



Α.Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

“ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΜΕΣΩ ΤΕΧΝΗΣ”

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΚΟΥΦΑΚΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ , ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΑΓΓΕΛΙΝΑ, ΧΑΙΔΑ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΔΕΔΟΤΣΗ ΣΟΦΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2014

ΠΑΤΡΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2014



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΕΛΛΑΔΑΣ**

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΜΕΣΩ ΤΕΧΝΗΣ»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

ΚΟΥΦΑΚΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ ΑΓΓΕΛΙΝΑ

ΧΑΙΔΑ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΔΕΔΟΤΣΗ ΣΟΦΙΑ

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 2014



TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE (T.E.I.) OF PATRAS

FACULTY OF SCIENCES OF HEALTH AND CARE

DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

THESIS:

«ART THERAPY AND MENTAL HEALTH»

RESEARCH TEAM:

KOUFAKOS EVAGELOS

PAPADATOU AGELINA

HAIDA ATHANASIA

Supervisor:

DEDOTSI SOFIA

Patras, October 2014

© 2014 - All rights reserved

Η πτυχιακή εργασία των Κουφάκου Ευάγγελου, Αγγελίνας Παπαδάτου και Αθανασίας Χαιδά εγκρίνεται:

Υπογραφές

1.

2.

3.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τους γονείς μας και τους φίλους που μας στήριξαν κατά τη διάρκεια των σπουδών μας και για την υπομονή που έδειξαν στο διάστημα της εκπόνησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Τους επαγγελματίες Κοινωνικούς λειτουργούς στα πλαίσια της πρακτικής μας για τις κατευθύνσεις και την εμπιστοσύνη τους- όπως επίσης και τους ειδικούς θεραπευτές (φίλους και συναδέλφους) για τη βιβλιογραφία που μας προσκόμησαν. Τέλος να ευχαριστήσουμε την θεατρική ομάδα του ΑΤΕΙ «ΚΟΜΠΑΡΣΟΙ» για την ψυχολογική υποστήριξη, τα χρόνια φιλίας και παρέας που διανύσαμε μαζί κατά τις σπουδές και τη διαμονή μας στην Πάτρα.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε για την ολοκλήρωση των σπουδών και τη λήψη πτυχίου των αναγραφόμενων φοιτητών στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας.

Σκοπός της είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση και μελέτη της Ψυχικής Υγείας και ό,τι αφορά σε αυτή σε σχέση με τη διαμόρφωση των σύγχρονων αντιλήψεων όπως επίσης και στη νομοθεσία. Ειδικό βάρος δίνεται στις θεραπείες μέσω τέχνης και πως αυτές επιτρέπουν στους ψυχικά ανάπηρους ασθενείς να γίνουν πιο λειτουργικοί, να οργανωθούν σε ψυχοσυναισθηματικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο και να ενταχθούν ομαλά στην κοινωνία όπως αυτή νοείται από τα μέλη του κοινωνικού συνόλου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση και μελέτη που σκοπό έχει την παρουσίαση των θεραπειών μέσω τέχνης με τις οποίες ο ψυχικά ασθενής μπορεί, με ορθή καθοδήγηση από τον επαγγελματία θεραπευτή, να λειτουργήσει σε κοινωνικό και ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο στα πλαίσια της κοινωνίας ή τουλάχιστον να ξεφύγει από τα στενά όρια της ασθένειας του αποφεύγοντας έτσι φαινόμενα ιδρυματοποίησης.

Για τους παραπάνω λόγους η πτυχιακή εργασία χωρίστηκε σε δύο μέρη: την ψυχική υγεία, τις θεραπείες μέσω τέχνης.

Το Πρώτο Μέρος αναφέρεται στην Ψυχική Ασθένεια, τον κοινωνικό στιγματισμό και παρουσιάζεται η προβληματική της κοινωνικής κατασκευής της αναπηρίας. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα Ψυχιατρικά Κινήματα όπως αυτά εξελίχθηκαν από τα μέσα του 20ου αιώνα με έντονη αναφορά στην επονομαζόμενη «Αντιψυχιατρική» η οποία έθεσε τα θεμέλια των σημερινών Στεγών Υποστηριζόμενης Διαβίωσης και της χειραφέτησης και αυτονομίας των ψυχασθενών και γενικότερα των λειτουργικών ΑμεΑ.

Στο Δεύτερο μέρος γίνεται μια εκτενής παρουσίαση των θεραπειών που χρησιμοποιούν ως βασικό εργαλείο τις τέχνες της μουσικής, του δράματος, των εικαστικών και του χορού. Μέσα από ένα δομημένο και κατευθυνόμενο περιβάλλον, με ψυχοκοινωνικές και ψυχοσυναισθηματικές διαδικασίες, που λειτουργεί με μια ολιστική, συστημική και μορφοδυναμική προσέγγιση οι θεραπευόμενοι μπορούν να βρουν, αναγνωρίσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα τους έτσι ώστε τελικά να μπορούν αυξήσουν τη λειτουργικότητα τους μέσα στις δυσκολίες της καθημερινότητας.

ABSTRACT

The present final work constitutes a bibliographic examination and study that aim has the presentation of Mental Health as a system of ideas, perceptions and operations and that they were shaped through the passage of the social and scientific reactions. Also it presents four treatments via art with which the mental patient can, with equitable guidance by professional healers, function in social and psychosynaisthematic level in the frames of society or at least escape from the narrow limits of his illness avoiding thus phenomenon of institutionalization.

For the reasons above and for the evasion of a labyrinthine recording the final work was separated in two parts: the mental health, the treatments via art.

The First Part is reported in the Mental Illness, the social stigmatization and is presented the questioning of social manufacture of infirmity. Afterwards are presented the Psychiatric Movements as these were evolved by the means of 20th century with intense report innamed "Antipsychiatriki" which placed the founding current Roofs of Supported Existenceand emancipation and autonomy of the psychiatric patients and more generally functional People with Special Needs. Also become report in the Individuals with Infirmities, category in which include themselves and the individuals with mental illnesses.

In the Second part becomes a extensive presentation of treatments uses as basic tool the arts of music, drama, figurative and dance. Through a structured and directed environment, with psychosocial and psychosynaisthematic processes, that function with a wholistic , systemic and morfodynamic approach cured they can find , they recognize and they express their sentiments so finally they can increase their functionalism in the difficulties of everyday routine.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Ψυχική υγεία.....	15
1.1 Ορίζοντας την ψυχική υγεία.....	15
1.1.1 Ορισμός της ψυχικής υγείας.....	15
1.2 Σύντομη ιστορική αναδρομή της ψυχικής υγείας.....	16
1.3 Κινήματα στην ψυχική υγεία	17
1.3.1 Το κίνημα της αντιψυχιατρικής.....	17
1.3.2 Το κίνημα της συνηγορίας	18
1.3.3 Στίγμα και ψυχική υγεία	19
1.4 Σύντομη περίληψη της Ελληνικής νομοθεσίας	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Ψυχικές διαταραχές	27
2.1.1 Συναισθηματικές διαταραχές.....	29
2.1.2 Διαταραχές ανάπτυξης	31
2.1.3 Ψυχωτική συμπεριφορά.....	36

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Θεραπείες μέσω τέχνης.....	57
3.1 Χοροθεραπεία	58
3.1.1 Ορισμός και αντικείμενο της χοροθεραπείας	58
3.1.2 Ιστορική αναδρομή	59
3.1.3 Μεθοδολογία	60
3.1.4 Βασικές έννοιες της χοροθεραπείας	61
3.1.5 Αποτελεσματικότητα.....	61
3.2 Μουσικοθεραπεία.....	62

3.2.1 Ορισμός και αντικείμενο της μουσικοθεραπείας.....	63
3.2.2 Ιστορική αναδρομή.....	65
3.2.3 Μεθοδολογία.....	66
3.2.4 Ο μουσικοθεραπευτής.....	67
3.2.5 Αποτελεσματικότητα.....	68
3.3 Δραματοθεραπεία.....	68
3.3.1 Ορισμός και αντικείμενο της δραματοθεραπείας.....	68
3.3.2 Ιστορική αναδρομή.....	69
3.3.3 Μεθοδολογία.....	73
3.3.4 Ο δραματοθεραπευτής.....	74
3.3.5 Αποτελεσματικότητα.....	79
3.4 Εικαστική θεραπεία.....	80
3.4.1 Ορισμός και αντικείμενο της εικαστικής θεραπείας.....	80
3.4.2 Ιστορική αναδρομή.....	82
3.4.3 Μεθοδολογία.....	85
3.4.4 Ο εικαστικός θεραπευτής.....	87
3.4.5 Αποτελεσματικότητα.....	89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	
Συμπεράσματα και προτάσεις.....	91
4.1 Συμπεράσματα.....	91
4.2 Προτάσεις.....	92
Βιβλιογραφία.....	95

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχική υγεία αποτελεί ένα σημαντικό μέρος της συνολικής υγείας του κάθε ατόμου, δεδομένου ότι καθορίζει την συμπεριφορά, την αντίληψη, τη σκέψη, την επικοινωνία και την κατανόηση του. Η κακή ψυχική υγεία μπορεί να εμποδίσει ένα άτομο να λειτουργήσει, να εργαστεί και να ζήσει καλά. Επίσης η καλή ψυχική υγεία εντάσσεται στα βασικά δικαιώματα του ανθρώπου. Ως εκ τούτου, οφείλει να αποτελεί βασική συνιστώσα των φροντίδων της κοινότητας.

Οποιοσδήποτε παράγοντας επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία αντιπροσωπεύει μια σημαντική απειλή τόσο για την οικονομική όσο και για την κοινωνική ζωή στην κοινωνία. Η ψυχική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της συνολικής υγείας και της ευημερίας για το άτομο και για το σύνολο και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με τον ίδιο επείγοντα χαρακτήρα, όπως η σωματική υγεία.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization), δεν υπάρχει «επίσημος» ορισμός του όρου «ψυχική υγεία». Πολιτισμικές διαφορές και ανταγωνιστικές επαγγελματικές θεωρίες, όλα επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο η ψυχική υγεία ορίζεται. Σε γενικές γραμμές, πάντως, οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν ότι η απουσία μιας διαγνωσμένης ψυχικής διαταραχής δεν είναι απαραίτητα ένας δείκτης άριστης ψυχικής υγείας. Η ψυχική υγεία αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο για μια υγιή καθημερινότητα.

Για να επιτευχθεί η συνολική καλή ψυχική υγεία απαιτείται συντονισμένη δράση από όλους τους ενδιαφερομένους όπως: κυβερνήσεις, τοπικές αρχές, κρατικές κοινωνικές υπηρεσίες, εθελοντικές οργανώσεις, μέσα ενημέρωσης και το κάθε μεμονωμένο άτομο.

Σε γενικές γραμμές κοινοτικός στόχος όσον αφορά τη δημόσια ψυχική υγεία πρέπει να είναι η ανάπτυξη πολιτικών και πρακτικών για την προώθηση της καλής συνολικής ψυχικής υγείας, τον έγκαιρο εντοπισμό των προβλημάτων και τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης ψυχικής ασθένειας και αυτοκτονιών.

Η προώθηση της ψυχικής υγείας όπως ήδη ειπώθηκε αφορά την κοινωνία σε τρία επίπεδα και απαιτεί την ανάπτυξη μιας ποικιλίας στρατηγικών και στα τρία επίπεδα ως εξής:

1. Ατομικό. Μέσω της ανάπτυξης των προσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης του, το άτομο αποκτά αυξημένη ικανότητα αντιμετώπισης του άγχους και των δυσκολιών της ζωής με αποτέλεσμα να καθίσταται λιγότερο ευάλωτο στην ανάπτυξη ψυχικής νόσου.

2. Κοινοτικό. Με την αύξηση της κοινωνικής συνοχής, και της ενημέρωσης και συγχρόνως τη μείωση του στιγματισμού και των διακρίσεων και την ανάπτυξη υποστηρικτικών πλαισίων προωθείται η καλή ψυχική υγεία σε διάφορους χώρους, π.χ. σχολεία και το χώρο εργασίας.

3. Κυβερνητικό. Οι φορείς λήψης αποφάσεων πρέπει να κατανοήσουν ότι οι δράσεις για την ψυχική υγεία θα πρέπει να αυξηθούν και να εντατικοποιηθούν τόσο όσον αφορά την ορθή και έγκαιρη αντιμετώπιση των διαταραχών ψυχικής υγείας σε οργανωμένο πλαίσιο όσο και στην λήψη προληπτικών μέτρων σχετικά με τα ευρύτερα ζητήματα που επηρεάζουν την ψυχική υγεία.

Η βελτίωση της ψυχικής υγείας για όλους σημαίνει τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Από το 2005, έχουν γίνει σημαντικά βήματα στον τομέα της ψυχικής υγείας σε επίπεδο Ε.Ε. που ίσως οδηγήσουν σε αλλαγές και σε εθνικό επίπεδο.

Μέρος Α΄
Ψυχική Υγεία

Κεφάλαιο 1^ο

Ορίζοντας τη ψυχική υγεία

1.1 Ψυχική υγεία

1.1.1 Ορισμός της «ψυχικής υγείας»

Ως ψυχική υγεία εννοούμε την ικανότητα του κάθε ανθρώπου να αντιλαμβάνεται και να υπερπηδά τα εμπόδια που του εμφανίζονται στη ζωή χωρίς να τραυματίζεται εσωτερικά. Η καλή ψυχική υγεία συνεπάγεται μια θετική στάση ζωής. Η θετική στάση ζωής μας οδηγεί στις σωστές αποφάσεις και στην ορθή αντιμετώπιση των εκάστοτε εμποδίων. Επίσης, μας βοηθά να απολαμβάνουμε την καθημερινότητα όπως και αν μας παρουσιάζεται κάθε φορά.

Η ζωή έχει το χαρακτηριστικό της μεταβολής, επομένως όλα γύρω μας αλλάζουν και είτε είμαστε δεκτικοί στις αλλαγές είτε όχι πρέπει να συμβιώνουμε με αυτές και να τις οικειοποιούμαστε. Η αλλαγή είναι κάτι που πάντα πρέπει να μας επηρεάζει θετικά γιατί έρχεται να μας θυμίσει πως κάτι τελείωσε ή κάτι μόλις αρχίζει. Για αυτό το λόγο είναι πολύ σημαντικό να είμαστε ισορροπημένοι μέσα μας.

Τα συναισθήματα που μας προκαλούν οι αλλαγές συχνά είναι αρνητικά, όπως ο φόβος ή η θλίψη, το άγχος, η απαισιοδοξία. Εμείς είμαστε που πρέπει να μάθουμε να μετατρέπουμε αυτά τα συναισθήματα σε θετικές καταστάσεις. Αν τα αφήσουμε να διαιωνίζονται ως αρνητικά τότε σύντομα θα εγκλωβιστούμε και θα βλάψουμε ψυχικά τον εαυτό μας.

(http://www.camh.ca/en/hospital/health_information/Documents/greek_about_mental_health.pdf)

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση διαταραχών της ψυχικής υγείας

Έχει γίνει μεγάλη συζήτηση σχετικά με την αιτιολογία της εμφάνισης διαταραχών στη ψυχική υγεία του ανθρώπου. Μέσα από αυτές τις συζητήσεις έχουν αναπτυχθεί πολλές θεωρίες. Επιστημονικές μελέτες υποστηρίζουν ότι πολλές από τις σοβαρές μορφές διαταραχών ψυχικής υγείας οφείλονται σε βιοχημικές διαταραχές του εγκεφάλου. Οι ειδικοί υποστηρίζουν επίσης πως διάφοροι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν το «ευ ζειν».

http://www.camh.ca/en/hospital/health_information/Documents/greek_about_mental_health.pdf

Όλα τα επίπεδα της ζωής μας (σωματικά, νοητικά, συναισθηματικά και πνευματικά) επηρεάζουν την ψυχική μας υγεία. Το άγχος επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο που εντοπίζουμε, κατανοούμε και αντιμετωπίζουμε τα προβλήματα μας. Μας επηρεάζει ως προς το να παίρνουμε τις λάθος αποφάσεις και σπάνια μπορεί να καταλήξει να είναι δημιουργικό.

Παράγοντες που σχετίζονται με την καθημερινότητα και είναι ικανοί να προκαλέσουν άγχος είναι:

-Ένα διαζύγιο.

-Ένας θάνατος.

-Ένα ατύχημα με το αυτοκίνητο.

-Προβλήματα υγείας.

-Η αναγκαστική μετανάστευση λόγω πολέμου ή ανεργίας ή εσωτερική μετανάστευση λόγω μετακόμισης σε άλλη πόλη της ίδιας χώρας.

-Ο οποιασδήποτε μορφής ρατσισμός

-Το χαμηλό εισόδημα ή η έλλειψη μόνιμης στέγης.

-Η απουσία ίσων ευκαιριών πρόσβασης στην εκπαίδευση, την εργασία και την περίθαλψη.

-Η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού διαταραχών ψυχικής υγείας, ή

-Τραυματικές εμπειρίες όπως βία, κακοποίηση, κ.λπ.

http://www.camh.ca/en/hospital/health_information/Documents/greek_about_mental_health.pdf

1.2 Σύντομη ιστορική αναδρομή της ψυχικής υγείας (19ος και 20ος αιώνας)

Στα μέσα του 19ου αιώνα, ο William Sweetzer ήταν ο πρώτος που όρισε με σαφήνεια τον όρο «ψυχική υγιεινή», ο οποίος μπορεί να θεωρηθεί ως πρόδρομος για τις σύγχρονες προσεγγίσεις στην προώθηση της θετικής ψυχικής υγείας. Ο Isaac Ray, ένας από τους δεκατρείς ιδρυτές της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, ορίζει

περαιτέρω τη ψυχική υγεία ως μια τέχνη για να διατηρηθεί το μυαλό μακριά από περιστατικά και επιρροές που θα παρεμποδίσουν ή καταστρέψουν την ενέργεια, την ποιότητα ή την ανάπτυξή του. (Johns Hopkins University, 2007)

Η Dorothea Dix (1802-1887) ήταν ένας σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη του κινήματος της «ψυχικής υγιεινής». Η Dix ήταν καθηγήτρια σε ένα σχολείο και σε όλη τη διάρκεια της ζωής της βοήθησε τα άτομα που πάσχουν από ψυχική ασθένεια, και ήθελε να φέρει στο φως τις άθλιες συνθήκες στις οποίες τέθηκαν. Αυτή η προσπάθεια έγινε γνωστή με τον όρο «κίνημα ψυχικής υγείας» (mental hygiene movement). Πριν από αυτό το κίνημα, οι άνθρωποι που επηρεάστηκαν από ψυχικές ασθένειες στον 19ο αιώνα, παραμελήθηκαν σημαντικά και ζούσαν σε άθλιες συνθήκες χωρίς επαρκή ρουχισμό. (Barlow et al., 2009)

Στις αρχές του 20ου αιώνα, ο Clifford Beers ίδρυσε την Εθνική Επιτροπή για την Ψυχική Υγεία και άνοιξε τα πρώτα εξωτερικά ιατρεία ψυχικής υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Μετά το 1945, οι αναφορές στην ψυχική υγιεινή σταδιακά αντικαθίστανται από τον όρο «ψυχική υγεία» (World Psychiatry. 2008)

1.3 Κινήματα στην ψυχική υγεία

1.3.1 Το Κίνημα Της Αντιψυχιατρικής

Η αντι-ψυχιατρική έχει δραστηριοποιηθεί για σχεδόν δύο αιώνες, και είναι η άποψη ότι πολλές ψυχιατρικές θεραπείες είναι τελικά πιο επιζήμιες παρά χρήσιμες για τους ασθενείς. Η ψυχιατρική θεωρείται από τους υποστηρικτές της αντι-ψυχιατρικής ως υποχρεωτική πράξη καταπίεσης. Σύμφωνα με την αντι-ψυχιατρική, η ψυχιατρική περιλαμβάνει μια άνιση σχέση εξουσίας ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή, και μια πολύ υποκειμενική διαγνωστική διαδικασία, αφήνοντας πολύ μεγάλα περιθώρια για τις άλλες απόψεις και ερμηνείες (Burns 2006, Nasrallah 2011, Frances 2013).

Η αντι-ψυχιατρική έρχεται σε αντιπαράθεση με ότι ονομάζεται επικίνδυνη θεραπεία. (Nasrallah 2011) Παραδείγματα αυτών είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία θεραπεία, η θεραπεία σοκ ινσουλίνης, η λοβοτομή του εγκεφάλου, και η υπερ-συνταγογράφηση των δυνητικά επικίνδυνων φαρμακευτικών ουσιών. (Nasrallah 2011) Μια άμεση ανησυχία έγκειται στην σημαντική αύξηση στη συνταγογράφηση ψυχοφαρμάκων

στα παιδιά. (Burns 2006, Nasrallah 2011) Υπήρξαν επίσης ανησυχίες για τα ιδρύματα ψυχικής υγείας.

Ο Cooper επινόησε τον όρο "αντι-ψυχιατρική" το 1967, και έγραψε το βιβλίο «Ψυχιατρική και Αντι-ψυχιατρική» το 1971. (Burns 2006, Nasrallah 2011, Nasser 1995) Ο Thomas Szasz εισήγαγε τον ορισμό της ψυχικής ασθένειας ως έναν μύθο στο βιβλίο «Ο μύθος της ψυχικής ασθένειας» (1961), ο Giorgio Antonucci εισήγαγε τον ορισμό της ψυχιατρικής ως κάτι που το αντιμετωπίζουν με επιφυλακτικότητα στο βιβλίο «pregiudizi e la conoscenza critica alla psichiatria» (1986). (Burns 2006, Nasrallah 2011)

Τα σύγχρονα θέματα της αντι-ψυχιατρικής περιλαμβάνουν την ελευθερία σε αντίθεση με τον εξαναγκασμό, το μυαλό σε αντίθεση με τον εγκέφαλο και το δικαίωμα της διαφορετικότητας. (Burns 2006)

1.3.2 Το κίνημα της «Συνηγορίας»

Το κίνημα της συνηγορίας ξεκίνησε πριν 40 χρόνια, ως μέσο καταπολέμησης του στίγματος και της προκατάληψης ενάντια στα άτομα με ψυχικές διαταραχές αλλά και ως μέσο βελτίωσης των υπηρεσιών που τους αφορούν. Στην ανάπτυξή του συνέβαλε η αναγνώριση ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές πλήττονταν από σοβαρές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους (Funk & συν., 2005). Το κίνημα επικεντρωνόταν, ιδιαίτερα, α) στη μεθόδευση των κοινωνικών αλλαγών για την επίτευξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης και της βελτίωσης της θέσης του ασθενή, β) στην επιμόρφωση της κοινής γνώμης, γ) στην προώθηση νέων στρατηγικών για την υπεράσπιση των ψυχικά ασθενών και δ) στην ανάπτυξη της έρευνας (Morselli, 2000).

Ο πρώτος συνεταιρισμός συνηγορίας στις Η.Π.Α. για άτομα με κάποια ψυχιατρική νόσο και τους συγγενείς τους ήταν το «Fountain House», το 1948 στη Νέα Υόρκη. Μεταξύ του 1960 και του 1980 δημιουργήθηκαν οργανισμοί, όπως η National Alliance for the Mentally Illness, το Oregon Insane Liberation Front- η πρώτη ομάδα ψυχικά ασθενών που διεκδικεί τα δικαιώματά της το 1970, ενώ η οργάνωση συνηγορίας National Mental Health Association δημιουργήθηκε από τον πρώην ασθενή C. Beers (Morselli, 2000, Tomes, 2006).

Παρά το ότι στο κίνημα συνηγορίας εντάσσονται διάφορες οργανώσεις και άτομα που αναλαμβάνουν ποικίλες πρωτοβουλίες, συχνά οι δράσεις τους, παρόλο που

συνεργάζονται προκειμένου να επιτύχουν συγκεκριμένους στόχους, δεν έχουν το χαρακτήρα του ενωμένου μετώπου (Π.Ο.Υ. 2003). Ο πρόεδρος της American Psychiatric Association, το 2005, σημείωσε ότι «πολλές από τις προτάσεις των κρατών σχετικά με την ανάπτυξη πολιτικών για την ψυχική υγεία, παραμένουν ανεκμετάλλευτες, γιατί δεν έχει δοθεί σε κάποιον η νόμιμη εξουσία να ενώσει τους φορείς σε μια κερδοφόρα για τους χρήστες συμμαχία, καθώς οι ψυχίατροι ανταγωνίζονται με το κίνημα των καταναλωτών, τη φαρμακοβιομηχανία και τις ασφαλιστικές εταιρίες ποιος θα προσφέρει καθοδήγηση στο πεδίο της ψυχικής υγείας» (Sharfstein, 2005). Επίσης, η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι οι διαφορές τους αφορούν κυρίως στη συμμετοχή των χρηστών, οικογενειών και επαγγελματιών στη λήψη αποφάσεων, στις πηγές χρηματοδότησης και της κρατικής συμμετοχής σε αυτές, στο μέγεθος και στην ευρύτητά τους. Είναι σαφές ότι ένα συγκεκριμένο εύρος δικτύων δεν ταιριάζει σε όλους και ότι το μοντέλο που έχει προκύψει σε κάθε κράτος έχει διαμορφωθεί από τις ανάγκες του (Miller & Moore, 2009).

Κατά την έναρξη της νέας χιλιετίας, παρά την πληθώρα των πολιτικών μεταρρυθμίσεων στον τομέα της ψυχικής υγείας, η συμμετοχή των χρηστών εξακολουθεί να είναι περιορισμένη (Tait & συν., 2005). Σε έρευνα των Rose και συν. (2010) βρέθηκε ότι το 92% των ερωτηθέντων αναγνωρίζει ότι η συμμετοχή των χρηστών μπορεί να βελτιώσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Πράγματι, η συμμετοχή του χρήστη πρέπει να είναι μέρος της δομής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και να επηρεάζει κάθε πτυχή των παροχών τους (Tait & συν. 2005, Carol & συν., 1998)

1.3.3 Στίγμα και ψυχική υγεία

Σε άρθρο της, το οποίο γράφτηκε και δημοσιεύθηκε τον Αύγουστο του 2008, η Κατερίνα Καραστεργίου, Κοινωνική Λειτουργός Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Καρδίτσας, αναφέρει τα εξής για την αντιμετώπιση του στιγματισμού ατόμων που έχουν κάποια ψυχική διαταραχή:

«Τι μπορούμε να κάνουμε για τον περιορισμό του στίγματος της ψυχικής ασθένειας:

-Αγωγή κοινότητας με τη διάδοση έγκυρων πληροφοριών για την ψυχική νόσο

-Αντίκρουση όταν παρουσιάζονται εσφαλμένες αντιλήψεις από τα ΜΜΕ

-Να ενθαρρύνουμε τη χρήση θετικών εικόνων για να αναφερόμαστε σε ανθρώπους με ψυχική νόσο και να υπογραμμίζουμε την πραγματικότητα ότι η ψυχική νόσος μπορεί εύκολα να αντιμετωπιστεί

-Να δίνουμε έμφαση στις ικανότητες και όχι στους περιορισμούς

-Η ανοικτή συζήτηση βοηθάει στο να έρθει το θέμα στην επιφάνεια και να φύγει από τα στενά προσωπικά όρια

-Μην εξισώνουμε τους ανθρώπους με την ασθένεια. Δεν είναι ο άνθρωπος η ασθένεια. Για αυτό, αντί να λέμε 'σχιζοφρενής' να λέμε 'το άτομο που έχει σχιζοφρένεια', αντί για 'καταθλιπτικός', να λέμε το άτομο που έχει κατάθλιψη.»
(Καραστεργίου, 2008)

1.4 Νομοθετικό πλαίσιο

Ο ρόλος του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και της ανθρώπινης συμπεριφοράς έχουν τεθεί στο κέντρο του ενδιαφέροντος, αποτελώντας τον πυρήνα ενός νέου υπό διαμόρφωση βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας. Σε αυτήν την κατεύθυνση βρίσκεται ο ορισμός της υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) σύμφωνα με τον οποίο "υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας". Με τον ορισμό αυτό αναγνωρίζονται δύο παράμετροι που οριοθετούν την υγεία: η παράμετρος της απουσίας της αρρώστιας και η παράμετρος της ευεξίας. (<http://healthpromotion.med.uoa.gr/>)

Αναγνωρίζεται επίσης, σε ότι αφορά την ευεξία, η ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης, πέρα από τη σωματική. Η έννοια της ευεξίας αποτελεί τη βάση της έννοιας της θετικής υγείας.

Σύντομη περίληψη της Ελληνικής νομοθεσίας

Ο Νόμος 4074/2012

Άρθρο πρώτο

«Κυρώνονται και έχουν την ισχύ, που ορίζει το άρθρο 28 παρ. 1 του Συντάγματος, η Σύμβαση για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες, που υπογράφηκε στη Νέα

Υόρκη στις 30 Μαρτίου 2007, και το Προαιρετικό Πρωτόκολλο στη Σύμβαση για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες, που υπογράφηκε στη Νέα Υόρκη στις 27 Σεπτεμβρίου 2010».

Ο σκοπός της συγκεκριμένης Σύμβασης είναι η προώθηση, προστασία και διασφάλιση της ίσης συμμετοχής όλων των ατόμων με αναπηρία στα ανθρώπινα δικαιώματα και στις βασικές ελευθερίες. Τα άτομα με αναπηρία θεωρούνται τα άτομα τα οποία πάσχουν από μακροχρόνια σωματική, ψυχική, διανοητική ή αισθητηριακή αδυναμία, η οποία σε συνδυασμό με διάφορους φραγμούς μπορεί να εμποδίσει την πλήρη και ισότιμη συμμετοχή στην κοινωνία.

Το άρθρο 3 αναφέρει τις βασικές αρχές της Σύμβασης οι οποίες είναι:

1. σεβασμός στην αξιοπρέπεια, στην αυτονομία και στην ελευθερία των ατομικών επιλογών και στην ανεξαρτησία των ατόμων
2. άρση των διακρίσεων
3. πλήρης και αποτελεσματική συμμετοχή και ενσωμάτωση στην κοινωνία
4. σεβασμός της διαφορετικότητας και αποδοχή των ατόμων με αναπηρία ως τμήμα της ανθρώπινης ποικιλομορφίας
5. ισότητα ευκαιριών
6. προσβασιμότητα
7. ισότητα ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες
8. σεβασμός των εξελισσόμενων ικανοτήτων των παιδιών με αναπηρία και του δικαιώματός τους για τη διατήρηση της ταυτότητάς τους

Το άρθρο 4 αναφέρεται στις γενικές υποχρεώσεις των κρατών μελών του ΟΗΕ, τα οποία αναλαμβάνουν να διασφαλίσουν και να προωθήσουν την πλήρη πραγμάτωση όλων των

ανθρώπων δικαιωμάτων και βασικών ελευθεριών όλων των ατόμων με αναπηρία δίχως

κανενός είδους διάκριση με βάση την αναπηρία. (Κατταμη Χρ., Διαμαντοπούλου Ρ. Μαυροειδη Π., Κουτσουλελου Π.,2007)

Τα κράτη μέλη αναλαμβάνουν:

- i) να υιοθετήσουν την κατάλληλη νομοθεσία, διοικητικά και άλλα μέτρα για την υλοποίηση των δικαιωμάτων τα οποία αναγνωρίζει η παρούσα Σύμβαση
- ii) να λάβουν όλα τα απαραίτητα μέτρα, συμπεριλαμβανομένης της νομοθεσίας, για να τροποποιήσουν ή να καταργήσουν τους ισχύοντες νόμους, τους κανονισμούς, τα ήθη και τις πρακτικές που αποτελούν διάκριση ενάντια στα άτομα με αναπηρία να λάβουν υπόψη την προάσπιση και την προώθηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρίες σε όλες τις πολιτικές και τα προγράμματα να απέχουν από τη συμμετοχή σε οποιαδήποτε πράξη ή πρακτική που είναι ασυμβίβαστες με την παρούσα Σύμβαση και να διασφαλιστεί ότι οι δημόσιες αρχές και τα όργανα ενεργούν σύμφωνα με την παρούσα Σύμβαση
- iii) να λάβουν όλα τα απαραίτητα μέτρα για την εξάλειψη των διακρίσεων με βάση την αναπηρία από κάθε άτομο, οργανισμό ή ιδιωτική επιχείρηση
- iv) να εκπονήσουν ή να προωθήσουν την έρευνα και την ανάπτυξη παγκοσμίως σχεδιασμένων αγαθών και υπηρεσιών όπως ορίζονται στο άρθρο 2 της παρούσας Σύμβασης, τα οποία απαιτούν την μικρότερη δυνατή προσαρμογή και το μικρότερο κόστος, ώστε να καλύπτουν τις ειδικές ανάγκες ενός ατόμου με αναπηρία και να προωθήσουν τη διαθεσιμότητα, τη χρήση και τον παγκόσμιο σχεδιασμό της ανάπτυξης των προτύπων και των οδηγιών
- v) να εκπονήσουν ή να προωθήσουν την έρευνα για την ανάπτυξη και να προωθήσουν τη διαθεσιμότητα και τη χρήση των νέων τεχνολογιών, συμπεριλαμβανομένων των τεχνολογιών ενημέρωσης και επικοινωνιών, των συσκευών και των υποστηρικτικών τεχνολογιών, κατάλληλων για τα πρόσωπα με ειδικές ανάγκες, δίνοντας προτεραιότητα στις τεχνολογίες με προσιτό κόστος

- vi) να παρέχουν πρόσβαση στην πληροφόρηση στα άτομα με αναπηρίες σχετικά με συσκευές που βοηθούν την κίνηση και υποστηρικτικές τεχνολογίες, συμπεριλαμβανομένων των νέων τεχνολογιών
- vii) να προωθήσουν την κατάρτιση των επαγγελματιών και του προσωπικού που εργάζεται με τα άτομα με αναπηρία, ώστε να προάγουν τις αρχές και τα δικαιώματα που αναγνωρίζονται σε αυτήν τη Σύμβαση και την καλύτερη παροχή βοήθειας και υπηρεσιών την οποία εγγυώνται τα δικαιώματα αυτά.
- viii) Όσον αφορά στα κοινωνικά, οικονομικά και πολιτιστικά δικαιώματα, κάθε μέλος κράτος αναλαμβάνει να λάβει μέτρα στο πλαίσιο της διεθνούς συνεργασίας με στόχο την προοδευτική ολική πραγματοποίηση των δικαιωμάτων αυτών, χωρίς προκαταλήψεις.

Στο **Άρθρο 27** αναφέρονται οι υποχρεώσεις των κρατών μελών σε ότι αφορά στην εργασία και απασχόληση των ατόμων με αναπηρίες:

1. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα στην εργασία των ατόμων με αναπηρίες, σε ίση βάση με τους άλλους. Αυτό συμπεριλαμβάνει το δικαίωμα στην ευκαιρία να κερδίζουν τα προς το ζην από εργασία που επιλέγεται ελεύθερα ή είναι αποδεκτή σε μια αγοράς εργασίας και σε ένα εργασιακό περιβάλλον που είναι ανοικτό, ενιαίο και προσβάσιμο στα άτομα με αναπηρίες. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη προστατεύουν και διασφαλίζουν την άσκηση του δικαιώματος στην εργασία, περιλαμβανομένων και εκείνων που αποκτούν μια αναπηρία κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, λαμβάνοντας τα κατάλληλα μέτρα, και μέσω της νομοθεσίας, ώστε, μεταξύ άλλων:

α. Να απαγορεύουν τις διακρίσεις βάσει αναπηρίας, σχετικά με όλα τα θέματα που σχετίζονται με όλες τις μορφές απασχόλησης, συμπεριλαμβανομένων και των όρων πρόσληψης, μίσθωσης και απασχόλησης, συνέχισης της απασχόλησης, εξέλιξης της σταδιοδρομίας και ασφαλών και υγιών συνθηκών εργασίας,

β. Να προστατεύουν τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες, σε ίση βάση με τους άλλους, για δίκαιες και ευνοϊκές συνθήκες εργασίας, συμπεριλαμβανομένων και των ίσων ευκαιριών και της ίσης αμοιβής για εργασία ίσης αξίας, των ασφαλών και υγιών

συνθηκών εργασίας, συμπεριλαμβανομένης και της προστασίας από παρενοχλήσεις και της αποκατάστασης των παραπόνων,

γ. Να διασφαλίζουν ότι τα άτομα με αναπηρίες είναι σε θέση να ασκούν τα εργασιακά και συνδικαλιστικά δικαιώματά τους, σε ίση βάση με τους άλλους,

δ. Να δίδουν τη δυνατότητα στα άτομα με αναπηρίες να έχουν αποτελεσματική πρόσβαση στα γενικά, τεχνικά προγράμματα και προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού, τις υπηρεσίες διορισμού και την επαγγελματική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση,

ε. Να προάγουν τις ευκαιρίες απασχόλησης και εξέλιξης στη σταδιοδρομία για τα άτομα με αναπηρίες στην αγορά εργασίας, καθώς επίσης και τη βοήθεια σε σχέση με την εύρεση, απόκτηση, διατήρηση και επιστροφή στην απασχόληση,

στ. Να προάγουν τις ευκαιρίες για αυτοαπασχόληση, το επιχειρηματικό πνεύμα, την ανάπτυξη των συνεταιρισμών και την έναρξη ατομικών επιχειρήσεων,

ζ. Να προσλαμβάνουν άτομα με αναπηρίες στο δημόσιο τομέα,

η. Να προάγουν την απασχόληση των ατόμων με αναπηρίες στον ιδιωτικό τομέα, μέσω κατάλληλων πολιτικών και μέτρων, τα οποία μπορούν να συμπεριλαμβάνουν προγράμματα θετικής δράσης, κίνητρα και άλλα μέτρα,

θ. Να διασφαλίζουν ότι παρέχεται εύλογη προσαρμογή στα άτομα με αναπηρίες στον εργασιακό χώρο,

ι. Να προάγουν την απόκτηση, από τα άτομα με αναπηρίες, επαγγελματικής εμπειρίας στην ανοικτή αγορά εργασίας,

κ. Να προάγουν την επαγγελματική αποκατάσταση, τη διατήρηση της εργασίας και τα προγράμματα επιστροφής στην εργασία για τα άτομα με αναπηρίες.

2. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη διασφαλίζουν ότι τα άτομα με αναπηρίες δεν κρατούνται υπό συνθήκες δουλείας ή υποτέλειας και ότι προστατεύονται, σε ίση βάση με τους άλλους, από την καταναγκαστική ή υποχρεωτική εργασία.

Στο **Άρθρο 28** κατοχυρώνονται και διασφαλίζονται τα δικαιώματα των αναπήρων ατόμων για ένα ανεκτό βιοτικό επίπεδο και κοινωνική προστασία.

1. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα των ατόμων με αναπηρίες για ένα βιοτικό επίπεδο ανεκτό, για τα ίδια και τις οικογένειές τους, συμπεριλαμβανομένης και της κατάλληλης διατροφής, ένδυσης και κατοικίας, και για συνεχή βελτίωση των συνθηκών διαβίωσής τους και λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα για να προστατεύουν και να προάγουν την εξασφάλιση του δικαιώματος αυτού, χωρίς διακρίσεις βάσει αναπηρίας.

2. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα των ατόμων με αναπηρίες για κοινωνική προστασία και την απόλαυση αυτού του δικαιώματος χωρίς διακρίσεις βάσει αναπηρίας και λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα προκειμένου να προστατεύουν και να προάγουν την εξασφάλιση του δικαιώματος αυτού, συμπεριλαμβανομένων και των ακόλουθων μέτρων:

α. Να διασφαλίζουν την πρόσβαση, με ίσους όρους, από τα άτομα με αναπηρίες σε υπηρεσίες καθαρού νερού και να διασφαλίζουν την πρόσβαση σε κατάλληλες και προσιτές υπηρεσίες, συσκευές και σε κάθε άλλη βοήθεια για ανάγκες σχετικές με την αναπηρία,

β. Να διασφαλίζουν την πρόσβαση από τα άτομα με αναπηρίες, ιδιαίτερα τις γυναίκες, τα κορίτσια και τα ηλικιωμένα άτομα με αναπηρίες, στα προγράμματα κοινωνικής προστασίας και τα προγράμματα μείωσης της φτώχειας,

γ. Να διασφαλίζουν την πρόσβαση, από τα άτομα με αναπηρίες και τις οικογένειές τους που ζουν σε καταστάσεις φτώχειας, στην κρατική βοήθεια, με σχετικές με την αναπηρία δαπάνες, συμπεριλαμβανομένης και της κατάλληλης κατάρτισης, της παροχής συμβουλών, της οικονομικής συνδρομής και της βραχυπρόθεσμης φροντίδας,

δ. Να διασφαλίζουν την πρόσβαση από τα άτομα με αναπηρίες στα προγράμματα δημόσιας στέγασης,

ε. Να διασφαλίζουν ίση πρόσβαση από τα άτομα με αναπηρίες στα συνταξιοδοτικά ωφελήματα και προγράμματα.

Οι διατάξεις της παρούσας Σύμβασης θα επεκταθούν σε όλα τα μέρη των ομοσπονδιακών κρατών χωρίς περιορισμούς ή εξαιρέσεις. Τα κράτη μέλη κλήθηκαν να υπογράψουν με δύο παραμέτρους: α) την αποδοχή των αρχών και τη δέσμευση της υλοποίησης και β) ότι στις περιπτώσεις αθέτησης των αρχών το κράτος είναι υπόλογο στον ΟΗΕ. (Κατταμη Χρ., Διαμαντοπούλου Ρ. Μαυροειδη Π., Κουτσοιλελου Π.,2007)

Την παραπάνω Σύμβαση υπέγραψαν 100 κράτη μέλη στην Συνεδρίαση της Γενικής Συνόδου του ΟΗΕ στην Νέα Υόρκη το Μάιο του 2007 επικυρώνοντας τη δέσμευση εφαρμογής από κάθε κράτος μέλος. Στην Ελλάδα υπογράφηκε το 2012 ως Νόμος 4074 στο ΦΕΚ Α 88-2012.

Στο κεφάλαιο αυτό ορίσαμε την ψυχική υγεία και αναπτύχθηκε η εξέλιξή της μέσω των κινημάτων που την επηρέασαν. Γίνεται μια σύντομη αναφορά στην Ελληνική νομοθεσία. Για να δούμε την χρησιμότητα των θεραπειών μέσω της τέχνης, χρειάζεται να ερευνήσουμε τις διαταραχές που προσεγγίζουν θεραπευτικά. Στο επόμενο κεφάλαιο αναλύονται οι ψυχικές διαταραχές αυτές.

Κεφάλαιο 2^ο

2.1 Ψυχικές διαταραχές

Οι ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται με πολλές μορφές και σε οποιαδήποτε στιγμή. Παρακάτω θα γνωρίσουμε τις μορφές αυτές.

Η πρώτη γνωστή μορφή ψυχικής διαταραχής είναι το έντονο αίσθημα της θλίψης. Σε άλλους πάλι εμφανίζεται κάποια ένδειξη ψυχικής διαταραχής μέσω του αισθήματος του φόβου και της συνεχούς αγωνίας. Στα παιδιά αυτά τα συναισθήματα θα προκαλέσουν έντονα ξεσπάσματα στο σχολείο με αποτέλεσμα να χαρακτηριστούν αντικοινωνικά και προκλητικά. Σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες θα παρατηρήσουμε διατροφικές διαταραχές ή πρόβλημα με το αλκοόλ και ουσίες.

(<http://www.army.gr/files/File/ygeionomika/downloads/psygeia.pdf>)

Σε άλλες περιπτώσεις πιθανόν να εμφανιστούν παραισθήσεις, τάσεις αυτοκτονίας και ορισμένοι αποπειρώνται να θέσουν τέρμα στη ζωή τους.

Ενώ στο παρελθόν οι παραπάνω διαταραχές δεν θεωρούνταν ψυχικά νοσήματα σήμερα τα πράγματα άλλαξαν και πήραν διαφορετικές διαστάσεις. Οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι παροδικές και αν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως παίρνουν έναν μόνιμο χαρακτήρα. Μάλιστα το άτομο με έντονη ψυχική διαταραχή είναι ικανό να βλάψει τον εαυτό του ή και τους άλλους.

Σήμερα, έχουμε πολλές μαρτυρίες ατόμων που μπόρεσαν και γιατρεύτηκαν είτε γιατί κινητοποιήθηκαν άμεσα, είτε γιατί χρειάστηκαν κάποια φαρμακευτική αγωγή είτε γιατί θα χρησιμοποιούν εφ' όρου ζωής κάποια φαρμακευτικά σκευάσματα. Σε κάθε περίπτωση, η διάγνωση και η αντιμετώπιση ήταν λυτρωτικές για αυτούς γιατί ένιωσαν πως ένα βάρος έφυγε από πάνω τους.

«Για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας έχουν αναφερθεί τα εξής βασικά κριτήρια: (<http://www.army.gr/files/File/ygeionomika/downloads/psygeia.pdf>)

1) Το στατιστικό κριτήριο - ή κριτήριο της μέσης συμπεριφοράς.

Με βάση αυτό το κριτήριο, ως μέτρο της ψυχικής ομαλότητας θεωρείται η συμπεριφορά του μέσου ανθρώπου. Βέβαια είναι δύσκολο να αξιολογηθούν επακριβώς τα όρια τού μέσου ανθρώπου.

2) Το κριτήριο της απουσίας της ψυχικής νόσου ή κλινικό κριτήριο

Σύμφωνα μ' αυτό το κριτήριο ψυχικά υγιής είναι εκείνος πού η συμπεριφορά του είναι τέτοια ώστε να μην εμπίπτει στα πλαίσια μιας γνωστής και καθιερωμένης ψυχικής νόσου.

3) Το κριτήριο της υποκειμενικής δυσφορίας

Εδώ παθολογική συμπεριφορά χαρακτηρίζεται εκείνη πού αποτελεί πηγή δυσφορίας για το άτομο πού την υιοθετεί. Πόσο άσχημα και "παθολογικά" αισθάνεται το ίδιο το άτομο ως υποκείμενο και πόσο αισθάνεται ότι υποφέρει από υποκειμενικής ή άλλου είδους δυσκολίες.

4) Το κριτήριο της κοινωνικής αποδοχής ή της κοινωνικής συμπεριφοράς

Σύμφωνα μ' αυτό το κριτήριο το άτομο θεωρείται υγιές όταν η συμπεριφορά του δεν εξέρχεται ή δεν αποκλίνει από το πλαίσιο των κανόνων πού ισχύουν για τη κοινωνία μέσα στην οποία ζει. Φυσιολογικό θεωρείται το άτομο που η συμπεριφορά του είναι κοινωνικά αποδεκτή και δεν ενοχλεί τους συνανθρώπου του με ανάρμοστες συμπεριφορές

5) Το κριτήριο της άριστης λειτουργικότητας

Η οπτική αυτή περιγράφει ένα άτομο χωρίς ατέλειες που εξασφαλίζει σε όλες του τις δραστηριότητες άριστη λειτουργικότητα, κάτι δηλαδή που κινείται στη σφαίρα της ουτοπίας.

6) Το αναπτυξιακό κριτήριο

Μια άλλη προσέγγιση βασίζεται στην αναπτυξιακή διαχρονική εκτίμηση. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η φυσιολογικότητα εκτιμάται με κριτήριο το ομαλό πέρασμα από μια φάση ανάπτυξης της προσωπικότητας στην άλλη. Μπορούμε να διακρίνουμε τις παρακάτω φάσεις:

-Βρεφική

-Νηπιακή

-Προσχολική

-Σχολική

-Μέσης ηλικίας (πρώιμη, μέση, όψιμη)

Σε γενικές γραμμές θα λέγαμε ότι τα βασικά ατομικά χαρακτηριστικά που συνθέτουν τη ψυχική υγεία είναι:

- 1) Ικανότητα προσαρμογής
- 2) Επίγνωση εαυτού (προσωπική ταυτότητα), συνδυασμένη με αίσθημα αυτονομίας και ικανότητα ελέγχου της αντικειμενικής πραγματικότητας.
- 3) Επίγνωση σκοπού στη ζωή
- 4) Επίγνωση των αναγκών του συνανθρώπου σε συνδυασμό με ικανότητα συναισθηματικής συναλλαγής και ομαλών διαπροσωπικών σχέσεων.
- 5) Επίγνωση του κοινωνικού ρόλου συνδυασμένη με ικανότητα για υπεύθυνη ανάληψη επαγγελματικών, οικογενειακών, και ευρύτερων υποχρεώσεων.
- 6) Ψυχική Αντοχή στις ψυχοπιεστικές συνθήκες του περιβάλλοντος. Η αντοχή αυτή συνυφαίνεται με την ισχύ του Εγώ. Όσο ισχυρότερο το Εγώ τόσο ευρύτερα τα περιθώρια για θετική προσαρμογή στις στρεσογόνες αλλαγές του περιβάλλοντος.»
(<http://www.army.gr/files/File/ygeionomika/downloads/psygeia.pdf>)

2.1.1 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 ματαίωσης 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)

2.1.2 Διαταραχές Ανάπτυξης

- 1) Οι διαταραχές ανάπτυξης είναι οι παρακάτω:
- 2) Αυτιστική διαταραχή
- 3) Διαταραχή Rett
- 4) Αποδιοργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας
- 5) Διαταραχή Asperger
- 6) Βαριά εκτεταμένη διαταραχή της ανάπτυξης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (συμπεριλαμβανομένου του άτυπου αυτισμού)

1) 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, αυθόρμητου 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

Β. 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 ενδιαφέροντα 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 αδέλφια 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).»

2) 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)

3) 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)

Συνοδή διαταραχή της αποδιοργανωτικής διαταραχής της παιδική ηλικίας είναι η βαριά διανοητική καθυστέρηση και η επιληψία. Η διαταραχή αυτή είναι σπάνια και η αιτιολογία της είναι άγνωστη. Ορισμένες φορές συνδυάζεται με κάποια γενική κατάσταση, όπως η μεταχρωματική λευκοδυστροφία, η οζώδης σκλήρυνση και άλλοι που μπορεί να έχουν την ευθύνη για την παλινδρόμηση. Η πορεία της διαταραχής είναι χρόνια με απώλεια των λειτουργιών του ατόμου και εμφανίζεται στην παιδική ηλικία. (Μάνος Ν.,1997)

4) Διαταραχή Asperger

Τα χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής είναι η μείωση της κοινωνικοποίησης και ο περιορισμός στην συμπεριφορά, στις δραστηριότητες και στα ενδιαφέροντα που έχει το άτομο χωρίς όμως να υπάρχει έκπτωση της γλωσσικής ανάπτυξης. Η πορεία διαρκεί για όλη τη ζωή του ατόμου και κυρίως εμφανίζεται στα αγόρια. Οι αιτιολογικοί παράγοντες είναι άγνωστοι. Υπάρχουν περιπτώσεις για οικογενή εμφάνισής της και μπορεί να συνοδεύεται από γενικές ιατρικές καταστάσεις. (Μάνος Ν.,1997)

5) Βαριά εκτεταμένη διαταραχή της ανάπτυξης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (συμπεριλαμβανομένου του άτυπου αυτισμού)

Τα χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής είναι η βαριά και παρατεταμένη μείωση της κοινωνικοποίησης, της λεκτικής και μη λεκτικής συμπεριφοράς ή στερεότυπη συμπεριφορά, στερεότυπες δραστηριότητες και στερεότυπα ενδιαφέροντα, στις οποίες δεν πληρούνται τα κριτήρια για καμία άλλη διαταραχή. Ο άτυπος αυτισμός εμπεριέχει άτυπη ή οριακή συμπτωματολογία ή καθυστερημένη εμφάνιση της διαταραχής ή όλα τα παραπάνω. (Μάνος Ν.,1997)

2.1.3 Ψυχωτική συμπεριφορά

Στην ψυχωτική συμπεριφορά συγκαταλέγονται οι παρακάτω διαταραχές:

- 1) Σχιζοφρένεια
- 2) Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή
- 3) Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή
- 4) Παραληρητική Διαταραχή
- 5) Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή
- 6) Επινεμόμενη Ψυχωτική Διαταραχή
- 7) Ψυχωτική Διαταραχή Οφειλόμενη Σε Γενική Ιατρική Κατάσταση
- 8) Ψυχωτική Διαταραχή Προκαλούμενη Από Ουσίες
- 9) Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

1) Σχιζοφρένεια

«Ο όρος Σχιζοφρένεια προτάθηκε από τον Eugene Bleuler το 1911 για να περιγράψει το σύνδρομο που νωρίτερα (1860) ο Benedict Augustin Morel είχε ονομάσει πρόωμη άνοια (dementia praecox - dementia praecox) και που με το όνομα αυτό ο Emil Kraepelin (1896) το διέδωσε σ' όλο τον κόσμο. Βέβαια, γρήγορα έγινε φανερό ότι δεν επρόκειτο για “άνοια” (“που άρχιζε νωρίς”) κι ότι επρόκειτο για βαριά ψυχωτική διαταραχή, για “σχίσσιμο του μυαλού”, από όπου και ο όρος Σχιζοφρένεια.

Στα χρόνια που πέρασαν, παρ' όλες τις έρευνες και τις προσπάθειες μας, δεν 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 συμπεριφορά
- 5) αρνητικά συμπτώματα, για παράδειγμα συναισθηματική επιπέδωση, αλογία, ή αβουλία

Σημείωση : Απαιτείται μόνο ένα σύμπτωμα του κριτηρίου Α. 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.

Β. 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 Α και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα.

Δ. Αποκλεισμός της Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής και Διαταραχής της Διάθεσης

Ε. 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 συναισθήματος, 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 υπερευαισθησία 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 διαταράσσεται. Έτσι μιλούμε για απώλεια των ορίων τον 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, περίεργες 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 συναισθήματος 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 συναίσθημα.

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 υπερευαισθησία 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' ότι 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, υποχονδριακά 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 φανερό 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:

A. Απουσιάζουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος και έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά.
B. 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 A για τη Σχιζοφρένεια, που είναι παρόντα με εξασθενημένη μορφή (π.χ. παράξενες πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες) (Μάνος Ν.,1997).»

2) Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή

«Τα βασικά χαρακτηριστικά της Σχιζοφρενικόμορφης Διαταραχής είναι τα ίδια με της Σχιζοφρένειας (Κριτήριο A), 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:

A. Πληρούνται τα κριτήρια A, Δ και E της σχιζοφρένειας.

B. 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).»

3) 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 A 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 προεξάρχοντων 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).»

4) 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.

B. Ποτέ δεν πληρούσε το κριτήριο A 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.

E. 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).»

5) 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 αιχμακική 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

B. 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).»

6) 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 έχει 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).»

7) 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

Β. 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 ντελρίου (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).»

8) 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:

Α. Προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες.

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

1) Τα συμπτώματα στο Κριτήριο Α 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, αντισταμινικά, 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 φαινυλεφρίνη, ψευδοεφεδρίνη), αντικαταθλιπτικά, δισουλφιράμη (Μάνος Ν.,1997).»

9) 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 1 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 διαταραχών περιλαμβάνεται 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 μέσω τέχνης, οι οποίες αναλύονται στο επόμενο μέρος.

Πριν όμως θεωρείται χρήσιμο να αναφερθεί η έννοια της θεραπείας:

Όταν μιλάμε για θεραπεία στις μέρες μας, σημαίνει συνήθως και την διερεύνηση του εσωτερικού κόσμου του ατόμου. Ο θεραπευόμενος κατά τη διαδικασία της θεραπείας όταν δεν χρησιμοποιεί όλες τις δυνατότητες ως σύνολο, καλλιεργεί με επιτυχία και την αξιοποίηση του μεγαλύτερου ποσοστού του δυναμικού του. Η θεραπεία συνίσταται σύμφωνα με το νόημα που δίνει η εκάστοτε χρονική περίοδος στην αρρώστια.

«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).»

Μέρος Β΄
Θεραπείες μέσω των τεχνών

Κεφάλαιο 3^ο

Θεραπείες μέσω τέχνης

Στη βιβλιογραφία εντοπίζουμε πολλές αναφορές στις θεραπείες με τη βοήθεια της τέχνης. Η Ηλιάδη (2006) αναφέρει ότι «η Τέχνη είναι ένα παντοδύναμο εργαλείο, ένα μέσο έκφρασης, ένα μέσο επικοινωνίας, ένα μέσο θεραπευτικής βοήθειας». Μέσα από την τέχνη ο άνθρωπος μπορεί να εκφράσει ιδέες και συναισθήματα που αργότερα θα τις περάσει από το χαρτί στη ζωή. «Μπορεί να χειριστεί υλικά τα οποία δεν αντιμιλούν και έτσι του δίνεται η δυνατότητα να έχει την εμπειρία της δύναμης και της υπεροχής, χωρίς να ριψοκινδυνεύει απόρριψη». Η άσκηση της τέχνης οδηγεί σε ένα αίσθημα ικανοποίησης και προσωπικής αξίας (αυτοσυναίσθημα).

Τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής μορφής της τέχνης είναι τα εξής:

-Αρκετοί χρήστες της ψυχικής υγείας παράγουν τέχνη, όπως επίσης αρκετοί θεραπευτές (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί κ.α.), είναι και καλλιτέχνες (αυτοδίδακτοι ή, πιο συχνά, έχουν σπουδάσει μία ή περισσότερες τέχνες)

-Οι ψυχικά πάσχοντες που δεν διαθέτουν μία καλλιτεχνική κλίση δεν αποκλείονται από την θεραπευτική διαδικασία

-Οι ψυχοθεραπευτές συνδυάζουν γνώσεις αφενός σε θέματα τέχνης και αφετέρου σε θέματα θεραπείας (ο μουσικοθεραπευτής, επί παραδείγματι, δεν κρίνεται για τις μουσικές του γνώσεις, αλλά για το πώς χρησιμοποιεί τη μουσική για να φτάσει σε ένα επιθυμητό αποτέλεσμα). «Οι θεραπευτές που χρησιμοποιούν την ψυχαναλυτική προσέγγιση ενθαρρύνουν την απεικονιστική έκφραση της εσωτερικής εμπειρίας και με αυτή την έννοια η τέχνη αναγνωρίζεται ως μία διαδικασία αυθόρμητης αναπαράστασης που αποδεσμεύει το ασυνείδητο. Η διαδικασία της θεραπείας μέσω των τεχνών βασίζεται στην αναγνώριση του ότι οι πιο θεμελιώδεις σκέψεις και τα συναισθήματα του ανθρώπου, που προέρχονται από το ασυνείδητο, βρίσκουν την έκφραση τους περισσότερο στις εικόνες παρά στις λέξεις» (Naumburg, 1958:511). «Όταν η τέχνη χρησιμοποιείται στη θεραπεία με αυτόν τον τρόπο, γίνεται μέσο μη λεκτικής επικοινωνίας, ένας τρόπος δήλωσης συγκεχυμένων και δύσκολα κατανοητών συναισθημάτων σε μία προσπάθεια να αποκτήσουν σαφήνεια και τάξη. «αν θέλουμε να το εκφράσουμε πιο περίπλοκα, η καλλιτεχνική δραστηριότητα

προσφέρει ένα περισσότερο συγκεχυμένο, παρά λεκτικό μέσο, διά του οποίου το άτομο επιτυγχάνει την έκφραση της συνείδησης και του ασυνείδητου και το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πολύτιμο μέσο θεραπευτικής αλλαγής» (Dalley, 1984, Hall, 1998).

Η θεραπεία μέσω τέχνης αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε με τη συμβολή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, οι απαρχές της οποίας ανάγονται στα τέλη της δεκαετίας του 1970, συγκροτούνται τρία αντιτιθέμενα μοντέλα οργάνωσης της ψυχιατρικής: η κριτική, η παραδοσιακή και η εκσυγχρονιστική ψυχιατρική.

Η χρησιμοποίηση της τέχνης στις ψυχιατρικές θεραπείες τείνει να συνταυτιστεί με την κριτική ψυχιατρική. Αυτό συμβαίνει καθώς μέσω της τέχνης επιδιώκεται πρώτα απ' όλα η δημοσιοποίηση της ψυχικής οδύνης και μέσω της έκφρασης αυτής, η επικοινωνία με τον κόσμο που περιβάλλει το πάσχον υποκείμενο. Ο θεραπευτικός αυτός προσανατολισμός, ο οποίος αναδεικνύει την υποκειμενικότητα τόσο του θεραπευόμενου όσο και του θεραπευτή, λειτουργεί αντικειμενικά προς την κατεύθυνση του μετασηματισμού της θεραπευτικής σχέσης σε κοινωνικό τόπο διαλόγου και επικοινωνίας (Τζανάκης, Τσούρτου, 2007).

3.1 Χοροθεραπεία

Το ανθρώπινο σώμα, με μία μόνο κίνηση μπορεί να φανερώσει σκέψεις, συναισθήματα και λόγια που δεν μπορούν να αποτυπωθούν με λέξεις. Χορός είναι η ποίηση που δημιουργεί το σώμα, με την οποία ο άνθρωπος μπορεί να εκφράζει τον εσωτερικό του κόσμο και τις καλλιτεχνικές δεξιότητές του. Στον χορό συνδυάζεται η μουσική, η οπτική και η κινησιολογική αντίληψη, γεγονός που καλλιεργεί την ανάπτυξη του εγκεφάλου. Αποτελώντας λοιπόν μέσο έκφρασης για τον άνθρωπο, απέκτησε τον ρόλο της θεραπευτικής μεθόδου η οποία ονομάζεται χοροθεραπεία. Στο παρόν κεφάλαιο αποτυπώνονται ορισμοί της χοροθεραπείας, γίνεται αναφορά στην ιστορική αναδρομή της και γνωστοποιούνται οι βασικές έννοιές της. Τέλος, αναγράφεται η αποτελεσματικότητα της χοροθεραπείας.

3.1.1 Ορισμός και αντικείμενο της χοροθεραπείας

Η χοροθεραπεία, κινητική θεραπεία όπως ορίζεται από τον American Dance Therapy Association είναι «η ψυχοθεραπευτική τεχνική, η οποία χρησιμοποιεί τη κίνηση σαν

μια διαδικασία προώθησης της συναισθηματικής, νοητικής και φυσικής ολοκλήρωσης του ατόμου» (Ζάχος, 2007:χ.σ.).

«Η θεωρητική βάση της χοροθεραπείας αντλείται από τον χορό, την ψυχολογία, την νευροψυχολογία, την ψυχιατρική, την δυναμική των ομάδων και την ανάλυση της κίνησης (π.χ. Laban Movement Analysis, Kestenberg Movement Profile κτλ)» (Ζάχος, 2012).

Το μέσο που χρησιμοποιεί ο άνθρωπος για να εκφραστεί είναι το ίδιο του το σώμα. Για το λόγο αυτό, η χοροθεραπεία χαρακτηρίζεται ως μια σημαντική μέθοδος που μέσω εντολών του εγκεφάλου, κινείται το σώμα και μέσα από την έκφραση όσων βιώνει, λειτουργεί ως θεραπευτικό εργαλείο για το άτομο. Είναι μια ψυχοθεραπευτική δραστηριότητα που επιτρέπει στον άνθρωπο «να αφυπνίσει τη λειτουργική ευχαρίστηση του σώματος, να ξαναβρεί την ψυχοσωματική ενότητα, να δώσει ερμηνεία στις ενορμήσεις του με ένα κινητικό λεξιλόγιο, να υπερβεί τον εαυτό του και να επιφέρει την μετάλλαξη, δηλαδή τη μετουσίωση» (Billmann, 1998: 11).

3.1.2 Ιστορική αναδρομή

Από τα πολύ παλιά χρόνια, οι τελετουργίες των πρωτόγονων φυλών αφορούσαν την ψυχική ηρεμία και είχαν σαν θεραπευτικά εργαλεία το χορό, το τραγούδι ακόμα και τον μύθο(Billmann, 1998).

«Η καινοτόμα δουλειά του Rudolph Laban στη Γερμανία πριν τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο πρόσφερε μια γλώσσα η οποία έδωσε τη δυνατότητα μιας αντικειμενικής συζήτησης, της ανάλυσης της ανθρώπινης κίνησης. Η συνεισφορά του στους τομείς της παρατήρησης της κίνησης, της καταγραφής, και της εφαρμογής τους σε όλες τις μορφές της ανθρώπινης προσπάθειας συνέβαλε στην θεωρητική και πρακτική βάση της χοροθεραπείας» (Ζάχος, 2012: χ.σ.).

Οι βάσεις τις σύγχρονης χοροθεραπείας θεμελιώθηκαν τη δεκαετία του 1940, σε χρόνιους και ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς σε ψυχιατρικά νοσοκομεία των Η.Π.Α». (Ηλιάδη, 2006).

Η Marian Chace ήταν η πρώτη που εργάστηκε στις Η.Π.Α. Προσλήφθηκε στο νοσοκομείο St. Elizabeth's Hospital στην Ουάσινγκτον το 1942 και εισήγαγε

προγράμματα που καλύπτουν τις ανάγκες ατόμων με καθυστέρηση καθώς και στρατιωτών που γύρισαν από τον 2ο Παγκόσμιο πόλεμο. (Ηλιάδη, 2006).

Στην Ελλάδα η χοροθεραπεία πρωτοεμφανίστηκε το 1987 με εφαρμογές στον χώρο της Ψυχικής Υγείας (όπως στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής), της απεξάρτησης από ουσίες, της κοινωνικής μέριμνας, αργότερα σε επιμορφωτικούς χώρους και σε χώρους που δίνεται η δυνατότητα να απευθυνθούν όσοι θέλουν να βελτιωθούν μέσα από μια τέτοια δημιουργική σωματική έκφραση (Billmann, 1998).

Η Ένωση Χοροθεραπευτών Ελλάδος ιδρύθηκε το 1993. Στον ιδιωτικό τομέα υπάρχει μια πληθώρα φορέων, όπως σχολές χορού, κέντρα προαγωγής της ψυχικής υγείας, ιδρύματα ατόμων με αναπηρία που εφαρμόζουν σε πρακτικό επίπεδο τη χοροθεραπεία, αλλά και σε επίπεδο σεμιναρίων, ομιλιών και ημερίδων.

Στον ακαδημαϊκό χώρο, η χοροθεραπεία δεν παρουσιάζει μεγάλη εξέλιξη μιας και υπάρχει μόνο ως μάθημα επιλογής σε κάποια από τα ΤΕΦΑΑ(Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού) της χώρας. Έτσι σιγά-σιγά στη πορεία κατέκτησε μια θέση στην Ελλάδα (Ηλιάδη, 2006).

3.1.3 Μεθοδολογία

Υπάρχουν δύο ειδών θεραπευτικές προσεγγίσεις: το μοντέλο 'Πρωτόγονη Έκφραση' (PrimitiveExpression) και το μοντέλο 'Χοροκινητική Θεραπεία' (Dance-Movement Therapy)(Παναγιωτοπούλου, 2009).

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.

3.1.4 Βασικές έννοιες της χοροθεραπείας

Στην χοροθεραπεία ακολουθούνται κάποιες βασικές έννοιες τις οποίες συναντάμε στην ψυχανάλυση και στην κοινωνική ανθρωπολογία. Αυτές είναι το σώμα, η ταλάντωση, το βλέμμα,, το παιχνίδι και η έκσταση (Χατζηδάκης, 2007). Εκτός από την κίνηση, ιδιαίτερα σημαντική στην χοροθεραπεία κρίνεται και η μη λεκτική επικοινωνία, που επιτυγχάνεται με το βλέμμα. «Το βλέμμα για τον χοροθεραπευτή είναι ότι το αντί για τον ψυχοθεραπευτή» (Χατζηδάκης, 2007: 467).

Η χοροθεραπεία και γενικότερα ο χορός καθοδηγούν την υπερδιέγερση της έκστασης που εκφράζεται μέσω του σώματος. Αυτή γίνεται με μεθόδους που κατέχει το ίδιο το σώμα και παραμένουν ίδιες στο μεγαλύτερο κομμάτι τους (Χατζηδάκης, 2007). «Όλα βοηθούν τον άνθρωπο να αναγνωρίσει τα σωματικά του όρια. Η έκσταση που οδηγεί στην ελευθερία και την πληρότητα διαδραματίζεται στο διαρκές παιχνίδι με τα όρια, διατηρώντας ταυτόχρονα τον έλεγχο» (Χατζηδάκης, 2007:468).

3.1.5 Αποτελεσματικότητα

Μέσα από τον χορό διατηρείται ή γίνεται αποκατάσταση της καλής κατάστασης του νευρο-ψυχολογικού συστήματος, που μέσα σε αυτό συμπεριλαμβάνεται και το ασυνείδητο του ανθρώπου, ενώ γίνεται συντήρηση ή επαναφορά της ισορροπίας. «Η χοροθεραπεία, επειδή κινητοποιεί το σώμα για να “ξυπνήσει” αυτές τις δομές, να τις κάνει να ακουστούν και να τις εκφράσει με τις κινήσεις, διαθέτει ένα ιδιαίτερα ισχυρό θεραπευτικό εργαλείο, το σώμα» (Billmann, 1998: 19).

Ο χορός απαιτεί την ενεργοποίηση του σώματος του ατόμου. Το άτομο παρακινείται από την έντονη παρουσία του ρυθμού και ο χορευτής κατευθύνεται προς τον ρυθμό, εκφράζοντας τον μέσα από την κίνηση. «Μέσω του χορού, το σώμα δοκιμάζει την

απόλαυση μιας καλά συντονισμένης κινητικότητας, την ικανοποίηση της άσκησης ισορροπίας, του προσανατολισμού, της επιδεξιότητας, της ταχύτητας, της αντανακλαστικής ικανότητας, ικανότητες δηλαδή ζωτικές, που του επιτρέπουν να ολοκληρώσει μια αλληλουχία από κινητικές ακολουθίες, γενετικά εγγεγραμμένες μέσα του όπως επίθεση, φυγή, κ.λπ.» (Μαργαρίτη- Τζωρτζάκη, Σμύρλη, 2004:16).

«Η χοροκινητική θεραπεία χρησιμοποιείται καθώς εκφράζει την αυθόρμητη κίνηση ως μέσον ατομικής έκφρασης, συνειδητοποίησης και αλλαγής. Η σχέση με το περιβάλλον εξαρτάται επίσης από την εικόνα του σώματος, όπου κατευθυντήριες έννοιες προσανατολισμού (μπρός, πλάι, πίσω, πάνω, κάτω, κ.λπ.) στον εξωτερικό χώρο συσχετίζονται με την εσωτερική κατάσταση του ατόμου. Όσο πιο διαταραγμένο είναι το άτομο τόσο πιο αποδιοργανωμένες ή μη συντονισμένες είναι οι κινήσεις του» (Μαργαρίτη-Τζωρτζάκη, Σμυρλή, 2004: 25)

Για να επιτευχθεί με όσο το δυνατόν καλύτερο τρόπο η θεραπεία θα πρέπει να ενωθεί το σώμα με την σκέψη και το συναίσθημα. Όταν αυτά ενωθούν, η αλλαγή που θα επέλθει είναι βαθειά και δημιουργική σε όλα τα επίπεδα. Ο χορός χρειάζεται και τα κατάλληλα μέσα. Τα κρουστά προσφέρουν ένα ρυθμό της Πρωτόγονης Έκφρασης, ο οποίος ενδυναμώνει τον εσωτερικό παλμό του συμμετέχοντα, βοηθώντας τον να βρει τον δικό του προσωπικό ρυθμό. Ο χοροθεραπευτής με την φωνή του, συνοδεύει την κίνηση του σώματος του. Η φωνή του μπορεί να είναι είτε μελωδική είτε διακεκομμένη ανάλογα με το συναίσθημα που επιδιώκεται και επιθυμεί να εκφράσει (Billmann, 1998).

3.2 Μουσικοθεραπεία

Η μουσική είναι τόσο δεμένη με την ανθρώπινη ύπαρξη όσο και με την καθημερινότητα. Συνοδεύει το άτομο σε όλες τις πτυχές της ζωής του και είναι συνυφασμένη με τα συναισθήματα που τις συνοδεύουν. Για να γίνει κατανοητός ο τρόπος που η μουσική επηρεάζει την ζωή του ανθρώπου, αρκεί να αναλογιστεί κανείς πώς θα ήταν η ζωή μας χωρίς τους ήχους γενικότερα. Ένα βουβό τοπίο, ένας κόσμος χωρίς επικοινωνία γιατί η μουσική είναι τρόπος επικοινωνίας. Είναι μία παγκόσμια

γλώσσα, ένα μέσο ψυχικής επικοινωνίας με την οποία οι άνθρωποι που μοιράζονται το ίδιο πάθος για εκείνη συνδέονται.

Στην θεραπεία, η μουσική μπορεί να αποτελέσει έναν οδηγό για την διερεύνηση των συγκινησιακών και συναισθηματικών αντιδράσεων του ατόμου, των συνειδητών και υποσυνείδητων προβλημάτων του.

Τέλος, η μουσική όπως και όλες οι τέχνες μπορεί να αποτελέσει ένα διεγερτικό για την αφύπνιση των δυνάμεων του ανθρώπου οι οποίες μπορούν να ευνοήσουν τις προσπάθειες αναδιοργάνωσής του.

Αρχικά, στο παρόν κεφάλαιο αναγράφονται οι ορισμοί της μουσικοθεραπείας, στην συνέχεια γίνεται μία μικρή ιστορική αναδρομή για την πορεία της μουσικής ανά τους αιώνες και την θεραπευτική της ιδιότητα. Η τρίτη θεματική ενότητα αποτελεί τη μεθοδολογία της μουσικοθεραπείας. Ακόμη, αμέσως μετά γίνεται αναφορά στον ρόλο του μουσικοθεραπευτή και τέλος, θεωρείται απαραίτητο να αναγραφεί πώς παρατηρείται η αποτελεσματικότητα της μουσικοθεραπείας.

3.2.1 Ορισμός και αντικείμενο της μουσικοθεραπείας

Ο ορισμός της μουσικοθεραπείας του Αμερικανικού Συλλόγου Μουσικοθεραπείας το 1997 αναφερόμενος από τους Μακρή & Μακρή (2003:74) αναφέρει ότι: «Η Μουσικοθεραπεία είναι ένα καθιερωμένο πολυδιάστατο επάγγελμα υγείας που χρησιμοποιεί τη μουσική και μουσικές δραστηριότητες για να αντεπεξέλθει στις σωματικές, ψυχολογικές, γνωσιακές και κοινωνικές ανάγκες των ατόμων με ανικανότητες. [...] Κοντά μισός αιώνας έρευνας στη μουσικοθεραπεία υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα της σε πολλούς τομείς, όπως η διευκόλυνση της κίνησης και τη γενική σωματική επανένταξη δίνοντας, έτσι, κίνητρα στους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν άλλες θεραπείες και παρέχοντας, ακόμη, συναισθηματική υποστήριξη για ασθενείς και οικογένειες αλλά και μία διέξοδο στην έκφραση συναισθημάτων καθώς επίσης και ψυχοθεραπεία με κατεύθυνση προσανατολισμένη στη διαδικασία».

Τέλος, ο Σακαλάκ,(2004:χ.σ.) αναφέρει πως: «μουσικοθεραπεία είναι η προγραμματισμένη χρήση της μουσικής, που επιδιώκει να συμβάλει στη θεραπεία παιδιών και ενηλίκων που αντιμετωπίζουν ειδικές ανάγκες, που πάσχουν από σωματικές, πνευματικές και συναισθηματικές διαταραχές»

Σκοπός της μουσικοθεραπείας είναι η απόκτηση μουσικών ικανοτήτων όσον αφορά την κοινωνικοποίηση σε όλες τις φάσεις ανάπτυξης του 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 θεραπευόμενου.

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 το ίδιο 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 άτομο 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 ατόμων, 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.

(Ευφροσύνη Καλύβα,2005)

3.2.2 Ιστορική αναδρομή

Οι πρώτες αναφορές για την θεραπευτική δύναμη της μουσικής είναι σε Αιγυπτιακούς πάπυρους το 1500 π.χ . Αναφορές υπάρχουν και για την Ινδία όπως επίσης και για τους Αφρικανικούς λαούς όπου η μουσική έπαιξε σημαντικό ρόλο στις θεραπευτικές τελετές.

Σημαντική ήταν και η συμβολή των αρχαίων ελλήνων στην μουσικοθεραπεία.

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 έπαιξε 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 αυτοί πως η μουσική θεραπεύει την ψυχή. (Κοψαχείλης 1996).

Σύμφωνα με την (Πρίνου-Πολυχρονίδου 1991), τα πιο γνωστά μοντέλα μουσικοθεραπείας στην αρχαιότητα ήταν αυτά του Πυθαγόρα και Αριστοτέλη. Σύμφωνα με τον Πυθαγόρα η μουσική μέσα από την προοπτική μιας μεταφυσικής ερμηνείας της αρμονίας και των ρυθμών, χρησίμευε σαν όργανο που επανέφερε της ψυχική υγεία. Η σχολή του Αριστοτέλη ξεκινά από την αρχή πως η συγκίνηση που μπορεί να προκαλέσει η μουσική, με τον όρο πως είναι αρκετά ισχυρή, μπορεί να προκαλέσει κρίση και εκτόνωση.

Τον 17^ο αιώνα από τον Ντεκάρτ προεβέυεται ότι η μουσική θέτει σε κίνηση τους χυμούς του σώματος βάζοντας τους έτσι σε τάξη. Τον 18^ο αιώνα γίνονται κάποιες πειραματικές προσπάθειες μελέτης της επίδρασης της μουσικής στη φυσιολογία του ανθρώπου. Τον 19^ο αιώνα η μουσικοθεραπεία άρχισε να εφαρμόζεται σαν θεραπεία

απασχόλησης όπου γινόταν με αυστηρά επιστημονικά κριτήρια (Πρίνου-Πολυχρονίδου, 1991).

Τον 20^ο αιώνα στην Αμερική, κατά την διάρκεια του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου, για την προσέγγιση των βετεράνων τραυματιών, γίνεται μία πιο συστηματοποιημένη προσπάθεια της εφαρμογής της μουσικοθεραπείας με την εισαγωγή της μουσικής στα νοσοκομεία. Μετά από αυτή την προσπάθεια γεννήθηκε η ανάγκη για εκπαίδευση και έρευνα των οφελών της μουσικοθεραπείας σε ασθενείς και το 1944 στο Michigan State University σχεδιάζεται η διδακτέα ύλη, το 1945 σχηματίζεται επιτροπή μουσικοθεραπείας, National Music Council. Το 1946 στο Kansas University πραγματοποιείται ο πρώτος ακαδημαϊκός κύκλος σπουδών και μέχρι και σήμερα ιδρύονται σύλλογοι, οργανώσεις και ακαδημαϊκά προγράμματα σπουδών σε Αμερική και Ευρώπη (Σακαλάκ, 2004).

Τέλος, όσον αφορά την Ελλάδα γνωρίζουμε πως υπάρχει Πανελλήνιος σύλλογος Μουσικοθεραπευτών αλλά δεν υπάρχει ακόμη καμιά ακαδημαϊκή εκπαίδευση με ειδίκευση στη μουσικοθεραπεία παρά μόνο κάποια μαθήματα μουσικοθεραπείας στο Τμήμα Μουσικολογίας στο Πανεπιστήμιο Ιονίου.

3.2.3 Μεθοδολογία

Η μεθοδολογία της μουσικοθεραπείας μπορούμε να πούμε αρχικά, πως χωρίζεται σε δύο μέρη, αυτό της διάγνωσης και αυτό της θεραπείας. Αρχικά θα πρέπει να διερευνηθεί η «ηχητική ταυτότητα» του ατόμου ή της ομάδας, δηλαδή «το σύνολο των ήχων στους οποίους τα άτομα ή η ομάδα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα» (Πρίνου-Πολυχρονίδου, 1991:45). Αυτό γίνεται με τη συζήτηση μουσικοθεραπευτή-ασθενή για την καταγραφή των προβλημάτων του ασθενή και στη συνέχεια, με τη συμπλήρωση της φόρμας κάποιου σχετικού Ερωτηματολογίου Μουσικοθεραπείας και τέλος, με την παρατήρηση της μη λεκτικής του επικοινωνίας εν παρουσία κάποιων βασικών μουσικών οργάνων. Στην συνέχεια, επιλέγονται τα μεσάζοντα αντικείμενα ή αντικείμενο. Αυτά μπορεί να είναι μία μουσική σύνθεση ή ένα μουσικό όργανο ή και πολλά με σκοπό να γεφυρωθεί η μεταξύ απόσταση θεραπευτή-ασθενή (Πρίνου-Πολυχρονίδου, 1991).

Στο δεύτερο μέρος που αποτελεί και το θεραπευτικό, ο μουσικοθεραπευτής μέσα από τις συναντήσεις με το άτομο ή την ομάδα προσπαθεί να ανοίξει κάποια κανάλια επικοινωνίας με αρχικό στόχο «την εκτόνωση και στην επόμενη φάση να του επιτρέψει ένα νέο άνοιγμα προς τη ζωή και την μελλοντική του ενσωμάτωση σε κάποιες κοινωνικές ομάδες» (Πρίνου-Πολυχρονίδου, 1991:45).

Με αυτό τον τρόπο ο μουσικοθεραπευτής έχει μία ολοκληρωμένη άποψη για την ταυτότητα του ασθενή. Παράλληλα, ξεκινά και ο ίδιος ο μουσικοθεραπευτής να αντιδρά με μουσικά μηνύματα και εκείνη η στιγμή είναι που ξεκινά ένας «χηματικός διάλογος» μεταξύ μουσικοθεραπευτή- ασθενή και αποτελεί και την τρίτη και τελευταία φάση της θεραπευτικής διαδικασίας πριν το κλείσιμο (Πρίνου-Πολυχρονίδου, 1991).

Τέλος, μέσα από αυτό τον «μουσικό διάλογο» «ξεναζωντανεύουν με αποκαλυπτικό και θεραπευτικό τρόπο όλα τα υποσυνείδητα βιώματα του ασθενή: τραυματισμοί, φοβίες, άγχη, επιθυμίες, όνειρα. Μέσα από αυτό μπορεί ο θεραπευτής να του μεταδώσει μια αισιοδοξία για τη ζωή, να του κεντρίσει την ευαισθησία, να τον βοηθήσει να επανενταχθεί σε κάποιες κοινωνικές ομάδες» (Πρίνου-Πολυχρονίδου, 1991:54).

3.2.4 Ο μουσικοθεραπευτής

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. 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 ώστε να αισθάνονται άνετα στο περιβάλλον που

βρίσκονται και να μπει στην διαδικασία να επικοινωνήσει με τους θεραπευομένους.
(Ευφροσύνη Καλύβα,2005)

3.2.5 Αποτελεσματικότητα

Οι επιδράσεις που ασκεί η μουσική στον άνθρωπο είναι τόσο βιολογικές, όσο και ψυχολογικές. Σύμφωνα με (Σαμαρτζή & Παναγιωτίδη, 2011:116),έχουν καταγραφεί οι παρακάτω:

- Συγκινησιακές μεταβολές, όπως μεταβολή των συναισθημάτων, αλλαγή της διάθεσης κ.λπ.
- Συνειρμικές επιδράσεις, καθώς ένα μουσικό άκουσμα προκαλεί στο άτομο σκέψεις και συνειρμούς.
- Αύξηση της ικανότητας μάθησης, αφού έχει παρατηρηθεί ότι η μουσική λειτουργεί βοηθητικά στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων. Τέλος, «είναι γνωστό ότι η μουσική επηρεάζει τη διάθεση μας και ότι η σχέση μουσικής -συναισθήματος εξαρτάται από παράγοντες που αφορούν χαρακτηριστικά τόσο της μουσικής όσο και του ακροατή» .

3.3 Δραματοθεραπεία

3.3.1 Ορισμός και αντικείμενο της Δραματοθεραπείας

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

Η θεατρική τέχνη είναι απαραίτητη ως μέσο μεταμόρφωσης, προκειμένου οι άνθρωποι, τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο, να διατηρήσουν την αισιοδοξία τους, ένα υψηλό επίπεδο συνειδητότητας και να βρουν λύσεις.

Στην Αρχαία Ελλάδα οι πιστοί θεωρούσαν ότι μπορούν να έρθουν κοντά στον θεό μέσω του θεάτρου. Είναι δυνατό να βιώσουμε συγκινήσεις, συναισθήματα και ενέργειες που δεν είναι εφικτές στην καθημερινότητα. Το θέμα των μεγάλων έργων, όπως και οι μύθοι και οι θρύλοι που βασίζονται σχεδόν όλες οι τραγωδίες, αγγίζουν

τον καθένα μας και λειτουργούν ως μέσα εξερεύνησης της οικογενειακής και προσωπικής ζωής του ατόμου. Μέσω του θεάτρου έχουμε τη δυνατότητα μιας εξ' αποστάσεως διεργασίας που μας βοηθάει να ελέγξουμε το βίωμα καθώς και να το δούμε από διαφορετική οπτική. Έτσι λόγω της θεατρικής απόστασης μπορούμε να παρακολουθήσουμε τα δρώμενα και να τα πλησιάσουμε. (Jennings, Minde, 1996).

Το θέατρο, ως λέξη ελληνική, προκύπτει από το ρήμα θεώμαι, δηλαδή βλέπω, παρακολουθώ. Είναι ισχυρό, τόσο ώστε μπορεί να μεταβάλλει την ευαίσθητη ταυτότητα των θεατών: στο καλό θέατρο εμπεριέχονται το πνεύμα και ο πολιτισμός. Αποτελείται από θεωρία και πράξη ταυτόχρονα. Το θέαμα, για να γίνει εύληπτο, χρειάζεται φαινόμενα, την παρουσία πραγμάτων, δηλαδή, που βοηθούν στην ενσωμάτωση του από το θεατή. Γενικότερα οι τέχνες αλλά κυρίως το θέατρο περιλαμβάνει στέρεα στοιχεία. Τα στοιχεία αυτά έχουν διάρκεια όσο 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, οφείλει να ερευνά και να χρησιμοποιεί στοιχεία από την ιστορία, την κουλτούρα καθώς και την μυθολογία της χώρας που γεννήθηκε και μεγάλωσε ο θεραπευόμενος πελάτης, έτσι ώστε ο θεραπευτής να μπορεί να έχει μια ολιστική προσέγγιση της προσωπικότητας του καθώς και των ιστορικών και αιτιακών σχέσεων. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

3.3.2 Ιστορική αναδρομή

Αφετηρία της δραματοθεραπείας, όπως και η βάση του θεάτρου που γνωρίζουμε σήμερα, είναι η αρχαία Ελλάδα. Οι αρχαίοι Έλληνες δε έδωσαν τον όρο αυτό. Η δραματική έκφραση, όμως, ήταν αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής των Ελλήνων και οι τελετουργίες που σχετίζονταν με αυτό, σηματοδοτούσαν όλο το κύκλο της ζωής τους. Πριν το αρχαίο δράμα αποκτήσει την παραστάσιμη μορφή του, οι αρχαίοι Έλληνες είχαν δημιουργήσει μικρές ή μεγάλες δραματοποιημένες σκηνές ως μέσο θεραπείας. Το θέατρο και το δράμα δεν στόχευε στην διασκέδαση. Ήταν μορφές έκφρασης, οι οποίες είχαν σκοπό:

-Διδακτικό

-Να προκαλέσουν αλλαγές

-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)

Σ' ένα από τα πιο φημισμένα θέατρα της αρχαίας Ελλάδας, το θέατρο της Επιδαύρου, ήταν χτισμένο το θεραπευτήριο της Επιδαύρου. Το οποίο εκτός των άλλων είχε ωδείο, θέατρο και γυμναστήριο. Η θεραπευτική διαδικασία εμπεριείχε το δράμα, τη μουσική, τη γυμναστική, την πάλη και τις γιορτές αφιερωμένες στον Ασκληπιό, σε συνδυασμό με φυσική διατροφή. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

Η θεραπευτική δύναμη της δραματικής έκφρασης μας γίνεται γνωστή μέσα από τα κείμενα του Ομήρου, του Πλάτωνα και των Αρχαίων Τραγικών. Σύμφωνα με αυτούς, πρώτος δραματοθεραπευτής θεωρείται ο Μελάμπους, γιος του Αμυθάονος, αντιπροσωπευτικός τύπος του πνευματικού ανθρώπου στην αρχαία Ελλάδα. Απ' τα κύρια επιτεύγματα ήταν οι πρωτοποριακές, για εκείνη την εποχή, θεραπείες ψυχωσικών και νευρωσικών συμπτωμάτων. Ο Μελάμπους μπορούσε με απλά λόγια να θεραπεύει «ψυχοπαθείς».

Το δράμα αρχίζει να χρησιμοποιείται ως εργαλείο της θεραπείας ταυτόχρονα στις ΗΠΑ, στις κάτω χώρες και τη Βρετανία, η οποία και θεωρείται μητέρα της δραματοθεραπείας ως ψυχοθεραπευτικής μεθόδου αλλά και της δραματοθεραπείας ως επάγγελμα. Ιδιαίτερα στη μεταπολεμική περίοδο παρατηρείται μια αύξηση ενδιαφέροντος, όσον αφορά την εφαρμογή του δράματος στους χώρους της υγείας και των ιδρυμάτων ειδικής εκπαίδευσης και σημειώνεται μια σημαντική αύξηση στη διερεύνηση της χρήσης του (Κρασανάκης, 1999).

Πολλές είναι οι χώρες στις οποίες υπάρχουν τεκμηριωμένες μαρτυρίες για τη χρήση του Δράματος ως θεραπεία: από τη δουλειά που γινόταν στο Bellevue της Τζαμάικα κατά τη διάρκεια του 1970 ως την ανάπτυξη της ελληνικής εταιρίας «θέατρο και θεραπεία», κατά τη δεκαετία του 1980. (Jones, Ρ. 2003).

Πιο συγκεκριμένα η δραματοθεραπεία εμφανίζεται ως επιστήμη για πρώτη φορά στην Αγγλία μεταξύ του 1940- 1950 όπου ήταν απόρροια μια γενικής αντίληψης, σχετιζόμενη με τον εξανθρωπισμό της θεραπείας των ψυχικά ασθενών. Έπειτα η ψυχιατρική και τα ειδικά σχολεία χρησιμοποιούν το δράμα ως θεραπεία με θετικά αποτελέσματα.

Άξιο αναφοράς είναι το ότι η θεραπεία μέσω του δράματος πρωτοεμφανίζεται στους χώρους της αρχαίας Ελλάδας, ταξιδεύει με τα χρόνια στον κόσμο και επιστρέφει στην Ελλάδα με μία επιστημονική μεθοδολογία, η οποία αναπτύχθηκε από το Institute Dramatherapy of London. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

Τη σύσταση της δραματοθεραπείας ως επιστήμη επηρεάζουν κάποια συγκεκριμένα φαινόμενα, όπως η ανάγκη διαφοροποίησης της δραματοθεραπείας από άλλες χρήσεις του θεάτρου και του δράματος έτσι ώστε η δραματοθεραπεία να αποκτήσει την δική της προσωπικότητα και ξεχωριστή υπόσταση, διαχωρισμένη από την θεατρική διαδικασία και το ψυχόδραμα. Η απομάκρυνση από τις δραματικές διαδικασίες, που χρησιμοποιούνται ως βοηθητικές σε άλλες θεραπείες και από διαδικασίες φροντίδας αποκατάστασης, για να καταλήξει η δραματοθεραπεία να αποτελεί από μόνη της θεραπεία. Τέλος η δραματοθεραπεία, μαζί με άλλες θεραπείες μέσω τέχνης καταλήγει ως αυτόνομη, να ξεχωρίσει από την χρήση των υπόλοιπων μορφών τέχνης που χρησιμοποιούνταν ήδη σε νοσοκομεία και ιδρύματα όπως ήταν οι θεατρικές παραστάσεις σε νοσοκομεία και τα προγράμματα που περιελάμβαναν ενασχόληση με το δράμα για εξωτερικούς ασθενείς (Jones, 2003).

Στην εξέλιξη της δραματοθεραπείας υπήρξαν γεγονότα αλλά και άνθρωποι ενασχολούμενοι με την τέχνη ή την ψυχική υγεία (επαγγελματίες ή μη) που επηρέασαν την εισαγωγή της δραματοθεραπείας στους επιστημονικούς κύκλους. Συγκεκριμένα:

1797-1811 Ο Coulmier, διευθυντής του ασύλου Cherenton, έξω από το Παρίσι, εργαζόταν με ασθενείς με τη συμμετοχή του έγκλειστου μαρκήσιου De Sade, σε θεατρικές παραγωγές

1803 Ο Reil, Γερμανός συγγραφέας, αναφέρει παραστάσεις μέσα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Θεραπευτικές θεατρικές δραστηριότητες αναπτύσσονταν και σε άλλα άσυλα της Ευρώπης.

Επιπλέον, στο τέλος του 19ου αιώνα, η τραγωδία επηρέασε το νεαρό τότε, ο Freud επιρεάζεται από την τραγωδία για την ψυχαναλυτική του θεωρίας. (Κρασανάκης, 1999)

1968 ο Cerf, εργαζόταν με νέους στο Children's Treatment Center, στο Central State Hospital στο Louisville στο Κεντάκι των Η.Π.Α. Εκείνο το διάστημα διηύθυνε ένα παιδικό θέατρο και πραγματοποιούσε εργαστήρια τα οποία αυξάνονταν συνεχώς. Το Τμήμα Ψυχικής Υγείας επέτρεψε μια δοκιμαστική εφαρμογή της εργασίας του για έξι εβδομάδες και αργότερα χρηματοδότησε ένα τακτικό πρόγραμμα. Ο Cerf, περιγράφει την εργασία του ως θεραπεία μέσω δράματος. Οι συνεδρίες πραγματοποιούνταν κάθε εβδομάδα. Η έμφαση δινόταν στην εκμάθηση δεξιοτήτων από τους σπουδαστές. Ο Cerf περιγράφοντας την εργασία του υποστήριξε ότι οι εμπειρίες του δράματος μπορούν να προάγουν την ανάπτυξη της προσωπικότητας στον ψυχικά διαταραγμένο νέο. Τόσο το παίξιμο των ρόλων, όσο και οι ασκήσεις λειτουργικής τεχνικής μπορούν να βοηθήσουν ιδιαίτερα στη συνειδητοποίηση του εαυτού και στην επαφή του με άλλα άτομα (Jones, 2003).

1975 η Educational Drama Association εξέδωσε ένα φυλλάδιο με τίτλο Drama With Subnormal Adults, το οποίο περιγράφει τη δραματοθεραπεία ως «εποικοδομητική εργασία μέσα από το δράμα» και παρουσιάζει κάποια γνωρίσματα από το έργο του Cerf. Οι επαγγελματίες των οποίων η εργασία αναφέρεται στο φυλλάδιο είχαν πάρει εκπαίδευση στο Child Drama Certificate Course στη Μ. Βρετανία. Το έργο τους ονομαζόταν δραματοθεραπεία και ήταν ένα είδος «παιδικού θεάτρου», με τη διαφορά ότι απευθυνόταν σε ενήλικες και όχι σε παιδιά. Την ίδια χρονιά (1975), η Eileen Lafitte παρουσίασε μια εργασία η οποία περιγράφηκε από τους ασθενείς και το προσωπικό ως «δημιουργική κίνηση», για να μην υπάρξουν ισχυρισμοί ότι πρόκειται για δραματοθεραπεία, προτού η αξία της ως θεραπεία εκτιμηθεί από το νοσοκομειακό γιατρό. Το φυλλάδιο αναφέρει ότι αυτή η πρακτική είχε κάποιους στόχους οι οποίοι ήταν :

- Να ενισχυθεί η αντίληψη των συμμετεχόντων για το προσωπικό τους χώρο
- Να βελτιωθεί η ροή της ομιλίας, και
- Να μπορεί να γίνει δυνατή η επικοινωνία μέσα από τη φαντασία (Jones,2003).

Τέλος, η σταδιακή αλλαγή του θεάτρου του 20ου αιώνα συνέβαλε σημαντικά στην πορεία της δραματοθεραπείας. Σύμφωνα με τον Κρασανάκη (1999:470-471) «Οι απόψεις του Antonin Artaud με το «Θέατρο της ωμότητας», εύρισκαν πρόσφορο έδαφος. Μέσα στη δεκαετία του 1950 άρχιζαν να εμφανίζονται πρωτοποριακά θεατρικά σχήματα όπως το “Living Theatre” και αργότερα το “Bread and Puppet” και το θέατρο του Grotovski και του Barba».

3.3.3 Μεθοδολογία

Ένα από τα βασικά εργαλεία της δραματοθεραπείας με ψυχωσικά άτομα είναι η φαντασία. Πρόκειται για ένα κομμάτι αναπόσπαστο από την καθημερινότητα του ανθρώπου, στα ψυχωσικά άτομα όμως, τα οποία είναι εγκλωβισμένα σε ένα φανταστικό κόσμο, η θεραπεία πρέπει να έχει πολύ αυστηρή δομή. Η ασκήσεις φαντασίας αλλά και η παράσταση πρέπει να βασίζονται σε ένα σωστά δομημένο πλαίσιο και η υπενθύμιση ότι πρόκειται για άσκηση ή παράσταση πρέπει να είναι συχνή. Ο θεραπευτής πρέπει να επιλέγει ασκήσεις με βάση το σώμα, την φωνή και την κίνηση κι όταν πρόκειται για παράσταση να εφαρμόζει στους ασθενείς την διαδικασία εξόδου από τον ρόλο.

Όταν πρόκειται για οριακούς ασθενείς ο θεραπευτής πρέπει να τονίζει την διαφορά θεάτρου και δραματοποίησης, όπως και να κάνει σαφές το τέλος της συνεδρίας. Να τονίζει ότι η παράσταση έχει σαν στόχο ένα καλό αποτέλεσμα, ενώ μια συνεδρία δραματοθεραπείας στοχεύει στην εμβάθυνση του εσωτερικού κόσμου του ασθενούς, πηγαίνοντας μπροστά και πάλι πίσω. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

Μια δομημένη συνεδρία δραματοθεραπείας αποτελείται από τρία στάδια:

-Αρχή

Ανατροφοδότηση: Αναφέρονται τα προβλήματα και τα συναισθήματα των μελών. Ο θεραπευτής προτρέπει όλα τα μέλη να εκφραστούν και επιλέγει το θέμα πάνω στο οποίο θα εργαστεί η ομάδα.

Προετοιμασία-Ζέσταμα: Εφαρμόζονται στην ομάδα ασκήσεις ενεργοποίησης του σώματος με την βοήθεια μουσικής και αναπτύσσεται η επαφή και η επικοινωνία της ομάδας με την καθοδήγηση του θεραπευτή.

-Κυρίως συνεδρία

Δραματοποίηση: η ομάδα εργάζεται πάνω στον βασικό στόχο και σε θέματα τα οποία έχουν συζητηθεί και με την βοήθεια της μουσικής πλάθονται ιστορίες.

Έξοδος από το ρόλο: ένας από τους στόχους είναι οι ασθενείς μετά από την συνεδρία να είναι ο εαυτός τους. Με τις κατάλληλες ασκήσεις ο θεραπευτής οδηγεί τους ασθενείς να αποχωριστούν το ρόλο τους.

-Τέλος

Μοίρασμα- συζήτηση: Τα μέλη επιστρέφουν στις θέσεις τους στον αρχικό κύκλο και μοιράζονται τα συναισθήματα του με την υπόλοιπη ομάδα.

Χαλάρωση: Ο θεραπευτής βοηθάει τα μέλη με ασκήσεις χαλάρωσης ώστε να έρθουν σε επαφή με το σώμα τους και την αναπνοή τους και να αποβάλουν την ένταση.

Κλείσιμο: Τα μέλη συζητάνε για τα όσα πήραν από την συνεδρία με την καθοδήγηση του θεραπευτή, ο οποίος κάνει και την ανακεφαλαίωση και τους οδηγεί να αφήσουν το ομαδικό πνεύμα και να επιστρέψουν στην ατομικότητά τους. Ο θεραπευτής υπενθυμίζει τους όρους του συμβολαίου της ομάδας. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

3.3.4 Ο δραματοθεραπευτής

Το αν η θεραπεία είναι τέχνη ή επιστήμη είναι ένα ερώτημα το οποίο παρουσιάζεται συχνά, καθώς και το αν η προσωπικότητα του θεραπευτή παίζει πιο σημαντικό ρόλο από την τεχνική του. Στα αρχικά στάδια της ανάπτυξης της θεωρίας του, ο Freud υποστηρίζει ότι η τεχνική είναι πιο σημαντική από την προσωπικότητα του θεραπευτή και την θεραπευτική σχέση. Την άποψη αυτή τη διατύπωσε την περίοδο που χρησιμοποιούσε την ύπωση και την τεχνική u964 του ελεύθερου συνειρμού. Ύστερα αναπτύσσοντας τις ιδέες του για την μεταβίβαση και την αντιμεταβίβαση, υποστήριξε πως σημασία έχει τόσο η τεχνική όσο και η προσωπικότητα του θεραπευτή και η θεραπευτική σχέση. Οι θεωρίες σχετικά με τα απαραίτητα χαρακτηριστικά του θεραπευτή είναι πολλές, ο θεραπευτής είναι ένας απλός άνθρωπος με αδυναμίες και ικανότητες, όμως αρκετοί θεραπευτές δεν έχουν τα απαραίτητα χαρακτηριστικά γιατί ο λόγος επιλογής του επαγγέλματος τους ήταν

αρχικά η επίλυση των δικών τους προσωπικών προβλημάτων. (Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

Οι δραματοθεραπευτές δουλεύουν με άτομα τα οποία συνήθως είναι ευάλωτα και «σε κίνδυνο» εφαρμόζοντας τις θεατρικές δεξιότητές τους και τις επιστημονικές μεθόδους τους. Ο Δραματοθεραπευτής οφείλει να περάσει μακροχρόνια και υψηλού επιπέδου εκπαίδευση και εποπτεία, έτσι ώστε να μπορεί να διαχειριστεί τις ευάλωτες αυτές ομάδες για να μην βρεθούν ποτέ σε κίνδυνο. Θα χρειαστεί να βασιστεί σε ένα ευρύ φάσμα δεξιοτήτων και εμπειρίας προκειμένου να μεγιστοποιήσει την αποτελεσματικότητά του. Άρα ο δραματοθεραπευτής χρειάζεται να έχει πολύπλευρες γνώσεις, ικανότητες και δεξιότητες (Jennings, 1996).

Γενικά Χαρακτηριστικά

Τον επαγγελματία δραματοθεραπευτή τον χαρακτηρίζουν τα εξής: η ειλικρίνεια, η αισιοδοξία, η αυτοπεποίθηση, η ευελιξία, η διαίσθηση, η αυθεντικότητα, η στάση φροντίδας, η ικανότητα για ενσυναίσθησης, η ζεστασιά και γνήσια φροντίδα προς τον θεραπευόμενο (Jennings, 1996). Σύμφωνα με τον Rogers ο δραματοθεραπευτής πρέπει να διαθέτει γνησιότητα η οποία θα συνοδεύεται και από τα ανάλογα συναισθήματα. Τέλος ο δραματοθεραπευτής θα πρέπει να αφήσει ελεύθερο το σώμα του, ν' απελευθερωθεί από έμφυτες συστολές και από το πλήθος των ψυχοσωματικών αναστολών (Κουρετζής, 2001).

Ικανότητες και Δεξιότητες

-Εφαρμογή των Τεχνικών. *Να μπορεί να εφαρμόσει και να συνδυάσει, ανάλογα με την περίπτωση, τις τεχνικές που έχει αποκτήσει από την εκπαίδευσή του. Όπως το σχέδιο, το θέατρο, το παιχνίδι ρόλων, η παραβολή, η κίνηση, η σωματική επαφή*

-Διατήρηση της ισορροπίας κατά την διάρκεια της συνεδρίας. *Να σέβεται τις άσχημες εμπειρίες του πελάτη αντιμετωπίζοντας τον με σοβαρότητα και ταυτόχρονα να ενθαρρύνει την αίσθηση του χιούμορ.*

-Καλός παρατηρητής. *Να παρατηρεί τους πελάτες που έχουν την τάση να παίρνουν πάντα τους ίδιους ή παρόμοιους ρόλους και να βοηθάει στο να διευρύνουν τους ρόλους τους. Αυτό μπορούν να το πετύχουν εάν παίζουν οι πελάτες τυχαίους ρόλους.*

-Πάθος. *Να μπορεί να νιώθει πάθος για τους ανθρώπους και ιδιαίτερα μ' αυτούς που δουλεύει. Έτσι θα μπορέσει να νιώσει πάθος και για την εργασία που κάνει. Με την παρουσία του δίπλα στους ανθρώπους γεννά καλλιτεχνικό πάθος και δημιουργική έκφραση για λογαριασμό τους, χωρίς να επιβάλλει τη δική του άποψη για τον κόσμο.*

-Περιέργεια. *Για τους ανθρώπους και για τον κόσμο γύρω του, έτσι ώστε να μπορεί να αναζητά συνεχώς και να εξελίσσεται.*

-Κατανόηση. *Προς τον ευάλωτο άνθρωπο καθώς και στην ιδέα ότι είναι πολύ εύκολο να μείνει κάποιος προσκολλημένος σε μια άποψη για την ανθρώπινη φύση.*

-Ερμηνεία. *Να μπορεί να ερμηνεύει ρόλους τόσο στο δράμα όσο και στην καθημερινή του ζωή.*

- Δεξιότητες θεατρικού σκηνοθέτη. *Να μπορεί να δώσει μορφή σε μια δημιουργική δραματοθεραπευτική παράσταση.*

- Δεξιότητες διευθυντή σκηνης. *Η συνέπεια και η διοικητική ικανότητα είναι πιθανόν οι πιο χρήσιμες πρακτικές δεξιότητες. (Jennings, 1992)*

Κατάρτιση

Ο δραματοθεραπευτής να είναι καταρτισμένος τόσο στο θεατρική διαδικασία όσο και στις διαγνωστικές κατηγορίες.

-Θεατρικές γνώσεις όπως: εμπειρία στην κίνηση, στο χορό και τη μίμηση, στο λόγο αλλά και στο τραγούδι, στον αυτοσχεδιασμό, στη δουλειά με χαρακτήρες τόσο στον αυτοσχεδιασμό όσο και με κείμενα στην παράσταση, από τη θέση του ηθοποιού αλλά και του σκηνοθέτη, στη διεύθυνση σκηνης, στο φωτισμό, στα κουστούμια και τη σκηνογραφία, στην κατασκευή μασκών και άλλων βοηθητικών στοιχείων, στη συγγραφή και τη δόμηση ενός έργου, στον προϋπολογισμό και στη διαχείριση (Jennings, 1996).

-Γνώση διαγνωστικών κατηγοριών. Ο δραματοθεραπευτής θα πρέπει να έχει πληροφορίες για το κλινικό πλαίσιο στο οποίο εντάσσονται οι πελάτες. Επίσης είναι πολύ σημαντικό ο δραματοθεραπευτής να γνωρίζει εάν ο πελάτης έχει γνώση της διάγνωσης και των στόχων της θεραπείας που θα ακολουθήσει. Θα πρέπει επίσης να γνωρίζει και τους τρόπους με τους οποίους οι διαγνωστικές κατηγορίες αξιολογούνται και αντιμετωπίζονται θεραπευτικά.

Σχέση θεραπευτή- πελάτη

Ο δραματοθεραπευτής εκτός των πληροφοριών που έχει για τον πελάτη πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις πληροφορίες από τον ίδιο τον πελάτη. Αυτός θα του πει ποια ζητήματα της ζωής του θεωρεί πιο σημαντικά και χρειάζεται να ασχοληθεί καθώς και το τι ελπίζει να κερδίσει από τις συνεδρίες. Οι πελάτες συνήθως θέλουν να γνωρίζουν ποιος είναι ο δραματοθεραπευτής, ποια η γνώση του και η κατάρτισή του και ο δραματοθεραπευτής οφείλει να τους ενημερώνει, καθώς πρόκειται για την έκφραση του ενστίκτου της αυτοσυντήρησης, του πελάτη. Χωρίς αυτό να σημαίνει πως ο δραματοθεραπευτής πρέπει να απαντήσει σε προσωπικές ερωτήσεις. Ο θεραπευτής πρέπει να τηρεί τα όρια της επαγγελματικής σχέσης. Είναι όμως πολύ σημαντικό οι πελάτες να αισθάνονται ότι έχουν τη δυνατότητα να εμπιστευτούν την ακεραιότητα του δραματοθεραπευτή και να δουν ότι οι προσδοκίες και οι στόχοι του δραματοθεραπευτή είναι ίδιες με τους δικούς τους ή έστω παρόμοιοι. (Jennings,1996).

Σχέση θεραπευτή-ομάδας

Όταν αρχίζει η λειτουργία της ομάδας, ο δραματοθεραπευτής είναι αυτός που θα πρέπει να συμβάλει με αποφασιστικότητα στην θέσπιση των κανόνων οι οποίοι θα ακολουθούνται στις συνεδρίες. Οι κανόνες έχουν και αυτοί λόγο που υπάρχουν στην λειτουργία της ομάδας, ο λόγος είναι ότι αποσκοπούν στο να υποβοηθήσουν τα μέλη να εκφράσουν συναισθήματα, να συμμετάσχουν στην ομάδα. Οι κανόνες υπάρχει φόβος να αποδειχθούν καταστροφικοί για την ομάδα εάν επιτρέπουν την έκφραση κάποιων συναισθημάτων χωρίς αναστολή. Αυτοί οι κανόνες ποικίλουν για το λόγο ότι κάθε ομάδα είναι μοναδική. Ο δραματοθεραπευτής οφείλει να δημιουργήσει ένα κλίμα συνεργασίας μέσα στην ομάδα, έτσι ώστε κανένα μέλος να μην αισθανθεί και κατ' επέκταση λειτουργήσει σε ένα πλαίσιο ανταγωνισμού. Πρέπει να είναι καθοδηγητικός και συγκεντρωτικός είτε να αφήνει την αυτενέργεια στα μέλη. Στοχεύει στην επεξεργασία των συναισθημάτων των μελών της ομάδας οπότε πρέπει να επικεντρώνεται στο έργο και να μην αφήνει να εξελιχθεί μια συζήτηση με κοινωνικό χαρακτήρα. Ο δραματοθεραπευτής πρέπει να εμπιστεύεται την ομάδα και να γνωρίζει ότι η ομάδα είναι σοφότερη από το κάθε μέλος αλλά ακόμη και από τον ίδιο τον δραματοθεραπευτή. Οπότε ο θεραπευτής δεν πρέπει να ξεχνάει πως είναι μέλος της ομάδας. Τέλος ο θεραπευτής πρέπει να είναι αυθόρμητος και να γνωρίζει

πως κανείς δεν είναι τέλειος, η αντίθετη άποψη τον αναγκάζει να προσέχει υπερβολικά στο τι θα πει και πως θα δράσει, χάνοντας έτσι τον αυθορμητισμό του. Πρόβλημα το οποίο μπορεί να αντιμετωπίζει και κάποιο μέλος της ομάδας, οπότε αλλοιώνεται η αρμονία της ομάδας (Jennings, 1994).

Καλλιτεχνικά στοιχεία του θεραπευτή

Ο δραματοθεραπευτής εκτός από την επιστημονική του ενασχόληση πρέπει να ενισχύει και την καλλιτεχνική του πλευρά, δίνοντας στην εργασία του μια ισοσταθμισμένη ποιότητα. Δεν πρέπει να χρησιμοποιεί το θέατρο μόνο για τη θεραπευτική του εργασία, γιατί έτσι θα χάσει την αντικειμενικότητά του ή απλώς θα ικανοποιεί τις προσωπικές τους καλλιτεχνικές ανάγκες. Άρα ο δραματοθεραπευτής πρέπει:

-Να έχει κάποια εμπειρία στο θέατρο, απαιτείται να πάρει μια καλή εκπαίδευση στην κίνηση, στο χορό, στη φωνή και στην θεατρική παράσταση, παίζοντας αλλά και σκηνοθετώντας.

-Να αποβάλει τυχόν προκαταλήψεις για το θέατρο. Για παράδειγμα μπορεί κάποιος δραματοθεραπευτής να έχει προκατάληψη απέναντι στους ηθοποιούς.

-Να πηγαίνει συχνά στο θέατρο και να παρακολουθεί παραστάσεις κάθε είδους, έργα κλασσικού ρεπερτορίου, ρεσιτάλ ποιήσης κ.ά. Οι δραματοθεραπευτές έχουν την ανάγκη της θεατρικής εμπειρίας, όσες δεξιότητες και αν διαθέτουν. Η γνώση και η πρακτική εμπειρία του θεάτρου προσφέρουν τη βάση για τη δραματοθεραπεία.

-Να ανακαλύψει το δικό του τρόπο για να αναπτύσσει συνεχώς και ενεργά τα καλλιτεχνικά του στοιχεία. Ένας από τους τρόπους είναι να παίρνει μέρος σε μια πειραματική θεατρική ομάδα (Jennings, 1996).

Το επάγγελμα του δραματοθεραπευτή

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

Οι δραματοθεραπευτές σε ένα από το έξι αναγνωρισμένα προγράμματα σπουδών του Ηνωμένου Βασιλείου μπορούν να λάβουν επίσημη μεταπτυχιακή εκπαίδευση και η

άσκηση του επαγγέλματός τους εποπτεύεται συστηματικά από τον επαγγελματικό τους φορέα, τον Βρετανικό Σύνδεσμο Δραματοθεραπευτών (British Association of Dramatherapists). Οι δραματοθεραπευτές επίσης διεξάγουν έρευνες σε μεταπτυχιακό και διδακτορικό επίπεδο.

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

3.3.5 Αποτελεσματικότητα

Η δραματοθεραπεία με εργαλεία τη χρήση των μύθων, των παραμυθιών, της φαντασίας, του ονείρου αλλά κυρίως το παιχνίδι των ρόλων δίνει την δυνατότητα σε προσωπικές εμπειρίες να έρθουν προς τα έξω και με την αναβίωση τους να αντιμετωπιστούν με τρόπο άμεσο. Παρότι η λειτουργία της γίνεται μέσα από την αισθητική απόσταση καταφέρνει να προσεγγίζει την προσωπική σου διαδικασία πολύ πιο ουσιαστικά. Δηλαδή, ενώ δε μιλάς άμεσα για το πρόβλημά σου, αλλά το επεξεργάζεσαι μέσα από τη μεταφορά ή το συμβολισμό, ουσιαστικά λες πολλά. Όπως έλεγε και ο Όσκαρ Ουάιλντ «Δώσε σ' έναν άνθρωπο μία μάσκα να δεις ποιος είναι» (specialeducation.gr, 2012).

Η διαδικασία της Δραματοθεραπείας προσφέρει τη δυνατότητα στο άτομο να εξερευνήσει προβλήματα σχέσεων τα οποία ανήκουν στο παρελθόν ή και στο παρόν. Να δοκιμάσει τις φιλοδοξίες του και να έρθει σε επαφή με την πραγματικότητα όσον αφορά στο δυναμικό και τις δυνατότητες του. Μέσω αυτής το άτομο μπορεί να επικοινωνήσει με τον εαυτό του, τα συναισθήματά του και να διεισδύσει σε διάφορες περιοχές οι οποίες έχουν μπλοκαριστεί λόγω έντασης. Μπορεί να νιώσει και πάλι παιδί και να επιτρέψει στον εαυτό του να αγαπήσει και να αγαπηθεί (Καραγγέλη-Προύζου, 1994). Με την δραματοθεραπεία μπορεί κανείς να ανακαλύψει ένα ευρύ φάσμα συναισθημάτων που υπάρχει ήδη και περιμένει να το ανακαλύψει και να το αναπτύξει. Η Δραματοθεραπεία πιστεύει ότι αν εστιάσουμε σε ιατρικά προβλήματα τείνουμε να ενισχύσουμε το ιατρικό μοντέλο το οποίο εξισώνει τα προβλήματα με την ασθένεια και δεν συντελεί στην ανάπτυξη των υγιών πλευρών του ατόμου. Πλευρές που μπορούμε να ενισχύσουμε μέσα από τη δημιουργικότητα, η οποία

μπορεί να προσφέρει στα άτομα την εμπειρία της χαράς και της ικανοποίησης αλλά και άλλων πιο επίπονων συναισθημάτων (Καραγγέλη Προύζου, 1994).

Η δραματοθεραπεία λειτουργεί με συμβολισμούς. Όταν τα συναισθήματα του ατόμου προκαλούν δυσχέρεια στην έκφραση, μέσω της δραματοθεραπείας μπορούν να πάρουν μορφή και να ειπωθούν. Η 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).

Η δραματοθεραπεία συμβάλει στην αντιμετώπιση δυσκολιών του ατόμου σε τομείς όπως ο συναισθηματικός, ο νοητικός, ο κοινωνικός και να αναπτυχτεί το ανθρώπινο εσωτερικό δυναμικό που επιτυγχάνεται με:

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

Με εργαλείο την φαντασία η δραματοθεραπεία μπορεί να λειτουργήσει και ατομικά, δημιουργώντας τα υπόλοιπα μέλη με την φαντασία. Μέσα λοιπόν από τη θεραπεία «κάτι αλλάζει», ακόμα κι αν αρχικά ο θεραπευόμενος δεν καταλαβαίνει την αλλαγή.

(Ευδοκίμου – Παπαγεωργίου Ρ.,1999)

3.4 Εικαστική θεραπεία

3.4.1 Ορισμός και αντικείμενο της εικαστικής θεραπείας

«Η εικαστική θεραπεία είναι η δυναμική θεραπεία που απαιτεί από το άτομο να συμμετέχει στην θεραπεία του, μέσα από τη δημιουργία τέχνης» (Malchiod, 2009:22)

Πρόκειται για μια σύγχρονη μέθοδο ψυχοθεραπείας που χρησιμοποιεί ως μέσο τα εικαστικά: την ζωγραφική, την γλυπτική αλλά και την χειροτεχνία. (Ασημάκης, Π.,1999)

Ο χώρος της εικαστικής θεραπείας ασχολείται με τον τρόπο έκφρασης των συναισθημάτων ενός παιδιού που φτιάχνει μια μουτζούρα, ενός ατόμου με νοητική υστέρηση που εκφράζεται με μια δημιουργία από πηλό, ακόμα κι ενός ατόμου που

πάσχει από κατάθλιψη. Πρόκειται για την δημιουργική διαδικασία την οποία ο θεραπευόμενος με την συμβολή του θεραπευτή, κατανοεί και φτάνει στο τελικό αποτέλεσμα. (Tessa Dalley et al,1995)

Είναι στην ουσία η ένωση της τέχνης και της ψυχολογίας. Για να δοθεί ο ορισμός της εικαστικής θεραπείας πρέπει να παρατηρήσουμε στοιχεία και από τα δύο πεδία, όπως η δημιουργική διαδικασία, η ανθρώπινη ανάπτυξη, η συμπεριφορά, η προσωπικότητα και η ψυχική υγεία μεταξύ άλλων. (Malchiod, 2009).

Υπάρχουν δύο κατηγορίες που αντιπροσωπεύουν την εικαστική θεραπεία σύμφωνα με την Malchiod (2009:22) «Η πρώτη συνεπάγεται με την πεποίθηση ότι η δημιουργική διαδικασία της τέχνης έχει εγγενώς θεραπευτική δύναμη. Αυτή η άποψη ασπάζεται την ιδέα ότι η διαδικασία δημιουργίας ενός έργου τέχνης είναι θεραπευτική. Αυτή η διαδικασία αποκαλείται τέχνη ως μέσω θεραπείας» (Malchiod, 2009: 22).

Η δεύτερη ότι «Η εικαστική θεραπεία βασίζεται στην άποψη ότι η τέχνη είναι μέσο συμβολικής επικοινωνίας. Αυτή η προσέγγιση, που συχνά αποκαλείται εικαστική ψυχοθεραπεία, τονίζει την χρησιμότητα των υλικών που χρησιμοποιούνται για να εκφραστεί το άτομο. Με την καθοδήγηση του θεραπευτή και την κατανόηση της τέχνης από το άτομο, το τελευταίο, οδηγείται στην ολοκλήρωση του. Επίσης ο ίδιος ο θεραπευτής πετυχαίνει την ενσυναίσθηση. Η πρακτική της εικαστικής καταφέρει να κάνει το άτομο να αντιλαμβάνεται καλύτερα τα προβλήματα του, να αναπτύξει ιδέες τις οποίες έχει την δυνατότητα και να τις εκφράσει».

Μια δημιουργία κατά την διάρκεια της συνεδρίας μπορεί οδηγήσει στην σύνδεση μεταξύ του θεραπευόμενου και του θεραπευτή. Μπορεί να αποτελέσει θέμα προς συζήτηση και να λειτουργήσει ως καταγραφείας στην εικαστική θεραπεία.

Οι λειτουργίες της μνήμης, του εγώ και τις αντίληψης οι οποίες αποκτώνται κατά τη διάρκεια της ζωής, οδηγούν στην ικανότητα του να φτιάχνουμε σύμβολα και εικόνες. απαραίτητα στοιχεία που λειτουργούν ως μεταφορείς των συναισθημάτων που βρίσκονται στο υποσυνείδητο. (Tessa Dalley et al,1995)

Η εικαστική θεραπεία καταφέρει να γεφυρώσει το λεκτικό και το μη λεκτικό, το ασυνείδητο και το συνειδητό, το εσωτερικό και το εξωτερικό, την φαντασία και την

πραγματικότητα, τη διαίσθηση και τον ορθολογισμό. Καταφέροντας έτσι το σώμα, το νου και το πνεύμα να ενωθούν (Hall, 1998:262).

Η εικαστική θεραπεία υποστηρίζει ότι μέσω των εικαστικών υλικών οι μηχανισμοί άμυνας καταλύονται και τα συναισθήματα αναδύονται. Το αποτέλεσμα δεν μπορεί να θεωρηθεί «τέχνη» γιατί είναι συχνά αποδιοργανωμένο. Η ουσία του θεραπευτικού έργου βρίσκεται στα εκρηκτικά συναισθήματα που βιώνονται κατά την δημιουργική διαδικασία όπως η αμφιθυμία και η επιθετικότητα. Αυτός που δίνει βαρύτητα στο αισθητικό αποτέλεσμα του προϊόντος της θεραπείας, έχει την τάση να υπονομεύει τις καθαρτικές πτυχές της διαδικασίας της δημιουργίας του (Dalley, 1998:22).

Η εικαστική δημιουργία καθιστά πιο εύκολη την αλληλεπίδραση, την ευαισθησία και προσφέρει νέες δεξιότητες καθώς και μια πιο ανοιχτή στάση προσφέροντας την δυνατότητα δοκιμής νέων ρόλων και νέους τρόπους επικοινωνίας αφού μέσα από τη μη απειλητική εικαστική εμπειρία οι θεραπευόμενοι έχουν την ευκαιρία της μεταξύ τους αντιμετώπισης (Landgarten, 1999:29).

Η εικαστική θεραπεία απευθύνεται σε άτομα όλων των ηλικιών που αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως:

- Ποικίλλες συναισθηματικές διαταραχές (κατάθλιψη, σχιζοφρένεια κ.λπ.)
- Κάποιο είδος αναπηρίας
- Βαριάς μορφής νόσο
- Εθισμούς σε διάφορες ουσίες
- Οικογενειακές δυσκολίες
- Εγκλεισμός σε κάποιο ίδρυμα (φυλακή, ψυχιατρική κλινική κ.λπ.)

3.4.2. Ιστορική αναδρομή

Η βάση της εικαστικής θεραπείας βρίσκεται στην εποχή των σπηλαίων όπου οι άνθρωποι κατασκεύαζαν αγαλματίδια γονιμότητας και ομοιώματα «βουντού» τα οποία πίστευαν πως είχαν μαγικές ιδιότητες. Στην προσπάθειά τους να κατανοήσουν το νόημα της ύπαρξης αλλά και τη σχέση τους με τον κόσμο, οι άνθρωποι άρχισαν να αποτυπώνουν σχήματα και εικόνες στα τοιχώματα των σπηλαίων. Οι πρωτόγονες

φυλές χρησιμοποιούσαν την τεχνική σε άμμο, ήταν μια τελετουργία κατά την οποία με την χρήση ομοιωμάτων προσπαθούσαν να θεραπεύσουν άτομα ψυχικά και σωματικά. Παρόλο που ήταν τεχνικές για τον μάγο της φυλής, τον θεραπευτή δηλαδή, το ίδιο το άτομο χρησιμοποιούσε την τέχνη για να θεραπευτεί ή να δηλώσει ασυνείδητα ότι χρειάζεται βοήθεια. (Ασημάκης, Π.,1999)

Τα εικαστικά ήταν ένα εργαλείο της ψυχιατρικής απ την αρχή, τα οποία χρησίμευαν είτε ως δημιουργική απασχόληση είτε ως ψυχαγωγία, όπου εξελίχθηκε σε εργασιοθεραπεία μέσα στα ιδρύματα. Τα έργα σε συνδυασμό με την παθολογία των ασθενών καλλιτεχνών προκάλεσαν το ενδιαφέρον των ψυχιάτρων, θέτοντας έτσι τις βάσεις της εικαστικής θεραπείας. Ωστόσο η αξία των εικαστικών στη θεραπεία έγινε κατανοητή, ότι δηλαδή μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ενεργά και όχι μόνο για ψυχολογικούς λόγους (Minde, 1996).

Από τις αρχές του αιώνα οι δημιουργίες ασθενών πάνω σε χαρτί, καμβάδες ή τοίχους κίνησαν το ενδιαφέρον επαγγελματιών θεραπευτών. Ορισμένοι ψυχίατροι άρχισαν να αντιλαμβάνονται την σημαντικότητα της δημιουργίας ενός έργου από ψυχικά διαταραγμένα άτομα. Έτσι άρχισαν να μαζεύουν και να μελετούν έργα ασθενών που δημιουργούσαν αυθόρμητα, όπως σχέδια, ζωγραφιές, γλυπτά μέχρι και κεντήματα. Ενώ οι περισσότεροι θεωρούσαν τα έργα αυτά απλώς παράξενα, κάποιοι γιατροί δημοσίευσαν μελέτες πάνω στα σχέδια ψυχικά ασθενών (Αναγνωστοπούλου, 1992).

Συγκεκριμένα γεγονότα όμως εδραίωσαν την εικαστική θεραπεία ως επιστήμη, ξεκινώντας από την Μεγάλη Βρετανία και τις Η.Π.Α. καταλήγοντας στην Ελλάδα το 1976. Χρονολογικά έγιναν τα εξής:

1941 Ο ζωγράφος Andrian Hill ένας από τους βασικούς πρωτοπόρους της στην Βρετανία βοηθάει τους ασθενείς του Σανατορίου King Edward VII στην γρήγορη ανάρρωση τους. (Μ.Βρετανία)

1942 Η ψυχίατρος Irene Champernowne μαζί τον σύζυγό της Gillbert ιδρύουν τη θεραπευτική κοινότητα Withymead Centre 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. Την ίδια χρονική περίοδο ασχολούνται με την εικαστική θεραπεία κι άλλοι όπως: ο Edward Adamson, η Rita Simon, η Marion Milner, ο Donald Winnicott και ο Ralph Pickford. (Μ.Βρετανία)

- 1947 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. (Η.Π.Α.)
- 1949 Οργανώνεται το πρώτο συνέδριο Εικαστικής Θεραπείας, στο οποίο συζητείτε η εισαγωγή της εικαστικής θεραπείας στους χώρους της υγείας. (Μ.Βρετανία)
- 1950 Η Edith Kramer, καθηγήτρια ζωγραφικής δίνει ιδιαίτερη σημασία στη συγκεκριμένη θεραπευτική διαδικασία. (Η.Π.Α.)
- 1960 Στις Η.Π.Α. θεωρείται πλέον επάγγελμα η Εικαστική Θεραπεία.
- 1960 η Hana Yaxa Kwiatkowska αναφέρεται στην Οικογενειακή Εικαστική Θεραπεία και στην συνέχεια (Η.Π.Α.)
- 1964 Ιδρύεται ο «Βρετανικός Σύλλογος Εικαστικών Θεραπευτών». (Μ.Βρετανία)
- 1969 Εκδίδεται το πρώτο περιοδικό του συλλόγου «INSCAPE». Επίσης την ίδια χρονολογία στην Σχολή Καλών Τεχνών του Birmingham οργανώνεται το πρώτο Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Εικαστικής Θεραπείας. (Μ.Βρετανία)
- 1977 Ιδρύεται το Βρετανικό Ινστιτούτο για να μελετηθούν οι τέχνες ως θεραπείες, όπου ενώνονται οι Εικαστικοί Θεραπευτές μαζί με του Χοροθεραπευτές και τους Δραματοθεραπευτές. (Μ.Βρετανία)
- 1980 Η Helen Landgarten την εξελίσσει συνδυάζοντας την με την θεωρία οικογενειακών συστημάτων. (Η.Π.Α.)
- 1982 Οι Εικαστικοί Θεραπευτές αναγνωρίζονται επίσημα από το υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. (Μ.Βρετανία) (Ασημάκης, Π.,1999)
- 1976 Η T. 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
- 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. (Ελλάδα)

1985 Ανατίθεται η διεξαγωγή σεμιναρίων από το Υφυπουργείο Νέας Γενιάς στη Νιζέττα Αναγνωστοπούλου. (Ελλάδα)

1987 έχουν οργανωθεί ήδη 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 ειδικές ανάγκες.

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.

1995 εκδίδονται τα πρώτα βιβλία σχετικά με την Εικαστική Θεραπεία από τις εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. (Ελλάδα) (Ασημάκης, Π., 1999)

3.4.3 Μεθοδολογία

Τα άτομα που δυσκολεύονται να εκφράσουν με λόγο τα συναισθήματά τους και τις αντιλήψεις τους χρειάζονται ενίσχυση των αισθητηριακών ιδιοτήτων όπως η όραση, η αφή, η ακοή, η κίνηση, μέσω ψυχοκινητικών δραστηριοτήτων όπως η ζωγραφική, η γλυπτική και το σχέδιο. «Η επίτευξη κάποιου έργου τέχνης και η έκφραση του για να πραγματοποιηθεί χρειάζεται τα χέρια (κατασκευάζουμε, αγγίζουμε, πλάθουμε, κολλάμε, σχεδιάζουμε, συνδέουμε, ζωγραφίζουμε, δίνουμε μορφή και προβαίνουμε σε άλλες ενέργειες με τα χέρια» (Malchiod, 2009: 34). Στις περιπτώσεις των παιδιών η εικαστική θεραπεία μπορεί να είναι πιο εύχρηστη, τα παιδιά αισθάνονται περισσότερη άνεση να εκφραστούν μέσα από μια εικόνα καθώς δεν έχει εξελιχθεί ακόμα το λεξιλόγιο τους (Malchiod, 2009).

Αναπόσπαστο κομμάτι της εικαστικής θεραπείας είναι τα υλικά, η σωστή επικοινωνία του θεραπευτή και του θεραπευόμενου προϋποθέτει και την σωστή χρήση των υλικών, καθώς το κάθε υλικό μπορεί να αντιπροσωπεύει κάποια θεραπευτική ιδιότητα. Η λανθασμένη χρήση ή η χρήση κάποιου υλικού σε μια συγκεκριμένη στιγμή της συνεδρίας μπορεί να φανεί κρίσιμη. Η επιλογή των υλικών και η επιλογή του έργου έχει την ίδια βαρύτητα σε μια συνεδρία. Τα υλικά έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν τον θεραπευόμενο τόσο σε συναισθηματικό όσο και σε εκφραστικό επίπεδο, μπορούν είτε να εμποδίσουν την ελευθερία του ατόμου είτε να

παρακάμψουν τις άμυνες τους. Άρα η σωστή επιλογή του υλικού, όσον αφορά το μέγεθος αλλά και την ιδιότητα πρέπει να γίνεται ελεγχόμενα. Μια κλίμακα από λιγότερο ελεγχόμενα σε περισσότερο ελεγχόμενα είναι:

- 1 Υγρός πηλός
- 2 Νερομπογιές
- 3 Μαλακή πλαστελίνη
- 4 Λαδομπογιές
- 5 Μαρκασόροι (λεπτοί)
- 6 Κολάζ
- 7 Σκληρή πλαστελίνη
- 8 Μαρκασόροι (χοντροί)
- 9 Ξυλομπογιές
- 10 Μολύβια

Μια σωστή οργανωμένη δραστηριότητα, για να καλύψει τις ανάγκες μιας ομάδας την οποιαδήποτε στιγμή προϋποθέτει την δημιουργία ενός πλαισίου σεβασμού και προστασίας των μελών της καθώς και την εκμετάλευση όλων των μέσων όπως χω χώρος, ο χρόνος, τα υλικά, ένας ή περισσότεροι βοηθοί, η φύση του έργου που επιλέγεται και άλλα. Ενώ ο συνδυασμός ελεύθερων και δομημένων δραστηριοτήτων είναι σκόπιμος καθώς βοηθούν τα μέλη της ομάδας να γνωρίσουν και να μάθουν περισσότερα υλικά και ρόλους απ ότι θα μάθαιναν με κάποιον άλλο τρόπο (Rubin, 1997).

Ο εφαρμογή της εικαστικής θεραπείας σε ομαδικό πλαίσιο προσφέρει δυνατότητες που πρέπει να εκμεταλλευτεί ο εικαστικός θεραπευτής όπως είναι η ενίσχυση της επίδρασης ατόμου-εικόνας μέσα από την ενίσχυση της επίδρασης των εικαστικών. Ενώ παρέχεται στο κάθε μέλος της ομάδας, η ευκαιρία να εξερευνήσει τον εαυτό του σε ένα πιο ασφαλές, πιο αξιόπιστο και λιγότερο απειλητικό περιβάλλον (Rubin, 1997).

Η εικαστική θεραπεία μπορεί να φανεί χρήσιμο εργαλείο στην οικογενειακή θεραπεία. Η Landgarten αναφέρει: «Οι εικαστικές δραστηριότητες, ανεξάρτητα από

το σημείο της εστίασης, μπορούν να προσαρμοστούν σε πολλές πτυχές της οικογενειακής θεραπείας: λόγου χάρι, στη σταδιακή αποκάλυψη των πρώιμων βιωμάτων των μετεχόντων, τη διερεύνηση της γονικής οικογένειας, την εξέταση ιστοριών του παρελθόντος και του παρόντος, την ανάδυση ασυνειδήτου υλικού, την ελάττωση των αμυνών, την απόκτηση ευαισθησίας, τη συναισθηματική βίωση εμπειριών, την κατανόηση αιτίας και αποτελέσματος, την παρατήρηση συνδιαλλακτικών φαινομένων, την επισήμανση δυσλειτουργικών προτύπων συμπεριφοράς, τη διαφοροποίηση των μελών της οικογένειας, την αποκάλυψη των συγκρούσεων, τη βελτίωση του συνόλου των γονικών στάσεων και των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, καθώς και την αντιμετώπιση της θλίψης και του πένθους» (Landgarten, 1999:24-25).

3.4.4 Ο εικαστικός θεραπευτής

Ο εικαστικός θεραπευτής οφείλει να ενθαρρύνει την δημιουργικότητα και την έκφραση του θεραπευόμενου.

Ο θεραπευτής πρέπει να θέτει τους κανόνες με βάση την γνώση του στην τέχνη και να βοηθάει το άτομο να εκφραστεί σύμφωνα με αυτούς. Να στοχεύει στην θεραπεία του ατόμου παρατηρώντας την συναισθηματική και ψυχολογική συμπεριφορά του αλλά και τον τρόπο έκφρασης του. Πρέπει να χτίσει μια σχέση εμπιστοσύνης, χωρίς κριτική και επιβλητική συμπεριφορά, έτσι ώστε ο θεραπευόμενος να μπορεί να νιώθει ασφαλής και ελεύθερος να εκφραστεί. (Ηλιάδη, 2006).

Ο θεραπευτής έχοντας δημιουργήσει μια σχέση εμπιστοσύνης, χωρίς φόβο αλλά με σωστή επικοινωνία και συνεργασία, αποφεύγει να δώσει έτοιμες ερμηνείες και κατευθύνει την συνεδρία προς την κατεύθυνση όπου ο θεραπευόμενος θα δώσει μόνος του απαντήσεις και ερμηνείες. Ο θεραπευτής καθοδηγεί τον θεραπευόμενο και τον ενθαρρύνει να συνεχίσει τις ερμηνείες. Ακόμα ο Θεραπευτής πρέπει να μπορεί να επιλέγει υλικά που η χρήση τους προσφέρεται για παλινδρόμηση, έτσι ώστε αν ο θεραπευόμενος παλινδρομήσει ο θεραπευτής να το εκμεταλλευτεί και να τον οδηγήσει σε σημείο μιας καινούργιας αναδόμησης. (Ασημάκης, Π., 1999).

Ο θεραπευτής πρέπει να γνωρίζει την έννοια της μεταβίβασης και να μπορεί να την εφαρμόσει για να μπορέσει να ερμηνεύσει τους συμβολισμούς ενός έργου. Κάποια αποτύπωση μπορεί να ταυτίζεται με ένα γεγονός που έχει ζήσει το άτομο στο παρελθόν του (Αναγνωστοπούλου, 1998).

Σύμφωνα με την Landgarten, (1999) ο θεραπευτής πρέπει να:

- Μπορεί να επιλέξει μία ουδέτερη στάση, δίνοντας ερμηνείες βασισμένες στην ατομική συμπεριφορά όπως αυτή εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια δημιουργίας του εικαστικού έργου ή όπως αυτή σχετίζεται με το περιεχόμενο του.
- Μπορεί να έχει ρόλο βιωματικό μετέχοντας ενεργά στη θεραπεία ενώ συμβάλλει στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του θεραπευμένου.
- Μπορεί να τροφοδοτήσει τον ασθενή με καινοτόμες εικαστικές εμπειρίες που επικεντρώνονται στα συναισθήματα, τον αυθορμητισμό, την αυθεντικότητα, την επίγνωση και την κατανόηση.
- Μπορεί μέσα από το εικαστικό έργο να καθοδηγήσει τους μετέχοντες σε μία διαφοροποιημένη και αυτόνομη λειτουργικότητα.
- Μπορεί να συμβάλλει στην αλλαγή των ορίων.
- Παρατηρεί τα επικοινωνιακά πρότυπα και τις μεθόδους λήψης αποφάσεων, ενώ μετέχει και ο ίδιος στη δημιουργία του εικαστικού έργου.
- Να χρησιμοποιήσει το εικαστικό έργο ως ένα μέσο ρυθμιστικής παρέμβασης, εστιάζοντας την προσοχή στην επίλυση προβλημάτων
- Να δίνει οδηγίες για τη δημιουργία ενός εικαστικού έργου που αποβλέπει σε εκπαιδευτικούς σκοπούς, στην τροποποίηση της συμπεριφοράς και στη θετική ενίσχυση.
- Πρέπει να κατανοεί τη διττή δύναμη της εικαστικής εμπειρίας. Πρώτον, τα συναισθήματα που έχουν σχέση με συγκεκριμένα ζητήματα εντείνονται από τη αμεσότητα του εικαστικού έργου. Δεύτερον, το ίδιο το προϊόν παρέχει συγκεκριμένα στοιχεία όχι μόνο στο θεραπευτή αλλά και στο δημιουργό του όπως επίσης και στα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, όπου αυτή υπάρχει.

- Οφείλει να είναι επιλεκτικός στην χρησιμοποίηση του υλικού που αποκαλύπτουν οι θεραπευόμενοι. Πρέπει να αξιολογήσει τη χρονική στιγμή της κοινοποίησης και/ή της χρησιμοποίησης των πληροφοριών που αποκαλύφθηκαν.

3.4.5 Αποτελεσματικότητα

Η εικαστική θεραπεία προσφέρει έναν ασφαλή τρόπο όπου ο άνθρωπος μπορεί να αρχίσει να εκφράζεται, να αποκαλύπτει τον εαυτό του και να επικοινωνεί μέσω των εικόνων με λόγια ή χωρίς. Ο συνδυασμός δομής και ελευθερίας που προσφέρει η εικαστική θεραπεία δίνει ένα τρόπο ώστε να γίνει «η αρχή». Βοηθάει το άτομο να αποκτήσει σχέσεις και πιο πραγματικές επαφές δημιουργώντας τους εμπιστοσύνη και κοινωνική υποστήριξη για να συνεχίσει την εξερεύνηση. (Hall, 1998). «Η έλλειψη συνεχούς έμφασης στα «προβλήματα», η έλλειψη τυπικότητας που σημαίνει το να κάνεις κάτι, συνέβαλαν σε μία πιο χαλαρή ατμόσφαιρα. Αυτό οδήγησε σε μεγαλύτερη αυθεντικότητα» (Hall, 1998:259-260).

Μέσα από τις ψυχοδυναμικές, συμπεριφοριστικές, γνωστικές και εξελικτικές προσεγγίσεις παρατηρείται και η αποτελεσματικότητα της εικαστικής θεραπείας. 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 θεραπεία αυτής. Ως θεραπεύτρια θεωρεί την ζωγραφική των ασθενών ως μια συμβολική ομιλία, η οποία τους βοηθά να εκφραστούν. Από την Roth (1987) γνωρίζουμε 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. Η Silver (1987), 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. 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)

Στο τρίτο κεφάλαιο αναπτύχθηκαν οι θεωρίες, η μεθοδολογία και η αποτελεσματικότητα των θεραπειών μέσω του χορού, της μουσικής, του θεάτρου και των εικαστικών τεχνών καθώς και ο τρόπος με τον οποίο λειτουργούν παρεμβατικά στην θεραπεία των ψυχικά πασχόντων, ως αυτόνομες και έγκυρες θεραπείες. Από την βιβλιογραφική έρευνα προέκυψαν συμπεράσματα και προτάσεις τα οποία αναλύονται στο επόμενο κεφάλαιο.

Κεφάλαιο 4^ο

Συμπεράσματα και προτάσεις

4.1 Συμπεράσματα

Από την έρευνα που διενεργήθηκε για τη συγγραφή της εργασίας προκύπτουν κάποια συμπεράσματα τα οποία γίνεται προσπάθεια να συμπυχθούν κάτωθιν.

Σημαντικό είναι να γίνει κατανοητό πως σοβαρές μορφές διαταραχών ψυχικής υγείας οφείλονται τόσο σε βιοχημικές διαταραχές του εγκεφάλου όσο και σε ποικίλους παράγοντες όπως ψυχολογικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί. Ακόμα, οι εν λόγω διαταραχές εμφανίζονται με πολλές μορφές και αν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως είναι πιθανό να αποκτήσουν μόνιμο χαρακτήρα. Σύμφωνα με το Διεθνές Νομοθετικό Πλαίσιο υπάρχουν δύο παράμετροι που οριοθετούν την υγεία: η παράμετρος της απουσίας της αρρώστιας και η παράμετρος της ευεξίας.

Τοποθετώντας το ζήτημα στις ιστορικές του προσλαμβάνουσες βλέπουμε πως πριν το «κίνημα ψυχικής υγείας», οι ασθενείς στον 19ο αιώνα παραμελούνταν και ζούσαν σε άθλιες συνθήκες. Ωστόσο, στις αρχές του 20ου αιώνα ιδρύθηκε η Εθνική Επιτροπή για την Ψυχική Υγεία και άνοιξαν τα πρώτα εξωτερικά ιατρεία ψυχικής υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Μετά το 1945, και πολλές προσπάθειες για να επιτευχθούν καίριες αλλαγές στο θεσμό, οι αναφορές στην ψυχική υγιεινή σταδιακά αντικαθίστανται από τον όρο «ψυχική υγεία». Παράλληλα, εδώ και δύο αιώνες δραστηριοποιείται το κίνημα της Αντι-ψυχιατρικής προωθώντας την άποψη ότι πολλές ψυχιατρικές θεραπείες είναι τελικά πιο επιζήμιες παρά χρήσιμες για τους ασθενείς και καταγγέλλοντας τις σχέσεις μεταξύ κράτους, ιατρικής εξουσίας και φιλανθρωπίας. Το κίνημα της συνηγορίας ξεκίνησε πριν 40 χρόνια, ως μέσο καταπολέμησης του στίγματος και της προκατάληψης ενάντια στα άτομα με ψυχικές διαταραχές αλλά και ως μέσο βελτίωσης των υπηρεσιών που τους αφορούν. Στην ανάπτυξή του συνέβαλε η αναγνώριση ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές πλήττονταν από σοβαρές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Σε αυτό το σημείο ανέκυψαν και κάποιες προβληματικές όπως ζητήματα οργάνωσης και διαχείρισης ή η περιορισμένη συμμετοχή χρηστών.

Στο πέραςμα του χρόνου και κατόπιν του αιτήματος για τη βελτίωση και την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των ασθενών έχουν παρατηρηθεί διασυνδέσεις

μεταξύ ανθρωπολογίας της τέχνης και ανθρωπολογίας της υγείας τέτοιες που να τονίζουν σαφώς την κοινωνική μορφοποίηση τόσο της ψυχικής ασθένειας όσο και της δημιουργίας. Η άσκηση της τέχνης οδηγεί σε ένα αίσθημα ικανοποίησης και προσωπικής αξίας. Η θεραπεία μέσω τέχνης αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε με τη συμβολή της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Σύμφωνα, πάντα, με τα δυτικά πρότυπα η τέχνη εμφανίζεται ως μια από τις σημαντικότερες διόδους για τον αποστιγματισμό και την επανένταξη των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Έτσι, η χοροθεραπεία, η μουσικοθεραπεία, η δραματοθεραπεία και εικαστική θεραπεία γεφυρώνουν το λεκτικό και το μη λεκτικό, το ασυνείδητο και το συνειδητό, το εσωτερικό και το εξωτερικό, την φαντασία και την πραγματικότητα, τη διαίσθηση και τον ορθολογισμό. Καταφέρνοντας έτσι το σώμα, το νου και το πνεύμα να ενωθούν.

Τέλος, με διακηρύξεις και νομικά πλαίσια γίνεται προσπάθεια αποστιγματισμού και αποφυγής της ιδρυματοποίησης των ασθενών. Ο.Η.Ε μόλις τη δεκαετία του '80 άρχισε μια αφύπνιση, μια σοβαρή ενημέρωση και κάποια κινητοποίηση για την αντιμετώπιση ατόμων με αναπηρίες μέσα σε ανθρωπιστικά, δημοκρατικά πολιτισμένα πλαίσια. Επιπρόσθετα, η προσχώρηση στην φαινομενολογική σκέψη βοηθά να πλησιαστεί ο ψυχικά ασθενής χωρίς τους φραγμούς που είναι εγγενείς στον άκαμπτο ορισμό των συνδρόμων και των νόσων στη βάση σημείων και συμπτωμάτων αλλά διαμέσου της κατανόησης των διαφορετικών τρόπων της ύπαρξής του.

Πρόκειται για μια προσπάθεια να ενταχθεί η ιατρική σε μια προσέγγιση που βλέπει τον άνθρωπο στη σφαιρικότητά του, και όχι ως αντικείμενο, πράγμα που ακυρώνει εκ των προτέρων την εγκυρότητα της οποιας θεραπευτικής της παρέμβασης. Όσον αφορά στον ελληνικό χώρο, τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχουν γίνει σημαντικά βήματα προόδου με βασική φιλοσοφία όλων των μεταρρυθμίσεων τη διαμόρφωση των απαραίτητων προϋποθέσεων και συνθηκών για την πρόληψη και καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού και τη δημιουργία ίσων ευκαιριών.

4.2 Προτάσεις

Ο όρος «μεταρρύθμιση» είναι συνώνυμος με το μετασχηματισμό, την τροποποίηση, την καινοτομία, τη μετατροπή, την αλλαγή. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, το ερώτημα που τίθεται δεν είναι σχετικό με το αν έχει επιτευχθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, αλλά αν τέθηκαν ποτέ οι βάσεις για μια μεταρρύθμιση. Η λογική που έχτισε

τα άσυλα δεν εξαφανίστηκε με την αποχώρηση από αυτά. Αφήνοντας πίσω το άσυλο δε σημαίνει ότι βγαίνουμε και έξω

από αυτό. Έξω από τη λογική που το διέπει, τις σχέσεις, τη συνήθεια, τις μυρωδιές, την καθημερινότητά, την υλική και συμβολική πραγματικότητα του. Μιλώντας σήμερα για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, μιλάμε για την έξοδο από το άσυλο, τη βία, τις μηχανικές και χημικές καθηλώσεις, τα ρακένδυτα ή γυμνά σώματα του ιδρύματος, τους καθημερινούς εξευτελισμούς, τους ψηλούς τοίχους και τις απαραβίαστες πόρτες, την αναγκαστική «εργασιοθεραπεία» κα. Σαφέστατα οι Ξενώνες, τα Οικοτροφεία, τα Διαμερίσματα, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας συνιστούν ένα πολύ μεγάλο βήμα μακριά από τη βία αυτού του θεσμού. Δεν παύουν όμως, να κουβαλάνε το ίδρυμα μαζί τους και μέσα τους πολλές φορές, καθώς άνθρωποι και πρακτικές μεταφέρονται από τον ένα τόπο σε έναν άλλο διεκδικώντας ένα «χρόνο» που να ταιριάζει σε ζωή, και όχι επιβίωση. Η λογική που έχτισε τα άσυλα δεν εξαφανίστηκε με την αποχώρηση από αυτά. Κάποιες στοιχειώδεις προτάσεις για τη βελτίωση του θεσμού μπορούν να συνοψιστούν στις παρακάτω.

-Συνεργασία εργαζομένων με τους πάσχοντες και τις οικογένειες τους. Είναι σημαντικό οι οικογένειες και οι ασθενείς να έχουν τη δυνατότητα να εμπλέκονται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικών με ό,τι τους αφορά. Στο ίδιο πλαίσιο, να υπάρξει μέριμνα για την αντιμετώπιση παιδιών και εφήβων όχι με απομάκρυνση από την οικογένεια, αντίθετα, στους κόλπους αυτής.

-Εξατομικευμένη διαχείριση περιστατικών. Να λαμβάνεται υπ' όψιν πως ο κάθε ασθενής παραμένει ξεχωριστός άνθρωπος με προσωπικότητα και τις ιδιαιτερότητες που αυτή ενέχει. Είναι εύλογο πως μια μαζική και κοινή αντιμετώπιση περιστατικών δε μπορεί να σημειώσει αποδοτικότητα παρά σε ελάχιστους.

-Φάρμακα διαθέσιμα σε όλους. Εν ολίγοις, η ψυχική υγεία να θεωρείται δημόσιο αγαθό και ως εκ τούτου η ψυχιατρική θεραπεία να μην είναι ελιτίστικη αλλά προσβάσιμη σε οποιονδήποτε τη χρειάζεται.

-Ιεράρχηση αναγκών και προτεραιοτήτων.

-Διεθνοποίηση προβλήματος. Να υπάρξει συλλογική και παγκόσμια ενασχόληση με το ζήτημα ώστε να γίνει μαζική κινητοποίηση όσον αφορά τις ψυχιατρικές πρακτικές σε όλο το φάσμα τους.

-Αύξηση πόρων.

-Κατάργηση ψυχιατρείων. Κλίνες στο τμήμα Ψυχιατρικής των Γενικών Νοσοκομείων και στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Ταυτόχρονα, καλύτερες συνθήκες διαβίωσης και πολλαπλασιασμός των ήδη υπαρχόντων κλινών.

-Ενημέρωση κοινής γνώμης. Ενημέρωση σχετικά με την αναγνώριση συμπτωμάτων αλλά και τους τρόπους υποδοχής και επανένταξης των πρώην ασθενών.

-Αποδόμηση έννοιας και πρακτικής του εγκλεισμού.

-Αποσυλοποίηση με συνδυαστική λήψη μέτρων για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- ✓ Ασημάκης, Π. (1999). «Σύγχρονες ψυχοθεραπείες στην Ελλάδα - από την θεωρία στην εφαρμογή». Αθήνα: Ινστιτούτο Προσωπικής Ανάπτυξης.
- ✓ Ευδόκιμου – Παπαγεωργίου, Ρ. (1999). «Δραματοθεραπεία – Μουσικοθεραπεία. Η παρέμβαση της τέχνης στην ψυχοθεραπεία». Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- ✓ Dalley, T., Case, C., Schaverien. (1995). «Θεραπεία μέσω Τέχνης – Η Εικαστική Προσέγγιση». Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- ✓ Hall, P. N. (1998) «Θεραπεία μέσω της τέχνης: Ένας τρόπος θεραπεία της σχάσης»
- ✓ Πρακτικά Συνεδρίου Θεραπεία μέσω τέχνης: η εικαστική προσέγγιση Αθήνα: ΕλληνικάΓράμματα
- ✓ Jennings, S., Minde, A. (1996). «Μάσκες της ψυχής, Εικαστικά και θέατρο στη θεραπεία.» Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- ✓ Jennings S. (2005). «Εισαγωγή στη Δραματοθεραπεία, θεραπευτικό θέατρο ο Μίτος της Αριάδνης». Αθήνα: εκδόσεις Σαββάλας
- ✓ Jones P. (2003). «Δραματοθεραπεία, Το θέατρο ως τρόπος ζωής και θεραπείας». Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- ✓ Καλύβα, Ε. (2005). «Αυτισμός Εκπαιδευτικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις». Αθήνα: Παπαζήση.
- ✓ Κουρετζής, Λ. (2001). «Το Θεατρικό Παιχνίδι». Αθήνα: Καστανιώτη
- ✓ Κοψαχείλης, Ι. Σ. (1996). «Η μουσικοθεραπεία στην αρχαία Ελλάδα - Αριστοτέλης και μουσικοθεραπεία και η σύγχρονη πορεία της επιστήμης - Τόμος Β'». Θεσσαλονίκη: Μαϊάνδρος.
- ✓ Κρασσανάκης, Σ.(1999). «Σύγχρονες ψυχοθεραπείες στην Ελλάδα: Από τη θεωρία στην Εφαρμογή». Αθήνα: Ινστιτούτο Προσωπικής Ανάπτυξης.
- ✓ Μάνος, Ν. (1997). «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής». Θεσσαλονίκη: University studio press.
- ✓ Malchiod, C. A. (2009). «Εικαστική θεραπεία: Ένας πρακτικός οδηγός». Αθήνα:

- ✓ Ελληνικά Γράμματα
- ✓ Πρίνου – Πολυχρονιάδου, Λ.(1989). «Εισαγωγή στην μουσικοθεραπεία». Αθήνα: Θυμάρι.
- ✓ Rubin Aron J. (1999). «Θεραπεύοντας παιδιά μέσα από την τέχνη». Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα Β΄ Έκδοση
- ✓ Σακαλάκ, Η. (2004). «Μουσικές Βιταμίνες» Αθήνα: Fagotto
- ✓ Τζανάκης, Μ., Τσούρτου, Β. (2007) « Εισαγωγή», Πρακτικά 1ου Συνεδρίου Τέχνη και ψυχιατρική, Αθήνα – Χανιά: Focus on Health Ε.Π.Ε., σ. 13 – 28.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- ✓ Allen Frances (17 May 2013). “The new crisis in confidence in psychiatric diagnosis”. *Annals of Internal Medicine*
- ✓ Barlow, D.H., Durand, V.M., Steward, S.H. (2009). *Abnormal psychology: An integrative approach (Second Canadian Edition)*. Toronto: Nelson. p.16
- ✓ Clifford Beers Clinic. (2006, October 30). About Clifford Beers Clinic.
- ✓ Henry A. Nasrallah (December 2011). «The antipsychiatry movement: Who and why” *Current Psychiatry*.
- ✓ Jennings, S. (1992). *Dramatherapy: Theory and practice*. London: Routledge.
- ✓ Jennings, S. (1986). *Dramatherapy and practice: A source book for clinicians*. London: Winslow Press.
- ✓ Jennings, S – Mindes, A. (1994). *Art therapy and dramatherapy. Masks of the soul*. London: Jessica Kingsley.
- ✓ Jennings, S. (1994). *The Theatre of Healing”, Metaphor and Metaphysics in the Healing Process. The Handbook of Dramatherapy*. London: Routledge.
- ✓ Jones, P. (2003). *Drama as therapy: Theatre of living*. London: Routledge.
- ✓ Johns Hopkins University. (2007). *Origins of Mental Health*.
- ✓ Mervat Nasser (1995). “The rise and fall of antipsychiatry”. *Psychiatric Bulletin*.
- ✓ The roots of the concept of mental health JOSÉ BERTOLOTE, *World Psychiatry*. 2008 June 7(2): 113–116.
- ✓ Tom Burns (2006). *Psychiatry: A very short introduction*. Oxford University Press. pp. 93–99

Ελληνικά περιοδικά

- ✓ Αναγνωστοπούλου, Ν. (1999) «Art Therapy: Εικόνες της ψυχής. Μια εισαγωγή στη χρήση των εικόνων σε θεραπευτική προσέγγιση». Εκλογή, Τεύχος 25, σ. 311 – 317.
- ✓ Καραγγέλη – Προύζου, Μ. (1994) «Η Δραματοθεραπεία». Μανδαγόρας, Τεύχος 3, σ. 60 – 66.
- ✓ Παναγιωτοπούλου, Ε., Ζωγράφου, Μ., Μπαρνέλλη, Π., Λιδάκη, Α. (2009) «Χοροθεραπεία και παραδοσιακές χορευτικές πρακτικές». Επιστήμη του χορού, Τόμος 3ος, σ. 1- 15.
- ✓ Σαμαρτζή, Σ & Παναγιωτίδη, Μ (2011) «Αλληλεπιδράσεις σχέσεις μεταξύ μουσικής και συναισθήματος». Ψυχολογία- Psychology, τεύχος 18 (1), 116
- ✓ Τσαροπούλου, Κ.- Συκιώτης, Β. (2003) «Ψυχική θεραπεία, αυτογνωσία και ολοκλήρωση». Το ψυχόδραμα, Τεύχος 33, σ. 48 – 52.

Διαδικτυακές πηγές

- ✓ Ζάχος, Δ. (2007) www.dimitrioszaxos.com [Πρόσβαση 15.05.2012]
Εργαστήρι Ανάπτυξης και Θεραπείας παιδιού, εφήβου και οικογένειας. Αργώ (2012).
www.ergastiri-argo.gr [Πρόσβαση 23.04.2012]
- ✓ Ηλιάδη, Α. Κ. (2006). «Οι τέχνες ως παράγοντας διατήρησης και ανάκτησης της ψυχικής υγείας του ανθρώπου – Art therapy, χοροθεραπεία, μουσικοθεραπεία, δραματοθεραπεία». www.matia.gr [Πρόσβαση 14.04.2012]
- ✓ Καραστεργίου Κατερίνα (2008), Στίγμα και ψυχική ασθένεια, <http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/5712/stigma-kai-psyhiki-astheneia.html>. δημοσιεύθηκε στις 19 Αυγούστου 2008.
- ✓ Specialeducation.gr (2012). www.specialeducation.gr [Πρόσβαση 23.04.2012]
- ✓ www.e-guide-of-greece.gr
- ✓ <http://www.army.gr/files/File/ygeionomika/downloads/psygeia.pdf>

- ▼ http://www.camh.ca/en/hospital/health_information/Documents/greek_about_mentalhealth.pdf