεων για το πώς θα το φροντίσουν και θα του φέρονται, έχουν να κάνουν με την αρνητική στάση του κοινωνικού τους περίγυρου και πολλές φορές τη στήριξη του κράτους.

Αρκετοί πιστεύουν ότι η κοινωνική αποδοχή επηρεάζεται από την τοποθέτηση της οικογένειας απέναντι στο πρόβλημα. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί όταν συνειδητοποιήσουμε ότι η αναπηρία είναι ένα γεγονός, ενώ η μειονεξία για την αναπηρία κατασκευάζεται αρχικά από την ίδια την οικογένεια.

Η οικογένεια αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες που αφορούν όλα τα επίπεδα της ζωής της και πληθαίνουν με την πάροδο του χρόνου. Από τις σημαντικότερες είναι: η αλλαγή των οικογενειακών ισορροπιών και των σχέσεων, η εναλλαγή έντονων συναισθημάτων των μελών της οικογένειας, η αποδοχή του ατόμου στο στενό και ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον από την ημέρα της διάγνωσης, η αύξηση των εξόδων και εμφάνιση οικονομικών προβλημάτων στην οικογένεια, η κόπωση από τη συνεχή φροντίδα, η αγωνία για το μέλλον του ατόμου. Όλες αυτές οι δυσκολίες όμως για να αντιμετωπιστούν χρειάζονται δυνατές σχέσεις μεταξύ των μελών και καλή εσωτερική οργάνωση της οικογένειας. Αυτό είναι δύσκολο αν λάβουμε υπόψη ότι οικογένειες χωρίς παρόμοια προβλήματα δυσκολεύονται να διατηρήσουν τη συνοχή τους.

Η οικογένεια περνά μια σειρά συναισθηματικών σταδίων μέχρι να αποδεχθεί τη διάγνωση της αναπηρίας του ατόμου. Σαν πρώτη φάση εκδηλώνεται με συναισθηματική αποδιοργάνωση, δυσπιστία και σύγχυση. Μπορεί να έχει διάρκεια λίγων λεπτών έως πολλών ημερών. Η πρωταρχική ανάγκη σε αυτό το στάδιο είναι συμπόνια και υποστήριξη κυρίως από ειδικούς. Στη συνέχεια εκφράζουν θλίψη, λύπη, απελπισία, ενοχές για το γεγονός. Αντιμετωπίζουν με δυσπιστία τη διάγνωση, νοιώθουν την ανάγκη να μιλήσουν σε κάποιον και θα τους δώσει αξιόπιστες πληροφορίες. Έπειτα θέλουν να μάθουν τους τρόπους αντιμετώπισης του ατόμου και προετοιμασίας για την καλύτερη ανάπτυξή του. Επίσης αρχίζουν να αναζητούν βοήθεια και ενημέρωση και προγραμματίζουν το μέλλον. Σε αυτό το στάδιο χρειάζονται συστηματική βοήθεια και καθοδήγηση με την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών. Η επόμενη συναισθηματική φάση που περνούν οι οικογένειες των ατόμων με αναπηρία είναι αυτή της υπερπροστασίας και της οργάνωσης της οικογενειακής ζωής γύρω από την αναπηρία.

Οι ρόλοι των συζύγων αλλάζουν – η μητέρα μένει στο σπίτι και αναλαμβάνει την αντιμετώπιση των περισσότερων προβλημάτων, αποκτώντας και μια ιδιαίτερη σχέση με το άτομο. Ο πατέρας, εργάζεται συνεχώς για να αντεπεξέλθουν στις ανάγκες. Απομονωμένοι λοιπόν στο σπίτι και στο πρόβλημα και οι δύο, μιας και τις περισσότερες φορές οι συγγενείς δεν είναι κοντά, δεν μπορούν να ζήσουν μαζί κάποιες στιγμές για παράδειγμα μια βόλτα, ένα σινεμά. Επομένως οι σχέσεις του ζευγαριού διαταράσσονται, δεν μοιράζονται τις σκέψεις τους και τα προβλήματα που τους απασχολούν κι έτσι απομακρύνονται, στη συνέχεια επέρχεται και η κοινωνική απομόνωση, αφού δεν υπάρχει χρόνος και δυνατότητα να συναναστρέφονται με τον κοινωνικό τους περίγυρο.

Εξίσου σημαντικές είναι οι σχέσεις μεταξύ των αδελφών. Μερικά αδέρφια έχουν καλή προσαρμογή, μερικά όχι. Έχει σημαντικό ρόλο, πώς οι γονείς θα

αντιμετωπίσουν αυτή την κατάσταση. Εάν είναι υπερπροστατευτικοί προς το άτομο με αναπηρία, τότε τα άλλα αδέρφια νιώθουν παραμέληση και αυτή με τη σειρά της δημιουργεί ένα συναισθηματικό κενό. Στη συνέχεια επέρχεται ο θυμός και η αγανάκτηση αφού θεωρεί το άτομο με αναπηρία υπεύθυνο για την αναστάτωση της οικογένειάς του. Ταυτόχρονα νιώθει ντροπή στον κοινωνικό του περίγυρο για το γεγονός αυτό.

Επίσης η οικογένεια αντιμετωπίζει πρακτικά προβλήματα. Αυτά μπορεί να είναι ο χώρος μέσα στο σπίτι για παράδειγμα η διαρρύθμιση να είναι τέτοια όπου να μην μπορεί να κινείται το άτομο με αναπηρία (οποιασδήποτε αναπηρίας). Αν υπάρχει η οικονομική δυνατότητα τότε αυτό περιορίζεται. Όμως αν συμβαίνει το αντίθετο, η μετακίνηση στο εσωτερικό αλλά και εξωτερικό χώρο και οι ανάγκες για την διαβίωση του ατόμου περιορίζονται. Παρά τις παροχές που δίνονται στην οικογένεια από το κράτος λόγω της αναπηρίας του ατόμου, για να μπορέσουν να λύσουν όλα τα πρακτικά προβλήματα χρειάζονται μια καλή οικονομική επιφάνεια. Γενικά οι δυσκολίες μετακίνησης μέσα και έξω από το σπίτι είναι ένας βασικός παράγοντας απομόνωσης του ατόμου και της οικογένειας. Ένα ακόμη σοβαρό πρόβλημα είναι οι θεραπείες που πρέπει να κάνει το άτομο. Ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της θεραπείας, που μπορεί να είναι θετικό, μπορεί και όχι, επιβαρύνεται η εκμάθησή του ατόμου, η οικονομική κατάσταση της οικογένειας, αλλά και η συναισθηματική.

Η μητέρα συνήθως λόγω της φροντίδας του παιδιού δεν εργάζεται. Ο πατέρας αναγκάζεται να δουλεύει, ίσως και δύο εργασίες, για να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να κουράζεται υπερβολικά και να μην διαθέτει χρόνο για αφιερώσει στην οικογένεια του. Η μητέρα επίσης νιώθει κόπωση αφού τον περισσότερο χρόνο της πρέπει να τον αφιερώσει στο άτομο με αναπηρία, έχοντας λίγο χρόνο για την υπόλοιπη οικογένεια και καθόλου στον εαυτό της.

Τέλος, με την πάροδο των χρόνων, η ανησυχία και το άγχος αυξάνεται της οικογένειας, καθώς αναρωτιούνται τι θα απογίνει το άτομο αυτό μετά τον θάνατο των γονιών και την αποκατάσταση των αδελφών. Μια λύση που σκέπτονται σχεδόν οι περισσότερες οικογένειες είναι η εισαγωγή σε ίδρυμα. Τα συναισθήματα και πάλι είναι ποικίλα, λόγω του αποχωρισμού από την οικογένεια, αλλά είναι μία λύση που επιλέγουν πολλές οικογένειες και μάλιστα από τα πρώτα χρόνια κίόλας εμφάνισης της αναπηρίας.

Η οικογένεια αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα επιτυχίας ή αποτυχίας κάθε είδους θεραπευτικής προσέγγισης. Το οικογενειακό περιβάλλον βέβαια δεν είναι το μόνο που παίζει βασικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα της εφαρμογής των εναλλακτικών θεραπειών. Η λειτουργικότητα των θεραπειών εξαρτάται από τον ρόλο του θεραπευτή, ο οποίος με το σύνολο των γνώσεων, των εμπειριών και την προσωπικότητας του κατευθύνει την έκβαση των αποτελεσμάτων.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Οικογένεια είναι μια ομάδα δύο ή περισσότερων ατόμων που αυτοπροσδιορίζονται ως οικογένεια και κατά τη διάρκεια της ζωής τους αναλαμβάνουν υποχρεώσεις που είναι ευρύτερα αποδεκτές και συνιστούν ουσιώδη συστατικά των οικογενειακών συστημάτων. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να κατανοήσει τη φύση της οικογένειας, τα βασικά προβλήματα της και έπειτα να την ενθαρρύνει κατάλληλα

ώστε να σκεφτεί, να αποφασίσει και να δράσει για την αντιμετώπιση προβλημάτων της. Ωστόσο, για να το πετύχει αυτό ο Κοινωνικός Λειτουργός, πρέπει να χρησιμοποιήσει τις τεχνικές του και τις γνώσεις του με βάση τις ιδιαιτερότητες της οικογένειας που έχει απέναντί του. Η οικογένεια αποτελεί το σημαντικότερο φορέα ανάπτυξης και κοινωνικοποίησης του ατόμου. Η απόκτηση ενός ατόμου με αναπηρία μπορεί να φέρει αλλαγή στην ισορροπία της οικογένειας και των σχέσεων μεταξύ των μελών της. Η οικογένεια αντιμετωπίζει δυσκολίες όπως εναλλαγή έντονων συναισθημάτων των μελών της, αύξηση των εξόδων και εμφάνιση οικονομικών προβλημάτων, μετακίνηση στο σπίτι και στους εξωτερικούς χώρους, κόπωση από τη συνεχή φροντίδα, κυρίως της μητέρας, αρνητική στάση του κοινωνικού περιγύρου και αγωνία για το μέλλον του ατόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΡΟΛΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

4.1 Χαρακτηριστικά Θεραπευτή

Συχνά στο παρελθόν ένα ερώτημα που απασχολούσε την ψυχολογία ήταν αν η θεραπεία είναι τέχνη ή επιστήμη. Παράλληλα με αυτό το ερώτημα μία εξίσου σημαντική απορία ήταν αν παίζει μεγαλύτερο ρόλο η τεχνική του θεραπευτή, η προσωπικότητα ή και τα δύο μαζί. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

Ο Freud στα πρώτα στάδια ανάπτυξης της θεωρίας του υποστήριξε ότι το πιο σημαντικό σε ένα θεραπευτή είναι η τεχνική του και όχι η προσωπικότητα του ή η θεραπευτική σχέση. Εκείνη την περίοδο που διατύπωσε αυτήν την άποψη, χρησιμοποιούσε την τεχνική της ύπνωσης και του ελεύθερου συνειρμού. Μεταγενέστερα όταν πλέον χρησιμοποιούσε τις ιδέες του για την μεταβίβαση (αναβίωση της παιδικής ηλικίας μέσω της σχέσης θεραπευτή- θεραπευομένου) και αντιμεταβίβαση (τη σχέση του θεραπευτή με του θεραπευομένου), ο Freud υποστήριξε τη σημαντικότητα της προσωπικότητας του θεραπευτή και τη θεραπευτική σχέση-και όχι μόνο την τεχνική. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

Οι Rollo May, Harry Stack Sullivan και Erich Fromm (1995) υποστήριξαν ότι η προσωπική σχέση του θεραπευτή προηγείται και είναι μεγαλύτερη σημασίας από ότι η τεχνική που χρησιμοποιείται. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

Με το πέρασμα των χρόνων διατυπώνονται πληθώρα απόψεων σχετικά με τα (χαρακτηριστικά) του αποτελεσματικού θεραπευτή. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

«Σε αυτές υπάρχουν αναφορές για χαρακτηριστικά όπως η ειλικρίνεια, η αισιοδοξία, η αυτοπεποίθηση, η ευελιξία, η διαίσθηση, η αυθεντικότητα, η στάση φροντίδας και η ικανότητα για ενσυναίσθηση (empathy), παρόλο που δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ειδικών ως προς αυτό το θέμα (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999).»

Παρόλο αυτά είναι αδύνατον οι θεραπευτές να διαθέτουν το σύνολο των παραπάνω χαρακτηριστικών. Εξάλλου η πρόθεση εξ αρχής των θεραπειών για τον επαγγελματικό τους προσανατολισμό είναι πολύ συχνά προβλήματα προσωπικά, των οποίων αποζητούν τη λύση. Γενικά ο θεραπευτής είναι ένας «μέσος άνθρωπος» με αδυναμίες αλλά και ικανότητες. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

Κρίνεται απαραίτητο να διακρίνουμε μέσα από τα χαρακτηριστικά τις στάσεις του θεραπευτή απέναντι στο θεραπευόμενο, κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του. Αυτό υποστηρίζει ο Rogers (1991), ο οποίος ισχυρίζεται ότι η στάση του θεραπευτή παίζει κυρίαρχο ρόλο στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Έτσι, ο θεραπευτής απαιτείται να έχει ζεστασιά, η οποία πηγάζει από την ολοκληρωτική και χωρίς κριτική αποδοχή του θεραπευομένου. Επιπροσθέτως η ενσυναίσθηση, είναι η χαρακτηριστική δεξιότητα του θεραπευτή που του επιτρέπει να κατανοεί πλήρως τον άλλον «μπαίνοντας στη θέση του», διατηρώντας όμως τα προσωπικά του όρια. Έχει αποδειχτεί μέσα από μελέτες που έχουν γίνει πάνω στο θέμα ότι τα παραπάνω χαρακτηριστικά είναι μεν μεγάλης σημασίας, αλλά δεν αρκούν από μόνα τους. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

Πρόσθετοι παράγοντες που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα του θεραπευτή είναι οι εξής:

Η εμπειρία. Πολλές φορές η εμπειρία δεν αποτελεί σημάδι αποτελεσματικότητας της θεραπείας, γιατί ένας θεραπευτής με εμπειρία πολλές φορές είναι άκαμπτος και φορά παρωπίδες σε καινοτόμες ιδέες και τεχνικές. Μπορεί όμως να συμβαίνει το αντίθετο, να είναι, δηλαδή, πολύ ανοιχτός σε νέες ιδέες και να μην έχει μία σταθερή άποψη για το τι είναι αποτελεσματικό και τι όχι. (Ευδόκιμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

Το στυλ. Με τον όρο στυλ εννοούμε το είδος σχέσης που δημιουργεί ο θεραπευτής με το θεραπευόμενο. Θα μπορούσε για παράδειγμα να χαρακτηριστεί αυταρχικός, ενεργητικός, παθητικός, υποστηρικτικός, προκλητικός, αποστασιοποιημένος και λοιπά. Υπάρχει περίπτωση δύο θεραπευτές να χρησιμοποιούν την ίδια ακριβώς θεραπευτική προσέγγιση αλλά το στυλ τους να είναι τελείως διαφορετικό. Σχετικά με το στυλ ηγεσίας προκύπτει ότι τα άτομα που αποκτούν περισσότερη γνώση για τον εαυτό τους και νιώθουν καλά όταν ο αρχηγός εστιάζει την προσοχή του στη φροντίδα και στην προσπάθεια να προσφέρει κάποιου είδους νόημα στις καταστάσεις παρά όταν δίνει έμφαση στην καθοδήγηση και στις έντονες συναισθηματικές σχέσεις. (Ευδόκιμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

Η εκπαίδευση. Η άποψη που επικρατεί είναι ότι η εκπαίδευση του θεραπευτή πρέπει απαραίτητα να περιλαμβάνει κλινική πρακτική και εποπτεία με έναν έμπειρο θεραπευτή. Ο μόνος τρόπος να αντιληφθεί κανείς τη διαδικασία της θεραπείας είναι η συμμετοχή και η πρακτική άσκηση, γιατί ούτως ή άλλως η θεραπεία αποτελεί μία εμπειρία. Ο επόπτης έχει ως σκοπό να οδηγήσει τον θεραπευτή να αναγνωρίσει και να κατανοήσει βαθιά τα προβλήματα του θεραπευομένου και να παρατηρήσει τις αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Παράλληλα πρέπει να τον βοηθήσει να οδηγηθεί σε επαναξιολόγηση ως θεραπευτής αλλά και στις αντιδράσεις του. Η εποπτεία γίνεται πραγματοποιήσιμη με ποικίλους τρόπους και τεχνικές. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

Η γνώση. Ο εκπαιδευόμενος θεραπευτής απαιτείται να ξέρει να καλά τη φύση των κλινικών προβλημάτων και τη θεωρία στην οποία είναι βασισμένη η θεραπευτική μέθοδος. Συχνά ο θεραπευόμενος ενστερνίζεται τις απόψεις του θεραπευτή του. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

Θεραπεία του εκπαιδευόμενου. Κρίνεται απαραίτητο ο θεραπευτής να γίνει θεραπευόμενος για ένα διάστημα ώστε να βιώσει αυτό το ρόλο. Αυτό είναι δυνατόν να επιτευχθεί σε εκπαιδευτικές ομάδες ευαισθητοποίησης, όπου ο θεραπευτής μπορεί να δει τον εαυτό του ως μέλος μίας ομάδας και ταυτόχρονα να καταλάβει τα δυναμικά που δημιουργούνται μέσα σε αυτή, όπως η εξάρτηση, οι υποομάδες, ο ανταγωνισμός και άλλα. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999)

Εν κατακλείδι, παρακάτω γίνεται μια συνοπτική αναφορά ορισμένων χαρακτηριστικών που αποτελούν στοιχεία της προσωπικότητας ενός αποτελεσματικού θεραπευτή. Φυσικά, θα ήταν αδύνατον να ισχυριστεί κανείς ότι όλα αυτά τα χαρακτηριστικά μπορούν να συνυπάρξουν σε έναν άνθρωπο. Αποτελεσματικό βέβαια θα ήταν ο θεραπευτής στη διάρκεια της ζωής του να αποκτήσει όσο το δυνατόν περισσότερα από αυτά. «Ένας αποτελεσματικός θεραπευτής:

- Είναι καλός ακροατής.
- Έχει ενσυναίσθηση.
- Έχει καλή εκπαίδευση.
- Κρατά τις αποστάσεις.
- Έχει και ο ίδιος περάσει από θεραπεία.
- Είναι ανοιχτός.
- Είναι σεμνός.

- Είναι εξίσου συνθετικός και αναλυτικός.
- Μπορεί να αλλάζει τη θέση του και να παίρνει διαφορετικούς ρόλους.
- Είναι σταθερός.
- Βάζει όρια.
- Έχει εποπτεία.
- Είναι υπεύθυνος.
- Είναι θετικός και έχει αποδοχή.
- Είναι υποστηρικτικός.
- Μπορεί να χειριστεί τις οικονομικές του συναλλαγές.
- Έχει ευφράδεια λόγου.
- Έχει ευστροφία.
- Ενεργεί “ κατά τον πελάτη”.
- Έχει το αίσθημα του δικαίου.
- Είναι αποφασιστικός.
- Έχει χιούμορ.
- Δημιουργεί κλίμα αμοιβαίου σεβασμού.
- Έχει κύρος.
- Εμπνέει εμπιστοσύνη.
- Είναι διορατικός.
- Είναι έμπειρος.
- Έχει αργούς ρυθμούς.
- Δίνει ξεκάθαρες απαντήσεις
(Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999).»

Κατά τον Freud και ο ίδιος ο θεραπευτής απαιτείται να περάσει τη διαδικασία της ψυχοθεραπείας. Γι αυτόν η διαδικασία της ατομικής του ανάλυσης θα είναι μικρής διάρκειας, αλλά κάθε πέντε χρόνια περίπου πρέπει να την επαναλάβει.
(Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999).

Η θεραπεία για τον θεραπευτή κάποια στιγμή σταματά και ο θεραπευτής μαθαίνει να επαναλαμβάνει αυτή τη διαδικασία μόνος του. Η θεραπεία ωθεί τον θεραπευτή να καταλάβει τα «τυφλά του σημεία» και ταυτόχρονα να νιώσει σαν να βρίσκεται στη θέση του θεραπευομένου. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999).

Λόγω της δυσκολίας του επαγγέλματος, ο θεραπευτής πρέπει να ξέρει ξεκάθαρα τα επαγγελματικά και τα προσωπικά του όρια. Είναι απαραίτητο να δέχεται το γεγονός ότι ο κάθε θεραπευόμενος αλλάζει μέχρι το σημείο που ο ίδιος επιθυμεί και ότι ένας θεραπευτής δεν μπορεί να είναι κατάλληλος για όλους τους θεραπευομένους. Αυτός είναι ο λόγος ύπαρξης της εποπτείας, η συνεργασία με τους συναδέλφους, η αλληλοϋποστήριξη και η ανταλλαγή απόψεων. Σημαντικότερο από όλα τα παραπάνω είναι, σαφώς, ο θεραπευτής να φροντίζει την προσωπική του ζωή και να μην καλύπτει τις βασικές του ανάγκες μέσα από τις θεραπευτικές σχέσεις.
(Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999).

Οι τρεις «βοηθοί» του Θεραπευτή

Ο θεραπευτής κατά τη διάρκεια της δουλειάς χρησιμοποιεί κατά κάποιον τρόπο, τρεις «βοηθούς»:

Ο εσωτερικός πελάτης (δηλαδή ο ίδιος ο θεραπευτής και οι εμπειρίες που έχει συγκεντρώσει): Πρόκειται για βιώματα από την προσωπική ζωή του θεραπευτή, τις περιστάσεις, την εμπειρία από την επαφή με τους γονείς του και την κοινωνία.
(Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999).

Ο θεραπευτής (οι σπουδές του): Πρόκειται για την εκπαίδευση και την εμπειρία του θεραπευτή από το μέχρι τώρα έργο του. Ο θεραπευτής συμβουλεύει και προειδοποιεί, αυτά τα δύο στοιχεία είτε βρίσκονται σε συνδυασμό είτε αντιτίθενται μεταξύ τους. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999).

Ο επόπτης (ο εσωτερικός έλεγχος): Πρόκειται για έναν παρατηρητή εσωτερικό που κρίνει τι πρέπει να γίνει κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Ο «διάλογος» ανάμεσα στους τρεις «βοηθούς» του θεραπευτή είναι πολύ χρήσιμος και πρέπει να αναπτυχθεί. Κάθε θεραπευτής είναι ακριβώς όπως κάθε θεραπευόμενός του, έχει μυαλό, σώμα, συναίσθημα, τα οποία καθώς ο θεραπευτής ωριμάζει, αναπτύσσονται και προσφέρουν μεγαλύτερη επίγνωση. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ., 1999).

4.2 Στοιχεία δυναμικής των ομάδων και το έργο του θεραπευτή

Η δυναμική των ομάδων εμφανίστηκε ως τομέας ενδιαφέροντος και επιστημονικής μελέτης για τους ειδικούς, περίπου στο τέλος της δεκαετίας του 1930. Οι κοινωνικές επιστήμες άρχισαν να αναπτύσσονται και αυτό οδήγησε σε νέους ορίζοντες τη σκέψη για καλύτερη έρευνα της ζωής των ατόμων. (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, Μ., 2008)

Ο όρος «δυναμική των ομάδων» ορίζεται ως η μελέτη α) της δομής και λειτουργίας των ομάδων κυρίως δε των ψυχολογικών πλευρών των «μικρών ομάδων» με ειδική αναφορά στο μεταβαλλόμενο υπόδειγμα της ενδοομαδικής συναρμογής, εντάσεων, συγκρούσεων και συνοχής, καθώς και β) των μεταβολών στις σχέσεις μεταξύ ομάδων. (Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών, 1972)

Οι Cartwright και Zander (1970) τη δυναμική των ομάδων ορίζουν ως την έρευνα της φύσης, των νόμων που οδηγούν την εξέλιξη των ομάδων και τη σχέση μεταξύ ατόμων, ομάδων και μεγαλύτερων οργανισμών. Η επίγνωση του είδους της ομάδας και των κανόνων που οδηγούν στην εξέλιξη της αποτελεί προϋπόθεση για την κατάλληλη αποτελεσματικότητα του θεραπευτή, καθώς αποτελεί ένα από τα όργανα της δουλειάς του. (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, Μ., 2008)

Όποιος βρεθεί στη θέση να παρακολουθήσει την πορεία μιας θεραπευτικής ομάδας, δεν θα του είναι δύσκολο να καταλάβει ότι αυτή υφίστανται μία συνεχή εσωτερική κίνηση, η οποία της δίνει το δυναμικό της χαρακτήρα. Το φαινόμενο των εσωτερικών μεταβολών παρουσιάζεται σε όλες τις ομάδες και οφείλονται στις συνεχείς μεταβολές συγκεκριμένων εσωτερικών στοιχείων τους (αλληλεπιδράσεις, ρόλοι, κανόνες και άλλα). Σε περίπτωση που μία ομάδα δεν παρουσιάζει εσωτερικές μεταβολές, τότε υπάρχει κίνδυνος εσωτερικής λειτουργίας. (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, Μ., 2008)

Οι αιτίες που έχουν ως συνέπεια ανακατατάξεις και μεταβολές στα εσωτερικά χαρακτηριστικά μιας ομάδας έχουν ποικίλες μορφές προέλευσης όπως είναι η προσωπικότητα, η μόρφωση, το φύλο, η οικογένεια και άλλα. (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, Μ., 2008)

Τα κυριότερα στοιχεία δυναμικής μιας ομάδας τα οποία έχουν μεγάλη σημασία για την ανάπτυξη και την εξέλιξη της ακολουθούν παρακάτω:

Αλληλεπιδράσεις: Τα άτομα και οι ομάδες επηρεάζουν και επηρεάζονται, συνειδητά ή υποσυνείδητα. Οι αλληλεπιδράσεις είναι αναπόφευκτο μέρος των ανθρωπίνων σχέσεων.

Επικοινωνία: Είναι η πρώτη ύλη για το κτίσιμο των ανθρωπίνων σχέσεων. Κακές ή ατελείς μορφές επικοινωνίας αποτελούν εμπόδιο στην αποτελεσματικότητα της ομάδας και δημιουργούν σημαντικά ερωτηματικά.

Διάρθρωση (δομή) ομάδας: Κάθε ομάδα, όπως και κάθε μέλος της, έχει την ιστορία της. Μόλις τα μέλη μια ομάδας ξεκινούν την αναζήτηση κοινών σημείων και διαφορών μεταξύ τους, τότε μπορούμε να πούμε ότι ξεκινά να εκτυλίσσεται η ιστορία της. Ο θεραπευτής πρέπει να έχει πλήρη γνώση αυτής της ιστορίας.

Σχέσεις: Τα μέλη μιας ομάδας από την στιγμή που θα αλληλεπιδράσουν δημιουργούν σχέσεις μεταξύ τους. Σε αυτό το σημείο τρία πράγματα μπορούν να συμβούν: Αμοιβαία έλξη των μελών ή απώθηση, ή το φαινόμενο της αδιαφορίας. Οι σχέσεις μπορεί να είναι θετικές, αρνητικές, υποσυνείδητες, συνειδητές, απρόσωπες, αδιάφορες, επίσημες, ανεπίσημες, προσωπικές, συμβατικές και άλλα. Οι άνθρωποι συνδέονται μεταξύ τους με ποικίλους τρόπους.

Ρόλοι και θέσεις των μελών ομάδας: Σύμφωνα με τον Dunphy (1972) η σημαντικότερη έννοια στο εσωτερικό μιας ομάδας, δεν είναι το ίδιο το μέλος, αλλά η θέση που κατέχει και αντίστοιχοι ρόλοι που παίρνει ως μέλος της ομάδας. Οι ρόλοι είναι το αποτέλεσμα της ανταλλαγής απόψεων ανάμεσα στο άτομο και στην ομάδα.

Η ατμόσφαιρα της ομάδας: Συχνά γίνεται αντιληπτό ότι στην κάθε ομάδα υπάρχει μία γενική ατμόσφαιρα που καθορίζει τις αντιδράσεις των μελών προς την ομάδα ως ένα σύνολο. Άλλες είναι ζεστές, ήρεμες, φιλικές και άλλες το αντίθετο, επηρεάζουν και επηρεάζονται από εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες.

Κανόνες (νόρμες) ομάδας, έλεγχος: Δεν υπάρχουν ομάδες χωρίς κανόνες διότι θα απουσιάζει η σταθερότητα και θα βρίσκονται εκτός ορίων οι συμπεριφορές των μελών. Οι κανόνες δεν βοηθούν μόνο στις σχέσεις ατόμου- ομάδας αλλά και στο ίδιο το μέλος το οποίο καλείται να μεταφέρει την οργάνωση των κανόνων στην καθημερινή του ζωή.

Συνοχή της ομάδας: Η ικανότητα μιας ομάδας να λειτουργεί και να αναπτύσσεται είναι άμεσα συνδεδεμένη με το ποσοστό συνοχής που έχει. Όταν μία ομάδα έχει μεγάλη συνοχή τότε έλκει τα μέλη να μείνουν μαζί, το αντίθετο τα απωθεί και έτσι δεν διατηρεί τα μέλη της.

Οι λύσεις συγκρούσεων, η λήψη αποφάσεων: Η πορεία ζωής αλλά και η ίδια η ύπαρξη μιας ομάδας εξαρτάται εκτός των άλλων από τις ενωτικές δυνάμεις και από την δυνατότητα της ομάδας να αναγνωρίζει τις εσωτερικές απειλές και να μπορεί να τις αντιμετωπίσει.

(Δημοπούλου – Λαγωνίκα, Μ., 2008)

4.3 Επαγγελματική εξουθένωση

Το σημαντικότερο εργαλείο ενός θεραπευτή και ίσως το μοναδικό είναι ο ίδιος του ο εαυτός και η πιο αποτελεσματική τεχνική του είναι η ικανότητα να αποτελεί πρότυπο ζωτικότητας και αυθεντικότητας, άρα το να φροντίζει ο θεραπευτής τον εαυτό του είναι απολύτως αναγκαίο. Πολλές φορές οι θεραπευτές υποστηρίζουν ότι κουράζονται και ότι εκτελούν την δουλειά τους πολύ μηχανικά και αυτό είναι ένα σημάδι ότι ο θεραπευτής έχει φτάσει στην επαγγελματική εξουθένωση.

Η επαγγελματική εξουθένωση κάνει την εμφάνισή της με πολλούς και ποικίλους τρόπους. Οι θεραπευτές υποστηρίζουν ότι έχουν την αίσθηση ότι είναι κουρασμένοι, άκεφοι χωρίς κανέναν ενθουσιασμό, ότι έχουν απορροφηθεί από την πληθώρα υποχρεώσεων. Νιώθουν ότι δεν έχουν τίποτα να προσφέρουν και όσα

προσφέρουν δεν αναγνωρίζονται. Αισθάνονται ότι κανένας δεν τους εκτιμάει, αγνοούν τα αποτελέσματα της δουλειάς τους και νιώθουν ότι αυτοί έχει γίνει ρουτίνα.

Ένα πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η συνειδητοποίηση τους προβλήματος και η εύρεση τρόπων προφύλαξης του εαυτού. Συχνά οι θεραπευτές ρίχνουν την ευθύνη σε εξωτερικούς παράγοντες, όμως αυτή η παθητική στάση είναι η αιτία του συνδρόμου. Συμπερασματικά οι θεραπευτές πρέπει να υιοθετήσουν μια ενεργή στάση, να σταματήσουν να κατηγορούν το σύστημα για όσα δεν μπορούν να κάνουν, να επικεντρώσουν την προσοχή τους σε εκείνα που μπορούν να κάνουν και δημιουργήσουν ένα επαγγελματικό κλίμα μέσα στο οποίο μπορούν να προσφέρουν.

Πολλές φορές ο κοινωνικός λειτουργός καλείται να επιτελέσει το ρόλο του θεραπευτή στα κέντρα θεραπείας και αποκατάστασης για άτομα με αναπηρία. Έπειτα παρουσιάζεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στα κέντρα αυτά. (Corey, G., 2005)

4.4 Ρόλος κοινωνικού λειτουργού σε κέντρα για άτομα με αναπηρία

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, όταν εργάζεται σε κέντρα για άτομα με αναπηρία χωρίζεται σε τρεις μεθοδολογίες. Οι οποίες είναι οι παρακάτω:

1) Κοινωνική Εργασία με άτομα (Κ.Ε.Α.):

Ο κοινωνικός λειτουργός και το σύνολο της διεπιστημονικής ομάδας, όπου υπάρχει, ασχολείται με τους λήπτες υπηρεσιών του εκάστοτε Ιδρύματος ή Οργανισμού ή κέντρου. Με εβδομαδιαίο πρόγραμμα γίνονται ατομικές συνεδρίες με στόχο να διερευνηθούν οι ανάγκες τους, να τους παρασχεθεί συμβουλευτική βοήθεια, εφ' όσον κριθεί αναγκαίο.

2) Κοινωνική Εργασία με ομάδες (Κ.Ε.Ο.):

Σε εβδομαδιαία βάση πραγματοποιούνται συνεδρίες με ομάδες εξυπηρετούμενων από τα εργαστήρια, με σκοπό την διεύρυνση της κοινωνικότητας τους, επίλυση θεμάτων και ερωτημάτων που είναι πιθανών να έχουν προκύψει και ανταλλαγή απόψεων πάνω σε θέματα που θέτουν οι ίδιοι.

3) Κοινωνική Εργασία με κοινότητα (Κ.Ε.Κ.):

Στην κοινωνική εργασία με κοινότητα ο σκοπός του κοινωνικού λειτουργού είναι η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινότητας για το έργο του Κέντρου.

Παράλληλα, ο κοινωνικός λειτουργός είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στο ίδρυμα, την οικογένεια των εξυπηρετούμενων, κοινωνικών φορέων και υπηρεσιών με κέντρο το άτομο και τις αναπηρία του. Επιπροσθέτως ο κοινωνικός λειτουργός είναι αρμόδιος για τις αιτήσεις και την εξέταση τους από την διεπιστημονική ομάδα, στην οποία είναι ενεργό μέλος.

Ο κοινωνικός λειτουργός παρακολουθεί στενά την λειτουργία της οικογένειας καθώς και την αλληλεπίδραση της οικογένειας με την κοινότητα. Αναλαμβάνει την επαφή της ομάδας με θεραπευτικά κέντρα και φορείς της κοινότητας. Είναι υπεύθυνος για τις παραπομπές, τόσο των μελών του ιδρύματος όσο και των ατόμων εκτός ιδρύματος, σε κάποιο άλλο παιδαγωγικό ή θεραπευτικό κέντρο. Οργανώνει και συμμετέχει, σε συναντήσεις με οικογένειες και εκπαιδευτικές εκδρομές των ατόμων με αναπηρία. Εκτός από τις παραπάνω ενότητες ο ρόλος της κοινωνικής υπηρεσίας είναι πολύ – επίπεδος, πολυδιάστατος και έχει αρκετές παραμέτρους.

Έπειτα παρατίθενται κάποιες ακόμη αρμοδιότητες που καλείται να επιτελέσει ο κοινωνικός λειτουργός. Μια από αυτές είναι η πρώτη επικοινωνία με τους γονείς των

ατόμων που ενδιαφέρονται για την εγγραφή του ατόμου τους στις δομές του εκάστοτε ιδρύματος. Επίσης πραγματοποιείται συντονιστική εργασία για την εισαγωγή του σε πλαίσιο του φορέα, κλείσιμο ραντεβού, σύνταξη του φύλλου ιστορικού πρώτης εκτίμησης, στο οποίο καταγράφονται πληροφορίες για τα μέλη της οικογένειας, την γέννηση και την πορεία εξέλιξης του ατόμου. Γίνεται ενημέρωση των γονιών σχετικά με την αξιολόγηση και την εισαγωγή ή όχι του παιδιού τους σε κάποιο από τα εκπαιδευτικά πλαίσια καθώς και τους λόγους που επεξηγούν την απόφαση. Η απόφαση λαμβάνεται από την ιατροπαιδαγωγική ομάδα της οποίας ο κοινωνικός λειτουργός είναι μέλος. Ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με κυβερνητικούς και μη φορείς, οργανώσεις και συνδέσμους, για προώθηση και υποστήριξη του έργου του εκάστοτε ιδρύματος. Συνεργάζεται με κοινωνικούς λειτουργούς για την προάσπιση των δικαιωμάτων της αξιοπρεπούς ζωής όλων των εξυπηρετούμενων και με τη διεπιστημονική ομάδα του ιδρύματος (θέματα που αφορούν τον εξυπηρετούμενο, προβλήματα που προκύπτουν). Οργανώνει επισκέψεις σε άλλα ιδρύματα με στόχο να γίνει ενημέρωση για την λειτουργία του εκάστοτε ιδρύματος καθώς και στους κοινωνικούς λειτουργούς του ιδρύματος κοινωνικής ασφάλισης ή του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ι.Κ.Α.– Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) για την κατάθεση των εισιτηρίων των ασφαλισμένων ατόμων με αναπηρία στον παραπάνω ασφαλιστικό φορέα. Εποπτεύει άτομα που απασχολούνται σε διάφορα εργασιακά τμήματα του ιδρύματος και αναφορά στην διεύθυνση της πορείας τους. Συμπληρώνει το κοινωνικό ιστορικό των εξυπηρετούμενων.

(<http://www.ameagreek.gr/silogoi/item/13%CE%B9%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%80%CE%B1%CE%BC%CE%BC%CE%B1%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%83> 6/6/2012)

Ως συνέχεια των παραπάνω πληροφοριών στο ακόλουθο κεφάλαιο παρουσιάζεται και αναλύεται η έρευνα που πραγματοποιήθηκε με σκοπό την διεύρυνση των γνώσεών μας στην λειτουργικότητα των εναλλακτικών θεραπειών και στα αποτελέσματα της εφαρμογής αυτών. Αρχικά παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας και έπειτα τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματά της.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Ο ρόλος κοινωνικού λειτουργού σε κέντρα για άτομα με αναπηρία είναι αρχικά η κοινωνική εργασία με άτομα δηλαδή η διερεύνηση των αναγκών τους και παροχή συμβουλευτικής βοήθειας μέσω ατομικών συνεδριών. Στην συνέχεια η κοινωνική εργασία με ομάδες, όπου γίνεται πραγματοποίηση συνεδριών με ομάδες με σκοπό την διεύρυνση της κοινωνικότητας τους, την επίλυση θεμάτων και ερωτημάτων και την ανταλλαγή απόψεων. Τέλος η κοινωνική εργασία με κοινότητα, στη οποία ο κοινωνικός λειτουργός ενημερώνει και ευαισθητοποιεί την τοπική κοινότητα για τα άτομα με αναπηρία. Μερικά χαρακτηριστικά ενός θεραπευτή με προσόντα είναι να είναι καλός ακροατής, να έχει ενσυναίσθηση, υπομονή, ευστροφία, να βάζει όρια, να είναι υπεύθυνος, θετικός και να έχει ευστροφία.

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Αντικείμενο της έρευνας

Η έρευνα αφορά τις στάσεις των κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων εργαζομένων σε κέντρα Θεραπείας & Αποκατάστασης για άτομα με αναπηρία στην Πάτρα σχετικά με τις εναλλακτικές θεραπείες.

5.2 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η διερεύνηση της γνώσης, της συμπεριφοράς και της άποψης των κοινωνικών λειτουργών και των ψυχολόγων, οι οποίοι εργάζονται σε κέντρα που προσφέρουν υπηρεσίες σε άτομα με αναπηρία, απέναντι στις εναλλακτικές θεραπείες. Παράλληλα, να ερευνηθεί και να διαπιστωθεί αν πραγματοποιούνται εναλλακτικές θεραπείες στην πόλη της Πάτρας.

Ειδικότερα, στόχοι της έρευνας να αποτελούν οι παρακάτω:

1. Να διερευνηθεί αν γίνεται χρήση εναλλακτικών θεραπειών στα κέντρα Θεραπείας & Αποκατάστασης που εξυπηρετούνται Α.μεΑ. στην πόλη της Πάτρας.
2. Να περιγραφούν τα συναισθήματα και η δεκτικότητα των εναλλακτικών θεραπειών από τα Α.μεΑ.
3. Να συγκεντρωθούν οι απόψεις των επαγγελματιών για την αποτελεσματικότητα των θεραπειών.
4. Να καταγραφεί ποιες ειδικότητες επαγγελματιών εφαρμόζουν τις εναλλακτικές θεραπείες στα κέντρα Θεραπείας & Αποκατάστασης Α.μεΑ.
5. Να κριθεί η αποτελεσματικότητα των εναλλακτικών θεραπειών στα κέντρα Θεραπείας & Αποκατάστασης για Α.μεΑ. στην Πάτρα.

5.3 Σημαντικότητα έρευνας

Το γνωστικό αντικείμενο της έρευνάς μας κρίνεται ότι δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, το θέμα της έρευνας είναι επίκαιρο και καινοτόμο. Προκύπτει από την ανάγκη των επαγγελματιών - θεραπευτών να ανακαλύψουν και εξελίξουν εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις για την βελτίωση των δεξιοτήτων των ατόμων με αναπηρία.

5.4 Είδος της έρευνας

Επιλέχθηκε να πραγματοποιηθεί μία ποιοτική έρευνα. Η ποιοτική έρευνα και ειδικότερα οι ποιοτικές μεθοδολογίες αποτελούν ένα από τα πολύ σημαντικά μεθοδολογικά και ερευνητικά εργαλεία στις κοινωνικές επιστήμες. Τα κύρια ζητήματα που έχουν σχέση με την ποιοτική μεθοδολογία είναι η ερευνητική και μεθοδολογική προσέγγιση, το ερευνητικό πρόβλημα, η θεωρητική αφετηρία του ερευνητή και τα

συγκεκριμένα μεθοδολογικά εργαλεία άντλησης γνώσης από το ερευνητικό πεδίο. Η ποιοτική έρευνα εφαρμόζεται όταν ο στόχος είναι η αποκάλυψη σχέσεων ή συσχετίσεων ανάμεσα σε κοινωνικά υποκείμενα και κοινωνικές ομάδες, η περιγραφή, η ανάλυση, η ερμηνεία και κατανόηση κοινωνικών φαινομένων, η διατύπωση υποθέσεων ή θεωρητικών θέσεων για την κοινωνία.

«Το κύριο χαρακτηριστικό της ποιοτικής έρευνας είναι ότι βασίζεται σε συγκριτικά μικρότερο αριθμό περιπτώσεων με στόχο όχι την ανακάλυψη γενικών τάσεων αλλά την διαμόρφωση ολικής εικόνας για κάθε περίπτωση και την ανεύρεση των κοινών τους στοιχείων (Κυριαζή Ν., 2009).»

5.5 Δεοντολογία

Σύμφωνα με την δεοντολογία της κοινωνικής έρευνας, οι συνεντευξιαζόμενοι συμμετείχαν εν γνώσει τους και συνειδητά στην διεξαγωγή της έρευνας. Η συναίνεση εξασφαλίστηκε κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας και καθορισμό ραντεβού.

Η συμμετοχή του δείγματος ήταν εθελοντική και υπήρξε συνειδητή συναίνεση και αυτοδιάθεση και εξασφαλίστηκε εκ των προτέρων η ανωνυμία τους καθώς στις συνεντεύξεις δεν αναφέρεται πουθενά το ονοματεπώνυμο των συνεντευξιαζόμενων και δεν έχουν κρατηθεί ονόματα, διευθύνσεις ή αρχεία ήχου που να αναφέρονται ονόματα. Με αυτόν τον τρόπο τα στοιχεία της ταυτότητάς τους κρατήθηκαν εμπιστευτικά.

5.6 Περιορισμοί της έρευνας

Η συγκεκριμένη έρευνα είναι ποιοτική και το συμμετέχον δείγμα επιλέχθηκε λόγω της ιδιότητας του με σκοπό τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με την γνώση και την εμπειρία του πάνω στο θέμα το οποίο ερευνάται. Συμπερασματικά το συγκεκριμένο δείγμα δεν χαρακτηρίζεται από την αντιπροσωπευτικότητα του πληθυσμού.

5.7 Αξιοπιστία – Εγκυρότητα

Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα είναι δύο βασικές προϋποθέσεις σε μια ερευνητική μελέτη. Δεν έχει αξία η έρευνα χωρίς τους παράγοντες αυτούς. Μέσω της ειλκρίνειας, της παρατήρησης και της εξατομίκευσης εξασφαλίστηκε η εγκυρότητα. Η εγκυρότητα στην συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη είναι περιγραφική, περιγράφεται δηλαδή αντικειμενικά και τεκμηριωμένα ότι έχει συμβεί και ειπωθεί ακόμα και αν επαναληφθεί. Την διάρκεια της συνέντευξης υπήρχε διαύγεια και του συνεντεύκτη αλλά και του συνεντευξιαζόμενου. Η αξιοπιστία εξασφαλίζεται από την συνέπεια και την σαφήνεια των απαντήσεων όπως επίσης δίνοντας βάση στο βιβλιογραφικό υπόβαθρο σχετικά με τις εναλλακτικές θεραπείες και στα ερευνητικά ερωτήματα.

Όπως, οι Guba και Lincoln (1989) , υποστηρίζουν ότι στην ποιοτική έρευνα πρέπει να αντικαταστήσουμε τις έννοιες που βρίσκονται γύρω από την εγκυρότητα, με την έννοια της αυθεντικότητας. Ο Maxwell, ακολουθώντας τον Mishler (1990), συνιστά ότι στην ποιοτική έρευνα ο όρος “κατανόηση” είναι περισσότερο δόκιμος από τον όρο “εγκυρότητα”. Όλοι οι ερευνητές αποτελούν μέρος του κόσμου που ερευνούνε και δεν μπορούνε να είναι πλήρως αντικειμενικοί για αυτόν, επομένως οι απόψεις των άλλων ανθρώπων είναι εξίσου έγκυρες με τις δικές τους και το μέλημα της ερευνητικής διαδικασίας είναι να αποκαλύψει αυτές ακριβώς τις απόψεις. Η εγκυρότητα, συνεπώς, αποδίδεται στις προσωπικές εξηγήσεις και όχι στα δεδομένα ή

στις μεθόδους, αυτό που έχει σημασία είναι το νόημα που το κάθε άτομο αποδίδει στα δεδομένα και τα συμπεράσματα που εξάγονται από αυτό. Η “πιστότητα” απαιτεί από τον ερευνητή να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο ειλικρινής απέναντι στον τρόπο με τον οποίο αυτοπαρουσιάζεται το ίδιο το άτομο που τίθεται υπό διερεύνηση.

Έχει επίσης υποστηριχτεί ότι, κατά τη συλλογή ποιοτικών δεδομένων, η εντατική προσωπική ανάμιξη και οι εις βάθος απαντήσεις των ατόμων που συμμετέχουν σε αυτήν, διασφαλίζουν ένα επαρκές επίπεδο εγκυρότητα και αξιοπιστίας. (Cohen L., Manion L., Morrison K., 2000)

5.8 Πληθυσμός

Πληθυσμός (population) ορίζεται ως το σύνολο ατόμων ή αντικειμένων το οποίο μας ενδιαφέρει να εξετάσουμε και να λάβουμε γνώση. Υπάρχουν παράγοντες που καθιστούν αδύνατη τη μελέτη όλου του πληθυσμού. Τέτοιοι παράγοντες είναι είτε οικονομικοί, είτε τεχνικοί, είτε τα χρονικά περιθώρια. (Χλουβεράκης Γ., 2002)

Ο πληθυσμός αποτελείται από ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται σε κέντρα για Άτομα με Αναπηρία.

5.9 Δείγμα

Δείγμα (sample) ορίζεται ως το υποσύνολο πληθυσμού το οποίο επιλέγουμε να εξετάσουμε για την αποφυγή των εμποδίων που θα συναντήσουμε στην μελέτη όλου του πληθυσμού. (Χλουβεράκης Γ., 2002)

Το δείγμα μας είναι δέκα (10) κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι που εργάζονται σε κέντρα Θεραπείας & Αποκατάστασης για Άτομα με Αναπηρία στην Πάτρα.

Τα χαρακτηριστικά του δείγματος ήταν:

- ✓ Ένας (1) άνδρας και εννέα (9) γυναίκες
- ✓ Οκτώ (8) κοινωνικοί λειτουργοί και δύο (2) ψυχολόγοι
- ✓ Όλοι επαγγελματίες σε κέντρα Θεραπείας & Αποκατάστασης για άτομα με αναπηρία στην Πάτρα
- ✓ Η ηλικία του ήταν από 26 έως 59 ετών

5.10 Μέθοδος Δειγματοληψίας

Η μέθοδος της δειγματοληψίας η οποία χρησιμοποιήθηκε είναι η βολική δειγματοληψία.

Βολική δειγματοληψία, επίσης ονομάζεται συμπτωματική ή ευκαιριακή, επειδή ο καθορισμός των ατόμων πραγματοποιείται με βάση τα άτομα που είναι εύκολα προσβάσιμα από τον ερευνητή. Το δείγμα δεν αντιπροσωπεύει τίποτα πέρα από τον εαυτό του. Σκοπός της βολικής δειγματοληψίας δεν είναι η γενίκευση των αποτελεσμάτων. (Cohen, Manion, Morrison, 2008)

5.11 Ερευνητικά εργαλεία

Το εργαλείο που επιλέχθηκε για την πραγματοποίηση της έρευνας μας είναι η προσωπική συνέντευξη. Η προσωπική συνέντευξη ορίζεται ως «μία ανταλλαγή απόψεων μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων για ένα θέμα κοινού ενδιαφέροντος με στόχο την παραγωγή γνώσης (Cohen, Manion, Morrison, 2008).»

Επομένως η προσωπική συνέντευξη δεν μπορεί να θεωρηθεί ούτε αντικειμενική ούτε υποκειμενική, αλλά διυποκειμενική. Η προσωπική συνέντευξη ως εργαλείο έρευνας δίνει την δυνατότητα στα άτομα (συνεντεύκτες ή συνεντευξιαζόμενοι) να ανταλλάξουν απόψεις και ερμηνείες για το σύγχρονο περιβάλλον και την κοινωνία στην οποία ζουν και να μοιραστούν τα μέσα με τα οποία αντιμετωπίζουν ποικίλες καταστάσεις μέσα από την δική τους ματιά.

«Ο Kitwood (1977) με σαφήνεια αντιπαραθέτει τρεις αντιλήψεις. Η πρώτη αντίληψη είναι εκείνη που θεωρεί τη συνέντευξη ένα δυνητικό μέσο μετάδοσης πληροφοριών. Μία δεύτερη αντίληψη για την συνέντευξη είναι εκείνη της συναλλαγής στην οποία αναπόφευκτα υπάρχουν προκαταλήψεις που πρέπει να αναγνωριστούν και να ελεγχθούν. Σύμφωνα με αυτή την άποψη ο Kitwood εξηγεί ότι κάθε συμμετέχων σε μία συνέντευξη θα ορίσει την κατάσταση με ιδιαίτερο τρόπο. Αυτό το γεγονός μπορεί κανείς να το χειριστεί καλύτερα εισάγοντας τρόπο έλεγχου στο σχεδιασμό της έρευνας. Η τρίτη αντίληψη για την συνέντευξη τη θεωρεί ως μία συνάντηση που αναγκαστικά μοιράζεται πολλά από τα χαρακτηριστικά της καθημερινής ζωής. Ο Kitwood ισχυρίζεται ότι αυτό που απαιτείται, σύμφωνα με αυτή την άποψη, δεν είναι μία τεχνική που έχει να κάνει με τις προκαταλήψεις, αλλά μία θεωρία της καθημερινής ζωής, η οποία παίρνει υπόψη τα χαρακτηριστικά των συνεντεύξεων (Cohen, Manion, Morrison, 2008).»

Συμπερασματικά, η επιλογή μας βασίζεται στο γεγονός ότι προσωπική συνέντευξη αποτελεί ένα πιο ανθρώπινο μέσο έρευνας και οδηγεί στη βαθύτερη διερεύνηση των θεμάτων που μας απασχολούν καθώς και τις συμπεριφορές και τα συναισθήματα των συνεντευξιαζόμενων.

Η συνέντευξη που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνα είναι η ημιδομημένη συνέντευξη, η οποία χρησιμοποιείται στην ποιοτική έρευνα. Ο συνεντεύκτης έχει μεγαλύτερη ευελιξία και ελευθερία να τροποποιήσει την συνέντευξη και την αλληλουχία των ερωτήσεων με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να κάνει προσθήκες ερωτήσεων χωρίς να αλλάζει το νόημα της διατύπωσης της ερώτησης. Επίσης μπορεί να παραλείψει κάποια ερώτηση εφόσον θεωρεί ότι έχει απαντηθεί νωρίτερα. Έγινε χρήση ανοιχτών ερωτήσεων γιατί είναι ευέλικτες και γίνονται εις βάθος. Επίσης, βοηθούν στην δημιουργία επαφής ανάμεσα στον συνεντεύκτη και τον συνεντευξιαζόμενο και δεν είναι αναμενόμενες ή προβλέψιμες. Ακόμα αναδεικνύουν την αλήθεια και ελέγχονται από τα όρια της γνώσης του συνεντευξιαζόμενου. Τέλος, έγινε χρήση άμεσων και έμμεσων ερωτήσεων.

Οι προσωπικές συνεντεύξεις έγιναν με την χρήση μαγνητοφώνου για καλύτερη απόδοση και σαφήνεια των απαντήσεων. Βέβαια, δόθηκε η επιλογή στους συνεντευξιαζόμενους να μην ηχογραφηθούν αν δεν το επιθυμούσαν.

5.12 Ερευνητικά ερωτήματα

1. Χρήση εναλλακτικών θεραπειών στα κέντρα.
2. Συναισθήματα και αποδοχή των εναλλακτικών θεραπειών από τα Α.μεΑ.
3. Απόψεις επαγγελματιών για την αποτελεσματικότητα των θεραπειών.
4. Αποδοχή των εναλλακτικών θεραπειών από τους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους.
5. Ποιες ειδικότητες επαγγελματιών εφαρμόζουν εναλλακτικές θεραπείες στα κέντρα.

5.13 Διεξαγωγή της έρευνας

Η διαδικασία της συλλογής των πληροφοριών που χρειάστηκαν για να ολοκληρωθεί αυτή η πτυχιακή εργασία ήταν δύσκολη και χρονοβόρα και συχνά προέκυπταν παράγοντες που δεν είχαμε λάβει υπόψιν μας. Η πρώτη φάση αποτέλεσε την βιβλιογραφική ανασκόπηση των εναλλακτικών θεραπειών σχετικά με τα Α.μεΑ, ενώ η δεύτερη φάση την εμπειρική διερεύνηση της χρήσης τους.

Όσον αφορά την βιβλιογραφία (ελληνική και ξένη) σε πολλά από τα θέματα ήταν ελλείψεις και αντιμετωπίσαμε δυσκολία στην πρόσβασή μας σε αυτή. Παράλληλα, σε κάποια από τα θέματα αντλήσαμε πληροφορίες από το διαδίκτυο.

Το ερευνητικό μας κομμάτι ξεκίνησε την Δευτέρα δυο (2) Ιουλίου και ολοκληρώθηκε την Κυριακή είκοσι δύο (22) Ιουλίου. Πρωτίστως, έγινε μία έρευνα σχετικά με τα κέντρα Θεραπείας & Αποκατάστασης, τα οποία ασχολούνται με Α.μεΑ. στην Πάτρα έτσι ώστε να γίνουν ξεκάθαρα σε εμάς ο πληθυσμός και το δείγμα.

Στη συνέχεια, υπήρξε επικοινωνία με τους φορείς με στόχο την ενημέρωση για τον σκοπό της έρευνας και τον καθορισμό ραντεβού. Σε αυτό το σημείο αντιμετωπίσαμε κάποια δυσκολία λόγω της εποχής που πραγματοποιήθηκε η έρευνα διότι ένα μέρος των επαγγελματιών είχαν καλοκαιρινή άδεια. Έπειτα από την τηλεφωνική επικοινωνία, πραγματοποιήθηκαν οι συναντήσεις.

5.14 Τόπος και Χρόνος

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα κέντρα Θεραπείας & Αποκατάστασης για άτομα με αναπηρία στην Πάτρα. Τα κέντρα παρουσιάζονται παρακάτω:

1. Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Α.μεΑ Πάτρας - Πολυδύναμο Κέντρο Πολιτών με Αναπηρία (Κ.Δ.Α.Π.μεΑ) «ΚΟΜΑΙΘΩ», Κανελλοπούλου 106
2. Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Α.μεΑ Πάτρας - Πολυδύναμο Κέντρο Πολιτών με Αναπηρία (Κ.Δ.Α.Π.μεΑ) «ΚΟΜΑΙΘΩ», Θουκυδίδου 106
3. Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Α.μεΑ Πάτρας – «Μέριμνα» (Κ.Δ.Α.Π.μεΑ) Πέντε Πηγαδίων 17- Άλσος Γηροκομείου
4. Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών Πάτρας (Ε.Κ.Ψ.Υ.Κ.Ε.), Αθ. Διάκου 35
5. Σύλλογος για την Ψυχική Υγεία Πάτρας (ΣΟ.Ψ.Υ.), Σισίνη 6
6. Οικοτροφείο Ίρις, Παλαιά Εθνική Οδός Πατρών-Αθηνών 10
7. Σύλλογος Γονέων για την Εκπαίδευση, Επαγγελματική Κατάρτιση και Αποκατάσταση Ατόμων με Νοητική Υστέρηση «ΟΙ ΜΑΧΗΤΕΣ», Παπαδιαμαντοπούλου 17

Χρόνος:

Η έρευνα διήρκεσε τρεις (3) εβδομάδες.

Η κάθε συνέντευξη διήρκεσε από δέκα μέχρι τριανταπέντε (10-35) λεπτά ανάλογα με τον συνεντευξιαζόμενο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Αποτελέσματα έρευνας

Με σκοπό την συλλογή πληροφοριών σχετικά με το θέμα των εναλλακτικών θεραπειών για Α.μεΑ. διεξήχθη έρευνα στα κέντρα Θεραπείας & Αποκατάστασης για Α.μεΑ. της Πάτρας.

Αυτή η βιωματική διερεύνηση του θέματος ήταν μία πολύ ενδιαφέρουσα διαδικασία η οποία ανέδειξε πολύ ενδιαφέρουσες πτυχές του θέματος.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 10 επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι και το σημαντικότερο ήταν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συνεντευξιζόμενων είχε πολλές γνώσεις γύρω από το θέμα. Ακολουθεί μια πιο αναλυτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Οι ερωτήσεις 1 έως 4 αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία των συνεντευξιζόμενων, το φύλο, την ηλικία, το κέντρο εργασίας και την ειδικότητα. Από τις 10 συνεντεύξεις οι εννέα (9) ανήκουν σε γυναίκες και μόνο μία σε άντρα, οι ηλικίες των ερωτηθέντων κινούνται ανάμεσα στα είκοσι έξι (26) και τα πενήντα εννέα (59) και τα κέντρα εργασίας εξυπηρετούν Α.μεΑ.. Οι οχτώ (8) από τους συνεντευξιζόμενους είναι κοινωνικοί λειτουργοί, ενώ οι δύο (2) ψυχολόγοι. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι 1 ψυχολόγος έχει ειδικευση στην παιδοψυχολογία.

5.Γνωρίζετε για την ύπαρξη εναλλακτικών θεραπειών;

Σύμφωνα με την ερώτηση 5 το σύνολο των ερωτηθέντων γνωρίζει για την ύπαρξη εναλλακτικών θεραπειών.

6.Ποιες εναλλακτικές θεραπείες γνωρίζετε;

Περνώντας στην ερώτηση 6 οι απαντήσεις των ερωτηθέντων κάλυψαν σχεδόν όλες τις θεραπείες που έχουμε ερευνήσει (Δραματοθεραπεία, Μουσικοθεραπεία, Χοροθεραπεία, Παιγνιοθεραπεία, Εικαστική θεραπεία, Ζωοθεραπεία). Η θεραπεία η οποία αναφέρθηκε μόνο σε μία συνέντευξη ήταν η υδροθεραπεία. Παράλληλα σε αυτό το σημείο αναφέρθηκαν και κάποιες θεραπείες εναλλακτικής ιατρικής, όπως ο βελονισμός, το Ρέικι, η αρωματοθεραπεία, η βοτανοθεραπεία και άλλες.

7. Θεωρείτε ότι εναλλακτικές θεραπείες μπορούν να έχουν εφαρμογή σε άτομα με αναπηρία;

Στην 7 ερώτηση το σύνολο των ερωτηθέντων απάντησε θετικά, μάλιστα εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι οι θετικές απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση δινόταν με μεγάλο ενθουσιασμό από όλους τους συνεντευξιζόμενους. Σε μία από τις περιπτώσεις η ερωτηθείσα τεκμηρίωσε την απάντηση της με ένα σεμινάριο που είχε η ίδια παρακολουθήσει. Σημαντικό σε αυτό το σημείο είναι να τονιστούν οι 2 συνεντεύξεις του Σ.Ο.Ψ.Υ. όπου τονίστηκε η πρωτεύουσα σημασία της φαρμακευτικής αγωγής.

- ✓ *«Μπορούν να έχουν εφαρμογή αλλά όχι σε αποκατάσταση της βασικής θεραπείας που για τους ψυχικά ασθενείς είναι τα φάρμακα και όσα λέει ο γιατρός τους».*

- ✓ «Εδώ πρέπει να δώσουμε ιδιαίτερη προσοχή στο τι εννοούμε θεραπεία. Στο συγκεκριμένο πλαίσιο που ασχολείται με άτομα με ψυχικές ασθένειες, μάλιστα σοβαρές. Πρέπει να δώσουμε ιδιαίτερη προσοχή στην φαρμακευτική αγωγή και στις οδηγίες που δίνει ο γιατρός για την πάθηση που έχει το άτομο. Είναι ένα πολύ ευαίσθητο κομμάτι και θέλει ιδιαίτερη προσοχή όταν μιλάμε για εναλλακτικές θεραπείες. Στην ουσία δεν πρέπει η εναλλακτική θεραπεία να αντικαθιστά την φαρμακευτική αγωγή. Δεν πρέπει δηλαδή να σταματήσουν να παίρνουν τα φάρμακά τους και να ξεκινήσουν την μουσικοθεραπεία ή να παίρνουν βότανα γιατί γενικά ακούγεται στις μέρες μας. Σαν θεραπείες πρέπει να είναι συνοδευτικές και να βοηθούν στην βελτίωση των δεξιοτήτων τους».

8.Αν ναι, σε ποιους τομείς πιστεύετε ότι επιδρούν θετικά;

Στην συνέχεια οι απαντήσεις που λάβαμε στην ερώτηση 8 ήταν ποικίλες και μας έδωσαν πολύ ενδιαφέρουσες πληροφορίες για την θετική επίδραση των θεραπειών.

- ✓ «Ένας ασθενής με ψυχική νόσο κάποιες φορές μπορεί να χάσει ένα κομμάτι του εαυτού του και μέσα από αυτές τις δραστηριότητες μαθαίνει να συνεργάζεται πάλι από την αρχή κατά κάποιον τρόπο ξαναθυμάται κάποια πράγματα και αυξάνεται η λειτουργικότητα του».
- ✓ «Στην βελτίωση των ικανοτήτων, στην ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ τους, στην εκμάθηση ικανοτήτων, στην αποφόρτιση, στην ρύθμιση συμπεριφοράς και στην εκδήλωση των συναισθημάτων τους».
- ✓ «Στην κίνηση, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων, στην συναισθηματική ανάπτυξη, στην κοινωνικοποίηση, στην ανάπτυξη γνωστικών λειτουργιών και την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και της λειτουργικότητας τους».

9.Αν όχι, ποιοι πιστεύεται ότι είναι οι λόγοι που δεν μπορούν;

Η ερώτηση 9 αφορούσε την αρνητική απάντηση της ερώτησης 7 και εφόσον κανένας δεν απάντησε αρνητικά δεν πραγματοποιήθηκε αυτή η ερώτηση.

10.Στο κέντρο σας γίνεται χρήση εναλλακτικής θεραπείας, αν ναι ποια; Ποιος επαγγελματίας εποπτεύεται της θεραπείας;

Η ερώτηση 10 αφορά την χρήση των εναλλακτικών θεραπειών στα κέντρα εργασίας των συνεντευξιζόμενων, την ποικιλία τους και την ειδικότητα του εργαζόμενου που την εποπτεύεται. Σε αυτή την ερώτηση 2 απάντησαν αρνητικά, οι περισσότερες απαντήσεις τόνιζαν ότι λειτουργούν τμήματα δημιουργικής απασχόλησης αλλά όχι οι θεραπείες αυτές καθαυτές, καθώς υπήρξαν και 2 θετικές απαντήσεις. Οι θετικές απαντήσεις ήταν της κοινωνικής λειτουργού και της ψυχολόγου του Κ.Δ.Α.Π.μεΑ. της ΜΕΡΙΜΝΑΣ όπου πραγματοποιείται μουσικοθεραπεία από ειδικευμένη μουσικοθεραπεύτρια και εποπτεύεται από την ψυχολόγο.

- ✓ «Δεν είναι καθαρά εναλλακτικές θεραπείες γίνονται κάποιες ομάδες με βάση την μουσική μας πούμε, δεν είναι θεραπείες όμως, είναι για παράδειγμα η θεατρική ομάδα αλλά δεν μπορείς να τις πεις θεραπευτικές, γιατί αυτοί που τις κάνουν δεν είναι θεραπευτές αλλά συνεργάζονται με εθελοντές ψυχολόγους ή κοινωνικούς λειτουργούς. Οι ομάδες λειτουργούν περισσότερο σαν δημιουργική απασχόληση».
- ✓ «Μουσικοθεραπεία και την κάνει μουσικοθεραπευτής και την εποπτεύω εγώ».

11. Αν όχι, πιστεύετε ότι είναι χρήσιμο να πραγματοποιηθεί;

Η ερώτηση 11 αφορούσε όσους απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση 10. Οι 2 ερωτώμενοι που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση 10, απάντησαν θετικά στην ερώτηση 11.

12. Κάνατε χρήση κάποιας εναλλακτικής θεραπείας στο παρελθόν; Αν ναι για ποιο λόγο διακόπηκε;

Περνώντας στην ερώτηση 12 που αφορούσε την πιθανή λειτουργία κάποιας εναλλακτικής θεραπευτικής ομάδας στο παρελθόν το σύνολο των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά.

13. Ποια η συμπεριφορά των εκπαιδευομένων απέναντι στις θεραπείες αυτές;

Η ερώτηση 13 αφορούσε την συμπεριφορά των εκπαιδευομένων απέναντι στις εναλλακτικές θεραπείες. Οι απαντήσεις μας έδειξαν ότι οι εκπαιδευόμενοι στο σύνολο τους έχουν θετική συμπεριφορά απέναντι στις θεραπείες.

- ✓ *«Τα παιδιά τις παίρνουν άλλοτε δεκτικά και αποφορτίζονται από έντονα συναισθήματα και εκφράζονται με δάκρυα και με συγκίνηση όταν κάποιο πρόβλημα τους απασχολεί. Άλλοτε δείχνουν υπερβολική χαρά και το βλέπουν ως διασκέδαση και ψυχαγωγία».*
- ✓ *«Τα συναισθήματά τους είναι θετικά, τους αρέσει και επιζητούν συνέχεια την ενασχόληση με αυτές».*
- ✓ *«Νομίζω επειδή είναι κάτι πρωτόγνωρο όπως και για εμάς όταν περνούμε μέρος σαν μέλη σε αυτή την θεραπεία. Τα παιδιά ενθουσιάζονται, είναι κάτι που φεύγει από τα τετριμμένα συναισθήματα και όσο εξιτάρει τον ενθουσιασμό τους και την περιέργειά τους είναι και πιο αποδοτικά».*

14. Ποια, κατά τη γνώμη σας, είναι τα συναισθήματα των εκπαιδευομένων μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών;

Η επόμενη ερώτηση, αφορά τα συναισθήματα των εκπαιδευομένων. Όλοι οι ερωτώμενοι απάντησαν με ενθουσιασμό, ότι οι εναλλακτικές θεραπείες δημιουργούν πολλά θετικά συναισθήματα στους εκπαιδευομένους και μέσω αυτών η έκφρασή τους γίνεται πιο εύκολα.

- ✓ *«Τα παιδιά είναι ευχαριστημένα. Νοιώθουν γαλήνη και ηρεμία, χαρά και ευχαρίστηση. Ακόμα συγκινούνται και λυπούνται όταν τελειώνουν. Μαθαίνουν να έχουν ομαδικό πνεύμα και κανόνες συμπεριφοράς».*
- ✓ *«Η επίδραση τους είναι θετική έχουν αρχίσει να συνεργάζονται, είναι πρωταρχικό στοιχείο αυτό παίρνουν πρωτοβουλίες μόνοι τους, έχουνε κάνει θεατρικό και έχουν παίξει σε παράσταση κανονικά έξω, μουσική ας πούμε έχουνε κάνει συναυλία κανονική ας πούμε, υπάρχει άμεσα συνεργασία μαζί τους και τους βλέπεις ότι το θέλουν το ζητάνε είναι θετικοί».*

15. Πιστεύετε ότι η χρήση των εναλλακτικών θεραπειών μπορεί να έχει αποτέλεσμα σε ΑμεΑ; Αν ναι ποια, αν όχι γιατί;

Στην ερώτηση 15 αξίζει να σημειωθεί ότι όλοι οι επαγγελματίες θεωρούν ότι οι εναλλακτικές θεραπείες μπορούν να έχουν αποτελέσματα σε Α.μεΑ. Η γαλήνη και η ηρεμία ήταν εκείνα που αναφέρθηκαν περισσότερο, όπως και η ομαδικότητα, η συνεργασία, η βελτίωση της λειτουργικότητας, η οριοθέτηση, η έκφραση των συναισθημάτων και η αυτονομία.

16. Αν ναι, γίνονται ορατά τα αποτελέσματα μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών στο δικό σας κέντρο;

Θετική απάντηση πήραμε από σχεδόν όλους τους συνεντευξιαζόμενους και στην ερώτηση 16. Οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι γενικά βλέπουν τα αποτελέσματα των ομάδων που πραγματοποιούνται στα κέντρα εργασίας τους.

- ✓ «Ναι, μπορούν να έχουν αποτέλεσμα για παράδειγμα με την ομάδα μαγειρικής μαθαίνουν να μαγειρεύουν κανονικά και αυτό ίσως σημαίνει ότι είναι ικανοί να μείνουν μόνοι τους».
- ✓ «Ναι μερικές φορές είναι άμεσα τα αποτελέσματα ενώ σε άλλα παιδιά είναι πιο δύσκολο και χρειάζονται συνεχόμενες ή επαναλαμβανόμενες εναλλακτικές θεραπείες».

17. Ποια η άποψη των εκπαιδευτών και των άλλων εργαζομένων στο χώρο; Γίνονται οι θεραπείες αποδεκτές;

Στην ερώτηση 17 λάβαμε και θετικές και αρνητικές απαντήσεις. Σε κάποια από τα κέντρα το προσωπικό φαίνεται να συνεργάζεται και οι θεραπείες γίνονται απόλυτα αποδεκτές, ενώ σε κάποια άλλα οι θεραπείες παρεξηγούνται και το προσωπικό είναι αντίθετο.

- ✓ «Γενικά σε πολλούς εργασιακούς χώρους υπάρχουν αντιπαλότητες ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού. Όταν τα εργασιακά όρια δεν είναι καθορισμένα πολλές φορές δημιουργούνται κόντρες. Πολλές φορές μέλος του προσωπικού αν και ανειδίκευτο θεωρεί ότι μπορεί να κάνει την δουλειά του ειδικευμένου εργαζομένου. Θεωρεί εσφαλμένα ότι αν για παράδειγμα δώσει στον εκπαιδευόμενο ένα παιχνίδι για να παίξει κάνει την ίδια δουλειά με τον παιγνιοθεραπευτή ή τον εργοθεραπευτή. Αγνοώντας βέβαια την διαφορετικότητα του σκοπού της εκάστοτε επιστήμης».
- ✓ «Ναι είναι αποδεκτές, μάλιστα προτείνονται κάθε χρόνο και άλλες. Έχουμε και ομάδα λογοτεχνίας όπως και θεατρολογίας. Και συνεχώς σκεφτόμαστε καινούριες ιδέες όπως και με τον χορό και άλλες τέχνες. Από ότι βλέπω αποκτά ενδιαφέρον και από εθελοντές και από τα ίδια τα άτομα. Είμαστε ένας μικρός σύλλογος και λειτουργούμε κατά βάση με εθελοντές».

18. Ποια, κατά την άποψη σας, είναι η γνώμη των οικογενειών;

Η ερώτηση 18 αφορά την εικόνα που αντιλαμβάνονται οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι σχετικά με την άποψη των γονέων σχετικά με τις θεραπείες. Σε αυτή την ερώτηση οι απαντήσεις που λάβαμε ήταν ποικίλες. Οι γονείς γενικά είναι ευχαριστημένοι με ότι καινούργιο ασχολείται το άτομο, βέβαια αυτό εξαρτάται από την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο, βέβαια δεν αντιμετωπίζουν τις ομάδες σαν θεραπευτικές.

- ✓ «Υπάρχουν γονείς που φέρνουν τα παιδιά τους εδώ για να χαλαρώσουν κάποιες ώρες της ημέρας ενώ είναι κάποιοι άλλοι που πραγματικά ασχολούνται με το τι κάνουν τα παιδιά τους εδώ. Εγώ ερχόμενη εδώ θέλησα να δουλέψουμε ουσιαστικά με τα παιδιά και θέλησα συνεχώς να τους ενημερώνω και να τους ενοχλώ στο σπίτι τηλεφωνικώς για την πρόοδο και για τα προγράμματα που κάνουμε. Όλοι δείχνουν να είναι ευχαριστημένοι και τους αρέσουν οι δραστηριότητες που κάνουν εδώ τα παιδιά μας. Από εκεί και πέρα αυτοί που πραγματικά νοιάζονται για τα παιδιά τους είναι πολύ ευχαριστημένοι. Μάλιστα αναφέρουν ότι πηγαίνουν στο σπίτι πολύ χαρούμενα και τους αρέσει να έρχονται και να παρακολουθούν τις δραστηριότητες εδώ».
- ✓ «Δεν πιστεύουν πολύ στις εναλλακτικές θεραπείες, θα στηριχτούν μόνο σε αυτό που θα πει ο γιατρός .και αν παίρνει τα φάρμακά του. Δεν θα δώσει τεράστια βάση για το πώς τα πάει στην ομάδα μουσικής το παιδί του. Μερικές φορές βλέπουν βελτίωση όταν βλέπουν τα παιδιά τους στο θεατρικό, στην μουσική ή όταν τους βλέπουν να μαγειρεύουν κανονικά που δεν το έκαναν όταν ήταν πιο μικρά. Μέσα από αυτά βλέπουν ότι ωριμάζει η σκέψη τους. Μπορούν να εκτεθούν σε κάποιους τομείς και να τα καταφέρουν όπως κι εμείς. Εξαρτάται και κατά πόσο κουρασμένος είναι ο γονέας και να ασχοληθεί μαζί με το παιδί του».
- ✓ «Οι γονείς πιστεύουν πως μέχρι το δημοτικό και το γυμνάσιο τα παιδιά το προσπαθούν και ασχολούνται αρκετά. Βέβαια αυτό εξαρτάται από την ηλικία των γονέων και το μορφωτικό τους επίπεδο. Το θέατρο το επιθυμούν περισσότερο από τα υπόλοιπες ασχολίες τους».

19. Κατά τη γνώμη σας, το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να συμμετάσχει σε κάποια εναλλακτική θεραπεία;

Η ερώτηση 19 είναι ταυτόχρονα ερώτηση και πρόταση. Αφορά τις εναλλακτικές θεραπείες στις οποίες μπορούν να συμμετάσχουν και οι εξυπηρετούμενοι και οι γονείς τους. Η πλειοψηφία των απαντήσεων ήταν θετικές, όμως και σε αυτή την απάντηση τονίστηκε από κάποιους ερωτώμενους η ανάγκη ύπαρξης κάποιου ειδικού.

- ✓ «Ναι, σίγουρα κυρίως για τον αυτισμό. Αυτισμός λέμε ότι σημαίνει αυτός που είναι κλεισμένος στον εαυτό του δηλαδή είναι σε ένα κόσμο μόνος του χωρίς κοινωνικό περιβάλλον και φίλους. Πιστεύω πως αν ενδιαφέρονταν οι γονείς πιο πολύ αλλά και η κοινωνία και το κράτος, θα γίνονταν πιο ευρέως γνωστά τι θεραπείες θα μπορούσαν να ακολουθήσουν για τα παιδιά τους. Όχι πως θα γίνει καλά ένα αυτιστικό παιδί αλλά θα ήταν καλύτερο για το παιδί και για τους ίδιους τους γονείς. Θα έβλεπαν πως το παιδί θα μπορούσε να κάνει δημιουργικές δραστηριότητες και να ανακαλύψουν καλύτερα τον εαυτό των παιδιών. Επίσης πιστεύω θα «έπεφταν από τα σύννεφα» αν έβλεπαν τι ικανότητες έχει το παιδί τους μέσα από μια τέτοια θεραπεία. Και θα βοηθούσαν το παιδί γιατί έχει ανάγκη από προσοχή και να κάνει δραστηριότητες που δεν θα είναι μοναχικές. Είναι στο χέρι του γονέα από την αρχή που θα μάθει ότι το παιδί είναι αυτιστικό, να το μάθουν από νωρίς να κάνει δραστηριότητες με άλλα άτομα ώστε να ενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο».
- ✓ «Αν υπήρχε κάποιος ειδικός που να γνωρίζει αυτή τη μέθοδο πιστεύω δεν θα έλεγαν όχι, αυτή είναι η δική μου άποψη αλλά υπάρχει ένα ζήτημα ότι το άτομο που θα κάνει εδώ δραματοθεραπεία θα πρέπει για παράδειγμα να είναι καλά ενήμερο γιατί όταν κάνει δραματοθεραπεία, επειδή αναδύονται πολλά θέματα.

Για παράδειγμα τα πιο πολλά άτομα εδώ έχουν ψυχωσική συνδρομή, κάποια άλλα έχουν ακουστικές ψευδαισθήσεις και θα πρέπει να ξέρεις πολύ καλά να χειρίζεσαι και αυτό. Αν ένα άτομο θα μπορούσε να χειριστεί και αυτό πιστεύω θα μπορούσαν να γίνουν πολλά πράγματα».

20. Αν ναι σε ποια και ποια είναι τα αποτελέσματα στο οικογενειακό περιβάλλον;

Σαν συνέχεια της ερώτησης 19, η ερώτηση 20 αφορούσε την καταλληλότερη εναλλακτική θεραπεία για να πραγματοποιηθεί με την οικογένεια και τους εξυπηρετούμενους και τα πιθανά αποτελέσματα.

- ✓ *«Θα μπορούσε να λειτουργήσει ψυχοθεραπευτικά και θα βελτιώνονταν η κατάσταση του ασθενή. Και θα υπήρχε και η αποδοχή και από την οικογένεια».*
- ✓ *«Δεν ξέρω ποια μπορεί να είναι κατάλληλη για την οικογένεια αλλά πιστεύω όταν κάποιος θέλει να συμμετέχει σε κάτι θα έχει οφέλη από αυτό. Τώρα ποια είναι η καταλληλότερη και τι θα μπορούσε να κάνει ο καθένας εξαρτάται και από το άτομο και τι θα εφαρμόσεις στο άτομο αυτό».*

21. Ποιος πιστεύετε είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη χρήση των θεραπειών αυτών;

Τέλος, η τελευταία ερώτηση αφορούσε το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών. Η ερώτηση αυτή τέθηκε μόνο στους κοινωνικούς λειτουργούς.

- ✓ *«Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού αρχικά είναι να ενημερώνεται για όσα περισσότερα μπορεί γιατί αποτελεί την γέφυρα ανάμεσα στους εξυπηρετούμενους και τις νέες τάσεις, εκτός αυτού σε όλες τις ομάδες δραστηριοτήτων που λειτουργούν εδώ οι εκπαιδευτές δεν έχουν ειδικευση πάνω στα άτομα με ψυχικές ασθένειες και δεν έχουν γνώση για το πως να χειριστούν μία κατάσταση κρίσης. Έτσι μέσα στις ομάδες θα ήταν καλό να υπάρχει κάποιος που να γνωρίζει πως να χειριστεί τέτοιες καταστάσεις. Ίσως οι κοινωνικοί λειτουργοί του σήμερα θα ήταν καλό να εκπαιδευτούν όσο καλύτερα μπορούν...».*
- ✓ *«Κατά κάποιο τρόπο θα πρέπει να εισάγει τα παιδιά σε αυτό το κομμάτι, να το αναλάβει εάν έχει τις γνώσεις και να το εποπτεύει. Να γνωρίζει τα συναισθήματα των παιδιών και να τα δουλεύει μαζί τους».*
- ✓ *«Βασική προϋπόθεση του ρόλου που έχει ο κοινωνικός λειτουργός στη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών είναι να συνεργάζεται με την οικογένεια και την δομή του κέντρου. Επίσης πρέπει να γνωρίζει το περιβάλλον της οικογένειας και να φροντίζει να ακολουθούν τις οδηγίες των ειδικών. Πρέπει να είναι ο συνδετικός κρίκος και προτείνει λύσεις. Επίσης να επικοινωνεί με τους γονείς και να ασχολείται με την κοινότητα και τους τοπικούς φορείς. Ακόμα όλα αυτά θα ήταν αδύνατα εάν δεν υπήρχε σεβασμός στους ειδικούς».*

6.2 Συμπεράσματα έρευνας

Στο προηγούμενο κεφάλαιο γίνεται εκτενής ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, η οποία διεξήχθη σε Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης με ΑμεΑ, στο Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, στον σύλλογο για την Ψυχική Υγεία και στο Οικοτροφείο Ίρις. Τα παραπάνω κέντρα και υπηρεσίες βρίσκονται στην περιοχή της Πάτρας. Στην πορεία θα παραθέσουμε τα συμπεράσματα της διεξαγωγής της έρευνας.

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα που τέθηκε είναι εάν γίνεται χρήση των εναλλακτικών θεραπειών στα κέντρα που επισκεφθήκαμε. Αρχικά λάβαμε δυο θετικές απαντήσεις από το Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών με Αναπηρία της ΜΕΡΙΜΝΑΣ, το οποίο αποτελεί ένα πρώτο δείγμα της εφαρμογής των εναλλακτικών θεραπειών. Η εναλλακτική θεραπεία που εφαρμόζεται στο κέντρο αυτό είναι η μουσικοθεραπεία. Έπειτα μας απάντησαν πως γίνεται προσπάθεια να εφαρμοστούν οι εναλλακτικές θεραπείες μέσα από ομάδες δημιουργικής απασχόλησης, στις οποίες ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει τον ρόλο του συντονιστή. Μέσω των απαντήσεων παρατηρήσαμε πως στα κέντρα λειτουργούν θεατρικές ομάδες και ομάδες ζωγραφικής. Τέλος, λάβαμε δυο αρνητικές απαντήσεις.

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε τα συναισθήματα και την αποδοχή των εναλλακτικών θεραπειών από τα άτομα με αναπηρία. Βέβαια η απάντηση σε αυτό το ερώτημα πάρθηκε από τους κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους και όχι από τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους. Μας είπαν πως είναι ενθουσιασμένοι και έχουν πολύ θετική επίδραση πάνω τους και μέσω των θεραπειών αυτών η έκφρασή τους γίνεται πιο εύκολη. Οι εξυπηρετούμενοι νιώθουν ευτυχία, γαλήνη, ηρεμία και γενικά έντονα συναισθήματα που κάνουν τους εξυπηρετούμενους να αποζητούν τις συνεδρίες ή τις ομάδες δημιουργικής απασχόλησης. Τέλος η κοινωνικότητα τους βελτιώνεται και αποκτούν σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας και παράλληλα βελτιώνεται η σχέση με την οικογένεια και τους θεραπευτές και το προσωπικό.

Το τρίτο ερευνητικό μας ερώτημα αφορά την άποψη των επαγγελματιών σχετικά με την αποτελεσματικότητα των θεραπειών. Το σύνολο των ερωτηθέντων απάντησαν ότι η εναλλακτική θεραπεία που χρησιμοποιούν ή η ομάδα δημιουργικής απασχόλησης που πραγματοποιείται έχει αποτελέσματα και αυτά φαίνονται μέρα με την μέρα πιο πολύ. Οι εξυπηρετούμενοι είναι πιο χαρούμενοι και ήρεμοι. Εκείνα που απαντήθηκαν περισσότερο, ήταν η ομαδικότητα, η συνεργασία, η βελτίωση της λειτουργικότητας, η οριοθέτηση, η έκφραση των συναισθημάτων και η αυτονομία.

Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε την αποδοχή των θεραπειών από τους επαγγελματίες. Σε γενικές γραμμές το σύνολο των ερωτηθέντων ήταν θετικοί απέναντι στις θεραπείες, κάποιοι από αυτούς έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια εναλλακτικών θεραπειών και υπήρξε μεγάλη αποδοχή και ενδιαφέρον. Βέβαια όλοι τόνισαν ότι οι εναλλακτικές θεραπείες αποφέρουν θετικά αποτελέσματα αλλά ποτέ δεν πρέπει να υπερκαλύπτουν τις θεραπείες με φάρμακα και τις θεραπευτικές συνεδρίες. Ενδεχομένως η θετική αυτή άποψη των επαγγελματιών να αποτελεί μία βάση για την έναρξη της χρήσης των θεραπειών στο εγγύς μέλλον.

Τέλος, το πέμπτο ερευνητικό μας ερώτημα αφορούσε τις ειδικότητες οι οποίες πραγματοποιούν τις εναλλακτικές θεραπείες. Υπάρχει ένα κέντρο που χρησιμοποιεί εναλλακτική θεραπεία. Σε αυτό πραγματοποιείται μουσικοθεραπεία από μουσικοθεραπευτή, η οποία εποπτεύεται από ψυχολόγο. Παράλληλα στα κέντρα όπου γίνονται ομάδες δημιουργικής απασχόλησης με στοιχεία θεραπευτικά στις περισσότερες περιπτώσεις συντονιστής είναι ο κοινωνικός λειτουργός, ο ψυχολόγος ή ο εργοθεραπευτής. Γενικά υπάρχει μεγάλη ανταπόκριση από εθελοντές, που συμμετέχουν ενεργά στις ομάδες δημιουργικής απασχόλησης.

Εν κατακλείδι, ο σκοπός και οι στόχοι της ερευνάς επετεύχθησαν και πήραμε απάντηση σε όλα τα ερευνητικά μας ερωτήματα. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε στην πορεία της ερευνάς μας δεν κατάφεραν να μας σταματήσουν. Τέτοιες δυσκολίες ήταν, βιβλιοθήκες με κακό ωράριο λειτουργίας και ελάχιστο υλικό, τα ειδικά σχολεία τα οποία ήταν κλειστά κατά τους μήνες που κάναμε την έρευνα, η χιλιομετρική απόσταση ανάμεσα μας και τα άσχημα οικονομικά μας, τα θέματα υγείας που προέκυψαν και η κακή συνεννόηση που πολλές φορές προκύπτει από την κούραση και τον φόρτο εργασίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Ø Ασημάκης, Π. (1999). Σύγχρονες ψυχοθεραπείες στην Ελλάδα - απο την θεωρεία στην εφαρμογή. Αθήνα: Ινστιτούτο Προσωπικής Ανάπτυξης.
- Ø Βεργέτη ,Α. (2009). Κοινωνική εργασία με οικογένειες σε κρίση. Αθήνα: Τόπος.
- Ø Cohen L., Manion L., Morrison K. (2008). Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Ø Corey, G. (2005). Θεωρεία και πρακτική της συμβουλευτικής και της ψυχοθεραπείας. Αθήνα: Έλλην.
- Ø Ward, D. (1990) Μουσικοθεραπεία. Αθήνα: Orpheus
- Ø Δημοπούλου – Λαγωνίκα, Μ. (2008). Μεθοδολογία κοινωνική εργασίας. Μοντέλα παρέμβασης από την ατομική στη γενική – ολιστική προσέγγιση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Ευδόκιμου – Παπαγεωργίου, Ρ. (1999). Δραματοθεραπεία – Μουσικοθεραπεία. Η παρέμβαση της τέχνης στην ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Jennings, S., Minde, A. (1996). Μάσκες της ψυχής, Εικαστικά και θέατρο στη θεραπεία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Καλύβα, Ε. (2005). Αυτισμός Εκπαιδευτικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Αθήνα: Παπαζήση.
- Ø Καρακώστας, Θ., Κυριάκος, Δ. Σ, (1998). Φυσική - Εισαγωγή στη Μηχανική. Θεσσαλονίκη: Ζήτη.
- Ø Κατσορίδου – Παπαδοπούλου, Χ. (2009). Κοινωνική εργασία με ομάδες. Μια μορφή προσέγγισης για συνεργασία και δράση. Αθήνα: Έλλην.
- Ø Κοφαχείλης, Ι. Σ. (1996). Η μουσικοθεραπεία στην αρχαία Ελλάδα - Αριστοτέλης και μουσικοθεραπεία και η σύγχρονη πορεία της επιστήμης - Τόμος Β'. Θεσσαλονίκη: Μαϊάνδρος.
- Ø Κυριαζή, Ν. (2009). Η Κοινωνιολογική έρευνα- Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Μάνος, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University studio press.
- Ø Mason, J. (2003). Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Μουσούρου, Λ. Μ. (2006). Κοινωνιολογία της σύγχρονης οικογένειας. Αθήνα: Gutenberg.
- Ø Μπίρτσας, Χ. (1990). Διδακτικά προγράμματα για παιδιά με «ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες». Αθήνα: Σμυρنيωτάκης.
- Ø Πολυχρονοπούλου, Σ. (2001). Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες. Σύγχρονες τάσεις εκπαίδευσης και ειδικής υποστήριξης. Αθήνα: Άτραπος.
- Ø Παπαϊωάννου, Κ. (2000). Παιδιά-γονείς, κοινωνικοί λειτουργοί. Αθήνα: Έλλην
- Ø Ποντίκης, Γ. (1989). Η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη αναπήρων οράσεως παιδιών και εφήβων. Αθήνα.
- Ø Πρίνου – Πολυχρονιάδου, Λ.(1989). Εισαγωγή στην μουσικοθεραπεία. Αθήνα: Θυμάρι.
- Ø Robson, C. (2007). Η έρευνα του πραγματικού κόσμου - Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές. Αθήνα: Gutenberg.
- Ø Schott- Billman, F. (1997). Όταν ο χορός θεραπεύει. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Ø Σταθόπουλος, Π. (2005). Κοινωνική πρόνοια. Ιστορική εξέλιξη-νέες κατευθύνσεις. Αθήνα: Παπαζήση.
- Ø Dalley, T., Case, C., Schaverien. (1995). Θεραπεία μέσω Τέχνης – Η Εικαστική Προσέγγιση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Χλουβεράκης, Γ. (2002). Εισαγωγή στη Στατιστική – Περιγραφικές μέθοδοι και εφαρμογές στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Ø Bates, A., Hanson, N. (1996). Aquatic Exercise Therapy. Philadelphia: W.B. Saunders Company Ruoti.
- Ø Cartwright, D Zander, A. (1970). Group dynamics: research and theory. London: Tavistock Publications.
- Ø Chandler, K. C. (2005). Animal Assisted Therapy in Counseling. New York: Routledge.
- Ø Dunphy, D. C. (1972). The primary Group: A handbook for analysis and field research. New York: Meredith Corporation.
- Ø Duffield, M.H. (1973). Exercise in Water. London: Bailliere, Tindall and Cassell.
- Ø Fine, H. A. (1999). Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice. Pomona. California: Academic Press.
- Ø Jennings, S. (1986). Dramatherapy and practice: A source book for clinicians. London: Winslow Press.
- Ø Morris, M.D., Cole, A.J. (1997). Aquatic Rehabilitation. Philadelphia: Lippincott
- Ø Scott, N. (2005). Special Needs Special Horses. Texas: University of North Texas Press.
- Ø Spink, J. (1993). Developmental Riding Therapy. Tucson: Therapy Skill Builders.
- Ø Steiner, H., Szilágyi, T. (2006). Effect of therapeutic riding on the coordination of movements of Down - Syndrome children. Journal of Computational and Applied Mechanic.

Διαδικτυακές Πηγές

- Ø <http://www.pasipka.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=RESOURCE&cresrc=300&cnode=48> Ημερομηνία εισόδου: (23/6/2012)
- Ø <http://www.noesi.gr/book/intervention/animaltherapy/dolphins> Ημερομηνία εισόδου: (23/6/2012)
- Ø <http://www.noesi.gr/book/intervention/animaltherapy/horses> Ημερομηνία εισόδου: (30/6/2012)
- Ø <http://pammakaristos.wordpress.com/%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%BF%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B1%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%B7-%CE%BF%CE%BC%CE%B1%CE%B4%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%BB%CE%B5%CE%B9%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CF%8C%CF%82/> Ημερομηνία εισόδου: 18.07.2012 Ωρα: 18:00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Σας ευχαριστούμε που επιθυμείτε να συμμετάσχετε σε μία συνέντευξη που εντάσσεται στο πλαίσιο της πτυχιακής μας. Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα παραμείνετε εντελώς ανώνυμος-η και δε θα κρατηθούν αντίγραφα της συνέντευξης που θα αναφέρεται το όνομα σας.

1. Φύλο: ΑΝΤΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ
2. Ηλικία:
3. Κέντρο εργασίας:
4. Ειδικότητα:
5. Γνωρίζετε για την ύπαρξη εναλλακτικών θεραπειών;
6. Ποιες εναλλακτικές θεραπείες γνωρίζεται;
7. Θεωρείτε ότι εναλλακτικές θεραπείες μπορούν να έχουν εφαρμογή σε άτομα με αναπηρία;
8. Αν ναι, σε ποιους τομείς πιστεύετε ότι επιδρούν θετικά;
9. Αν όχι, ποιοι πιστεύεται ότι είναι οι λόγοι που δεν μπορούν;
10. Στο κέντρο σας γίνεται χρήση εναλλακτικής θεραπείας, αν ναι ποια; Ποιος επαγγελματίας εποπτεύεται της θεραπείας;
11. Αν όχι, πιστεύετε ότι είναι χρήσιμο να πραγματοποιηθεί;
12. Κάνατε χρήση κάποιας εναλλακτικής θεραπείας στο παρελθόν; Αν ναι για ποιο λόγο διακόπηκε;
13. Ποια η συμπεριφορά των εκπαιδευομένων απέναντι στις θεραπείες αυτές;
14. Ποια, κατά τη γνώμη σας, είναι τα συναισθήματα των εκπαιδευομένων μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών;
15. Πιστεύετε ότι η χρήση των εναλλακτικών θεραπειών μπορεί να έχει αποτέλεσμα σε Α.μεΑ.; Αν ναι ποια, αν όχι γιατί;
16. Αν ναι, γίνονται ορατά τα αποτελέσματα μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών στο δικό σας κέντρο;

17. Ποια η άποψη των εκπαιδευτών και των άλλων εργαζομένων στο χώρο; Γίνονται οι θεραπείες αποδεκτές;

18. Ποια, κατά την άποψη σας, είναι η γνώμη των οικογενειών;

19. Κατά τη γνώμη σας, το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να συμμετάσχει σε κάποια εναλλακτική θεραπεία;

20. Αν ναι σε ποια και ποια είναι τα αποτελέσματα στο οικογενειακό περιβάλλον;

21. Ποιος πιστεύετε είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη χρήση των θεραπειών αυτών;

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ

1^η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Σας ευχαριστούμε που επιθυμείτε να συμμετάσχετε σε μία συνέντευξη που εντάσσεται στο πλαίσιο της πτυχιακής μας. Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα παραμείνετε εντελώς ανώνυμος-η και δε θα κρατηθούν αντίγραφα της συνέντευξης που θα αναφέρεται το όνομα σας.

1. Φύλο: ΑΝΤΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ ✓

2. Ηλικία:

40

3. Κέντρο εργασίας:

Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης με Α.μεΑ. (Κ.Δ.Α.Π.μεΑ), Θουκυδίδη 106

4. Ειδικότητα:

Κοινωνική Λειτουργός

5. Γνωρίζετε για την ύπαρξη εναλλακτικών θεραπειών;

Ναι

6. Ποιες εναλλακτικές θεραπείες γνωρίζετε;

Θεατρικό παιχνίδι, παιγνιοθεραπεία, μουσικοθεραπεία

7. Θεωρείτε ότι εναλλακτικές θεραπείες μπορούν να έχουν εφαρμογή σε άτομα με αναπηρία;

Ναι

8. Αν ναι, σε ποιους τομείς πιστεύετε ότι επιδρούν θετικά;

Στην βελτίωση των ικανοτήτων, στην ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ τους, στην εκμάθηση ικανοτήτων, στην αποφόρτιση, στην ρύθμιση συμπεριφοράς και στην εκδήλωση των συναισθημάτων τους.

9. Αν όχι, ποιοι πιστεύεται ότι είναι οι λόγοι που δεν μπορούν;

10. Στο κέντρο σας γίνεται χρήση εναλλακτικής θεραπείας, αν ναι ποια; Ποιος επαγγελματίας εποπτεύεται της θεραπείας;

Ναι υπάρχει θεατρική ομάδα στο κέντρο και πραγματοποιείται θεατρική παράσταση κάθε καλοκαίρι. Ακόμα γίνεται ανάγνωση παραμυθιών με δρώμενα. Οι επαγγελματίες που εποπτεύονται την θεατρική ομάδα είναι θεατρολόγος, ο ψυχολόγος και η εκπαιδεύτρια. Εφαρμόζουμε και την μουσικοθεραπεία όπου παίζουν παιχνίδια με μουσική όπως οι μουσικές καρέκλες. Αρέσει πολύ στα παιδιά και τα βοηθά να αποφορτιστούν και να ηρεμήσουν. Οι επαγγελματίες που αναλαμβάνουν την μουσικοθεραπεία στο κέντρο είναι ένας μουσικός, ο θεατρολόγος και η λογοθεραπεύτρια. Τέλος εφαρμόζεται η παιγνιοθεραπεία όπου τα παιδιά παίζουν ομαδικά παιχνίδια, κάνουν δρώμενα, παίζουν πάζλ, επιτραπέζια παιχνίδια προσπαθώντας να μάθουν την κυκλοφοριακή αγωγή πάντα με την καθοδήγηση του επόπτη.

11. Αν όχι, πιστεύετε ότι είναι χρήσιμο να πραγματοποιηθεί;

12. Κάνετε χρήση κάποιας εναλλακτικής θεραπείας στο παρελθόν; Αν ναι για ποιο λόγο διακόπηκε;

Πραγματοποιούνται στον χώρο μας εδώ και δέκα με δώδεκα χρόνια και έχουν γνώση οργάνωσης.

13. Ποια η συμπεριφορά των εκπαιδευομένων απέναντι στις θεραπείες αυτές;

Τα παιδιά τις παίρνουν άλλοτε δεκτικά και αποφορτίζονται από έντονα συναισθήματα και εκφράζονται με δάκρυα και με συγκίνηση όταν κάποιο πρόβλημα τους απασχολεί. Άλλοτε δείχνουν υπερβολική χαρά και το βλέπουν ως διασκέδαση και ψυχαγωγία.

14. Ποια, κατά τη γνώμη σας, είναι τα συναισθήματα των εκπαιδευομένων μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών;

Τα παιδιά είναι ευχαριστημένα. Νοιώθουν γαλήνη και ηρεμία, χαρά και ευχαρίστηση. Ακόμα συγκινούνται και λυπούνται όταν τελειώνουν. Μαθαίνουν να έχουν ομαδικό πνεύμα και κανόνες συμπεριφοράς.

15. Πιστεύετε ότι η χρήση των εναλλακτικών θεραπειών μπορεί να έχει αποτέλεσμα σε Α.μεΑ.; Αν ναι ποια, αν όχι γιατί;

Βέβαια! Αποτελέσματα όπως η ομαδικότητα, συνεργασία. Συνεργάζονται με σεβασμό και κατανόηση και εκφράζουν τα θετικά ή αρνητικά συναισθήματά τους και αποφορτίζουν την ένταση ενώ βελτιώνουν τις δεξιότητες και τις ικανότητές τους.

16. Αν ναι, γίνονται ορατά τα αποτελέσματα μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών στο δικό σας κέντρο;

Ναι μερικές φορές είναι άμεσα τα αποτελέσματα ενώ σε άλλα παιδιά είναι πιο δύσκολο και χρειάζονται συνεχόμενες ή επαναλαμβανόμενες εναλλακτικές θεραπείες.

17. Ποια η άποψη των εκπαιδευτών και των άλλων εργαζομένων στο χώρο; Γίνονται οι θεραπείες αποδεκτές;

Ναι εφόσον υπάρχει συνεργασία. Γίνονται συναντήσεις με όλους τους συναδέλφους για να γίνουν πιο αποτελεσματικοί. Προσαρμοζόμαστε ανάλογα με το επίπεδο των παιδιών.

18. Ποια, κατά την άποψη σας, είναι η γνώμη των οικογενειών;

Είναι πολύ ευχαριστημένες και υπάρχει αμοιβαία συνεργασία. Όταν το παιδί συναντάει μια δυσκολία βρίσκουμε τρόπο αντιμετώπισης για να υπάρχει αποτέλεσμα.

19. Κατά τη γνώμη σας, το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να συμμετάσχει σε κάποια εναλλακτική θεραπεία;

Ίσως μπορεί να συμμετάσχει στο σπίτι, τα παιδιά βελτιώνουν την ικανότητα να πηγαίνουν στο μπάνιο και την αυτοεξυπηρέτηση. Γίνεται ως παιχνίδι ώστε να φέρει ένα θετικό αποτέλεσμα.

20. Αν ναι σε ποια και ποια είναι τα αποτελέσματα στο οικογενειακό περιβάλλον;

Μέσω του θεατρικού παιχνιδιού οι γονείς βλέπουν στα παιδιά θετικά αποτελέσματα στο σπίτι με την σωστή καθοδήγηση του εκπαιδευτή.

21. Ποιος πιστεύετε είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη χρήση των θεραπειών αυτών;

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι πολύπλευρος. Παίρνει τον ρόλο του καθοδηγητή, του οργανωτή και του εμπνευστή. Είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στην οικογένεια, το παιδί και το προσωπικό. Υπάρχει αμοιβαία συνεργασία με τον ψυχολόγο και το προσωπικό ώστε να αντιμετωπίζουν προβλήματα. Οργανώνουν τις ομάδες θεραπειών.

2^η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Σας ευχαριστούμε που επιθυμείτε να συμμετάσχετε σε μία συνέντευξη που εντάσσεται στο πλαίσιο της πτυχιακής μας. Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα παραμείνετε εντελώς ανώνυμος-η και δε θα κρατηθούν αντίγραφα της συνέντευξης που θα αναφέρεται το όνομα σας.

1. Φύλο: ΑΝΤΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ✓

2. Ηλικία:

26

3. Κέντρο εργασίας:

Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης με Α.μεΑ. (Κ.Δ.Α.Π.με.Α) Πολυδύναμο Κανελλοπούλου 107

4. Ειδικότητα:

Κοινωνική λειτουργός

5. Γνωρίζετε για την ύπαρξη εναλλακτικών θεραπειών;

Ναι

6. Ποιες εναλλακτικές θεραπείες γνωρίζετε;

Μουσικοθεραπεία και ζωγραφική.

7. Θεωρείτε ότι εναλλακτικές θεραπείες μπορούν να έχουν εφαρμογή σε άτομα με αναπηρία;

Ναι βοηθάνε πάρα πολύ.

8. Αν ναι, σε ποιους τομείς πιστεύετε ότι επιδρούν θετικά;

Στο κέντρο μαθαίνουν να δρουν ομαδικά και όχι μεμονωμένα. Στο σπίτι έρχονται κοντά με τους γονείς και αναλαμβάνουν να κάνουν δουλειές στο σπίτι.

9. Αν όχι, ποιοι πιστεύεται ότι είναι οι λόγοι που δεν μπορούν;

10. Στο κέντρο σας γίνεται χρήση εναλλακτικής θεραπείας, αν ναι ποια; Ποιος επαγγελματίας εποπτεύεται της θεραπείας;

11. Αν όχι, πιστεύετε ότι είναι χρήσιμο να πραγματοποιηθεί;

Ναι.

12. Κάνατε χρήση κάποιας εναλλακτικής θεραπείας στο παρελθόν; Αν ναι για ποιο λόγο διακόπηκε;

Γίνονταν φυσικοθεραπείες και τις έκανε ο φυσικοθεραπευτής.

13. Ποια η συμπεριφορά των εκπαιδευομένων απέναντι στις θεραπείες αυτές;

Σε μεγάλο ποσοστό των παιδιών αρέσει και δρα θετικά. Είναι μια όμορφη διαδικασία και αναπτύσσεται δέσιμο με τους εκπαιδευτές.

14. Ποια, κατά τη γνώμη σας, είναι τα συναισθήματα των εκπαιδευομένων μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών;

Τα συναισθήματά τους είναι θετικά, τους αρέσει και επιζητούν συνέχεια την ενασχόληση με αυτές.

15. Πιστεύετε ότι η χρήση των εναλλακτικών θεραπειών μπορεί να έχει αποτέλεσμα σε Α.μεΑ.; Αν ναι ποια, αν όχι γιατί;

Αφήνονται ελεύθερα και τους αρέσει. Με την μουσική μαθαίνουν να λειτουργούν ομαδικά όταν είναι ο μουσικός και ασχολούνται με το πιάνο.

16. Αν ναι, γίνονται ορατά τα αποτελέσματα μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών στο δικό σας κέντρο;

Ναι.

17. Ποια η άποψη των εκπαιδευτών και των άλλων εργαζομένων στο χώρο; Γίνονται οι θεραπείες αποδεκτές;

Ναι.

18. Ποια, κατά την άποψη σας, είναι η γνώμη των οικογενειών;

Αρχικά γίνεται επικοινωνία με τους γονείς και εφόσον έχουν θετική άποψη γίνονται οι θεραπείες και φαίνονται τα αποτελέσματα.

19. Κατά τη γνώμη σας, το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να συμμετάσχει σε κάποια εναλλακτική θεραπεία;

20. Αν ναι σε ποια και ποια είναι τα αποτελέσματα στο οικογενειακό περιβάλλον;

Μέσω της ομάδας γονέων γίνονται τα αποτελέσματα ορατά αλλά δεν συμμετείχαν τα παιδιά.

21. Ποιος πιστεύετε είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη χρήση των θεραπειών αυτών;

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι συντονιστικός και να εποπτεύει τις θεραπείες. Επίσης να αναλαμβάνει και ατομικά τις συναντήσεις.

3^η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Σας ευχαριστούμε που επιθυμείτε να συμμετάσχετε σε μία συνέντευξη που εντάσσεται στο πλαίσιο της πτυχιακής μας. Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα παραμείνετε εντελώς ανώνυμος-η και δε θα κρατηθούν αντίγραφα της συνέντευξης που θα αναφέρεται το όνομα σας.

1. Φύλο: ΑΝΤΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ✓

2. Ηλικία:

49

3. Κέντρο εργασίας:

Μαχητές

4. Ειδικότητα:

Κοινωνική Λειτουργός

5. Γνωρίζετε για την ύπαρξη εναλλακτικών θεραπειών;

Ναι.

6. Ποιες εναλλακτικές θεραπείες γνωρίζετε;

Την δελφινοθεραπεία, την χοροθεραπεία, την μουσικοθεραπεία, το θεατρικό παιχνίδι

7. Θεωρείτε ότι εναλλακτικές θεραπείες μπορούν να έχουν εφαρμογή σε άτομα με αναπηρία;

Εννοείται.

8. Αν ναι, σε ποιους τομείς πιστεύετε ότι επιδρούν θετικά;

Επιδρούν θετικά νευρολογικά και συμπεριφορικά. Οριοθετούνται και εκτονώνονται, συγκεκριμένα στον αυτισμό υπάρχει αποφυγή των στερεοτυπιών και έχει θετική επίδραση στην εκπαιδευτική αγωγή.

9. Αν όχι, ποιοι πιστεύεται ότι είναι οι λόγοι που δεν μπορούν;

10. Στο κέντρο σας γίνεται χρήση εναλλακτικής θεραπείας, αν ναι ποια; Ποιος επαγγελματίας εποπτεύεται της θεραπείας;

Εφαρμόζεται η εικαστική θεραπεία και η χρήση Η/Υ. Επίσης λειτουργεί η εργοθεραπεία και την εποπτεύεται ψυχολόγος και εθελοντές που ασχολούνται με χορό.

11. Αν όχι, πιστεύετε ότι είναι χρήσιμο να πραγματοποιηθεί;

12. Κάνατε χρήση κάποιας εναλλακτικής θεραπείας στο παρελθόν; Αν ναι για ποιο λόγο διακόπηκε;

13. Ποια η συμπεριφορά των εκπαιδευομένων απέναντι στις θεραπείες αυτές;

Ανταποκρίνονται θετικά, έχουν ενεργή συμμετοχή ανάλογα με την περίπτωση βέβαια. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να υπάρχει προσπάθεια εκπαιδευομένων και επαγγελματιών.

14. Ποια, κατά τη γνώμη σας, είναι τα συναισθήματα των εκπαιδευομένων μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών;

Είναι χαρούμενα και ήρεμα μετά την χρήση των θεραπειών.

15. Πιστεύετε ότι η χρήση των εναλλακτικών θεραπειών μπορεί να έχει αποτέλεσμα σε Α.μεΑ.; Αν ναι ποια, αν όχι γιατί;

Δεν υπάρχουν ολοκληρωτικά αποτελέσματα αλλά βοηθάνε ως ένα σημείο.

16. Αν ναι, γίνονται ορατά τα αποτελέσματα μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών στο δικό σας κέντρο;

Ναι τα αποτελέσματα φαίνονται εμφανή στην συμπεριφορά

17. Ποια η άποψη των εκπαιδευτών και των άλλων εργαζομένων στο χώρο; Γίνονται οι θεραπείες αποδεκτές;

Γενικά σε πολλούς εργασιακούς χώρους υπάρχουν αντιπαλότητες ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού. Όταν τα εργασιακά όρια δεν είναι καθορισμένα πολλές φορές δημιουργούνται κόντρες. Πολλές φορές μέλος του προσωπικού αν και ανειδίκευτο θεωρεί ότι μπορεί να κάνει την δουλειά του ειδικευμένου εργαζομένου. Θεωρεί εσφαλμένα ότι αν για παράδειγμα δώσει στον εκπαιδευόμενο ένα παιχνίδι για να παίξει κάνει την ίδια δουλειά με τον παιγνιοθεραπευτή ή τον εργοθεραπευτή. Αγνοώντας βέβαια την διαφορετικότητα του σκοπού της εκάστοτε επιστήμης.

18. Ποια, κατά την άποψη σας, είναι η γνώμη των οικογενειών;

Ο γονείς πιστεύουν πως μέχρι το δημοτικό κα το γυμνάσιο τα παιδιά το προσπαθούν κα ασχολούνται αρκετά. Το θέατρο το επιθυμούν περισσότερο από τα υπόλοιπες ασχολίες τους.

19. Κατά τη γνώμη σας, το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να συμμετάσχει σε κάποια εναλλακτική θεραπεία;

Εξαρτάται από την ηλικία κα το μορφωτικό επίπεδο των γονέων. Όταν οι γονείς είναι πιο νέοι είναι πιο δεκτικοί στις εναλλακτικές θεραπείες.

20. Αν ναι σε ποια και ποια είναι τα αποτελέσματα στο οικογενειακό περιβάλλον;

Εξαρτάται από την ηλικία κα το μορφωτικό επίπεδο των γονέων.

21. Ποιος πιστεύετε είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη χρήση των θεραπειών αυτών;

Βασική προϋπόθεση του ρόλου που έχει ο κοινωνικός λειτουργός στη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών είναι να συνεργάζεται με την οικογένεια και την δομή του κέντρου. Επίσης πρέπει να γνωρίζει το περιβάλλον της οικογένειας και να φροντίζει να ακολουθούν τις οδηγίες των ειδικών. Πρέπει να είναι ο συνδεδετικός κρίκος και προτείνει λύσεις. Επίσης να επικοινωνεί με τους γονείς και να ασχολείται με την κοινότητα και τους τοπικούς φορείς. Ακόμα όλα αυτά θα ήταν αδύνατα εάν δεν υπήρχε σεβασμός στους ειδικούς.

4^η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Σας ευχαριστούμε που επιθυμείτε να συμμετάσχετε σε μία συνέντευξη που εντάσσεται στο πλαίσιο της πτυχιακής μας. Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα παραμείνετε εντελώς ανώνυμος-η και δε θα κρατηθούν αντίγραφα της συνέντευξης που θα αναφέρεται το όνομα σας.

1. Φύλο: ΑΝΤΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ✓

2. Ηλικία:

49

3. Κέντρο εργασίας:

Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών Πάτρας (Ε.Κ.Ψ.Υ.Κ.Ε Πάτρας)

4. Ειδικότητα:

Κοινωνική Λειτουργός

5. Γνωρίζετε για την ύπαρξη εναλλακτικών θεραπειών;

Ναι, βεβαίως.

6. Ποιες εναλλακτικές θεραπείες γνωρίζετε;

Την χοροθεραπεία, τη μουσικοθεραπεία, την δραματοθεραπεία και την παιγνιοθεραπεία.

7. Θεωρείτε ότι εναλλακτικές θεραπείες μπορούν να έχουν εφαρμογή σε άτομα με αναπηρία;

Από ότι είδα σε κάποιο σεμινάριο που ήμουν πρόσφατα, ναι πιστεύω ότι μπορούν.

8. Αν ναι, σε ποιους τομείς πιστεύετε ότι επιδρούν θετικά;

Βοηθούν τα άτομα να εκφράσουν συναίσθημα ειδικά όταν στην δραματοθεραπεία μπορούν μέσα από την αναπαράσταση ρόλου να βγάλουν όλα αυτά που αισθάνονται και δεν μπορούν να τα πουν. Να δουλέψουν πιο πολύ μέσα τους. Αυτή η έκθεση πιστεύω τους κάνει πάρα πολύ καλό από ότι είδα και στο σεμινάριο που ήμουν. Τους βοηθά πάρα πολύ σε σχέση με άλλες μεθόδους, οι οποίες είναι επίσης καλές αλλά εγώ από ότι είδα γιατί κάναμε κα βιωματικό έκανε πάρα πολύ καλό και σε εμάς που ήμασταν επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Αν και εγώ πιστεύω ότι κανείς δεν μπορεί να είναι ειδικός στην ανθρώπινη ψυχή. Οπότε είδα ότι ακόμα και σε εμάς λειτούργησε πολύ καλά ως ομάδα παρόλο που ήμασταν άγνωστα άτομα. Δεθήκαμε απίστευτα -αν λοιπόν αυτό κάνει καλό σε εμάς μπορεί να κάνει πολλά έστω και σε ατομική συνεδρία. Αν και πιστεύω πως είναι πιο κατάλληλη για ομαδική συνεδρία η δραματοθεραπεία, η μουσικοθεραπεία και η χοροθεραπεία. Κάναμε και παιγνιοθεραπεία, βέβαια δεν κάναμε βιωματικό. Βασικά θαύμασα το κουράγιο αυτής της γυναίκας, ήταν πολύ γελαστή, πολύ ευδιάθετη με αυτό που έκανε.

9. Αν όχι, ποιοι πιστεύεται ότι είναι οι λόγοι που δεν μπορούν;

10. Στο κέντρο σας γίνεται χρήση εναλλακτικής θεραπείας, αν ναι ποια; Ποιος επαγγελματίας εποπτεύεται της θεραπείας;

Το μόνο που μπορώ να πω ότι πλησιάζει αλλά δεν είναι βέβαια, είναι ότι ανεβάζουμε κάποιες θεατρικές παραστάσεις και λέω ανεβάζουμε γιατί εγώ είμαι υπεύθυνη για την θεατρική ομάδα, όπου γίνεται κάτι σαν έκθεση προς το κοινό. Το οποίο βέβαια βλέπω κι εγώ πως κάνει πάρα πολύ καλό σε όσους συμμετέχουν δηλαδή τα άτομα με ψυχικά προβλήματα είναι πως μετά το τέλος της παράστασης, ας πούμε και πριν υπάρχει ένα άγχος, υπάρχει μια ανάγκη τους να βγάλουν προς τα έξω αυτό που αισθάνονται, να επικοινωνήσουν με το κοινό και μετά νοιώθω ότι παίρνουν μια ικανοποίηση και μια χαρά πρωτόγνωρη. Μια λαχτάρα, αγωνία και όλα αυτά μαζί. Μετά τους αγκαλιάζω και νοιώθω ότι πήρα πάρα πολλά πράγματα που τα αισθάνομαι και δεν μπορώ να τα πω και αυτοί το ίδιο. Και θέλω να τους ευχαριστήσω πάρα πολύ. Αυτό μου σπάει το σύνδρομο κόπωσης που θα έπρεπε να είχα τώρα μετά από εικοσιπέντε χρόνια εργασίας. Επειδή έχουμε να κάνουμε με ανθρώπινο παράγοντα και βλέπω ότι τους κάνει πάρα πολύ καλό.

11. Αν όχι, πιστεύετε ότι είναι χρήσιμο να πραγματοποιηθεί;

12. Κάνετε χρήση κάποιας εναλλακτικής θεραπείας στο παρελθόν; Αν ναι για ποιο λόγο διακόπηκε;

13. Ποια η συμπεριφορά των εκπαιδευομένων απέναντι στις θεραπείες αυτές;

14. Ποια, κατά τη γνώμη σας, είναι τα συναισθήματα των εκπαιδευομένων μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών;

15. Πιστεύετε ότι η χρήση των εναλλακτικών θεραπειών μπορεί να έχει αποτέλεσμα σε Α.μεΑ.; Αν ναι ποια, αν όχι γιατί;

Είχα πάει σε μια παράσταση που είχε δώσει η μέριμνα σε συνεργασία με το πολυδύναμο και ήταν άτομα που είχαν νοητική υστέρηση. Είδα αυτό που είδα και σε εμάς, ότι τα παιδιά ήταν πρόθυμα να συμμετάσχουν, κάνανε υπερπροσπάθειες –τα κατάφεραν κατ’ εμέ- και μου άρεσε πάρα πολύ. Ένοιωσα αυτό που ένοιωσαν οι εκπαιδευόμενοι, δεν σταμάτησαν ούτε λεπτό και είχε πάρα πολύ ζέστη εκεί που γινόταν η παράσταση και είχανε και πολύ κόσμο και έτσι ήταν πολύ ζεστά και πολύ γλυκά.

16. Αν ναι, γίνονται ορατά τα αποτελέσματα μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών στο δικό σας κέντρο;

17. Ποια η άποψη των εκπαιδευτών και των άλλων εργαζομένων στο χώρο; Γίνονται οι θεραπείες αποδεκτές;

Αχ τώρα με φέρνεις σε δύσκολη θέση, δεν ξέρω τι να σου πω. Δηλαδή κοιτάξε τώρα έχω μείνει μόνη μου στην θεατρική. Η αλήθεια είναι, οι υπόλοιποι αποσύρθηκαν. Θα ήθελα να πω ότι θα ήθελα βοήθεια αλλά δεν την έχω, ίσως επειδή εμείς πολλές φορές ερχόμαστε και απόγευμα μπορεί κάποιος να μην θέλει ή να μην μπορεί και εγώ δεν μπορώ να πιέσω καταστάσεις. Εξαρτάται αν το ίδιο το άτομο μπορεί. Δεν μπορώ να πω κάτι άλλο. Ξέρεις είναι ένας τομέας πολύ ευαίσθητος που πρέπει κάποιος να το αγαπάει πολύ για να το κάνει αυτό. Πρέπει να ξέρει ότι προχωρά σε

αυτό το δρόμο, υπάρχουν εμπόδια πολλά και υπάρχει περίπτωση να μείνει μόνος. Εγώ έχω μείνει μόνη μου και θέλω να κάνω αυτό που μπορώ και να βοηθήσω. Αν μπορώ είμαι μια χαρά.

18. Ποια, κατά την άποψη σας, είναι η γνώμη των οικογενειών;

Η καλύτερη, είναι πολύ θετικοί οι γονείς, είναι χαρούμενοι, ικανοποιημένοι που τα έβγαλαν πέρα. Στην αρχή έχουν μια αγωνία του τύπου «θα τα καταφέρουν;» αλλά μετά είδα ότι ήταν πολύ ικανοποιημένοι και χαρούμενοι. Αν εξαιρέσουμε μόνο μια φορά ένας συγγενής ρώτησε «ο κουνιάδος μου, που παίζει στην παράσταση θα πάρει χρήματα;». Ίσα ίσα που θυμάμαι καλά, έχουμε βάλει εισιτήριο μόνο μια φορά για να μπορέσουμε και εμείς να πάρουμε κάποιες στολές που θέλαμε. Αν και μπορώ να πω ότι μας έχουν δανείσει αρκετά πράγματα, ήταν πολύ πρόθυμοι οι άνθρωποι και αυτό μου έκανε μεγάλη εντύπωση και ο δήμος μας έχει βοηθήσει που δεν το περίμενα.

19. Κατά τη γνώμη σας, το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να συμμετάσχει σε κάποια εναλλακτική θεραπεία;

Αν υπήρχε κάποιος ειδικός που να γνωρίζει αυτή τη μέθοδο πιστεύω δεν θα έλεγαν όχι, αυτή είναι η δική μου άποψη αλλά υπάρχει ένα ζήτημα ότι το άτομο που θα κάνει εδώ δραματοθεραπεία θα πρέπει για παράδειγμα να είναι καλά ενήμερο γιατί όταν κάνεις δραματοθεραπεία, επειδή αναδύονται πολλά θέματα. Για παράδειγμα τα πιο πολλά άτομα εδώ έχουν ψυχωσική συνδρομή, κάποια άλλα έχουν ακουστικές ψευδαισθήσεις και θα πρέπει να ξέρεις πολύ καλά να χειρίζεσαι και αυτό. Αν ένα άτομο θα μπορούσε να χειριστεί και αυτό πιστεύω θα μπορούσαν να γίνουν πολλά πράγματα.

20. Αν ναι σε ποια και ποια είναι τα αποτελέσματα στο οικογενειακό περιβάλλον;

21. Ποιος πιστεύετε είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη χρήση των θεραπειών αυτών;

Επειδή ήμουν σε ένα σεμινάριο πρόσφατα για την χοροθεραπεία, μουσικοθεραπεία, δραματοθεραπεία και παιγνιοθεραπεία. Είδα μια κοπέλα, από τις δυο τις θεραπεύτριες, ήταν κοινωνική λειτουργός και είχε κάνει μεταπτυχιακό σε ιδιωτική σχολή στην Αθήνα όπου διαρκεί τέσσερα χρόνια. Δηλαδή δεν είναι πλέον κοινωνική λειτουργός αλλά δραματοθεραπεύτρια. Είναι δύσκολο για εμάς αλλά όποιος μένει στην Αθήνα μπορεί να γίνει αλλά δεν υπάρχει αυτό.

5^η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Σας ευχαριστούμε που επιθυμείτε να συμμετάσχετε σε μία συνέντευξη που εντάσσεται στο πλαίσιο της πτυχιακής μας. Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα παραμείνετε εντελώς ανώνυμος-η και δε θα κρατηθούν αντίγραφα της συνέντευξης που θα αναφέρεται το όνομα σας.

1. Φύλο: ΑΝΤΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ✓

2. Ηλικία:

27

3. Κέντρο εργασίας:

Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Α.μεΑ. (Κ.Δ.Α.Π.με.Α.) - Μέριμνα

4. Ειδικότητα:

Κοινωνική Λειτουργός

5. Γνωρίζετε για την ύπαρξη εναλλακτικών θεραπειών;

Ναι.

6. Ποιες εναλλακτικές θεραπείες γνωρίζετε;

Τον βελονισμό, την μουσικοθεραπεία, την παιγνιοθεραπεία, το χορόδραμα και την ιπποθεραπεία.

7. Θεωρείτε ότι εναλλακτικές θεραπείες μπορούν να έχουν εφαρμογή σε άτομα με αναπηρία;

Σαφέστατα.

8. Αν ναι, σε ποιους τομείς πιστεύετε ότι επιδρούν θετικά;

Βοηθάει πολύ στο να δουλεύουν τα παιδιά το συναίσθημά τους, να εξοικειωθούν με πράγματα, μαθαίνουν βασικές λειτουργίες του σώματός τους. Έρχονται σε επαφή είτε με ζώα είτε με άλλα αντικείμενα, αν αυτά είναι πρωτόγνωρα τους δημιουργείται ενθουσιασμός.

9. Αν όχι, ποιοι πιστεύεται ότι είναι οι λόγοι που δεν μπορούν;

10. Στο κέντρο σας γίνεται χρήση εναλλακτικής θεραπείας, αν ναι ποια; Ποιος επαγγελματίας εποπτεύεται της θεραπείας;

Υπήρχε εργοθεραπεία και υπάρχει μουσικοθεραπεία. Ευελπιστούμε και για άλλες από το καινούριο έτος. Ήταν και θεατρολόγος που έκανε παιγνιοθεραπεία, που είναι το αντίστοιχο του θεατρολόγου όπως ανέφερα.

11. Αν όχι, πιστεύετε ότι είναι χρήσιμο να πραγματοποιηθεί;

Ναι.

12. Κάνατε χρήση κάποιας εναλλακτικής θεραπείας στο παρελθόν; Αν ναι για ποιο λόγο διακόπηκε;

Όχι.

13. Ποια η συμπεριφορά των εκπαιδευομένων απέναντι στις θεραπείες αυτές;

Νομίζω επειδή είναι κάτι πρωτόγνωρο όπως και για εμάς όταν περνούμε μέρος σαν μέλη σε αυτή την θεραπεία. Τα παιδιά ενθουσιάζονται, είναι κάτι που φεύγει από τα τετριμμένα συναισθήματα και όσο εξιτάρει τον ενθουσιασμό τους και την περιέργειά τους είναι και πιο αποδοτικό.

14. Ποια, κατά τη γνώμη σας, είναι τα συναισθήματα των εκπαιδευομένων μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών;

Μοιάζει λίγο με το θέατρο αν το σκεφτείς όπως είναι ο ορισμός της τραγωδίας υπάρχει σιγά σιγά η κάθαρση. Οπότε υπάρχουν και τα συναισθήματα που βγαίνουν στην επιφάνεια, εξαρτάται το αποτέλεσμα που θέλεις κάθε φορά να βγάλεις. Υπάρχει ένας ενθουσιασμός, μια ευχαρίστηση, μια αγαλλίαση, μια γαλήνη.

15. Πιστεύετε ότι η χρήση των εναλλακτικών θεραπειών μπορεί να έχει αποτέλεσμα σε Α.μεΑ.; Αν ναι ποια, αν όχι γιατί;

Ναι νομίζω ότι θα πρέπει να είναι από τις θεραπείες που θα παίζουν σημαντικό ρόλο σε κάποιο ίδρυμα ή κέντρο δημιουργικής απασχόλησης. Φεύγουν από τα συνηθισμένα και να μην ξεχνάμε ότι τα άτομα με ειδικές ανάγκες δεν μπορούν να κάνουν τόσο ευχάριστα ομάδες λόγου αλλά μπορούν πιο εύκολα μέσα από παιχνίδια και εναλλακτικές επιλογές να βγάλουν συναισθήματα. Να πάρουν γνώσεις που θα τα βοηθήσουν πολύ περισσότερο.

16. Αν ναι, γίνονται ορατά τα αποτελέσματα μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών στο δικό σας κέντρο;

Τα παιδιά όσο αφορά την μουσική που τα έχω δει έχουν πάρα πολύ καλή εξέλιξη και με τα παιχνίδια. Νομίζω έχουν μπει στο κλίμα και με την κατάλληλη δουλειά από τους συνεργάτες. Εδώ είναι έντονα τα αποτελέσματα και είναι εμφανή.

17. Ποια η άποψη των εκπαιδευτών και των άλλων εργαζομένων στο χώρο; Γίνονται οι θεραπείες αποδεκτές;

Οι θεραπείες είναι αποφασισμένες από όλους σαφέστατα και είναι αποδεκτές για να έχουν ξεκινήσει να γίνονται. Υπάρχει πολύ καλή συνεργασία και ο κάθε εκπαιδευτής είναι ευέλικτος και βοηθητικός ούτως ή άλλως ώστε το πρόγραμμα, που έχουμε κανονίσει να πηγαίνει πολύ καλά και για τα παιδιά.

18. Ποια, κατά την άποψη σας, είναι η γνώμη των οικογενειών;

Νομίζω ότι οι οικογένειες από την στιγμή που τα παιδιά έρχονται εδώ και περνάνε καλά, είναι πάρα πολύ ευχαριστημένα. Φαντάζομαι ότι οι υπηρεσίες που προσφέρει το κέντρο μας είναι κάτι πρωτόγνωρο και για αυτούς. Επίσης αν βλέπουν τα παιδιά τους στο σπίτι να είναι καλά, ευχαριστημένα και να γυρνάνε σπίτι με ζωντάνια και ενθουσιασμό, θα είναι και αυτοί αντίστοιχα ευχαριστημένοι.

19. Κατά τη γνώμη σας, το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να συμμετάσχει σε κάποια εναλλακτική θεραπεία;

Σαφέστατα. Ενδεχομένως η θεραπεία σε συνεργασία με την οικογένεια θα ήταν πάρα πολύ λειτουργική. Είναι πολύ καλή πρόταση. Βέβαια θα έπρεπε να υπάρχουν καταρτισμένοι επαγγελματίες για να το κάνουν αυτό. Φαντάζομαι οι εναλλακτικές

Θεραπείες με δουλειά της οικογένειας θα μπορούσε να λειτουργήσει καλά σε ένα υγιές σύστημα υγείας.

20. Αν ναι σε ποια και ποια είναι τα αποτελέσματα στο οικογενειακό περιβάλλον;

21. Ποιος πιστεύετε είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη χρήση των θεραπειών αυτών;

Κατά κάποιο τρόπο θα πρέπει να εισάγει τα παιδιά σε αυτό το κομμάτι, να το αναλάβει εάν έχει τις γνώσεις και να το εποπτεύει. Θα γνωρίζει τα συναισθήματα των παιδιών και θα τα δουλεύει μαζί τους.

6^η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Σας ευχαριστούμε που επιθυμείτε να συμμετάσχετε σε μία συνέντευξη που εντάσσεται στο πλαίσιο της πτυχιακής μας. Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα παραμείνετε εντελώς ανώνυμος-η και δε θα κρατηθούν αντίγραφα της συνέντευξης που θα αναφέρεται το όνομα σας.

1. Φύλο: ΑΝΤΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ✓

2. Ηλικία:

29

3. Κέντρο εργασίας:

Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Α.μεΑ. (Κ.Δ.Α.Π. μεΑ.) - Μέριμνα

4. Ειδικότητα:

Ψυχολόγος - Παιδοψυχολόγος

5. Γνωρίζετε για την ύπαρξη εναλλακτικών θεραπειών;

Ναι.

6. Ποιες εναλλακτικές θεραπείες γνωρίζετε;

Την ψυχοθεραπεία με άλογα, για παιδιά με αυτισμό το κολύμπι και η μουσική. ο τομέας μας αφορά κυρίως άτομα με αυτισμό γι' αυτό γνωρίζω περισσότερα για αυτό. Το κυριότερο πιστεύω που είναι και τάση είναι η ψυχοθεραπεία με άλογα, η μουσικοθεραπεία και η θεατρολογία.

7. Θεωρείτε ότι εναλλακτικές θεραπείες μπορούν να έχουν εφαρμογή σε άτομα με αναπηρία;

Ναι.

8. Αν ναι, σε ποιους τομείς πιστεύετε ότι επιδρούν θετικά;

Βοηθάει στην κοινωνικότητα και την λειτουργικότητα τους για παράδειγμα η μουσικοθεραπεία. Αν και δεν είμαι μουσικοθεραπεύτρια κάνω εποπτεία στην μουσικοθεραπεία και βλέπω ότι τα παιδιά που δεν έχουν την δυνατότητα να μιλήσουν ή να εκφράσουν τον εαυτό τους ή τουλάχιστον ένα κομμάτι του εαυτού τους. Για παράδειγμα μέσα από την πληροφορική, την ψυχοθεραπεία λειτουργεί πάρα πολύ καλά η μουσικοθεραπεία. Γιατί παίρνουν στα χέρια τους ένα μουσικό όργανο και έρχονται σε άμεση επαφή μαζί του.

9. Αν όχι, ποιοι πιστεύεται ότι είναι οι λόγοι που δεν μπορούν;

10. Στο κέντρο σας γίνεται χρήση εναλλακτικής θεραπείας, αν ναι ποια; Ποιος επαγγελματίας εποπτεύεται της θεραπείας;

Μουσικοθεραπεία και την κάνει μουσικοθεραπευτής και την εποπτεύω εγώ.

11. Αν όχι, πιστεύετε ότι είναι χρήσιμο να πραγματοποιηθεί;

12. Κάνετε χρήση κάποιας εναλλακτικής θεραπείας στο παρελθόν; Αν ναι για ποιο λόγο διακόπηκε;

Είμαι μόλις εννιά μήνες εδώ οπότε δεν γνωρίζω, νομίζω ότι πέρυσι γινόταν μουσικοθεραπεία και φέτος πιο εντατικά.

13. Ποια η συμπεριφορά των εκπαιδευομένων απέναντι στις θεραπείες αυτές;

Τα παιδιά είναι πολύ ευχαριστημένα, πηγαίνουν με πολύ χαρά στο μάθημα και βγαίνουν ακόμα πιο χαρούμενα όταν τελειώνει η συνεδρία. Τους ανεβάζει την διάθεση και ηρεμούν εάν τυχόν έχουν νεύρα πιο πριν. Το κυριότερο είναι ότι εκφράζουν ένα κομμάτι του εαυτού τους και βγάζουν τον καλύτερο εαυτό τους.

14. Ποια, κατά τη γνώμη σας, είναι τα συναισθήματα των εκπαιδευομένων μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών;

Τους προσφέρει χαρά, ηρεμία και ευχαρίστηση.

15. Πιστεύετε ότι η χρήση των εναλλακτικών θεραπειών μπορεί να έχει αποτέλεσμα σε Α.μεΑ.; Αν ναι ποια, αν όχι γιατί;

Ναι ανάλογα με το επίπεδο του προβλήματος που έχει το κάθε παιδί. Εδώ ασχολούμαστε με παιδιά από ελαφριά έως βαριά νοητική υστέρηση, αυτισμό και σύνδρομο Down. Πιστεύω έχει πολύ θετικά αποτελέσματα, είναι μια θεραπεία την οποία την αποζητούν τα παιδιά.

16. Αν ναι, γίνονται ορατά τα αποτελέσματα μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών στο δικό σας κέντρο;

Είναι πολύ χαρούμενα και νοιώθουν ότι μπορούν να κάνουν μια δραστηριότητα και να τα λάβουν υπόψιν οι γύρω τους. Τους δίνεται η ευκαιρία να εκφράσουν τον εαυτό τους και να εκφραστούν μέσα από την μουσική και να τα ακούσουν οι υπόλοιποι.

17. Ποια η άποψη των εκπαιδευτών και των άλλων εργαζομένων στο χώρο; Γίνονται οι θεραπείες αποδεκτές;

Ναι γενικά η μουσικοθεραπεία γίνεται αποδεκτή από όλους τους συναδέλφους. Έχει ευεργετικές επιδράσεις στα παιδιά. Πραγματοποιείται μια φορά την εβδομάδα και συζητείται για του χρόνου να γίνεται περισσότερες φορές. Το ζητούν από μόνα τους να κάνουν περισσότερες φορές.

18. Ποια, κατά την άποψη σας, είναι η γνώμη των οικογενειών;

Υπάρχουν γονείς που φέρνουν τα παιδιά τους εδώ για να χαλαρώσουν κάποιες ώρες της ημέρας ενώ είναι κάποιοι άλλοι που πραγματικά ασχολούνται με το τι κάνουν τα παιδιά τους εδώ. Εγώ ερχόμενη εδώ θέλησα να δουλέψουμε ουσιαστικά με τα παιδιά και θέλησα συνεχώς να τους ενημερώνω και να τους ενοχλώ στο σπίτι τηλεφωνικώς για την πρόοδο και για τα προγράμματα που κάνουμε. Όλοι δείχνουν να είναι ευχαριστημένοι και τους αρέσουν οι δραστηριότητες που κάνουν εδώ τα παιδιά μας. Από εκεί και πέρα αυτοί που πραγματικά νοιάζονται για τα παιδιά τους είναι πολύ ευχαριστημένοι. Μάλιστα αναφέρουν ότι πηγαίνουν στο σπίτι πολύ χαρούμενα και τους αρέσει να έρχονται και να παρακολουθούν τις δραστηριότητες εδώ.

19. Κατά τη γνώμη σας, το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να συμμετάσχει σε κάποια εναλλακτική θεραπεία;

Ναι, σίγουρα κυρίως για τον αυτισμό. Αυτισμός λέμε ότι σημαίνει αυτός που είναι κλεισμένος στον εαυτό του δηλαδή είναι σε ένα κόσμο μόνος του χωρίς κοινωνικό περιβάλλον και φίλους. Πιστεύω πως αν ενδιαφέρονταν οι γονείς πιο πολύ αλλά και η κοινωνία και το κράτος, θα γίνονταν πιο ευρέως γνωστό τι θεραπείες θα μπορούσαν να ακολουθήσουν για τα παιδιά τους. Όχι πως θα γίνει καλά ένα αυτιστικό παιδί αλλά θα ήταν καλύτερο για το παιδί και για τους ίδιους τους γονείς. Θα έβλεπαν πως το παιδί θα μπορούσε να κάνει δημιουργικές δραστηριότητες και να ανακαλύψουν καλύτερα τον εαυτό των παιδιών. Επίσης πιστεύω θα «έπεφταν από τα σύννεφα» αν έβλεπαν τι ικανότητες έχει το παιδί τους μέσα από μια τέτοια θεραπεία. Και θα βοηθούσαν το παιδί γιατί έχει ανάγκη από προσοχή και να κάνει δραστηριότητες που δεν θα είναι μοναχικές. Είναι στο χέρι του γονέα από την αρχή που θα μάθει ότι το παιδί είναι αυτιστικό, να το μάθουν από νωρίς να κάνει δραστηριότητες με άλλα άτομα ώστε να ενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο.

20. Αν ναι σε ποια και ποια είναι τα αποτελέσματα στο οικογενειακό περιβάλλον;

21. Ποιος πιστεύετε είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη χρήση των θεραπειών αυτών;

Δεν γνωρίζω από πού ξεκινάει και που τελειώνει η δουλειά του κοινωνικού λειτουργού.

7^η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Σας ευχαριστούμε που επιθυμείτε να συμμετάσχετε σε μία συνέντευξη που εντάσσεται στο πλαίσιο της πτυχιακής μας. Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα παραμείνετε εντελώς ανώνυμος-η και δε θα κρατηθούν αντίγραφα της συνέντευξης που θα αναφέρεται το όνομα σας.

1. Φύλο: ΑΝΤΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ✓

2. Ηλικία:

59

3. Κέντρο εργασίας:

Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών Πάτρας (Ε.Κ.Ψ.Υ.Κ.Ε. Πάτρας)

4. Ειδικότητα:

Ψυχολόγος

5. Γνωρίζετε για την ύπαρξη εναλλακτικών θεραπειών;

Γνωρίζω.

6. Ποιες εναλλακτικές θεραπείες γνωρίζετε;

Το ρέικι, το ψυχόδραμα, την παιγνιοθεραπεία, την μουσικοθεραπεία, την ευεξία, κινητοποίηση των μυών. Τα περισσότερα άτομα με ειδικές ανάγκες είναι πολύ αδρανή και οι νέες θεραπείες εστιάζουν στο να κινητοποιήσουν με μασάζ και λουτροθεραπείες.

7. Θεωρείτε ότι εναλλακτικές θεραπείες μπορούν να έχουν εφαρμογή σε άτομα με αναπηρία;

Βεβαίως.

8. Αν ναι, σε ποιους τομείς πιστεύετε ότι επιδρούν θετικά;

Στην καλή ψυχολογική κατάσταση και στην καλή φυσική κατάσταση. Από τα φάρμακα πιθανόν να έχουν πάρει αρκετά κιλά, να κοιμούνται πολύ και να κάνουν λίγες δραστηριότητες.

9. Αν όχι, ποιοι πιστεύεται ότι είναι οι λόγοι που δεν μπορούν;

10. Στο κέντρο σας γίνεται χρήση εναλλακτικής θεραπείας, αν ναι ποια; Ποιος επαγγελματίας εποπτεύεται της θεραπείας;

Όχι.

11. Αν όχι, πιστεύετε ότι είναι χρήσιμο να πραγματοποιηθεί;

Καλό θα ήταν αλλά δεν υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό να το κάνει.

12. Κάνατε χρήση κάποιας εναλλακτικής θεραπείας στο παρελθόν; Αν ναι για ποιο λόγο διακόπηκε;

Σποραδικά γινόταν κάποια θεατρική ομάδα, η οποία είχε ως αποτέλεσμα να παρουσιάσει κάτι, ήταν και πολύ ωφέλιμη για τα παιδιά. Διακόπηκε γιατί για να το κάνεις αυτό χρειάζεσαι κάποιους επαγγελματίες εξωτερικούς συνεργάτες και δεν υπάρχει εθελοντισμός και προθυμία σε αυτό.

13. Ποια η συμπεριφορά των εκπαιδευομένων απέναντι στις θεραπείες αυτές;

14. Ποια, κατά τη γνώμη σας, είναι τα συναισθήματα των εκπαιδευομένων μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών;

15. Πιστεύετε ότι η χρήση των εναλλακτικών θεραπειών μπορεί να έχει αποτέλεσμα σε Α.μεΑ.; Αν ναι ποια, αν όχι γιατί;

Α.μεΑ. είναι πολλά, εμείς ασχολιόμαστε με ψυχικές διαταραχές και έχει αποτελέσματα. Αυτό το ξέρουμε από επιστημονικές μελέτες.

16. Αν ναι, γίνονται ορατά τα αποτελέσματα μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών στο δικό σας κέντρο;

Στην κινητοποίηση και την ψυχική διάθεση.

17. Ποια η άποψη των εκπαιδευτών και των άλλων εργαζομένων στο χώρο; Γίνονται οι θεραπείες αποδεκτές;

18. Ποια, κατά την άποψη σας, είναι η γνώμη των οικογενειών;

Δεν έχω κάνει καμία έρευνα σε αυτό τι γίνεται αλλά οι οικογένειες όσο πιο καλύτερα βλέπουν τα παιδιά τους τόσο πιο ευχαριστημένοι θα είναι. Όσο γίνονταν η θεατρική ομάδα οι γονείς ήταν ευχαριστημένοι και την παράσταση παρακολουθούσαν με ενθουσιασμό και χειροκροτούσαν.

19. Κατά τη γνώμη σας, το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να συμμετάσχει σε κάποια εναλλακτική θεραπεία;

Βεβαίως.

20. Αν ναι σε ποια και ποια είναι τα αποτελέσματα στο οικογενειακό περιβάλλον;

Δεν ξέρω ποια μπορεί να είναι κατάλληλη για την οικογένεια αλλά πιστεύω όταν κάποιος θέλει να συμμετέχει σε κάτι θα έχει οφέλη από αυτό. Τώρα ποια είναι η καταλληλότερη και τι θα μπορούσε να κάνει ο καθένας εξαρτάται και από το άτομο και τι θα εφαρμόσεις στο άτομο αυτό.

21. Ποιος πιστεύετε είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη χρήση των θεραπειών αυτών;

8^η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Σας ευχαριστούμε που επιθυμείτε να συμμετάσχετε σε μία συνέντευξη που εντάσσεται στο πλαίσιο της πτυχιακής μας. Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα παραμείνετε εντελώς ανώνυμος-η και δε θα κρατηθούν αντίγραφα της συνέντευξης που θα αναφέρεται το όνομα σας.

1. Φύλο: ΑΝΤΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ✓

2. Ηλικία:

48

3. Κέντρο εργασίας:

Οικοτροφείο Ίρις

4. Ειδικότητα:

Κοινωνική Λειτουργός - Ψυχοθεραπεύτρια

5. Γνωρίζετε για την ύπαρξη εναλλακτικών θεραπειών;

Ναι.

6. Ποιες εναλλακτικές θεραπείες γνωρίζετε;

Την ψυχοθεραπεία, την δραματοθεραπεία, την συστημική θεραπεία και την art therapy.

7. Θεωρείτε ότι εναλλακτικές θεραπείες μπορούν να έχουν εφαρμογή σε άτομα με αναπηρία;

Βεβαίως.

8. Αν ναι, σε ποιους τομείς πιστεύετε ότι επιδρούν θετικά;

Στην κίνηση, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων, στην συναισθηματική ανάπτυξη, στην κοινωνικοποίηση, στην ανάπτυξη γνωστικών λειτουργιών και την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και της λειτουργικότητας τους.

9. Αν όχι, ποιοι πιστεύεται ότι είναι οι λόγοι που δεν μπορούν;

10. Στο κέντρο σας γίνεται χρήση εναλλακτικής θεραπείας, αν ναι ποια; Ποιος επαγγελματίας εποπτεύεται της θεραπείας;

Γίνονται θεραπευτικές ομάδες λόγου και εφαρμόζονται από την κοινωνική λειτουργό και την ψυχολόγο.

11. Αν όχι, πιστεύετε ότι είναι χρήσιμο να πραγματοποιηθεί;

12. Κάνετε χρήση κάποιας εναλλακτικής θεραπείας στο παρελθόν; Αν ναι για ποιο λόγο διακόπηκε;

13. Ποια η συμπεριφορά των εκπαιδευομένων απέναντι στις θεραπείες αυτές;

Μέσα από την ομάδα μαθαίνουν να οριοθετούνται και να εκφράζουν συναισθήματα.

14. Ποια, κατά τη γνώμη σας, είναι τα συναισθήματα των εκπαιδευομένων μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών;

Οι ψυχικά ασθενείς κάποιες φορές δεν αντιδρούν συχνά με συναίσθημα λόγω ασθένειας. Έχουν επίπεδο συναίσθημα, άλλα έχουν θυμό, άλλα έχουν χαρά ή και στεναχώρια.

15. Πιστεύετε ότι η χρήση των εναλλακτικών θεραπειών μπορεί να έχει αποτέλεσμα σε Α.μεΑ.; Αν ναι ποια, αν όχι γιατί;

Ναι, βοηθάει υποστηρικτικά στην κλασική ιατρική θεραπεία με φάρμακα. Βελτιώνοντας την κοινωνικοσυναισθηματική του κατάσταση.

16. Αν ναι, γίνονται ορατά τα αποτελέσματα μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών στο δικό σας κέντρο;

Ναι υπάρχει μια μικρή βελτίωση.

17. Ποια η άποψη των εκπαιδευτών και των άλλων εργαζομένων στο χώρο; Γίνονται οι θεραπείες αποδεκτές;

Ελάχιστα.

18. Ποια, κατά την άποψη σας, είναι η γνώμη των οικογενειών;

Δεν έχουν επαφή με τους ασθενείς.

19. Κατά τη γνώμη σας, το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να συμμετάσχει σε κάποια εναλλακτική θεραπεία;

Ναι.

20. Αν ναι σε ποια και ποια είναι τα αποτελέσματα στο οικογενειακό περιβάλλον;

Θα μπορούσε να λειτουργήσει ψυχοθεραπευτικά και θα βελτιώνονταν η κατάσταση του ασθενή. Και θα υπήρχε και η αποδοχή και από την οικογένεια.

21. Ποιος πιστεύετε είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη χρήση των θεραπειών αυτών;

Θα μπορούσε λόγω της δύσκολης κατάστασης των ασθενών είναι δύσκολη. Η εφαρμογή των εναλλακτικών θεραπειών μπορεί να λάβει μέρος σε ομάδες και στην κοινωνικοποίηση.

9^η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Σας ευχαριστούμε που επιθυμείτε να συμμετάσχετε σε μία συνέντευξη που εντάσσεται στο πλαίσιο της πτυχιακής μας. Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα παραμείνετε

εντελώς ανώνυμος-η και δε θα κρατηθούν αντίγραφα της συνέντευξης που θα αναφέρεται το όνομα σας.

1. Φύλο: ΑΝΤΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

2. Ηλικία:

30

3. Κέντρο εργασίας:

Εθελοντής στον Σύλλογο για την Ψυχική Υγεία (ΣΟ.Ψ.Υ.)

4. Ειδικότητα:

Κοινωνικός Λειτουργός

5. Γνωρίζετε για την ύπαρξη εναλλακτικών θεραπειών;

Έχω μια γενική γνώση αλλά όχι εξειδικευμένα.

6. Ποιες εναλλακτικές θεραπείες γνωρίζετε;

Πέρα από τις κλασικές όπως χοροθεραπεία και μουσικοθεραπεία είναι το ρέικι, ο βελονισμός, η βοτανοθεραπεία όπου είναι γνωστές τηλεοπτικά. Η πιο γνωστή είναι και οι θεραπείες μέσω τέχνης. Μπορούν να εφαρμοστούν σε πολλά πλαίσια όπως σε άτομα με αναπηρία

7. Θεωρείτε ότι εναλλακτικές θεραπείες μπορούν να έχουν εφαρμογή σε άτομα με αναπηρία;

Εδώ πρέπει να δώσουμε ιδιαίτερη προσοχή στο τι εννοούμε θεραπεία. Στο συγκεκριμένο πλαίσιο που ασχολείται με άτομα με ψυχικές ασθένειες, μάλιστα σοβαρές. Πρέπει να δώσουμε ιδιαίτερη προσοχή στην φαρμακευτική αγωγή και στις οδηγίες που δίνει ο γιατρός για την πάθηση που έχει το άτομο. Είναι ένα πολύ ευαίσθητο κομμάτι και θέλει ιδιαίτερη προσοχή όταν μιλάμε για εναλλακτικές θεραπείες. Στην ουσία δεν πρέπει η εναλλακτική θεραπεία να αντικαθιστά την φαρμακευτική αγωγή. Δεν πρέπει δηλαδή να σταματήσουν να παίρνουν τα φάρμακά τους και να ξεκινήσουν την μουσικοθεραπεία ή να παίρνουν βότανα γιατί γενικά ακούγεται στις μέρες μας. Σαν θεραπείες πρέπει να είναι συνοδευτικές και να βοηθούν στην βελτίωση των δεξιοτήτων τους.

8. Αν ναι, σε ποιους τομείς πιστεύετε ότι επιδρούν θετικά;

Ένα σημαντικό κομμάτι για τα άτομα που είναι ψυχικά ασθενείς είναι τα θέματα λειτουργικότητας. Ένα επεισόδιο ψυχικής νόσου πολλές φορές καταστρέφει ένα κομμάτι της υγιούς προσωπικότητας του ατόμου και του προκαλεί τεράστιες δυσκολίες για το πώς να λειτουργήσει στην καθημερινότητά του, στις επαφές του με άλλους ανθρώπους, στην κοινωνική και επαγγελματική του ζωή. Οπότε μέσω αυτών των θεραπειών, που είναι υποστηρικτικές το άτομο μπορεί να γίνει πιο λειτουργικό γιατί έρχεται σε επαφή με άλλους ανθρώπους και μπορεί να εκφραστεί μέσα από κάποια θεραπεία. Μπορεί να εκφράσει ένα κομμάτι του εαυτού του που ίσως με την κανονική συζήτηση δεν θα το έκανε.

9. Αν όχι, ποιοι πιστεύεται ότι είναι οι λόγοι που δεν μπορούν;

10. Στο κέντρο σας γίνεται χρήση εναλλακτικής θεραπείας, αν ναι ποια; Ποιος επαγγελματίας εποπτεύεται της θεραπείας;

Γίνονται με ομάδες μουσικής, όπου τις κάνει ένας μουσικός που είναι εθελοντής και σε συνεργασία με κάποιους εθελοντές επαγγελματίες ψυχικής υγείας όπως ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και δείχνουν κάποιες δεξιότητες τα παιδιά μέσω του θεάτρου, της ζωγραφικής και των κατασκευών. Δεν εντάσσονται στο στενό πεδίο της θεραπευτικής προσέγγισης. Είναι σε ένα πιο ευρύ φάσμα για να είμαστε σαφείς και για να μην παρεξηγηθούμε. Σε κάποιες περιπτώσεις γίνονται ομάδες θεραπείας όταν υπάρχει κάποιος με εξειδίκευση για παράδειγμα στην δραματοθεραπεία ή την μουσικοθεραπεία. Τώρα γίνονται κάποιες ομάδες αλλά δεν θα μπορούσα να τις πω θεραπευτικές. Δεν μπορώ να την πω ακριβώς θεραπεία, μπορώ να την πω υποστηρικτική θεραπεία. Έχουν όμως την προσέγγιση της θεραπείας. Έχει την φιλοσοφία της θεραπείας γιατί όντως το άτομο μπορεί και εκφράζει τα συναισθήματα του μπροστά στον κόσμο. Το θέατρο μπορεί να επηρεάσει θετικά στην ψυχολογία του ατόμου.

11. Αν όχι, πιστεύετε ότι είναι χρήσιμο να πραγματοποιηθεί;

Ναι.

12. Κάνετε χρήση κάποιας εναλλακτικής θεραπείας στο παρελθόν; Αν ναι για ποιο λόγο διακόπηκε;

Επίσημα όχι αλλά λειτουργούν κάποιες ομάδες δημιουργικής απασχόλησης.

13. Ποια η συμπεριφορά των εκπαιδευομένων απέναντι στις θεραπείες αυτές;

Είναι ενθουσιώδεις, θα δείτε έχουμε έξω μεγάλη παραγωγή από πιάτα και άλλων κατασκευών για το bazaar που θα γίνει τον Οκτώβρη όπου αυτά θα πουληθούν στο φεστιβάλ που θα γίνει την ημέρα ψυχικής υγείας. Και σε όλο αυτό είναι θετικοί αφού ένα μέλος κάθισε και παρακολούθησε ολόκληρη εκπομπή για το πώς βάζουν τα πιάτα. Είναι πιο ενθουσιασμένοι από το να κάτσουν να παρακολουθήσουν μια ομάδα λόγου, όπου θα κάτσουν να μιλήσουν και να ακούσουν τον θεραπευτή μόνο. Σε αυτές τις ομάδες αισθάνονται χαλαροί. Μπορούν να εκφραστούν καλύτερα, στην μουσική κλαίνε κάποιοι όταν ακούν κάποιο τραγούδι.

14. Ποια, κατά τη γνώμη σας, είναι τα συναισθήματα των εκπαιδευομένων μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών;

Χαρά και συγκίνηση κάποιες φορές. Όταν κάνεις ένα θεατρικό με εισιτήριο και πληρώνει ο κόσμος είσοδο και γεμίζει το θέατρο είναι μια ανταμοιβή για αυτούς. Στο τέλος της παράστασής τους είναι μια τεράστια ανταμοιβή. Επίσης μπορεί να ενταχθεί και ομάδα μαγειρικής, είναι μια δραστηριοποίηση όπου μπαίνουν στην διαδικασία να μαγειρεύουν κανονικά όπως θα έκαναν στο σπίτι τους.

15. Πιστεύετε ότι η χρήση των εναλλακτικών θεραπειών μπορεί να έχει αποτέλεσμα σε Α.μεΑ.; Αν ναι ποια, αν όχι γιατί;

Ναι, μαθαίνουν να είναι αυτόνομοι και να μπορούν να μείνουν μόνοι τους.

16. Αν ναι, γίνονται ορατά τα αποτελέσματα μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών στο δικό σας κέντρο;

Ναι, γίνονται από τις ομάδες δημιουργικής απασχόλησης.

17. Ποια η άποψη των εκπαιδευτών και των άλλων εργαζομένων στο χώρο; Γίνονται οι θεραπείες αποδεκτές;

Ναι είναι αποδεκτές, μάλιστα προτείνονται κάθε χρόνο και άλλες. Έχουμε και ομάδα λογοτεχνίας όπως και θεατρολογίας. Και συνεχώς σκεφτόμαστε καινούριες ιδέες όπως και με τον χορό και άλλες τέχνες. Από ότι βλέπω αποκτά ενδιαφέρον και από εθελοντές και από τα ίδια τα άτομα. Είμαστε ένας μικρός σύλλογος και λειτουργούμε κατά βάση με εθελοντές.

18. Ποια, κατά την άποψη σας, είναι η γνώμη των οικογενειών;

Δεν πιστεύουν πολύ στις εναλλακτικές θεραπείες, θα στηριχτούν μόνο σε αυτό που θα πει ο γιατρός .και αν παίρνει τα φάρμακά του. Δεν θα δώσει τεράστια βάση για το πώς τα πάει στην ομάδα μουσικής το παιδί του. Μερικές φορές βλέπουν βελτίωση όταν βλέπουν τα παιδιά τους στο θεατρικό, στην μουσική ή όταν τους βλέπουν να μαγειρεύουν κανονικά που δεν το έκαναν όταν ήταν πιο μικρά. Μέσα από αυτά βλέπουν ότι ωριμάζει η σκέψη τους. Μπορούν να εκτεθούν σε κάποιους τομείς και να τα καταφέρουν όπως κι εμείς. Εξαρτάται και κατά πόσο κουρασμένος είναι ο γονέας και να ασχοληθεί μαζί με το παιδί του.

19. Κατά τη γνώμη σας, το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να συμμετάσχει σε κάποια εναλλακτική θεραπεία;

Οι φροντιστές θέλουν αλλά οι ομάδες είναι προσανατολισμένες στους λήπτες. Η φιλοσοφία του συλλόγου και οι δράσεις απευθύνονται στους λήπτες και το διοικητικό συμβούλιο αποτελείται από τους φροντιστές. Οπότε κάποιες δράσεις γίνονται και από τους φροντιστές με προσανατολισμό τους λήπτες. Οι ομάδες τέχνης γίνονται για τους λήπτες. Δεν είναι εύκολο να λειτουργήσει πάντα καλά το άτομο μαζί με τους γονείς του. Αναλόγως, κάποιιοι το ζητάνε να συμμετέχουν. Δεν μπορούμε να το πούμε απόλυτα για όλους, εξαρτάται την περίπτωση. Ως ένα βαθμό πιστεύω ότι μπορεί να γίνει.

20. Αν ναι σε ποια και ποια είναι τα αποτελέσματα στο οικογενειακό περιβάλλον;

Όπως ανέφερα και νωρίτερα ωριμάζει η σκέψη των ατόμων και μπορούν να λειτουργήσουν όσο το δυνατόν περισσότερο ως μονάδες.

21. Ποιος πιστεύετε είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη χρήση των θεραπειών αυτών;

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι καταρχήν να έχει σαφή και ευρύτερη γνώση του τι κυκλοφορεί και τι υπάρχει γύρω του. Πρέπει να έχουμε σαφή γνώση των πάντων γιατί έχουμε ένα χαρακτήρα πληροφόρησης, ενημέρωσης προς τα άτομα των ομάδων στην υπηρεσία που εργαζόμαστε. Σίγουρα πρέπει να έχουμε σφαιρική γνώση όλων των πηγών που μπορούν να μας βοηθήσουν για να υποστηρίξουμε κάποιον άνθρωπο. Γι' αυτό και καλό θα ήταν και αυτού του τύπου τις θεραπείες να τις ξέρουμε για δική μας γνώση και για να έχουμε εφόδια. Από την άλλη επειδή

έχουμε να κάνουμε και με την δραστηριοποίηση του ατόμου, ο κοινωνικός λειτουργός προφανώς μπορεί να είναι χρήσιμος υπο ποία έννοια; Γιατί όπως και σε αυτές τις ομάδες που σας είπα πριν έχουν να κάνουν και με την λειτουργικότητα και με την δραστηριοποίηση του ατόμου, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να είναι χρήσιμος. Στα πλαίσια αυτής της ομάδας όπως στην ζωγραφική ή στις κατασκευές, οι εκπαιδευτές αυτών των ατόμων δεν έχουν κάποια ειδικευση, όταν βλέπουν κάποια συναισθηματική έκφραση δεν γνωρίζουν πώς να αντιδράσουν. Οπότε αν εκεί υπάρχει ένας επαγγελματίας θα είναι χρήσιμο στο να λειτουργήσει υποστηρικτικά και υποβοηθητικά. Όπως επίσης θα ήταν πολύ χρήσιμο σε μια εποχή όπου αναζητούμε νέα πράγματα, θα είναι καλό όπως γίνεται στην Ευρώπη να προχωρήσουμε σε κάποια εκπαίδευση ή ειδικευση στις εναλλακτικές θεραπείες όπως η δραματοθεραπεία που γίνεται στο εξωτερικό κατά κύριο λόγο. Είναι χρήσιμη η νέα αναζήτηση καινούριων ιδεών και εφαρμογών για να ξεφύγουμε και από τα καθορισμένα, τον στενό δρόμο. Μπορούμε να ακολουθήσουμε και άλλες πορείες και να ψάξουμε και το τι θα υπάρχει και στο μέλλον. Μπορεί κάποια από αυτές τις θεραπείες να εφαρμόζεται μελλοντικά και να είναι χρήσιμη. Είναι σημαντικό στην ανεύρεση εργασίας που είναι σημαντικό κομμάτι στις μέρες μας.

10^η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Σας ευχαριστούμε που επιθυμείτε να συμμετάσχετε σε μία συνέντευξη που εντάσσεται στο πλαίσιο της πτυχιακής μας. Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα παραμείνετε εντελώς ανώνυμος-η και δε θα κρατηθούν αντίγραφα της συνέντευξης που θα αναφέρεται το όνομα σας.

1. Φύλο: ΑΝΤΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ✓

2. Ηλικία:

26

3. Κέντρο εργασίας:

Σύλλογος για την Ψυχική Υγεία (ΣΟ.Ψ.Υ.)

4. Ειδικότητα:

Κοινωνική Λειτουργός

5. Γνωρίζετε για την ύπαρξη εναλλακτικών θεραπειών;

Γνωρίζω αλλά... μια βασική γνώση την έχω.

6. Ποιες εναλλακτικές θεραπείες γνωρίζετε;

Χοροθεραπεία , μουσικοθεραπεία, η χοροθεραπεία είχε γίνει εδώ και μια ομάδα αλλά ήταν στην αρχή και δεν προχώρησε...άλλη...

7. Θεωρείτε ότι εναλλακτικές θεραπείες μπορούν να έχουν εφαρμογή σε άτομα με αναπηρία;

Μπορούν να έχουν εφαρμογή αλλά όχι σε αποκατάσταση της βασικής θεραπείας που για τους ψυχικά ασθενείς είναι τα φάρμακα και όσα λέει ο γιατρός τους.

8. Αν ναι, σε ποιους τομείς πιστεύετε ότι επιδρούν θετικά;

Ένας ασθενής με ψυχική νόσο κάποιες φορές μπορεί να χάσει ένα κομμάτι του εαυτού του και μέσα από αυτές τις δραστηριότητες μαθαίνει να συνεργάζεται πάλι από την αρχή κατά κάποιον τρόπο ξαναθυμάται κάποια πράγματα και αυξάνεται η λειτουργικότητα του.

9. Αν όχι, ποιοι πιστεύεται ότι είναι οι λόγοι που δεν μπορούν;

10. Στο κέντρο σας γίνεται χρήση εναλλακτικής θεραπείας, αν ναι ποια; Ποιος επαγγελματίας εποπτεύεται της θεραπείας;

Δεν είναι καθαρά εναλλακτικές θεραπείες γίνονται κάποιες ομάδες με βάση την μουσική ας πούμε, δεν είναι θεραπείες όμως, είναι για παράδειγμα η θεατρική ομάδα αλλά δεν μπορείς να τις πεις θεραπευτικές, γιατί αυτοί που τις κάνουν δεν είναι θεραπευτές αλλά συνεργάζονται με εθελοντές ψυχολόγους ή κοινωνικούς λειτουργούς. Οι ομάδες λειτουργούν περισσότερο σαν δημιουργική απασχόληση.

11. Αν όχι, πιστεύετε ότι είναι χρήσιμο να πραγματοποιηθεί;

12. Κάνετε χρήση κάποιας εναλλακτικής θεραπείας στο παρελθόν; Αν ναι για ποιο λόγο διακόπηκε;

Λειτουργούσαν παλιά κάποιες ομάδες αλλά σαν θεραπεία ποτέ επίσημα.

13. Ποια η συμπεριφορά των εκπαιδευομένων απέναντι στις θεραπείες αυτές;

Φυσικά.

14. Ποια, κατά τη γνώμη σας, είναι τα συναισθήματα των εκπαιδευομένων μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών;

Η επίδραση τους είναι θετική έχουν αρχίσει να συνεργάζονται, είναι πρωταρχικό στοιχείο αυτό παίρνουν πρωτοβουλίες μόνοι τους, έχουνε κάνει θεατρικό και έχουν παίξει σε παράσταση κανονικά έξω, μουσική ας πούμε έχουνε κάνει συναυλία κανονική ας πούμε, υπάρχει άμεσα συνεργασία μαζί τους και τους βλέπεις ότι το θέλουν το ζητάνε είναι θετικοί.

15. Πιστεύετε ότι η χρήση των εναλλακτικών θεραπειών μπορεί να έχει αποτέλεσμα σε Α.μεΑ.; Αν ναι ποια, αν όχι γιατί;

Χαρά και συγκίνηση πολύ συχνά, ενθουσιασμός επίσης, όταν βλέπουν ότι... όταν αρέσει στον κόσμο επίσης...γιατί το εισπράττουν.

16. Αν ναι, γίνονται ορατά τα αποτελέσματα μετά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών στο δικό σας κέντρο;

Ναι, μπορούν να έχουν αποτέλεσμα για παράδειγμα με την ομάδα μαγειρικής μαθαίνουν να μαγειρεύουν κανονικά και αυτό ίσως σημαίνει ότι είναι ικανοί να μείνουν μόνοι τους.

17. Ποια η άποψη των εκπαιδευτών και των άλλων εργαζομένων στο χώρο; Γίνονται οι θεραπείες αποδεκτές;

Ναι φυσικά κάποια αποτέλεσμα από τις ομάδες μας.

18. Ποια, κατά την άποψη σας, είναι η γνώμη των οικογενειών;

Αφού γίνονται και συνεχίζουν να γίνονται, οι εθελοντές, γιατί το κέντρο δουλεύει κυρίως με εθελοντές, συχνά προτείνουν και νέες δραστηριότητες.

19. Κατά τη γνώμη σας, το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να συμμετάσχει σε κάποια εναλλακτική θεραπεία;

Κοίτα δεν νομίζω ότι έχουν σε εισαγωγικά κάποιο παράπονο γιατί και οι ίδιοι σπρώχνουν τα παιδιά τους να ασχοληθούν με διάφορες ομάδες έτσι...απλά το βλέπουν ως ομάδα και δεν πιστεύουν ότι έχει θεραπευτικές δράσεις...

20. Αν ναι σε ποια και ποια είναι τα αποτελέσματα στο οικογενειακό περιβάλλον;

Σε κάποιες ομάδες συμμετέχουν κάποιοι φροντιστές για παράδειγμα στο χορό, αλλά οι ομάδες είναι κυρίως για τους λήπτες. Υπάρχει, - όπως στην μαγειρική κάποιος που δεν ασχολούνταν καθόλου τώρα θα κοιτάξει την μαμά του να μαγειρεύει, είναι μία πρόοδος είναι και αυτοί ικανοποιημένοι όταν το παιδί τους ασχολείται με κάτι δεν κάθεται όλη μέρα σπίτι.

21. Ποιος πιστεύετε είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη χρήση των θεραπειών αυτών;

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού αρχικά είναι να ενημερώνεται για όσα περισσότερα μπορεί γιατί αποτελεί την γέφυρα ανάμεσα στους εξυπηρετούμενους και τις νέες τάσεις, εκτός αυτού σε όλες τις ομάδες δραστηριοτήτων που λειτουργούν εδώ οι εκπαιδευτές δεν έχουν ειδικευση πάνω στα άτομα με ψυχικές ασθένειες και δεν έχουν γνώση για το πως να χειριστούν μία κατάσταση κρίσης. έτσι μέσα στις ομάδες θα ήταν καλό να υπάρχει κάποιος που να γνωρίζει πως να χειριστεί τέτοιες καταστάσεις. Ίσως οι κοινωνικοί λειτουργοί του σήμερα θα ήταν καλό να εκπαιδευτούν όσο καλύτερα μπορούν...

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

1. Κέντρο Δραματοθεραπείας:

http://aeon-dramatherapy.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=57

2. Ένωση Δραματοθεραπευτών & Παιγνιοθεραπευτών Ελλάδος:

<http://www.edpe.gr/dramatherapy>

3. Επιστημονικό Κέντρο Παιγνιοθεραπείας και Δραματοθεραπείας «Άθυρμα»:

<http://www.playtherapy.gr/frameset.html>

4. Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών:

http://www.aglaiakyriakou.gr/support_e.html

5. Ο Ελληνικός Σύλλογος Πτυχιούχων Επαγγελματιών Μουσικοθεραπευτών (ΕΣΠΕΜ):

<http://www.musictherapy.gr/>

6. Εργαστήρι Ανάπτυξης και Θεραπείας Παιδιών, Εφήβου και Οικογένειας «Αργώ»:

<http://www.ergastiri-argo.gr/mousikotherapeia.html>

7. Κέντρο Ακουστικο-Ψυχο-Φωνολογίας Tomatis:

http://www.thesoundtherapy.gr/html/body_progs_gr.html

8. Κέντρο Τέχνης και Ψυχοθεραπείας:

http://www.art-therapy.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=53&Itemid=64&lang=el

9. Σύνδεσμος Θεραπευτικής Ιππασίας:

http://www.ngofederation.gr/www.ngofederation.gr_8080/EL/6_2_details8803.html?id=7

10. Σύνδεσμος Θεραπευτικής Ιππασίας Ελλάδας:

http://www.trag.gr/default_gr.htm

11. Επιστημονική Εταιρία Θεραπευτικής Ιππασίας και Ιπποθεραπείας Ελλάδας (Ε.Ε.Θ.Ι.Ι.Ε.):

<http://eethiie.gr/>

12. Δράση για τα Αδέσποτα-Σκύλοι Θεραπείας Ελλάδας, Αστική-Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία:

<http://www.sapt.gr/>

13. Ένωση Χοροθεραπευτών Ελλάδας:

<http://www.gadt.gr/choreotherapy.htm>

14. Ελληνική Εταιρία Διαταραχών Διάθεσης:

<http://www.mazi.org.gr/%CE%95%CE%BD%CE%B1%CE%BB%CE%BB%CE%B1%CE%BA%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82/%CE%A7%CE%BF%CF%81%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%AF%CE%B1>

15. Κέντρο Τέχνης και Ψυχοθεραπείας:

http://www.art-therapy.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=53&Itemid=64&lang=el

16. Ψυχής Άκεσμα:

http://www.arts2heal.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=67&Itemid=65

17. Περιοδικό Αναπηρία:

<http://www.disabled.gr/lib/?cat=1>

ΑΡΘΡΑ

Βουτιές στο πρώτο Δελφινάριο της Ελλάδας

Στο Αττικό Ζωολογικό Πάρκο «κατέπλευσαν» τέσσερα δελφίνια και μας περιμένουν να τα γνωρίσουμε

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ: 10/06/2010 06:45

Η Κάλια, η Χλόη, ο Ιάσων και ο Ερμής από τη Λιθουανία και η Μάρα και ο Τσάρλι από την Ισπανία έφθασαν στα Σπάτα! Δεν πρόκειται, βέβαια, για ανθρώπους αλλά για τέσσερα δελφίνια και δύο θαλάσσια λιοντάρια που προστέθηκαν στους μόνιμους «κατοίκους» του Αττικού Ζωολογικού Πάρκου. Το πάρκο, το οποίο λειτουργεί εδώ και 10 χρόνια, ξεκινά αυτές τις ημέρες τη λειτουργία του πρώτου και μοναδικού Δελφιναρίου στην Ελλάδα, το οποίο και θα φιλοξενήσει τα έξι θηλαστικά.

«Τα δελφίνια είναι ένα είδος ζώου που παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το κοινό. Ειδικά για την Ελλάδα αποτελεί ένα είδος πολύ γοητευτικό και με ιδιαίτερη απήχηση στους επισκέπτες» σημειώνει ο δημιουργός του Αττικού Ζωολογικού Πάρκου κ. **Ζαν Ζακ Λεσουέρ**. *«Τα μεν δελφίνια που φέραμε γεννήθηκαν σε θαλάσσιο μουσείο της Λιθουανίας, τα δε θαλάσσια λιοντάρια στην Ισπανία»* συμπληρώνει.

Πλέον, όπως και στο εξωτερικό, έτσι και στην Αθήνα, το νέο Δελφινάριο θα

παρέχει τη δυνατότητα στους επισκέπτες να παρακολουθήσουν από κοντά τα δελφίνια, τα οποία είναι διάσημα για τις ικανότητές τους και την ευφυΐα τους. «*Το Δελφινάριο ήδη λειτουργεί και ανοίγει στο κοινό τις πρωινές ώρες. Προς στιγμήν δεν υπάρχει κάποιο σόου με τα δελφίνια. Αντίθετα, όμως, λειτουργούν προγράμματα εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης για τη θάλασσα και την προστασία των δελφινιών, διάρκειας 15 λεπτών, τα οποία φέρνουν τους επισκέπτες σε γνωριμία με τα συγκεκριμένα θηλαστικά*» τονίζει ο κ. Λεσουέρ.

Παράλληλα το Πάρκο διεξάγει έρευνα που αφορά τις θεραπευτικές ιδιότητες των δελφινιών για άτομα με ειδικές ανάγκες και κυρίως για παιδιά με αυτισμό. «*Στη Λιθουανία, όπου γεννήθηκαν τα δελφίνια μας, υπήρχε ένα αντίστοιχο ερευνητικό πρόγραμμα το οποίο συσχετίζεται με τη θεραπεία αυτιστικών παιδιών. Εδώ θα το ξεκινήσουμε στα τέλη Ιουνίου και θα συνεχίσουμε τα πειράματα. Οι επιστημονικές έρευνες έχουν δείξει ότι το δελφίνι μπορεί να επηρεάσει ορισμένες συμπεριφορές στην προσωπικότητα ενός παιδιού, όπως στην περίπτωση των αλόγων. Βέβαια, όλα αυτά ακόμη ερευνώνται*» συμπληρώνει το «αφεντικό» του Αττικού Ζωολογικού Πάρκου.

Ακόμη το Δελφινάριο συμμετέχει σε άλλο ερευνητικό πρόγραμμα, σε συνεργασία με τον καθηγητή του Πολυτεχνείου της Καταλονίας **Μισέλ Αντρέ**, με τον οποίο θα μελετήσουν την ακουστική αντίληψη των δελφινιών, καθώς η πραγματοποίηση μιας τέτοιας έρευνας μπορεί να γίνει μόνο μέσα σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον. Ο καταλανός πανεπιστημιακός θεωρείται ειδικός στη μελέτη της ανθρωπογενούς ηχορρύπανσης και στον τρόπο με τον οποίο επηρεάζει τα θαλάσσια κήτη. Τα εν λόγω πειράματα θα ξεκινήσουν και αυτά στα τέλη Ιουνίου με αρχικό αντικείμενο τις ακουστικές δυνατότητες των δελφινιών.

Επίσης το Αττικό Ζωολογικό Πάρκο έχει εγκαινιάσει συνεργασία με την ολλανδική εταιρεία Savewave- η οποία ειδικεύεται σε οικολογικά βιώσιμες λύσεις στο υδάτινο περιβάλλον- συμμετέχοντας στον σχεδιασμό ειδικών συσκευών που προσαρμόζονται στα αλιευτικά δίκτυα και εκπέμπουν απωθητικούς για τα δελφίνια ήχους. «*Στο Αιγαίο τα δίκτυα των ψαράδων αποτελούν κίνδυνο για τα δελφίνια καθώς συχνά παγιδεύονται σε αυτά προσπαθώντας να πιάσουν τα ψάρια με αποτέλεσμα να πνίγονται*» λέει ο κ. Λεσουέρ.

Παράλληλα το Δελφινάριο συμμετέχει σε παγκόσμια έρευνα για τον προσδιορισμό των σημαντικότερων παραγόντων στην ενηλικίωση και στη σεξουαλική ωρίμανση των δελφινιών και ήδη γερμανός επιστήμονας εντυφεί σε ζητήματα τεχνητής γονιμοποίησης για λογαριασμό του Αττικού Ζωολογικού Πάρκου.

Το ακοίμητο ρινοδέλφιο

Το ρινοδέλφιο (*Tursiops truncatus ponticus*) αποτελεί ενδημικό είδος της Μαύρης Θάλασσας και συναντάται στη Βουλγαρία, τη Γεωργία, τη Ρουμανία, τη Ρωσία, την Τουρκία και την Ουκρανία. Τρέφεται με διάφορα ψάρια και θαλασσινά, όπως ρέγκα, κολιό, μπακαλιάρο, γαρίδες και κεφαλόποδα, και οι ποσότητες της τροφής του μπορεί να φτάσουν έως και τα 10 κιλά την ημέρα.

Διαθέτει υδροδυναμικό σώμα, κολυμπά με την ουρά και χρησιμοποιεί το ραχιαίο πτερύγιο για ισορροπία και τα πρόσθια για πηδάλιο. Περνά το περισσότερο χρόνο της ζωής του κάτω από το νερό και δεν κοιμάται ποτέ, καθώς κατά τη διάρκεια της νύχτας το αριστερό και το δεξί ημισφαίριο του εγκεφάλου ξεκουράζονται εναλλάξ επιτρέποντας στο ζώο να παραμένει σε εγρήγορση, ούτως ώστε να μπορεί να αναδύεται για να αναπνεύσει και να εκτελεί βασικές δραστηριότητες.