

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΟΥ
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ
ΠΑΙΓΝΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ
ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ»

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΜΑΡΙΑ Σ. ΚΑΛΟΓΗΡΟΥ

ΕΠΟΠΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Κ. ΣΥΝΟΔΙΝΟΥ
ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ: Φ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ
Α. ΣΤΑΛΙΚΑΣ

ΑΘΗΝΑ 2013

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΟΥ
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ
ΠΑΙΓΝΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ
ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ»

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΜΑΡΙΑ Σ. ΚΑΛΟΓΗΡΟΥ

ΕΠΟΠΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Κ. ΣΥΝΟΔΙΝΟΥ
ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ: Φ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ
Α. ΣΤΑΛΙΚΑΣ

ΑΘΗΝΑ 2013

Πρόλογος

Σε όλη την προσπάθεια υπήρξαν πολλοί άνθρωποι, οι οποίοι στάθηκαν κοντά μου και με την βοήθειά τους μπόρεσα να προχωρήσω. Θα ήθελα έτσι να ευχαριστήσω κατ' αρχήν το σύζυγο μου Βασίλη, το γιό μου Νικόλα καθώς και την κόρη μου Σιμώνη, για την αμέριστη ενθάρρυνση που μου έδωσαν τις δύσκολες στιγμές και την υπομονή που επέδειξαν όλη το διάστημα της έρευνας και συγγραφής της παρούσας μελέτης. Επίσης τους γονείς μου Συμεών και Ευριδίκη για την συμπαράστασή τους, την πολύτιμη βοήθεια τους και για το ότι με έμαθαν να προσπαθώ και να αγωνίζομαι.

Πολλές ευχαριστίες ανήκουν στην κύρια επιβλέπουσα της διατριβής την καθηγήτρια Κα Συνοδινού της οποίας η διαρκής ενθάρρυνση, οι γόνιμες συζητήσεις που είχα μαζί της και κυρίως η γενικότερη φροντίδα και εποπτεία σε όλα τα στάδια της έρευνας, έκαναν κατορθωτή την εξέλιξη και την αποπεράτωση της διατριβής. Επίσης τους καθηγητές Κο Αναγνωστόπουλο και Κο Σταλικά για τις πολύτιμες συμβουλές τους.

Θα ήθελα ακόμη να ευχαριστήσω την αξιότιμη Κα Ταπάκη, αιματολόγο και υπεύθυνη γιατρό του τμήματος της Μεσογειακής Αναιμίας στο Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης, καθώς και τον διευθυντή και το προσωπικό του τμήματος για την δυνατότητα που μου παρείχαν να ασχοληθώ με τους ασθενείς της μονάδας καθώς και για την πολύτιμη βοήθειά τους σε γνωστικό επίπεδο.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στην Ψυχολόγο του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης Κα Μιχοπούλου, για την

πολύτιμη βοήθεια της χωρίς την οποία θα ήταν αδύνατη η πραγματοποίηση της διατριβής.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς και τους ασθενείς που δέχτηκαν να λάβουν μέρος στο πρόγραμμα ψυχοθεραπείας, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν, βοηθώντας στην πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Πρόλογος	3
Περίληψη	10
Summary	13
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	16
1 Κεφάλαιο 1^ο: Σωματική και ψυχοσωματική νόσος και οι πρώτες προσπάθειες ψυχοθεραπευτικής αντιμετώπισης	16
1.1 Προσπάθειες ομαδικής ψυχοθεραπείας ασθενών με σωματικές νόσους	20
1.1.1 Ψυχοσωματική Ψυχοπαθολογία	22
2 Κεφάλαιο 2^ο: Μεσογειακή Αναιμία	35
2.1 Ορισμός Μεσογειακής Αναιμίας	35
2.1.1 Μείζον Β – Θαλασσαιμία	35
2.1.2 Ενδιάμεση – Θαλασσαιμία	36
2.2 Θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου της Μεσογειακής Αναιμίας	39
2.2.1 Μείζον Β – Θαλασσαιμία	39
2.2.2 Ενδιάμεση Θαλασσαιμία	41
2.3 Επιπλοκές της νόσου της Μεσογειακής Αναιμίας	42
2.3.1 Καρδιολογικές Επιπλοκές	42
2.3.2 Άμεσες Επιπλοκές	43
2.3.3 Μακροχρόνιες ή Απώτερες Επιπλοκές	45
2.4 Χαρακτηριστικά ασθενών με Μεσογειακή Αναιμία	46
2.4.1 Χαρακτηριστικά ετεροζυγών ατόμων με β-μεσογειακή αναιμία	46
2.4.2 Χαρακτηριστικά ομοζυγών ατόμων με β-μεσογειακή αναιμία	47
2.5 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των παιδιών που πάσχουν από Μεσογειακή Αναιμία	48

2.5.1	<u>Εισαγωγή – Η σχέση της μεσογειακής αναιμίας με ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις</u>	48
2.5.2	<u>Η πορεία μιας οικογένειας με θαλασσαιμία και οι βασικοί λόγοι ψυχοσωματικών επιπτώσεων</u>	50
2.5.3	<u>Η επαφή με τους γιατρούς και οι ψυχολογικές συνέπειες</u>	51
2.5.4	<u>Ο ρόλος των γονέων στην ψυχολογική κατάσταση του παιδιού</u>	53
2.5.5	<u>Η σημασία του σχολείου στην ψυχολογία του παιδιού</u>	55
2.5.6	<u>Ευρύτερη παθολογική συμπεριφορά και η επίπτωσή της στην ψυχολογία</u>	56
2.5.7	<u>Σύνοψη σχέσης Μεσογειακής Αναιμίας με ψυχολογική κατάσταση: Μια ψυχοσωματική ασθένεια</u>	56
3	<u>Κεφάλαιο 3^ο: Παιγνιοθεραπεία</u>	59
3.1	<u>Ορισμός παιγνιοθεραπείας</u>	59
3.2	<u>Η θέση του παιχνιδιού στις ψυχαναλυτικές θεωρίες και τεχνικές: Ιστορική αναδρομή</u>	62
3.2.1	<u>Το παιχνίδι υπό την αιγίδα της αρχής της ευχαρίστησης /δυσαρέσκειας και των ερωτικών ενορμήσεων</u>	63
3.2.2	<u>Οι πρώτες προσπάθειες εισαγωγής του παιχνιδιού στην ψυχαναλυτική πρακτική</u>	65
3.2.3	<u>Το παιχνίδι στην υπηρεσία του καταναγκασμού για επανάληψη</u>	66
3.2.4	<u>Το παιχνίδι εισάγεται στην ψυχαναλυτική τεχνική. Νέες προοπτικές και αμφισβητήσεις</u>	67
3.2.5	<u>Η διατύπωση μιας θεωρίας για το παιχνίδι</u>	71
3.3	<u>Οι ρόλοι του θεραπευτή στην παιγνιοθεραπεία</u>	74
3.3.1	<u>Η σχέση παιδιού-θεραπευτή</u>	75
3.4	<u>Σε ποιους απευθύνεται η παιγνιοθεραπεία</u>	84
3.5	<u>Τεχνικές παιγνιοθεραπείας για νοσηλευόμενα παιδιά</u>	85
3.5.1	<u>Η εφαρμογή και οι μέθοδοι της παιγνιοθεραπείας</u>	85
3.5.2	<u>Τεχνικές που μπορούν να εφαρμοστούν σε νοσηλευόμενα παιδιά</u>	90
3.5.3	<u>Αρχές για την παιγνιοθεραπεία σε νοσηλευόμενα παιδιά</u>	102
3.6	<u>Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παιγνιοθεραπείας</u>	107

<u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	115
<u>4 Κεφάλαιο 4^ο: Σκοπός της μελέτης</u>	115
<u>4.1 Εισαγωγή – Βασικός σκοπός</u>	115
<u>4.2 Έρευνες που συσχετίζουν την Μ.Α. σε παιδιά και εφήβους με αυξημένα ποσοστά ψυχοπαθολογίας</u>	115
<u>4.3 Υποθέσεις έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα</u>	119
<u>4.4 Διαδικασία</u>	122
<u>5 Κεφάλαιο 5^ο: Υλικό της Έρευνας</u>	123
<u>5.1 Το δείγμα της έρευνας</u>	123
<u>5.2 Μέθοδος Έρευνας</u>	124
<u>5.2.1 Ο Σχηματισμός του πειραματικού δείγματος (Π.Δ.)</u>	130
<u>5.2.2 Ο Σχηματισμός του δείγματος Ελέγχου (Δ.Ε.)</u>	132
<u>5.2.3 Τελικές Μετρήσεις</u>	133
<u>5.3 Ομάδες και λειτουργία τους</u>	133
<u>5.4 Υλικά που Χρησιμοποιήθηκαν κατά τη Διάρκεια των συνεδριών</u>	140
<u>5.5 Στατιστικές Μέθοδοι</u>	146
<u>6 Κεφάλαιο 6^ο: Αποτελέσματα Έρευνας</u>	148
<u>6.1 Εισαγωγή</u>	148
<u>6.2 Περιγραφική στατιστική ανάλυση</u>	152
<u>6.2.1 Συνολική παρουσίαση περιγραφικών δεδομένων</u>	152
<u>6.2.2 Δεδομένα ομάδας παρέμβασης</u>	154
<u>6.2.3 Δεδομένα ομάδας ελέγχου</u>	155
<u>6.3 Συγκριτική παρουσίαση δεδομένων</u>	157
<u>7 Κεφάλαιο 7^ο: Συζήτηση – ερμηνεία αποτελεσμάτων</u>	168
<u>7.1 Η βελτίωση της πειραματικής ομάδας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου</u>	168
<u>7.2 Η ομαδική ψυχοθεραπεία και οι τρόποι με τους οποίους επηρεάζει τους ασθενείς με χρόνια νόσο</u>	171
<u>8 Κεφάλαιο 8^ο: Συμπεράσματα</u>	174

8.1. Περιορισμοί της έρευνας.....	177
8.2. Ερευνητικές Προοπτικές.....	180
Βιβλιογραφία.....	182
Παράρτημα.....	193

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Θαλασσαιμία, 1 γονέας φορέας.....	37
Εικόνα 2: Θαλασσαιμία, 2 γονείς φορείς	38
Εικόνα 3: Φορείς της β- MA	47
Εικόνα 4: Φορείς ή πάσχοντες της MA.....	48
Εικόνα 7: Θηκόγραμμα σύγκρισης υποτροπών ανά ομάδα πριν και μετά την παρέμβαση.....	166
Εικόνα 8: Θηκόγραμμα σύγκρισης νοσηλειών ανά ομάδα πριν και μετά την παρέμβαση	167
Εικόνα 9: Θηκόγραμμα σύγκρισης θανάτων ανά ομάδα πριν και μετά την παρέμβαση	167

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Κατανομή ως προς το φύλο	123
Πίνακας 2: Κατανομή ως προς την ηλικία	123
Πίνακας 3: Χαρακτηριστικά δείγματος πειραματικής ομάδας	131
Πίνακας 4: Χαρακτηριστικά δείγματος ομάδας ελέγχου	132
Πίνακας 5: Δεδομένα συνολικού δείγματος πριν την παρέμβαση	152
Πίνακας 6: Δεδομένα συνολικού δείγματος πριν την παρέμβαση	152
Πίνακας 7: Δεδομένα συνολικού δείγματος μετά την παρέμβαση	153
Πίνακας 8: Δεδομένα συνολικού δείγματος μετά την παρέμβαση	153
Πίνακας 9: Δεδομένα ομάδας παρέμβασης πριν την παρέμβαση	154
Πίνακας 10: Δεδομένα ομάδας παρέμβασης πριν την παρέμβαση	154
Πίνακας 11: Δεδομένα ομάδας παρέμβασης μετά την παρέμβαση	155
Πίνακας 12: Δεδομένα ομάδας παρέμβασης μετά την παρέμβαση	155
Πίνακας 13: Δεδομένα ομάδας ελέγχου πριν την παρέμβαση	155
Πίνακας 14: Δεδομένα ομάδας ελέγχου πριν την παρέμβαση	156
Πίνακας 15: Δεδομένα ομάδας ελέγχου μετά την παρέμβαση	156
Πίνακας 16: Δεδομένα ομάδας ελέγχου μετά την παρέμβαση	156
Πίνακας 17: Διαφορές πριν την παρέμβαση στις δύο ομάδες	157
Πίνακας 18: Διαφορές πριν και μετά την παρέμβαση στις δύο ομάδες	159
Πίνακας 19: Στατιστική σημαντικότητα της διαφοράς των μεταβολών πριν και μετά την παρέμβαση ανάμεσα στις δύο ομάδες	160
Πίνακας 20: Στατιστική σημαντικότητα μεταβολών στην ομάδα παρέμβασης	162

Περίληψη

Το θέμα της παρούσας διατριβής στηρίχθηκε σε επιστημονικές έρευνες που συσχετίζουν το χρόνιο νόσημα στα παιδιά -όπως η Μεσογειακή αναιμία- με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχοκοινωνικών προβλημάτων προσαρμογής σε σχέση με τους συνομηλίκους τους (Wallander & Varni, όπως αναφέρεται στο Lightfoot, Wright & Sloper, 1998). Παρομοίως στο ότι η εμφάνιση προβλημάτων στη συμπεριφορά και στο συναισθηματικό τομέα είναι αρκετά πιο αυξημένη στα παιδιά με χρόνιες ασθένειες από ότι στα «φυσιολογικά» παιδιά (Lavigne & Faier-Rautman, 1992). Επίσης στηρίχθηκε σε βιβλιογραφικά δεδομένα αναφορικά με την ψυχοσωματική διάσταση της χρόνιας νόσου, εν προκειμένω της Μεσογειακής Αναιμίας.

Ο αριθμός πρόσφατων ερευνών που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα της παιγνιοθεραπείας στην μείωση διαφόρων αρνητικών ψυχολογικών συμπτωμάτων σε παιδιά με χρόνιες ασθένειες, επειδή πρόκειται για μία μάλλον εξειδικευμένη εφαρμογή της παιγνιοθεραπείας, είναι περιορισμένος. Αυτό είναι και ένα από τα κενά που φιλοδοξεί να καλύψει η παρούσα έρευνα.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε δυο χρόνια στο Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πεντέλης, στο τμήμα Μεσογειακής αναιμίας. Ο σκοπός της ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της παιγνιοθεραπείας στη σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών με μεσογειακή αναιμία που ήταν επιβαρυνμένα ψυχοκοινωνικά και συναισθηματικά λόγω της νόσου.

Συμμετείχαν 20 ασθενείς, παιδιά και έφηβοι, ηλικίας 7 έως 13 ετών που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία και μεταγγίζονται περίπου δυο φορές

το μήνα, για τα τρία τουλάχιστον τελευταία χρόνια και που παρουσίαζαν αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, θυμού, προβλήματα συμπεριφοράς και χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Το γενικό σκεπτικό της μελέτης είναι ο σχεδιασμός δυο ισοδύναμων ομάδων ασθενών. Η μια περιλαμβάνει ασθενείς με μεσογειακή αναιμία που συμμετείχαν σε ομάδες ψυχοθεραπείας (πειραματική ομάδα 10 άτομα), ενώ η άλλη ασθενείς με μεσογειακή αναιμία που δεν συμμετάσχουν σε ομάδα ψυχοθεραπείας (ομάδα ελέγχου 10 άτομα). Η όλη μεθοδολογία περιλαμβάνει αξιολόγηση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχοκοινωνικής κατάστασης κάθε ασθενή κατά την αρχή και το τέλος της πειραματικής συνθήκης. Οι σωματικές παράμετροι συνοψίζονται στις α) υποτροπές προ και κατά την διάρκεια της πειραματικής συνθήκης β) στους θανάτους στην διάρκεια της πειραματικής συνθήκης γ) στον αριθμό των νοσηλειών προ και κατά την διάρκεια της πειραματικής συνθήκης. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες συνοψίζονται στα επίπεδα 1)αυτοεκτίμησης 2) άγχους 3) κατάθλιψης 4)θυμού 5)προβληματικής συμπεριφοράς καθώς και στην εκτίμηση προσαρμογής των ασθενών από την γιατρό και την νοσηλεύτρια, στην ευαλωτότητα των ασθενών, καθώς και τις στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου από τους ασθενείς .

Τα αποτελέσματα στις τελικές μετρήσεις εμφανίζουν γενικά την πειραματική ομάδα σε καλύτερη κατάσταση σε όλες τις σωματικές παραμέτρους, παρόλο που ξεκίνησε με δυσμενέστερες συνθήκες από την ομάδα ελέγχου, η οποία φαίνεται να χειροτέρεψε δυο χρόνια μετά. Και ως προς τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους η πειραματική ομάδα βελτιώθηκε. Μειώθηκαν τα ποσοστά τις κλίμακες του άγχους, της κατάθλιψης, του θυμού και της προβληματικής συμπεριφοράς, ενώ

αυξήθηκαν τα ποσοστά στην κλίμακα της αυτοεκτίμησης. Χρησιμοποιεί τις πλέον ώριμες στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου και βελτιώθηκε ως προς της προσαρμογή της απέναντι στην ασθένεια αντίθετα με την ομάδα ελέγχου που χειροτέρεψε. Αυξήθηκε το άγχος, η κατάθλιψη, ο θυμός και τα επίπεδα προβληματικής συμπεριφοράς ενώ η αυτοεκτίμηση αυξήθηκε οριακά.

Τα αποτελέσματα της έρευνας ενισχύουν τη θέση αρκετών μελετών ότι οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις βελτιώνουν την πορεία και την έκβαση της χρόνιας νόσου και εν προκειμένω της Μεσογειακής Αναιμίας.

Η όλη μελέτη συντείνει επίσης προς την ψυχοσωματική θεώρηση της νόσου και την ολιστική αντιμετώπισή της. Τέλος προτείνει το συγκεκριμένο μοντέλο παρέμβασης (παιγνιοθεραπεία), το οποίο μπορεί να καλύψει τις ανάγκες πολλών ασθενών (παιδιών και εφήβων) με μικρό αριθμό προσωπικού.

Η παρούσα έρευνα μπορεί να ανοίξει ερευνητικές προοπτικές για εκτενέστερες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.

Summary

The subject of this present thesis was based on scientific research which connects chronic disease in children- such as Thalassemia- to the increased risk of psychosomatic adaptation problems in relation to their peers (Wallander & Varni as reported in Lightfoot, Wright & Sloper, 1998) Similarly on the fact that the appearance of behavioral problems and problems in the emotional sector are much more increased in children with chronic diseases than in “normal” children (Lavigne & Faier-Rautman, 1992) Furthermore, it was also based on bibliographic data regarding the psychosomatic dimension of the chronic disease in this case Thalassemia.

A number of recent studies investigating the effectiveness of play therapy in reducing various negative psychological symptoms in children with chronic illness, because it is a rather specialized application of play therapy is limited. This is one of the gaps that purports to cover the present investigation.

The two year study took place in Pedeli Children’s General Hospital, in the Thalassemia department

The scope of the study was the exploration of the effect of psychotherapy- playtherapy on the physical and mental health of the children with Thalassemia, already aggravated psychosocially and emotionally because of their illness.

There were 20 patients- participants, children and adolescents aged 7 to 13 years, suffering from Thalassemia who underwent blood transfusion approximately twice a month for the last three years and who showed

increased levels of anxiety, depression, anger, behavioral problems and low self-esteem.

The general grounds of this research is the formation of two equivalent patient groups, one consisting of patients who participated in group therapy (experimental team, 10 individuals) whilst the other consisting of patients not in group therapy (control team, 10 individuals).

The methodology includes physical and psychosocial evaluation of each patient so much in the beginning of the experimental conditions as in the completion.

The physical (bodily) parameters are summarized as:

- a) Relapsing before and during the experimental condition.
- b) Deaths during the experimental condition.
- c) Number of hospitalizations before and during experimental condition.

The psychosocial conditions are summarized in the levels of:

- a) Self-esteem
- b) Anxiety
- c) Depression
- d) Anger
- e) Behavioral problems as well as in the evaluation of patient adaptation by medical personnel (doctor and nurse) and finally patient vulnerability.
- f) Disease management strategies used by patients.

The results show the experimental team in a much better condition in all physical parameters, although it began under more adverse conditions than the control team, which actually deteriorated two years later.

Furthermore, concerning the psychosocial parameters, the experimental team improved. Levels of anxiety, depression, anger and behavioral problems decreased whereas self-esteem levels increased.

The experimental team uses now more mature strategies to deal with the disease and has improved in its adaptation towards the illness itself.

On the contrary the control team worsened. Levels of anxiety, depression, anger and behavioral problems increased while a marginal increase in self-esteem was observed.

Though the result study the view of several scholars (researchers) that psychotherapeutic interventions improve the course and outcome of Thalassemia is enhanced.

The study also contributes to the psychosomatic view of the disease and its holistic confrontation. In conclusion the study proposes this specific intervention pattern (playtherapy) which could accommodate the needs of numerous patients (children and adolescents) with a small number of staff.

This present thesis may open up prospects for more extensive psychotherapeutic interventions.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1 Κεφάλαιο 1^ο: Σωματική και ψυχοσωματική νόσος και οι πρώτες προσπάθειες ψυχοθεραπευτικής αντιμετώπισης

Η αντίληψη του απόλυτου διαχωρισμού σώματος και ψυχής είναι βαθιά ριζωμένη στη δυτική κουλτούρα. Έχει την προέλευσή της στον Καρτεσιανό δυϊσμό κατά τον οποίο έχουμε μια απόλυτη διαφοροποίηση σώματος και ψυχής (Engel, 1977).

Για την περίοδο βέβαια της Αναγέννησης και του Διαφωτισμού η θέση αυτή επέτρεψε την απεμπλοκή της Ιατρικής από τη δαιμονολογία και τη θεολογία, ώστε απερίσπαστη από τους όποιους ιδεολογικούς ή θρησκευτικούς επικαθορισμούς να επιτελεί το τεράστιο ερευνητικό έργο της στη διάρκεια του 17^{ου} και 18^{ου} αιώνα.

Η αντίληψη αυτή διατηρήθηκε και το 19^ο αιώνα αλλά και σε μεγάλο μέρος του 20^{ου}, καθώς διαρκώς ανακαλύπτονται νέες ανατομικές δομές φυσιολογικές και φυσιοπαθολογικές διεργασίες όπως και ένα πλήθος άγνωστων αιτίων που προκαλούν συγκεκριμένα νοσήματα. Η ανακάλυψη των κυττάρων και των μικροβίων, για παράδειγμα, εξοβέλισε πολλές ασαφείς υποθέσεις για την αιτιολογία των λοιμωδών νόσων (Γρανίτσας, 1974).

Μέσα σε ένα τέτοιο κλίμα βέβαια η συσχέτιση του ψυχικού παράγοντα με την πορεία ή την έκβαση κάποιων νοσημάτων ήταν μέχρι και ύποπτη

εξαιτίας και του πολύ πρόσφατου Μεσαίωνα όπου όλα τα ανθρώπινα δεινά ήταν αποτέλεσμα της αμαρτίας και των δαιμόνων.

Ακόμη και οι διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές αποδίδονται σε εκφυλίσεις ή σε μη γνωστά οργανικά αίτια, τα οποία πιστεύονταν ότι σύντομα θα ανακαλυφθούν.

Η Ιατρική και στη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, συνεχίζει σε μεγάλη έκταση αυτή την παράδοση με τεράστιες επιτυχίες. Έτσι ακόμη και σήμερα, παρότι θεωρητικά γίνεται αποδεκτή η ολιστική άποψη για την οποιαδήποτε νόσο, εν τούτοις η αντιμετώπισή της είναι κατά βάση «σωματική».

Ο όρος ψυχοσωματική ιατρική χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τον Heinroth το 1818 ο οποίος χρησιμοποίησε τον όρο προκειμένου να περιγράψει την αϋπνία. Ο όρος όμως διαδόθηκε από το γερμανό ψυχίατρο Jakodi (Kaplan & Sadock, 1988).

Παρότι το 18^ο το 19^ο όπως και το πρώτο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα υπάρχουν πολλαπλές παρατηρήσεις και έρευνες σε σχέση με την εμπλοκή του ψυχικού παράγοντα στην εξέλιξη διαφόρων νοσημάτων η ψυχοσωματική ιατρική κάνει σαφή την εμφάνισή της μετά το 1950 με τον F. Alexander.

Ο Alexander όντας ψυχαναλυτής προσπαθεί να συσχετίσει διάφορες ψυχοπαθολογικές συγκρούσεις με την ανάπτυξη συγκεκριμένων νόσων καταλήγοντας να ορίσει ως ψυχοσωματικά τα κάτωθι νοσήματα:

- α. Το βρογχικό άσθμα
- β. Η ιδιοπαθής υπέρταση
- γ. Το πεπτικό έλκος
- δ. Η ατοπική δερματίτιδα
- ε. Η θυρεοτοξίκωση

στ. Η ελκώδης κολίτιδα

ζ. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα

Ο Stein (1956) επεκτείνει τον όρο ψυχοσωματική νόσος για το διαβήτη, τις ρινίτιδες και τις δερματίτιδες ενώ ο Lipowski (1968) θεωρεί ότι κάθε νόσος πρέπει να αντιμετωπίζεται ψυχοσωματο-κοινωνικά, δηλαδή ολιστικά.

Βρισκόμαστε ήδη μπροστά στο πρόβλημα του ποιές είναι οι ψυχοσωματικές νόσοι καθώς άλλοι όπως ο Knauss (1955) θεωρούν ότι και οι καρκινοπαθείς εμφανίζουν ψυχοσωματικά χαρακτηριστικά.

Σε τέτοια ερωτήματα, είναι βέβαιο ότι δεν υπάρχουν απόλυτες απαντήσεις και είναι πάρα πολύ πιθανό ότι σε όλα τα νοσήματα εμπλέκεται σε διαφορετικό βαθμό ο ψυχικός και ο κοινωνικός παράγων. Έτσι πολλοί γιατροί είτε τυχαία είτε με βάση την εμπειρία τους ήδη από τις πρώτες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα εφάρμοσαν διάφορα προγράμματα προς την κατεύθυνση της αντιμετώπισης του μη εύκολα προσδιοριζόμενου ψυχικού παράγοντα σε διάφορα σωματικά και ψυχοσωματικά νοσήματα.

Ο J Pratt (1907) παθολόγος-πνευμονολόγος λόγω ελλείψεως χρόνου προκειμένου να βλέπει τους φτωχούς φυματικούς αρρώστους του, τους μαζεύει και τους κάνει κάποια μαθήματα σχετικά με το πώς να αντιμετωπίσουν τη φυματίωση. Με έκπληξη παρατηρεί ότι οι ασθενείς αυτοί που τους συγκεντρώνει σε τακτά χρονικά διαστήματα πηγαίνουν πού καλύτερα από τους άλλους, που βλέπει σε κανονικά ατομικά ραντεβού. Υποθέτει τότε ότι κάτι «ανταλλάσσεται» συμβαίνει μεταξύ των ασθενών που τους βοηθάει. Η προσπάθεια αυτή που έγινε τυχαία και χωρίς ψυχοθεραπευτική γνώση, είναι και ενδεικτική για το ότι πέρα

από το καθαυτό σωματικό νόσημα, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την εξέλιξή του (Pratt, 1907).

Το 1937 ο Chappell et al, ακολουθώντας την παράδοση του Pratt εφαρμόζει ένα πρόγραμμα ομαδικής, θα λέγαμε ψυχοθεραπείας, σε ακριβέστερη επιστημονική βάση. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε αρρώστους με πεπτικό έλκος και χρησιμοποιεί ομάδα ελέγχου. Η ομάδα συναντιέται κάθε μέρα και σε αυτήν συζητούνται θέματα, που αφορούν, είτε σωματική, είτε την ψυχική διάσταση του προβλήματος. Από τους 32 ασθενείς, που συμμετέχουν στο πρόγραμμα οι 31 μετά από 3 εβδομάδες έπαψαν να έχουν συμπτώματα, ενώ όλα τα μέλη της ομάδας ελέγχου εξακολουθούν να έχουν συμπτώματα.

Μια άλλη αξιομνημόνευτη προσπάθεια είναι αυτή του Groddeck στη δεκαετία του 40 ο οποίος προσπαθεί να χρησιμοποιήσει ψυχαναλυτικές τεχνικές στη θεραπεία του καρκίνου έχοντας μάλιστα και αρκετές επαφές με τον Freud. Θεωρεί τον καρκίνο ψυχοσωματική νόσο και προτείνει στη φασιστική κυβέρνηση της τότε Γερμανίας τρόπους εξάλειψής του (Varguerese, 1985).

Ο Alexander με πληθώρα ανακοινώσεων τη δεκαετία του 50 περιγράφει το «κενό» που νοιώθουν οι ψυχοσωματικοί ασθενείς όταν υποχωρεί η ψυχοσωματική συμπτωματολογία. Στο γνωστό βιβλίο του «Psychosomatic Medicine Its principles and applications» περιγράφει τα ψυχοσωματικά νοσήματα αλλά και τις δυσχερείς θεραπείες τους.

Αρχίζει έτσι να αναδύεται ο κλάδος της ψυχοσωματικής ιατρικής, που στις επόμενες δεκαετίες θα κάνει εμφανή την παρουσία του με την ανάπτυξη της διασυνδετικής ψυχιατρικής και το ολιστικό μοντέλο.

1.1 Προσπάθειες ομαδικής ψυχοθεραπείας ασθενών με σωματικές νόσους

Πέρα από τον Pratt και τον Charell και άλλοι γιατροί προσπαθούν να εφαρμόσουν προγράμματα ομαδικής ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης. Το 1947 οι Baruch και Miller εφαρμόζουν ένα πρόγραμμα με συνεντεύξεις εντός της ομάδας, σε ασθενείς με αλλεργία και κατ' επέκταση προβλήματα στο αναπνευστικό σύστημα. Διαπιστώνουν ότι εντός της ομάδας εμφανίζονται ανάγκες για συμπάθεια, προσοχή και συναισθηματική προσέγγιση. Οι ανάγκες αυτές ερμηνεύονται ως μεταβίβαση που αναπτύσσεται προς άλλο μέλος που συμβολίζει την απόμακρη μητέρα. Εφαρμόζουν το μοντέλο του Slavson ο οποίος αντιλαμβανόταν την ομαδική ψυχοθεραπεία ως ανάλυση παρουσία μαρτύρων.

Τη δεκαετία του 60 εμφανίζονται σημαντικές ανακοινώσεις, που αφορούν ομάδες ασθενών με νοσήματα, όπως πεπτικό έλκος και βρογχικό άσθμα. Συγκεκριμένα το 1955, οι Stein και Steinhardt και το 1956 οι Fortin και Abse δημιουργούν ομάδες ασθενών με πεπτικό έλκος. Την ίδια περίοδο οι Sclare και Cricket (1957) και σε άλλη εργασία ο Barendrez (1957) δημιουργούν ομάδες ασθενών με βρογχικό άσθμα. Ταυτόχρονα εμφανίζονται και ομάδες ασθενών με ατοπική δερματίτιδα (Shoemaker, Guy & McLaughling, 1955).

Τη δεκαετία του 70 υπάρχει ένας μικρός σχετικά αριθμός ανακοινώσεων με ομάδες σωματικών ασθενών. Ενδεικτικά αναφέρουμε την εργασία των Schoenberg και Senescu (1966) «Group Psychotherapy in patients with chronic multiple somatic complaints» και την εργασία των Dudley και Pattisson (1969) «Group Psychotherapy in patients with

severe diffuse obstructive pulmonary syndrome». Οι δυο αυτές εργασίες είναι σημαντικές, διότι οι Schoenberg και Senescu δημιουργούν μια αναλυτικά προσανατολισμένη ομάδα, όπου τα σωματικά συμπτώματα θεωρούνται αντίσταση στην ανάπτυξη σχέσης με την ομάδα και το κάθε μέλος της, στη δε πορεία της υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις των μελών, μείωση εισόδων σε κλινικές και γενικότερη υποχώρηση της συμπτωματολογίας. Αντίθετα, οι Dudley και Pattison διαπιστώνουν ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να έχει και παρενέργειες καθώς 7 από τους 12 ασθενείς τους με αποφρακτική πνευμονοπάθεια χειροτερεύουν κατά πάσα πιθανότητα από την αύξηση του άγχους εντός της ομάδας καθώς οι αμυντικοί μηχανισμοί τους απειλούνται. Οι διαπιστώσεις αυτές δεν είναι ασήμαντες καθώς θέτουν και την πιθανότητα χειροτέρευσης ιδιαίτερα όταν το σωματικό σύμπτωμα αποτελεί βασικό στοιχείο της προσωπικότητας των ασθενών.

Από τη δεκαετία του 80 και πέρα οι ομάδες ασθενών με ψυχοσωματικές νόσους είναι πολλές, η δε προσπέλαση της σχετικής βιβλιογραφίας πολύ δυσχερής. Το ίδιο σκηνικό συνεχίζεται και τη δεκαετία του 90. Διαπιστώνεται ότι οι ασθενείς απαντούν καλύτερα σε ομαδικά σχήματα ψυχοθεραπείας, καθώς βρίσκουν ένα χώρο να μοιραστούν την κοινή εμπειρία της νόσου, να ανταλλάξουν πληροφορίες και εμπειρίες, όπως και να ενδυναμώσουν την απόφασή τους να αντιμετωπίσουν τη νόσο.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο συσσωρεύεται ένας όγκος παρατηρήσεων σχετικός με την ψυχοπαθολογία των σωματικών ασθενών. Ταυτόχρονα και ήδη από την αρχή της δεκαετίας του 70, αρχίζουν να εμφανίζονται διάφορες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε καρκινοπαθείς ως συνέχεια και επέκταση των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων με σωματικές νόσους.

1.1.1 Ψυχοσωματική Ψυχοπαθολογία

Η προσπέλαση της ψυχοσωματικής ψυχοπαθολογίας είναι δυσχερής καθώς υπάρχουν διάφορες θεωρήσεις οι οποίες δε συγκροτούν μια σαφή θεωρία.

Στις αρχικές μελέτες του ο Freud (1985) προσπαθεί να προσεγγίσει τη μετάβαση από τη συναισθηματική ένταση στα σωματικά συμπτώματα μέσα στο πλαίσιο της γνωστής σωματικής μετατροπής.

Αργότερα σε πολλά έργα του «Beyond the Principle», “ Totem and Tambou», «The Ego and the Id» υποθέτει την ύπαρξη του ενστίκτου του θανάτου το οποίο εν τέλει καταστρέφει την οργανική υπόσταση κάθε ζώντος οργανισμού.

Οι απόψεις αυτές δέχτηκαν και δέχονται σημαντικές κριτικές ιδιαίτερα από την κουλτουραλιστική ψυχαναλυτική Σχολή (Fromm Horney Erickson) οι οποίοι και απορρίπτουν τη βεβαιότητα του Freud για το ένστικτο του θανάτου. Οι συζητήσεις όμως για τέτοια θέματα εξακολουθούν να γίνονται καθώς είναι και ενδιαφέρουσες αλλά είναι επίσης δυσχερές να αποδειχθεί ως ακριβής η οποιαδήποτε θεώρηση (Μαράτος, 1993).

Νεότερες θεωρητικές συνεισφορές τοποθετούν την ψυχοσωματική ψυχοπαθολογία στις αρχικές φάσεις της εξατομίκευσης και του αποχωρισμού και της ανάπτυξης των αντικειμενοτρόπων σχέσεων. Η Margaret Mahler και ο Rene Sritz περιγράφουν χαρακτηριστικά τις πρώτες προσπάθειες κινήσεις των βρεφών να απομακρυνθούν από τη μητέρα τους και να αναπτύξουν τη σωματική τους εικόνα. Ο ρόλος των επιθετικών ενορμήσεων σε αυτή τη διαδικασία είναι πολύ σημαντικός

κα στο βαθμό που δεν υπάρχει ένας επαρκής χειρισμός τους η επιθετικότητα στρέφεται προς το ίδιο το σώμα σε καταστάσεις φανταστικού ή αληθινού αποχωρισμού.

Ο Winnicott (1966, 1974, 1978) ακόμη παρατηρεί ότι στους ψυχοσωματικούς ασθενείς δεν έχει επέλθει διαφοροποίηση μεταξύ του ψυχισμού και του σώματος, που μπορεί να εξηγεί την έλλειψη φαντασίας και την εντελώς μηχανιστική και συγκεκριμένη σκέψη των ψυχοσωματικών.

Η ψυχοπαθολογία δηλαδή των ψυχοσωματικών ασθενών τοποθετείται σε αρχαϊκές φάσεις ανάπτυξης του Εγώ. Ο Amon μάλιστα θεωρεί ότι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της ψυχοσωματικής ψυχοπαθολογίας και αυτής των ψυχωσικών και μεταιχμιακών ασθενών που τις θεωρεί αντιδράσεις στην αποτυχία ανάπτυξης ορίων και ταυτότητας του Εγώ.

Εντός αυτών των θεωρητικών προσεγγίσεων επιχειρήθηκαν να παρουσιαστούν και μερικά χαρακτηριστικά των οικογενειών των ψυχοσωματικών ασθενών. Οι μητέρες περιγράφονται ανασφαλείς μη μπορώντας να αντέξουν την επιθετικότητα των παιδιών τους και για τις οποίες το παιδί αντιμετωπίζεται συναισθηματικά μόνο όταν έχει μια φυσική διαταραχή ή δυσλειτουργία. Μια κατάσταση που μαθαίνει να επαναλαμβάνει και η οποία αποτελεί ουσιαστικά ένα είδος μέσο συναισθηματικής επικοινωνίας (Ammon, 1975; Τσέγκος, 1983).

Βέβαια τέτοιες παρατηρήσεις εμπεριέχουν πάντα ένα βαθμό ασάφειας, καθώς δεν υπάρχουν εκτεταμένες αναδρομικές μελέτες με ικανά δείγματα ασθενών, που να πιστοποιούν αυτές τις απόψεις.

Σημαντικές ακόμη είναι οι αναφορές που γίνονται στη βιβλιογραφία για τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ψυχοσωματικών ασθενών.

Διάφοροι συγγραφείς και σχολές συγκλίνουν στα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1. Ο πλήρης κομφορμισμός στην κοινωνική τους ζωή. Οι Mc Dougall (1974) και Jackson (1977) περιγράφουν αυτό το φαινόμενο ως «ψευδοκανονικότητα», ενώ ο Brede (1972) το ονομάζει κοινωνικά αποδεκτή προσαρμογή στο ρόλο του ασθενούς.

2. Η σκέψη τους παραμένει τεχνητή συγκεκριμένη και στείρα πραγματιστική. Η φαντασία και τα συναισθήματα τους δεν εκφράζονται ή εκφράζονται με εξαιρετική δυσχέρεια και εξαιρετικά φτωχά. Οι Marty και Uzan (1963) μιλούν για λειτουργική σκέψη (*pensee operateire*), ενώ οι Sifneos (1973) και Nemiah (1973) για αλεξιθυμία. Οι παρατηρήσεις μάλιστα αυτές επιβεβαιώνονται με στατιστικές αναλύσεις του test Rorschach από τους Vogt et al (1977) και Bad (1983).

Ο Knauss (1985) αναφέρει μερικά παραδείγματα της συγκεκριμένης πραγματιστικής σκέψης:

- Περιέγραψε μου τον πατέρα σου.

Και η απάντηση του ψυχοσωματικού:

- Είναι ψηλός και καστανός.

3. Οι σχέσεις τους με τους άλλους, συμπεριλαμβανομένου και του εξεταστή, είναι άδειες απρόσωπες και μηχανικές. Οι ψυχοσωματικοί βλέπουν τους άλλους ακριβή αντίγραφα του εαυτού τους. Ο Uzan σημειώνει: *«Εάν οι άλλοι δεν παρουσιάσουν αντίγραφα του εαυτού τους χάνουν την αξία τους ως αντικείμενα (για τους ψυχοσωματικούς). Για αυτούς τους ασθενείς οι ανάγκες των άλλων πρέπει να είναι ίδιες και δεν μπορούν να έχουν διαφορετική προσωπικότητα. Εάν οι άλλοι παρουσιαστούν διαφορετικά τότε η σχέση διακόπτεται ή αρχίζει ψυχοσωματική συμπτωματολογία»* (Uzan 1977, σ. 236).

Έτσι ο Stefanos (1973) αλλά και η Γαλλική σχολή μιλά για «Ψυχοσωματικό φαινόμενο».

Από όλα τα παραπάνω προκύπτει σαφώς ότι η ψυχοσωματική ψυχοπαθολογία είναι σημαντικής βαρύτητας και αφορά αρχαϊκές φάσεις ανάπτυξης του Εγώ. Υπό την έννοια αυτή και η αντιμετώπιση μιας τέτοιας ψυχοπαθολογίας δεν μπορεί παρά να είναι εξαιρετικά δυσχερής. Όπως σημειώνει και ο Alexander, ήδη από το 1950, κάθε απόπειρα απάλειψης των συμπτωμάτων δημιουργεί ένα τεράστιο συναισθηματικό χάσμα. Το χάσμα αυτό είναι ανυπόφορο ώστε πολλές φορές μη αντέχοντας το οι ασθενείς διακόπτουν τη θεραπείας τους.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά και η ψυχοπαθολογία που περιγράφηκε, αφορά ασθενείς με τις κλασικές περιγραφόμενες ψυχοσωματικές νόσους. Δηλαδή βρογχικό άσθμα, ιδιοπαθή υπέρταση, πεπτικό έλκος, ατοπική δερματίτιδα, θυρεοτοξίκωση, ελκώδη κολίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα. Φυσικά ο κάθε ασθενής είναι και μια μοναδικότητα έτσι όλα αυτά να αποτελούν γενικεύσεις παρά μια ακριβή περιγραφή του κάθε ψυχοσωματικού.

Ήδη αναφέρθηκε η διαστολή της έννοιας της ψυχοσωματικής νόσου και σε άλλες παθήσεις, όπως διαβήτης, ρινίτιδες, νόσος του Chron κ.α. και ότι σήμερα εντός του πλαισίου του ολιστικού μοντέλου αντιμετώπισης η κάθε νόσος έχει και κάποιες ψυχοσωματικές διαστάσεις.

1.1.2.Ψυχοκοινωνικά στάδια σε χρόνια νόσο και οι μηχανισμοί αντιμετώπισης

Η Elizabeth Kudler-Ross το 1969 στο βιβλίο της «On death and Dying» περιγράφει τα ψυχοκοινωνικά στάδια των καταληκτικών ασθενών. Τα

πέντε στάδια που περιγράφει παρατηρούνται και σε μη καταληκτικούς ασθενείς και έχουν ως εξής:

1° Άρνηση και Μόνωση (Denial and Isolation)

Σ' αυτό το πρώτο στάδιο, οι ασθενείς αρνούνται τη διάγνωσή τους. Θεωρούν ότι αυτό που τους λέγεται είναι λάθος και πολλές φορές δια της άρνησης καταλήγουν να θεωρούν ότι έχουν κάτι εύκολα θεραπεύσιμο. Η ανάγκη για άρνηση υπάρχει σε κάθε άρρωστο κατά περιόδους, αλλά κυρίως εμφανίζεται στην έναρξη μιας σοβαρής νόσου. Η άρνηση είναι πολλές φορές τόσο ισχυρή που δύσκολα ανατρέπεται και πολλές φορές άρρωστοι δεν ξεπερνούν αυτό το στάδιο.

2° Θυμός (Anger)

Σ' αυτό το στάδιο κυριαρχεί ο θυμός ως αποτέλεσμα διαφόρων συνειδητοποιήσεων. Συναισθήματα οργής, ζήλιας, δυσφορίας κυριαρχούν καθώς ο ασθενής αντιλαμβάνεται ότι τα πράγματα στη ζωή του δε θα είναι πια ίδια. Ένα κυρίαρχο ερώτημα ξεπροβάλλει πολλές φορές «γιατί σε μένα;». Η οργή μπορεί να κατευθύνεται προς το Θεό, τους συγγενείς, τους φίλους κλπ. Και να προκαλεί μια εξαιρετικά δυσάρεστη κατάσταση που να απομακρύνει ανθρώπους από τον ασθενή. Συχνά το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό μπορεί να δεχτεί αυτά τα θυμωμένα συναισθήματα, που πιθανόν να εκδηλωθούν και με εντελώς άδηλους τρόπους και ως εκ τούτου να υπάρχει δυσφορία.

Συχνά σε τέτοιες καταστάσεις επιχειρείται μια κάλυψη του θυμού. Μια προσπάθεια μη έκφρασής του, που οδηγεί σε μια τεράστια φόρτιση του αρρώστου. Κάτι τέτοιο βέβαια δεν έχει νόημα αντίθετα η έκφραση του θυμού, σε συνθήκες επικοινωνίας με τους συγγενείς ή με κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας θα δώσει τη δυνατότητα να ανακουφισθεί σημαντικά ο ασθενής, ώστε να περάσει στο επόμενο στάδιο.

3° Διαπραγμάτευση (Bargaining)

Σ' αυτό το στάδιο ο ασθενής διαπραγματεύεται με τους γιατρούς, τους φίλους ακόμη και το Θεό για το τι μπορεί να κάνει και τι όχι. Διαπραγματεύεται το πόσο και πώς θα ζήσει το τι θα επιχειρήσει σε αυτό το διάστημα, το τι μπορεί να χαρεί κτλ.

Το στάδιο αυτό αν και όχι τόσο εμφανές, όπως περιγράφει η Kubler Ross είναι εν τούτοις σημαντικό σε σχέση με το πόσο ένας καταληκτικός ασθενής θα διευθετήσει «τα του κόσμου τούτου».

4° Κατάθλιψη

Σ' αυτό το στάδιο ο ασθενής εμφανίζει σαφή κλινικά σημεία κατάθλιψης, (απόσυρση, ψυχοκινητική επιβράδυνση, διαταραχές ύπνου, απελπισία και πιθανόν αυτοκτονικό ιδεασμό). Η κατάθλιψη προέρχεται είτε από τα αποτελέσματα της αρρώστιας στη ζωή (απώλεια μελών ή λειτουργιών του σώματος, είτε απώλεια οικονομική, φίλων κτλ), είτε από την αίσθηση της πορείας προς το θάνατο.

5° Αποδοχή

Εδώ το άτομο αναλογίζεται το θάνατό του ως ένα αναπόδραστο γεγονός και αποδέχεται την παγκοσμιότητα αυτής της «εμπειρίας». Κάτω από ιδανικές συνθήκες ο ασθενής έχει αρκετό κουράγιο και θάρρος να μιλήσει για το θάνατό του και να αντιμετωπίσει αυτήν την κατάσταση. Συχνά παρατηρείται ο άρρωστος να θέλει να μείνει μόνος αναλογιζόμενος τη ζωή του, αυτούς που «έφυγαν» πριν από αυτόν και αυτούς που θα ακολουθήσουν. Είναι προφανές ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις παίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτό το στάδιο.

Τα στάδια αυτά παρότι περιγράφονται σε όλη τη σχετική βιβλιογραφία όπως σημειώνει η Kubler- Ross δεν είναι απαραίτητο να τα περάσει κάθε ασθενής. Πολλές φορές αρκετοί ασθενείς δεν ξεπερνούν την

άρνηση ή το στάδιο του θυμού όπως και πολλές φορές «παλινδρομούν» από «φυσιολογική πορεία» των ασθενών αλλά περισσότερο ως μια σχηματική αλληλουχία η οποία μπορεί να εμφανίζεται ή όχι.

Πάντως καταστάσεις αντίστοιχες με τα στάδια αυτά παρατηρούνται και σε μη καταληκτικούς ασθενείς και υπό αυτή την έννοια είναι χρήσιμη η γνώση τους για την οποιαδήποτε Ψυχοκοινωνική παρέμβαση.

Η σταδιοποίηση της Kubler-Ross άλλωστε δέχτηκε έντονες και σημαντικές κριτικές από τους Weisman (1974), Schultz & Akerman (1987) και Pattison (1977). Συγκεκριμένα ο Weisman παρατηρεί «Είναι πολύ δυσχερές να απομονώσουμε ένα χαρακτηριστικά, όπως άρνηση, κατάθλιψη, θυμό», οι άρρωστοι αντιμετωπίζουν ή αποτυγχάνουν να αντιμετωπίσουν τα διάφορα προβλήματα και οι συναισθηματικές τους αντιδράσεις είναι ενδείξεις των προσωπικών συγκρούσεων και κρίσεων. Ο Pattison καταλήγει ότι τα στάδια αυτά έχουν έναν προκρούστειο χαρακτήρα είναι περιοριστικά και πολύ καθορισμένα και ότι στην πραγματικότητα το ένα υπερκαλύπτει το άλλο.

Οι Schultz και Akerman (1977) συμπεραίνουν ότι τα ευρήματα δημιουργούν αμφιβολίες για το αξιόλογο της θεωρίας των σταδίων. Δεν παρατηρούμε τους αρρώστους να περνούν μέσα από στάδια, αλλά μάλλον να υιοθετούν μια μορφή συμπεριφοράς, που διατηρείται μέχρι την εμφάνιση του θανάτου.

Ο Pattison (1977) υποστηρίζει επίσης ότι δεν υπάρχει κανένα στοιχείο που να στηρίζει την ύπαρξη ειδικών σταδίων. Τα άτομα που πεθαίνουν εκδηλώνουν μια ευρεία ποικιλία συναισθημάτων όσο βρίσκονται αντιμέτωπα με διάφορες κρίσεις και συγκρούσεις.

Παρόλη, όμως, την κριτική στα στάδια της Kubler-Ross υπήρξε άλλη μια προσπάθεια για καθορισμό κάποιων ψυχοκοινωνικών σταδίων από τον Weisman (παρόλη την κριτική και του ιδίου στα στάδια της Kubler-Ross).

Ο Weisman (1979) διακρίνει τέσσερα στάδια στην πορεία προς το θάνατο:

1^ο Στάδιο: Της υπαρξιακής συμφοράς (existential plight)

2^ο Στάδιο: Της απάλυνσης και του συμβιβασμού (Mitigation and accommodation)

3^ο Στάδιο: Της επιδείνωσης και χειροτέρευσης (decline and deterioration)

4^ο Στάδιο: Προτελικό και τελικό (Preterminality and terminality)

Έτσι και ανεξάρτητα από την ύπαρξη των σταδίων που πολλές φορές είναι ευδιάκριτα στην κλινική καθημερινότητα μιλάμε περισσότερο για προσαρμογή και αντιμετώπιση της νόσου παρά για ψυχοκοινωνικά στάδια. Στη διαδικασία προσαρμογής παρεμβαίνουν πολλαπλοί παράγοντες και σύμφωνα με την Holland (1990).

A. Ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες

B. Νοσολογικοί και Ιατρικοί παράγοντες

Αναφορικά με τους Ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή στη χρόνια νόσο διακρίνει τους εξής επιμέρους:

1^ο Το εξελικτικό στάδιο της ζωής στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής (διαφορετικά δηλαδή αντιδρά ο έφηβος από τον ενήλικα και διαφορετικά το παιδί από τον γέροντα).

2^ο Τις ενδοπροσωπικές δυνάμεις/δυνατότητες.

3^ο Τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική υποστήριξη, που θα έχει ο ασθενής.

Στους Νοσολογικούς και Ιατρικούς παράγοντες διακρίνουμε:

1^ο Την κλινική πορεία της συγκεκριμένης νόσου και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται.

2^ο Το είδος της θεραπείας το οποίο εφαρμόζεται.

3^ο Ο τύπος της νόσου (π.χ. α' Μεσογειακή Αναιμία, β' Μεσογειακή Αναιμία)

Παρατηρούμε έτσι ότι στην προσαρμογή και αντιμετώπιση της χρόνιας νόσου, όπως είναι η Μεσογειακή Αναιμία, παρεμβαίνουν πολλαπλοί παράγοντες που καθορίζουν και καθορίζονται από την πορεία της νόσου. Ο ασθενής λοιπόν προσαρμόζεται και αντιμετωπίζει τη νόσο με ένα όλως ιδιαίτερο και προσωπικό τρόπο. Ο τρόπος αυτός αντιμετώπισης (coping) εξαρτάται από πολλαπλούς παράγοντες. Τρεις παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των μηχανισμών αντιμετώπισης η αντίληψη (επίγνωση) του γεγονότος της νόσου, η διαθέσιμη υποστήριξη και οι μηχανισμοί άμυνας του Εγώ (Ιακωβίδης και Μπεντενιδής, 1992).

Η επίγνωση της φύσης της νόσου εξαρτάται βέβαια άμεσα από την πληροφόρηση από τους θεράποντες γιατρούς. Οι διευκρινήσεις, που θα δοθούν στον άρρωστο και η ψυχολογική υποστήριξη, που θα πάρει είναι καθοριστικής σημασίας ιδιαίτερα στην αρχική φάση της διάγνωσης, τόσο για τον άρρωστο, όσο και για την οικογένειά του (Holmes 1987).

Η παρεχόμενη στη συνέχεια υποστήριξη ψυχολογική και κοινωνική είναι ο δεύτερος παράγοντας, που προάγει ή υποστρέφει τους μηχανισμούς αντιμετώπισης. Έχει έτσι σημασία να ενθαρρυνθεί ο

ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματα και τους φόβους του στο σύντροφό του, στα τυχόν παιδιά του, στους φίλους, τους γονείς όπως και να δεχτεί τη βοήθεια που του προσφέρουν (Ιακωβίδης και Μπεντενίδης 1992).

Τέλος, οι μηχανισμοί άμυνας του Εγώ που θα κινητοποιηθούν θα προστατεύσουν ή όχι το άτομο από την υπέρμετρη δυσφορία. Ο ασθενής, βεβαίως θα χρησιμοποιήσει μηχανισμούς άμυνας, που και παλαιότερα τον βοήθησαν στην αντιμετώπιση δυσχερών καταστάσεων και έχει σημασία να ενθαρρύνεται προς αυτή την κατεύθυνση. Όμως εκ των πραγμάτων υπεισέρχεται και το πρόβλημα του ποιούς μηχανισμούς θα χρησιμοποιήσει. Είναι διαφορετικό π.χ. κάποιος να χρησιμοποιήσει άρνηση και απώθηση σε σχέση με το να χρησιμοποιήσει διανοητικοποίηση και χιούμορ (Holland, 1990).

Είναι φανερό από τα ήδη εκτεθέντα ότι μετατοπιζόμαστε από την αντίληψη των ψυχοκοινωνικών σταδίων στην αντίληψη μηχανισμών αντιμετώπισης (coping) της χρόνιας νόσου. Σε αυτόν τον τομέα υπάρχουν αρκετές ερευνητικές συνεισφορές.

Ο Schonfield (1972) σε μελέτη του σε 42 ασθενείς με καρκίνο με καλή πρόγνωση και με χρήση υποκλιμάκων του Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) διαπιστώνει ότι αυτοί που επανέρχονται στην εργασία τους και σε ένα προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας, είναι αυτοί που έχουν χαμηλά ποσοστά ηθικής απώλειας, υψηλότερη αίσθηση αυτοεκτίμησης και λιγότερο καλυμμένο άγχος (n=33) από αυτούς που δεν έχουν τα ανωτέρω (n=9).

Οι Weisman και Worden (1976) μελετούν 120 ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση καρκίνου, χρησιμοποιώντας κλινικές συνεντεύξεις καθώς και την κλίμακα ευαλωτότητας, που ανέπτυξε ο Weisman. Διαπιστώνουν

ότι οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν επαρκώς τη νόσο τους (good copers), χρησιμοποιούν περισσότερο αντιπαράθεση, επανακαθορισμό στη ζωή τους και συμμόρφωση δια της συνεργασίας. Οι ασθενείς με ανεπαρκή αντιμετώπιση της νόσου είναι αυτοί που εμφανίζουν μοιρολατρεία και παθητική αποδοχή, συνειδητή απώθηση (καταστολή) και στωική αποδοχή. Παρατηρούν ακόμη ότι τα συνεχή παράπονα για το παρελθόν, η απαισιοδοξία, τα οικογενειακά προβλήματα, οι ελάχιστες ελπίδες για υποστήριξη σχετίζονται με υψηλή ευαλωτότητα.

Οι Sanders και Kardinal (1977) σε μικρή μελέτη 6 ασθενών με οξεία λευχαιμία, τους οποίους εκτίμησαν σε πολλές ατομικές συνεδρίες, διαπιστώνουν τρεις διαδικασίες προσαρμογής-αντιμετώπισης α) άρνηση του ότι είναι ασθενείς β) ταυτοποίηση με άλλους συν-ασθενείς προς την κατεύθυνση του σχηματισμού νοσοκομειακής οικογένειας και γ) πένθος (Kardinal, 1977).

Ο Penman (1982) χρησιμοποιώντας ημιδομημένες συνεντεύξεις σε 27 μαστεκτομηθείσες γυναίκες διαπιστώνει ότι οι γυναίκες που εκφράζουν τα συναισθήματά τους ελέγχουν τη συμπεριφορά τους χωρίς να αποφεύγουν τις δυσάρεστες σκέψεις, προσαρμόζονται καλύτερα από εκείνες που εκφράζουν αποφευκτική συμπεριφορά και κάλυψη των συναισθημάτων τους.

Οι Taylor και συνεργάτες (1982) σε μελέτη τους επί 78 ασθενών με καρκίνο του μαστού διαπιστώνει ότι η πίστη, ότι ο καρκίνος μπορεί να ελεγχθεί και ότι οι γιατροί θα τον αντιμετωπίσουν σχετίζεται σημαντικά με καλή προσαρμογή και πορεία της νόσου. Αντίθετα, όταν υπάρχουν κατηγορίες προς άλλους τότε η προσαρμογή στη νόσο και η πορεία είναι πολύ χειρότερη.

Ταυτόχρονα με τη μετατόπιση από τα ψυχοκοινωνικά στάδια προς τους μηχανισμούς αντιμετώπισης αναπτύσσονται και διάφοροι μέθοδοι αξιολόγησης των μηχανισμών αντιμετώπισης. Οι γνωστότερες από αυτές τις μεθόδους είναι του Lipowski (1970), του Perman (1980) και των Moos και Schaefer (1984). Ο Weisman μάλιστα αναπτύσσει και την κλίμακα ευαλωτότητας με 13 παραμέτρους και περιγράφει τις στρατηγικές αντιμετώπισης, οι οποίες χρησιμοποιούνται στο ερευνητικό μέρος της παρούσας διατριβής.

Η Rowland (1990) σε μια πολύ ενδιαφέρουσα ανασκόπηση όλων των παραπάνω μελετών καταλήγει στο ότι οι παράγοντες που οδηγούν σε ανεπαρκή αντιμετώπιση χρόνιας νόσου είναι :

- α. Κοινωνική απομόνωση
- β. Χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση
- γ. Αλκοολική ή άλλες εξαρτήσεις
- δ. Προηγούμενο Ψυχιατρικό ιστορικό
- ε. Ιστορικό πρόσφατων απωλειών
- στ. Δυσκαμψία και ακαμψία στην αντιμετώπιση
- ζ. Πesiμιστική φιλοσοφία ζωής
- η. Πολλαπλά εμπόδια στη ζωή

Εν κατακλείδι θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τα μοντέλα αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι ασθενείς, προκειμένου να βοηθήσουμε και να ευοδώσουμε τα πλέον αποτελεσματικά και χρήσιμα σχήματα αντιμετώπισης της νόσου από αυτούς. Προκειμένου, όμως να γίνει αυτό είναι απαραίτητη μια προσέγγιση των αναγκών τους, αλλά και της σωματικής, κοινωνικής και οικονομικής τους κατάστασης. Διευκολύνοντας άλλωστε τον ασθενή προς την κατεύθυνση της, και από μέρους του, αντιμετώπισης της

νόσου φαίνεται ότι συμβάλλουμε όχι μόνο στην προσαρμογή στην κάθε μέρα, αλλά και στη μακρά και δραστήρια επιβίωση.

2 Κεφάλαιο 2^ο: Μεσογειακή Αναιμία

2.1 Ορισμός Μεσογειακής Αναιμίας

Σαν σύνδρομα Μεσογειακής Αναιμίας (Μ.Α.) χαρακτηρίζονται ετερογενή κλινικά σύνδρομα που οφείλονται σε γενετικές βλάβες που οδηγούν σε μερική ή ολική καταστολή της σύνθεσης των αλύσεων των φυσιολογικών αιμοσφαιρινών.

Η Μεσογειακή Αναιμία, γνωστή παλαιότερα ως Αναιμία του Cooley ονομάζεται σήμερα και Θαλασσαιμία και παρουσιάζεται ως μείζον Β - Θαλασσαιμία και ενδιάμεση Θαλασσαιμία.

Έχει εκτιμηθεί ότι υπάρχουν 100.000 ασθενείς με ομόζυγη Β-Θαλασσαιμία σε όλο τον κόσμο. Η Θαλασσαιμία συναντάται με υψηλή συχνότητα στις Μεσογειακές χώρες, όπου και πρωτοαναγνωρίσθηκε και επεκτείνεται στη Μέση Ανατολή και στην Ασία. Στην Άπω Ανατολή επικρατεί η Α-Θαλασσαιμία. Λόγω της συνεχούς μετανάστευσης πληθυσμών από τη μία χώρα στην άλλη, σήμερα δεν υπάρχει ουσιαστικά καμία χώρα στον κόσμο χωρίς Θαλασσαιμία.

2.1.1 Μείζον Β – Θαλασσαιμία

Η βλάβη στη Β - Θαλασσαιμία σχετίζεται με τη βλάβη στη Β - αλυσίδα της αιμοσφαιρίνης, με αποτέλεσμα τις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου, από τις οποίες οι κυριότερες είναι:

- Η αναιμία
- Η διόγκωση του ήπατος και του σπλήνα

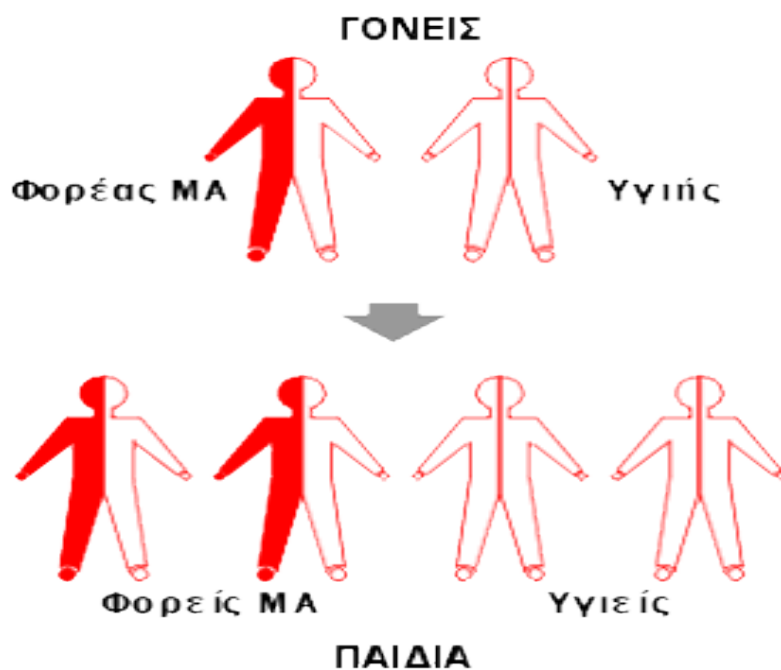
- Οι οστικές αλλοιώσεις
- Η αιμοσιδήρωση
- Η καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης

Η βαρύτητα των κλινικών εκδηλώσεων ποικίλλει και σχετίζεται με τη γενετική βλάβη, ενώ συνήθως οι Θαλασσαιμικοί έχουν βαριά κλινική εικόνα και χρειάζονται θεραπεία.

2.1.2 Ενδιάμεση – Θαλασσαιμία

Η Ενδιάμεση - Θαλασσαιμία, είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ομάδα ασθενών με ηπιότερη κλινική εικόνα από αυτή της Μείζονος Β - Θαλασσαιμίας, περικλείει δε, άτομα με μεγάλη φαινοτυπική και γενετική ετερογένεια (π.χ. συνύπαρξη Α - Θαλασσαιμίας, ήπιες μεταλλάξεις, αυξημένη παραγωγή HbF) Έτσι π.χ. η αιμοσφαιρινοπάθεια Η εμπίπτει στο Γενικότερο όρο της Ενδιάμεσης Θαλασσαιμίας και όχι στον όρο Ενδιάμεση Β - Θαλασσαιμία.

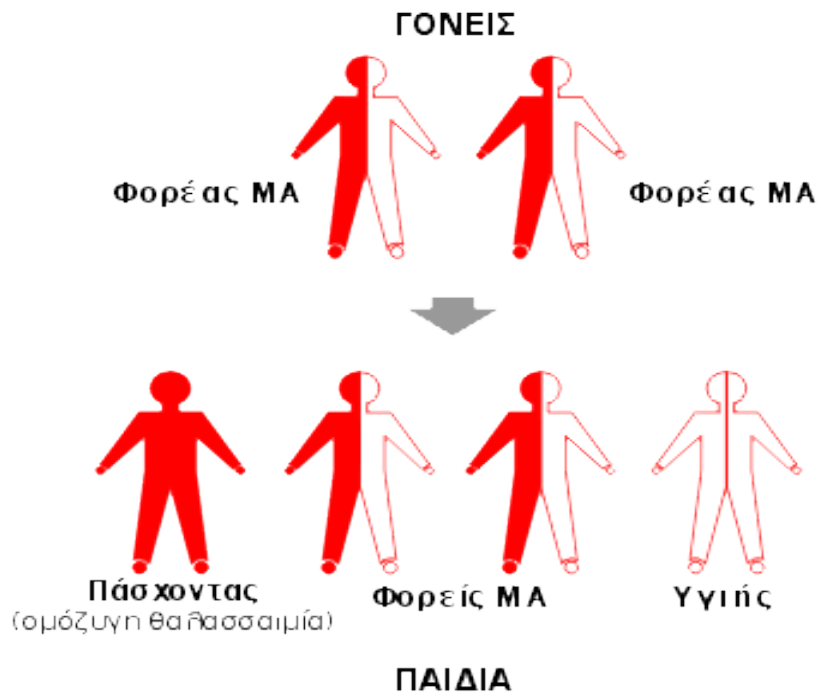
Η θαλασσαιμία λοιπόν, είναι νόσος κληρονομική και μεταβιβάζεται με ορισμένους συνδυασμούς από τους γονείς στα παιδιά. Οι γονείς που μπορούν να αποκτήσουν παιδιά με θαλασσαιμία ονομάζονται φορείς ή ετεροζυγώτες της νόσου και δεν εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα. Στις εικόνες που ακολουθούν τα άτομα αυτά συμβολίζονται με τα ασπρόμαυρα ανθρωπάκια.



Εικόνα 1: Θαλασσαιμία, 1 γονέας φορέας

Όπως φαίνεται στην εικόνα I, η απόκτηση παιδιών που θα αποκτήσει ένας φορέας με άτομο που δεν είναι φορέας δεν έχει κανένα κίνδυνο. Τα παιδιά θα είναι υγιή ή ετερόζυγα όπως ο ένας γονέας.

Αντίθετα η απόκτηση παιδιών μεταξύ ετερόζυγων ενέχει κινδύνους. Στην εικόνα II, φαίνεται σχηματικά πως μπορεί να γεννηθεί ένα παιδί με θαλασσαιμία από ετεροζυγώτες (φορείς) γονείς. Σύμφωνα με τους σχηματικούς συνδυασμούς, θαλασσαιμία θα έχει ένα στα τέσσερα παιδιά. Η πιθανότητα αυτή (25%) ισχύει για κάθε εγκυμοσύνη.



Εικόνα 2: Θαλασσαιμία, 2 γονείς φορείς

Η πρόληψη της νόσου είναι δυνατή και βασίζεται στην αναγνώριση των φορέων με ειδικό αιματολογικό έλεγχο ο οποίος διενεργείται εδώ και πολλά χρόνια στη χώρα μας. Για το λόγο αυτό συνιστάται σε όλα τα ζευγάρια που σκοπεύουν να αποκτήσουν παιδί, αιματολογική εξέταση προκειμένου να διαπιστωθεί αν κάποιος από τους δύο υποψήφιους γονείς είναι φορέας.

Η συγκεκριμένη δε εξέταση, θεωρείται απόλυτα αναγκαία στα άτομα των οποίων οι οικογένειες έχουν ή είχαν πρόβλημα παιδιών με θαλασσαιμία ή με άλλες αιμοσφαιρινοπάθειες όπως Δρεπανοκυτταρική ή Μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία κ.λ.π. Σε περίπτωση που και οι δύο γονείς είναι φορείς της νόσου και πάλι η επιστήμη σήμερα δίνει τη δυνατότητα να αποφευχθεί η γέννηση παιδιών με αυτού του είδους τις αιμοσφαιρινοπάθειες με την προγεννητική εξέταση που γίνεται στον 3^ο-4^ο μήνα της κύησης.

Η εξέταση αυτή του προγεννητικού ελέγχου δεν είναι απλή και απαιτείται προγραμματισμός από τη Μονάδα Πρόληψης Μεσογειακής Αναιμίας.

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να αποταθούν σε μία από τις Μονάδες Πρόληψης Μεσογειακής Αναιμίας του Υπουργείου Υγείας για την εξέταση η οποία ωστόσο γίνεται δωρεάν.

2.2 Θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου της Μεσογειακής Αναιμίας

2.2.1 Μείζον Β – Θαλασσαιμία

Η βασική θεραπευτική αντιμετώπιση της μείζονος Θαλασσαιμίας περιλαμβάνει τις μεταγγίσεις, την αποσιδήρωση, την σπληνεκτομή καθώς και την πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου (καρδιολογικές, ενδοκρινολογικές, λοιμώξεις κ.α.).

1.Μεταγγίσεις αίματος: Αυτές πρέπει να γίνονται συστηματικά κάθε 2-4 εβδομάδες ώστε να διατηρείται η αιμοσφαιρίνη του θαλασσαιμικού σε επίπεδα 10 - 14 gr/dl. Αυτό είναι απαραίτητο ώστε οι θαλασσαιμικοί να έχουν φυσιολογική ανάπτυξη και ελάχιστες ή και καθόλου οστικές αλλοιώσεις. Παράλληλα με τη συστηματική μετάγγιση επιβραδύνεται η διόγκωση του σπλήνα και αποφεύγονται οι καρδιολογικές και ενδοκρινολογικές επιπλοκές, ενώ περιορίζεται στο ελάχιστο η εμφάνιση σοβαρών λοιμώξεων. Για τη μετάγγιση δεν χρησιμοποιείται πλήρες αίμα αλλά συμπυκνωμένα ερυθρά αιμοσφαίρια ενώ για κάθε ενήλικα θαλασσαιμικό (άνω των 15 ετών) απαιτούνται τουλάχιστον 25-30 μονάδες αίματος το χρόνο. Προτιμότερο βέβαια είναι η εξατομίκευση

του όγκου αίματος σε gr ή ml που απαιτείται για κάθε θαλασσαιμικό και η πλήρης καταγραφή του και όχι η αναφορά σε μονάδες αίματος.

2.Αποσιδήρωση: Με κάθε μονάδα αίματος προστίθενται στον οργανισμό περίπου 180 mg σιδήρου (Fe) η συσσώρευση του οποίου με την πάροδο του χρόνου οδηγεί σταδιακά στην καταστροφή των κυττάρων, με αποτέλεσμα την λειτουργική ανεπάρκεια ζωτικών οργάνων όπως το ήπαρ, η καρδιά, το πάγκρεας, οι ενδοκρινείς αδένες, κ.λ.π. Μοναδική θεραπεία αυτής της κατάστασης που ονομάζεται αιμοσιδήρωση είναι η αποσιδήρωση η οποία άρχισε να εφαρμόζεται συστηματικά στα μέσα της δεκαετίας του '70. Η αποσιδήρωση πραγματοποιείται με υποδόρια έγχυση του φαρμάκου δεσφεριοξαμίνη (Desferal) διάρκειας τουλάχιστον 8 με 12 ωρών, με ειδική φορητή αντλία και η συνήθης δόση είναι 20-50 mg/kg σωματικού βάρους. Σε ορισμένες δε περιπτώσεις μπορεί να δοθεί και ενδοφλεβίως. Σήμερα η θεραπεία της αποσιδήρωσης εφαρμόζεται και με άλλες ουσίες που δίνονται από το στόμα σε μορφή χαπιού. Τέτοια είναι η ουσία της δεφεριπρόνης, που κυκλοφορεί με τη μορφή δύο σκευασμάτων του "Ferriprox" και του "Kelfer". Η δεφεριπρόνη δοκιμάζεται και σε συνδυασμό με τη δεσφεριοξαμίνη με πολύ καλά αποτελέσματα, ενώ νέες ουσίες που θα δίνονται από το στόμα ετοιμάζονται να δοκιμαστούν. Η δόση και το θεραπευτικό σχήμα πρέπει να εξατομικεύονται με σκοπό την επιτυχία αρνητικού ισοζυγίου στον κάθε θαλασσαιμικό.

3.Σπληνεκτομή: Πολλές φορές μπορεί να χρειασθεί οι ασθενείς να υποβληθούν σε αφαίρεση του σπλήνα (σπληνεκτομή) λόγω υπερσπληνισμού. Ο υπερσπληνισμός οφείλεται κυρίως στην υπερλειτουργία του σπλήνα λόγω της καταστροφής μεγάλου αριθμού

"ελαττωματικών" ερυθρών αιμοσφαιρίων, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις - κυρίως τα παλαιότερα χρόνια - οφείλονταν σε πλημμελείς μεταγγίσεις. Βασική ένδειξη σπληνεκτομής είναι η αύξηση των ετήσιων αναγκών σε αίμα του θαλασσαιμικού. Η μέση ετήσια κατανάλωση αίματος υπολογίζεται σε ml συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων ανά kg βάρους σώματος με βάση την εξίσωση:

«ολικός όγκος σε ml μεταγγισθέντων συμπυκνωμένων ερυθρών ετησίως / βάρος σώματος σε kg (μέσο βάρος έτους)»

Από αυτό προκύπτει η αναγκαιότητα τακτικής παρακολούθησης των θαλασσαιμικών με καταγραφή του σωματικού βάρους αλλά και ακριβής γνώση του συνολικού όγκου αίματος που λαμβάνει ο θαλασσαιμικός ανά έτος. Επίσης, η τακτική και συστηματική παρακολούθηση του μεγέθους του σπλήνα με φυσική εξέταση αλλά και υπερηχογραφικά, επιβάλλεται. Μετά τη σπληνεκτομή είναι δυνατό να παρουσιαστεί θρομβοκυττάρωση (αύξηση του αριθμού των αιμοπεταλίων) όπου για την αντιμετώπισή της μπορούν να χρησιμοποιηθούν μικρές δόσεις ασπιρίνης. Προεγχειρητικά, συνιστάται εμβολιασμός έναντι του στρεπτόκοκκου της πνευμονίας (πνευμονιόκοκκος), του αιμόφιλου της ινφλουέντσας και του μηνιγγιτιδόκοκκου καθώς και χημειοπροφύλαξη μετεγχειρητικά.

2.2.2 Ενδιάμεση Θαλασσαιμία

Η ηπιότερη κλινική εικόνα ενός θαλασσαιμικού με ενδιάμεση Β - Θαλασσαιμία ακολουθείται και από ήπια θεραπευτική αγωγή. Τα άτομα με ενδιάμεση Θαλασσαιμία μπορεί να μεταγγίζονται σε αραιά χρονικά διαστήματα ή και καθόλου. Η θεραπευτική αγωγή με μεταγγίσεις καθώς και το πότε αυτές θα αρχίσουν, εξατομικεύεται.

Σκοπός είναι πάντοτε η όσο το δυνατόν φυσιολογική ζωή και ανάπτυξη. Εφόσον ο θαλασσαιμικός μεταγγίζεται ακολουθεί και πρόγραμμα αποσιδήρωσης ενώ αν αυτό κριθεί απαραίτητο υποβάλλεται και σε σπληνεκτομή.

2.3 Επιπλοκές της νόσου της Μεσογειακής Αναιμίας

2.3.1 Καρδιολογικές Επιπλοκές

Οι καρδιολογικές, είναι οι σοβαρότερες από τις επιπλοκές που παρουσιάζει η θαλασσαιμία, και αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου των θαλασσαιμικών. Η καρδιακή βλάβη οφείλεται στην ύπαρξη μεγάλης ποσότητας σιδήρου λόγω των συχνών μεταγγίσεων και της εναπόθεσής του στις ίνες του μυοκαρδίου, προκαλώντας μακροχρόνια δυσλειτουργία του οργάνου. Η ιογενής μυοκαρδίτιδα επίσης, αποτελεί μια επιπλέον αιτία καρδιολογικών επιπλοκών.

Η καρδιακή λειτουργία πρέπει να παρακολουθείται σε τακτά χρονικά διαστήματα ανάλογα με την κατάσταση και την ηλικία του θαλασσαιμικού. Πρώιμος υπερηχογραφικός δείκτης μείωσης της καρδιακής λειτουργίας είναι η δυσκολία στη διαστολή της αριστερής κοιλίας.

Η παρακολούθηση, πέραν του ιστορικού του θαλασσαιμικού περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, υπερηχοκαρδιογράφημα και ακτινογραφία θώρακα. Πρόσθετες εξετάσεις είναι το 24ωρο Holter ηλεκτροκαρδιογραφικής ανάλυσης, δοκιμασία κόπωσης, ραδιοϊσοτοπικές μελέτες, MRI κ.λ.π. Βασικά μέτρα που βοηθούν στην πρόληψη των καρδιολογικών επιπλοκών είναι:

1. Η διατήρηση επιπέδων αιμοσφαιρίνης πριν τη μετάγγιση περίπου 9-10,5 gr/dl σε θαλασσαιμικούς χωρίς καρδιολογικό πρόβλημα και 10-11 gr/dl σε αυτούς με καρδιακή νόσο.

2. Συστηματική, τακτική αποσιδήρωση. Ειδικά σε θαλασσαιμικούς με καρδιολογικό πρόβλημα χρειάζεται συνεχής έγχυση φαρμάκου δεσφεριοξαμίνης (Desferal) υποδορίως ή ενδοφλεβίως. Πολύ καλά αποτελέσματα προσφέρει επίσης η συγχορήγηση δεσφεριοξαμίνης και δεφεριπρόνης. Η εντατική αποσιδήρωση σε συνδυασμό με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, όπου αυτή χρειάζεται, μπορεί να περιορίσει σημαντικά και σε ορισμένες περιπτώσεις να αναστρέψει τις βλάβες.

3. Αντιμετώπιση άλλων αιτιών καρδιοπάθειας όπως, υποθυρεοειδισμός, υποπαραθυρεοειδισμός κ.λ.π. για τον εντοπισμό των οποίων απαιτείται περιοδικός ενδοκρινολογικός έλεγχος.

2.3.2 Άμεσες Επιπλοκές

Οι επιπλοκές αυτές είναι απόρροια των συχνών μεταγγίσεων και της καθημερινής αποσιδήρωσης.

Από τις συχνές μεταγγίσεις μπορεί να παρουσιαστούν:

1. Πυρετικές ή αλλεργικές αντιδράσεις.

Κατά τη μετάγγιση είναι δυνατόν να διέλθουν μικρές ποσότητες πλάσματος, λευκών, αιμοπεταλίων, τοξινών ή αλλοαντισωμάτων και να προκαλέσουν τέτοιες αντιδράσεις. Τα τελευταία χρόνια με τη χρήση

σύγχρονων τεχνικών φιλτραρίσματος ή πλυμένων ερυθρών, οι επιπλοκές αυτές έχουν σημαντικότητα περιοριστεί.

2. Ασυμβατότητα και οξείες αιμολυτικές αντιδράσεις.

Η επιπλοκή αυτή είναι πολύ σπάνια, χάρη στο σχολαστικό έλεγχο των αιμοδοσιών, στη συμβατότητα των μονάδων αίματος μεταξύ δότη και λήπτη.

3.Μετάδοση αιματογενών νοσημάτων.

Ο κίνδυνος μετάδοσης τέτοιων νοσημάτων, όπως είναι το AIDS η ηπατίτιδα (B,C,D και G), και η σύφιλη, είναι μηδαμινός, γιατί οι ασθενείς αυτοί μεταγγίζονται μόνο με ερυθρά αιμοσφαίρια, στα οποία δεν βρίσκονται οι ιοί και στο γεγονός ότι γίνεται σχολαστική επιλογή των αιμοδοτών και εξονυχιστικός εργαστηριακός έλεγχος των χορηγούμενων μονάδων.

4. Αλλοανοσοποίηση.

Από την χρήση της καθημερινής αποσιδήρωσης μπορεί να εμφανιστούν:

1.Τοπικές αλλεργικές ή φλεγμονώδεις αντιδράσεις.

Ενδέχεται να παρουσιαστούν στο σημείο της υποδόριας έγχυσης προκαλώντας οίδημα, ερυθρότητα, θερμότητα, κνησμό και πόνο.

2. Συστηματική αλλεργική αντίδραση.

Είναι σπάνια επιπλοκή της Δεσφεριοξαμίνης.

3.Διαταραχές από τους οφθαλμούς και τα αυτιά.

Μπορεί να προκληθούν όταν τα επίπεδα της φερριτίνης είναι χαμηλά και συνεχίζεται η χρήση υψηλών δόσεων του φαρμάκου.

4. Οστεοπενία και δυσμορφίες των οστών.

Επιπλοκές που εμφανίζονται μετά από μακροχρόνια χρήση της χηλικής ουσίας Δεσφεριοξαμίνης.

2.3.3 Μακροχρόνιες ή Απώτερες Επιπλοκές

Οι επιπλοκές αυτές είναι απόρροια της συσσώρευσης του σιδήρου στα ζωτικά όργανα (αιμοσιδήρωσης), όταν δεν ακολουθείται συστηματικά η μέθοδος της αποσιδήρωσης.

Οι σοβαρότερες μακροχρόνιες επιπλοκές που μπορεί να πάθουν τα άτομα αυτά είναι:

Καρδιολογικές επιπλοκές.

Καρδιακή ανεπάρκεια.

Αρρυθμίες.

Κολποκοιλιακούς αποκλεισμούς, κά

Ενδοκρινολογικές επιπλοκές.

Σακχαρώδη Διαβήτη.

Υπογοναδοτροφικό Υπογοναδισμό.

Υποπαραθυρεοειδισμό.

Υποθυρεοειδισμό, κά

Ηπατολογικές επιπλοκές.

Ηπατίτιδες.

Χολολιθιάσεις.

Αιματολογικές επιπλοκές.

Αιμολύσεις.

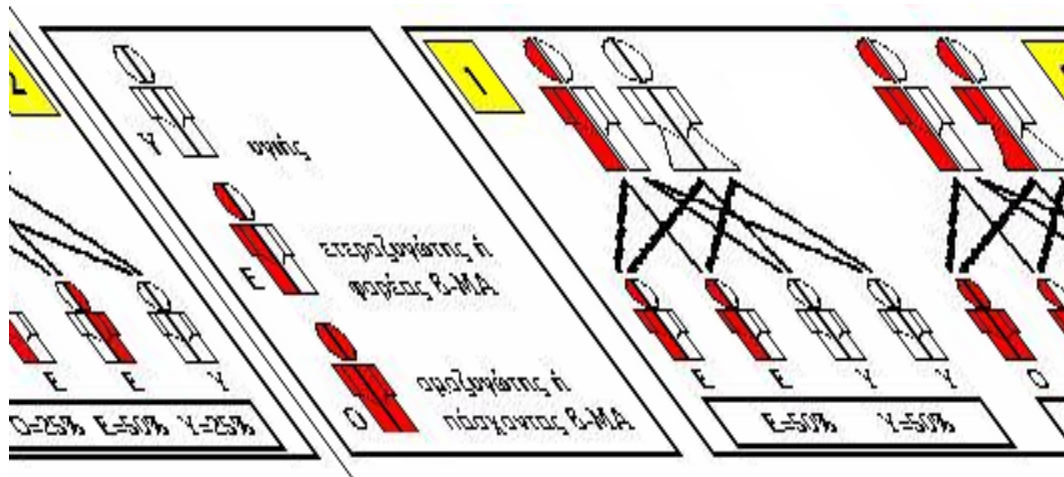
Υπερσπληνισμό.

Η σωστή τήρηση των κανόνων της σύγχρονης θεραπευτικής αγωγής, εμποδίζει την ανάπτυξη των απώτερων επιπλοκών.

2.4 Χαρακτηριστικά ασθενών με Μεσογειακή Αναιμία

2.4.1 Χαρακτηριστικά ετεροζυγών ατόμων με β-μεσογειακή αναιμία

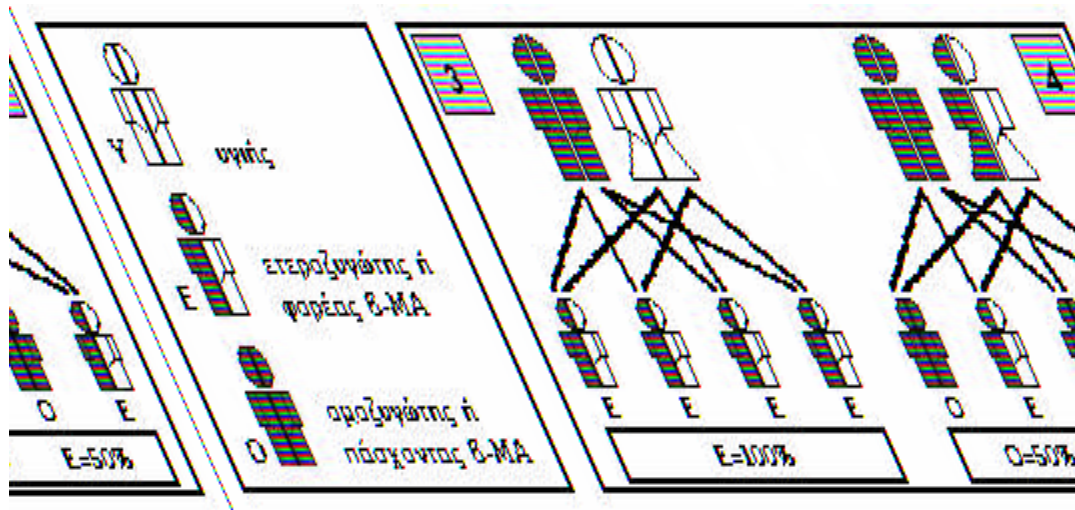
1. Είναι άτομα που παράγουν μικρότερη ποσότητα αιμοσφαιρίνης από την κανονική, δεν εμφανίζουν συμπτωματολογία και χαρακτηρίζονται ως υγιή.
2. Είναι δυνατόν να μεταβιβάσουν τη γονιδιακή διαταραχή στα παιδιά τους με τις περιπτώσεις και τα ποσοστά που αναφέρονται στο παρακάτω σχήμα. (Εικόνα 3)
3. Μπορούν να γίνουν εθελοντές αιμοδότες, εφόσον πληρούν τα κριτήρια που απαιτούνται για να δώσει κανείς αίμα.
4. Οι ετεροζυγώτες ή φορείς της β-MA δεν έχουν καμιά σχέση με τους φορείς του AIDS ή της ηπατίτιδας. Ο συγγεόμενος όρος φορέας, έχει να κάνει με την έννοια ότι το άτομο αυτό, μεταφέρει μια γονιδιακή διαταραχή που μπορεί να μεταβιβαστεί από γενιά σε γενιά, και δεν έχει να κάνει με τη μόλυνση ή μετάδοση κάποιας νόσου. (Εικόνα 3). Για την αποφυγή αυτής της σύγχυσης σήμερα καθιερώνεται όλο και περισσότερο ο όρος ετεροζυγώτης της β-MA, για να δηλώσει την ετερόζυγη κατάσταση της νόσου, και όχι οι όροι φορέας ή στίγμα που άστοχα μέχρι σήμερα χρησιμοποιούνται.



Εικόνα 3: Φορείς της β- MA

2.4.2 Χαρακτηριστικά ομοζυγών ατόμων με β-μεσογειακή αναιμία

1. Είναι άτομα που δεν παράγουν ή παράγουν μικρή ποσότητα αιμοσφαιρίνης, εμφανίζουν συμπτώματα και χαρακτηρίζονται ως πάσχοντα.
2. Πάντοτε μεταβιβάζουν την γονιδιακή διαταραχή στα παιδιά τους με τις περιπτώσεις και τα ποσοστά που αναφέρονται στο παρακάτω σχήμα. (Εικόνα 4)
3. Δεν μπορούν να γίνουν εθελοντές αιμοδότες.
4. Οι ομοζυγώτες ή πάσχοντες από Μ.Α. που ακολουθούν τη διεθνώς εγκεκριμένη θεραπεία που τους εξασφαλίζει την αποτροπή κάποιων συνεπειών στην υγεία τους, δε διαφέρουν ούτε υστερούν σε κανένα τομέα λειτουργικότητας, από τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας μας. Η άγνοια, η προκατάληψη, και ο στιγματισμός από μια μερίδα της κοινωνίας, ήταν τα αίτια που τα άτομα αυτά περιθωριοποιήθηκαν και θεωρήθηκαν εσφαλμένα, ως αδύναμα και ανίκανα για τη ζωή.



Εικόνα 4: Φορείς ή πάσχοντες της ΜΑ

2.5 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των παιδιών που πάσχουν από Μεσογειακή Αναιμία

2.5.1 Εισαγωγή – Η σχέση της μεσογειακής αναιμίας με ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις

Στα πλαίσια αυτής της ενότητας, θα γίνει προσπάθεια να αποτυπωθεί η άμεση σχέση της μεσογειακής αναιμίας με πληθώρα ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων για τον πάσχοντα, η οποία έχει τελικά ως αποτέλεσμα να θεωρείται η μεσογειακή αναιμία ψυχοσωματική ασθένεια. Το παιδί με θαλασσαιμία πάσχει από μια χρόνια αιμολυτική αναιμία για την οποία απαιτούνται συχνές μεταγγίσεις για να μπορεί να επιβιώνει. Εκτός από τις μεταγγίσεις, απαιτούνται τακτική ιατρική παρακολούθηση, εισαγωγές στο νοσοκομείο, χειρουργικές επεμβάσεις κτλ. Δηλαδή, η Μεσογειακή Αναιμία έχει όλα τα χαρακτηριστικά της χρόνιας ασθένειας και είναι πηγή χρόνιου στρες για το παιδί, τους γονείς του και την οικογένειά του (Matsaniotis & Kattamis 1969).

Ποιοι είναι όμως οι τρόποι και οι μηχανισμοί με τους οποίους μπορεί να επηρεαστεί η ομαλή εξέλιξη και γενικά η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού με τη χρόνια πάθηση και ειδικότερα την κατάσταση της θαλασσαιμίας;

Η διαδικασία της ανάπτυξης ενός παιδιού εξαρτάται από τη συνεχή αλληλεπίδραση του αναπτυσσόμενου παιδιού στο σωματικό, το νοητικό το συναισθηματικό και το κοινωνικό επίπεδο. Η σχέση μεταξύ του αναπτυσσόμενου παιδιού και του περιβάλλοντός του είναι δυναμική και οποιεσδήποτε μεταβολές στο ένα μέρος του συστήματος μπορεί να επηρεάσει το άλλο.

Η χρόνια σωματική ασθένεια οπωσδήποτε επηρεάζει τις διαδικασίες της ανάπτυξης και υπάρχει η πιθανότητα να ανασταλεί, να επιβραδυνθεί ή να εκτραπεί από το φυσιολογικό σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό. Υπάρχουν επίσης επιπτώσεις στην οικογένεια του παιδιού (Haggerty, 1984; Drotar, 1981). Επίσης είναι αναγκαίο να τονιστεί ότι η ανάπτυξη του παιδιού εξαρτάται και από άλλους παράγοντες, οι οποίοι είναι ανεξάρτητοι από τη χρόνια ασθένεια και εδώ συμπεριλαμβάνονται οι ατομικές διαφορές που έχουν τα παιδιά από τη στιγμή που γεννιούνται, ατομικές διαφορές στην ιδιοσυγκρασία και το χαρακτήρα, που εξαρτώνται από το είδος και την ποιότητα των σχέσεων με τους γονείς και το περιβάλλον του. Επίσης εξαρτώνται από τον τρόπο με τον οποίο οι γονείς του, τα αδέλφια του, οι γιατροί, το νοσηλευτικό προσωπικό και γενικά ο κοινωνικός περίγυρος αντιδρούν στην αρρώστια του παιδιού. Πρέπει ακόμη να αναφερθεί ότι κάθε παιδί έχει διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης των διαφόρων ψυχοτραυματικών παραγόντων που προκαλούνται από οποιεσδήποτε βλαπτικές επιδράσεις, όπως η χρόνια ασθένεια, από τις προσωπικές

ιδιότητες και χαρακτηριστικά του παιδιού και παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η γενετική προδιάθεση και οι ικανοποιητικές εμπειρίες ζωής. Όπως, δηλαδή, φαίνεται, ο αντίκτυπος της χρόνιας σωματικής ασθένειας στον ψυχικό κόσμο του παιδιού εξαρτάται από μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση διαφόρων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Η ηλικία έναρξης της ασθένειας, η φυσική ιστορία της ασθένειας, η πρόγνωση και η βαρύτητα της ασθένειας είναι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη.

2.5.2 Η πορεία μιας οικογένειας με θαλασσαιμία και οι βασικοί λόγοι ψυχοσωματικών επιπτώσεων

Σε αυτή τη φάση θα ήταν σκόπιμο να αναφέρει κανείς το οδοιπορικό μιας οικογένειας με θαλασσαιμία. Θα μπορούσε να ήταν μια οποιαδήποτε οικογένεια. Το νέο ζευγάρι που με όνειρα και ελπίδες παντρεύεται, η νεαρή μητέρα μένει έγκυος και γεννιέται το πρώτο τους παιδί. Ας υποθέσουμε ότι για οποιουσδήποτε λόγους, έλλειψη ενημέρωσης, άγνοιας των γονέων ή ακόμη και λάθος στην εξέταση που έγινε, γεννιέται το παιδί και πολύ σύντομα μετά τη γέννα γίνεται η διάγνωση της νόσου. Από τη στιγμή αυτή πράγματι αρχίζει μια έντονη και δραματική πορεία για την οικογένεια και το παιδί. Όπως είναι γνωστό η μητέρα στην περίοδο της εγκυμοσύνης βρίσκεται σε μια ειδική ψυχολογική κατάσταση και βιώνει το παιδί της σαν να είναι απαρτιωμένο κομμάτι του εαυτού της. Η μητέρα, δηλαδή, έχει μια αίσθηση ενότητας με το παιδί της και η ψυχολογική της κατάσταση χαρακτηρίζεται από μια συνειδητή αλλά ταυτόχρονα βαθιά ασυνείδητη ταύτιση με το μωρό της.

Παράλληλα, στην περίοδο αυτή η μητέρα, φυσιολογικά, κάνει χιλιάδες όνειρα για το παιδί της και το μέλλον τους. Το ίδιο, μέχρι ένα βαθμό, συμμετέχει στην κατάσταση αυτή και ο πατέρας. Φυσιολογικό είναι να βλέπουν το παιδί τους που θα γεννηθεί σαν συνέχεια του δικού τους εαυτού.

Με τη γέννηση του παιδιού γίνεται φυσικός διαχωρισμός της μητέρας από το βρέφος. Οποσδήποτε όμως, σε ένα μεγάλο βαθμό, ψυχολογικά η μητέρα αμέσως μετά τη γέννηση βρίσκεται σε μια κατάσταση συμβίωσης με το παιδί, είναι, δηλαδή, σαν να μην αισθάνεται ξεχωριστά ο ένας από τον άλλο. Η μητέρα όμως συνήθως πληγώνεται βαθύτατα όταν της ανακοινωθεί ότι το βρέφος της έχει θαλασσαιμία. Όλες οι προσδοκίες και οι ελπίδες της θρυμματίζονται, ενώ μπορεί η ίδια να αισθανθεί μειονεκτικά, ενδέχεται να υποτιμήσει τον εαυτό της ως γυναίκα και συχνά περνάει σε μια περίοδο κατάθλιψης που συνοδεύεται από μεγάλη στεναχώρια και ενοχή. Αυτό είναι δυνατό να επηρεάσει τη σχέση με το παιδί της, γιατί το βρέφος είναι πολύ ευαίσθητος δέκτης των συναισθημάτων της μητέρας. Το πώς βέβαια θα αντιδράσει η μητέρα εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η δική της ωριμότητα και οι προηγούμενες εμπειρίες της ζωής της, αν ήταν δηλαδή καλές ή κακές. Επίσης εξαρτάται από τις έμφυτες ικανότητες που έχει η ίδια και από την υποστήριξη και κατανόηση που της δίνονται από την οικογένειά της και το σύζυγό της.

2.5.3 Η επαφή με τους γιατρούς και οι ψυχολογικές συνέπειες

Η ψυχοσωματική κατάσταση ενός παιδιού μπορεί να επηρεαστεί πολύ εύκολα από μια επαφή με γιατρό, ειδικά όταν αυτή σχετίζεται με την διάγνωση μιας σημαντικής ασθένειας. Το πώς συμπεριφέρονται και αντιδρούν τα άτομα από τα επαγγέλματα υγείας που έρχονται σε επαφή με την οικογένεια παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στη φάση αυτή. Για παράδειγμα, ο τρόπος ανακοίνωσης της διάγνωσης έχει μεγάλη σημασία. Ανακοίνωση που γίνεται χωρίς την απαραίτητη ευαισθησία και γνώση της ψυχολογικής κατάστασης του γονέα και την κατάλληλη σχέση μεταξύ γονέων και γιατρού μπορεί να επηρεάσει και να πληγώσει ακόμη περισσότερο τους γονείς. Είναι φυσικό ότι το σοκ από την ανακοίνωση θα είναι μεγαλύτερο εάν οι γονείς αγνοούν την ύπαρξη του στίγματος. Η ενοχή και η λύπη των γονέων μπορεί επίσης να είναι έντονη, γιατί αισθάνονται ότι οι ίδιοι έχουν μεταδώσει την ασθένεια στο παιδί τους. Μεγάλη σημασία έχει επίσης η σχέση των γονέων μεταξύ τους. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ακόμη και στις καλύτερες περιπτώσεις θα δημιουργηθούν εντάσεις και συγκρούσεις, λόγω της συνεχούς προσπάθειας που γίνεται στα επόμενα χρόνια για να αντιμετωπιστούν τα πρακτικά θέματα που απορρέουν από την αρρώστια, όπως συχνές μεταγγίσεις, επισκέψεις στους γιατρούς, αλλά και οι ψυχολογικές αντιδράσεις. Μετά το σοκ της ανακοίνωσης αρχίζει μια πορεία που έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Ιατρικές Εξετάσεις
2. Μεταγγίσεις
3. Ενδεχόμενες εισαγωγές στο νοσοκομείο για διάφορες επιπλοκές ή και επεμβάσεις
4. Απαραίτητες ενέργειες για να πραγματοποιείται η αποσιδήρωση

Κάθε ένα από τα παραπάνω μπορεί να συνοδεύεται από αγωνία, άγχος, στεναχώρια και διακοπή του ομαλού τρόπου ζωής της οικογένειας του παιδιού.

Είναι γνωστό στους παιδιάτρους, τους ψυχολόγους και τους ψυχιάτρους ότι οι ενέσεις, οι μεταγγίσεις, οι ιατρικές επεμβάσεις και εξετάσεις μπορεί να συνοδεύονται από άγχος και να κινητοποιούν φαντασιώσεις στα παιδιά, που μπορεί να αισθάνονται ότι δεν προστατεύονται αρκετά από τους γονείς τους απέναντι σε αυτά που συμβαίνουν στο σώμα τους, με αποτέλεσμα να θεωρούν τους γονείς τους υπεύθυνους. Οι αποχωρισμοί επίσης του παιδιού από τους γονείς του, εξαιτίας της εισαγωγής του στο νοσοκομείο, μπορεί να έχουν ψυχολογικές επιπτώσεις στο παιδί (Freud, 1952; Trail, 1968; Bowlby, 1951).

Αυτά έχουν ως αποτέλεσμα την άμεση σύνδεση της ασθένειας τελικά με την ψυχολογική κατάσταση του παιδιού.

2.5.4 Ο ρόλος των γονέων στην ψυχολογική κατάσταση του παιδιού

Οι γονείς όμως είναι υποχρεωμένοι να προσπαθήσουν να ανταποκριθούν στις τεράστιες ψυχολογικές ανάγκες του παιδιού, να συνεχίσουν να εργάζονται, συχνά πολύ περισσότερο, γιατί ακόμα και στις οικογένειες με πλήρη ασφαλιστή κάλυψη το οικονομικό κόστος στην οικογένεια, για να αντιμετωπίζουν τα θέματα που απορρέουν από την ασθένεια, είναι μεγάλο. Αν τώρα όλα αυτά γίνονται χωρίς την κατάλληλη οργάνωση των ιατροκοινωνικών υπηρεσιών, το πρόβλημα γίνεται εντονότερο. Η αγωνία για να βρεθεί αίμα συνοδεύονται με

διακοπή της κανονικής ζωής της οικογένειας. Οι ανάγκες των άλλων παιδιών κουράζουν σωματικά και ψυχικά τους γονείς, που μπορεί χωρίς να το θέλουν, να μη φέρονται μεταξύ τους ή προς τα παιδιά τους όπως θα ήθελαν. Το αποτέλεσμα είναι βέβαια ότι το παιδί με Μεσογειακή Αναιμία επηρεάζεται ψυχολογικά. Πολύ συχνά έχει παρατηρηθεί ότι οι γονείς, είτε εξαιτίας της ενοχής τους είτε επειδή δεν ξέρουν πώς αλλιώς να φερθούν, αναπτύσσουν μια έντονη υπερπροστασία στα παιδιά τους. Το αποτέλεσμα είναι ότι τα παιδιά μένουν ανώριμα και εξαρτημένα από τους γονείς, δεν αποκτούν φίλους και δύσκολα δέχονται όρια στη συμπεριφορά τους, γιατί μαθαίνουν να έχουν ό,τι θέλουν, όποτε το θέλουν.

Μερικές φορές επίσης συμβαίνει οι γονείς, όντας κουρασμένοι να φέρονται με απότομο ή απορριπτικό τρόπο στα παιδιά τους με αποτέλεσμα να αισθάνονται ενοχή. Ακριβώς επειδή αισθάνονται ενοχή, προσπαθούν να επανορθώσουν προσφέροντας υπερβολική αγάπη και υπερπροστασία στα παιδιά τους, και ως συνέπεια δημιουργείται φαύλος κύκλος στις σχέσεις τους. Σε άλλες πάλι περιπτώσεις οι γονείς αρνούνται ότι υπάρχει οποιαδήποτε δυσκολία στο παιδί. Έτσι, πιέζουν το παιδί τους υπερβολικά να πετύχει στον ακαδημαϊκό χώρο ή σε άλλους τομείς. Η άρνηση αυτή του προβλήματος φτάνει μερικές φορές να μετατρέπει τη λέξη αναιμία ή τη λέξη μετάγγιση σε ταμπού μέσα στην οικογένεια. Όλοι γνωρίζουν, αλλά κανείς δε μιλάει γι' αυτό. Και κάθε μέλος της οικογένειας απομονώνεται αποξενώνεται από το άλλο, ιδίως το παιδί με το πρόβλημα, που έχει ανάγκη να εκφράσει τα συναισθήματά του. Το παιδί όμως χρειάζεται να ξέρει τι έχει. Χρειάζεται να γνωρίζει γιατί κάνει μετάγγιση. Στη σύγκρουση αυτή, δηλαδή, αν θα

μιλήσουν ή όχι το παιδί, μερικές φορές εμπλέκονται οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό και οι απαντήσεις που δίνουν είναι ασαφείς.

Ένα άλλο πρόβλημα είναι αυτό της σχέσης των γονέων με τα άλλα υγιή παιδιά. Συχνά, επειδή υπάρχει υπεραπασχόληση των γονέων με το αναιμικό παιδί, το άλλο αισθάνεται παραμελημένο και αποξενωμένο. Στην Ελλάδα η εκτεταμένη οικογένεια μπορεί επίσης να εμπλακεί, πράγμα που οδηγεί σε φαύλο κύκλο σχέσεων. Μερικές φορές συμβαίνει η σχέση της οικογένειας με τη γειτονιά ή τον άμεσο κοινωνικό περίγυρό της να επηρεάζεται και η οικογένεια να είναι κοινωνικά απομονωμένη. Γενικότερα, είναι σαφές με βάση τα παραπάνω ότι η αντιμετώπιση των γονέων απέναντι στο παιδί που πάσχει από την αναιμία είναι κρίσιμος παράγοντας και μπορεί σε μεγάλο βαθμό να επηρεάσει την ψυχολογία του, επιβεβαιώνοντας και σε αυτό το πλαίσιο την μεγάλη σχέση της μεσογειακής αναιμίας με την ψυχολογική κατάσταση, η οποία τελικά δικαιολογεί την θεώρηση της ασθένειας αυτής σαν ψυχοσωματική.

2.5.5 Η σημασία του σχολείου στην ψυχολογία του παιδιού

Προβλήματα επίσης μπορεί να δημιουργούνται με το σχολείο του παιδιού. Οι συχνές απουσίες του το εμποδίζουν να παρακολουθεί τα μαθήματα κανονικά. Η ωχρότητα ή σε μερικές περιπτώσεις το αποτέλεσμα από τη χρόνια ασθένεια στην εξωτερική εμφάνιση, ιδίως στην περίοδο της εφηβείας, μπορεί να επηρεάσει την εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους τα παιδιά με μεσογειακή αναιμία. Αυτό μπορεί επίσης να επηρεάσει τη σχέση τους με τους συνομηλίκους τους με

αποτέλεσμα να έχουν πιο έντονες αντιδράσεις στην εφηβεία ή να απομονώνονται κοινωνικά (Massaglia & Carpignano, 1987).

2.5.6 Ευρύτερη παθολογική συμπεριφορά και η επίπτωσή της στην ψυχολογία

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι παλαιότερα τα παιδιά με θαλασσαιμία αρκετά συχνά είχαν πολύ κακή εξέλιξη και πέθαιναν σε πολύ νεαρή ηλικία. Αυτό έχει χρωματίσει τη στάση του κόσμου, των γονέων και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και έχει διευκολύνει στη δημιουργία μιας παθολογικής συμπεριφοράς. Σήμερα όμως, με τις προόδους που έχουν γίνει, όπως η εφαρμογή συχνών μεταγγίσεων, η χρήση της αυτόματης ηλεκτρονικής σύριγγας και των χημικών ενώσεων του σιδήρου, έχει βελτιωθεί αισθητά η πρόγνωση της νόσου, με αποτέλεσμα να έχουν μειωθεί οι επιπλοκές, οι εισαγωγές στο νοσοκομείο κτλ. Η στάση παρόλα αυτά του κόσμου γενικά, των γονέων, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού δεν έχει μεταβληθεί όπως θα αναμενόταν.

2.5.7 Σύνοψη σχέσης Μεσογειακής Αναιμίας με ψυχολογική κατάσταση: Μια ψυχοσωματική ασθένεια

Συνοπτικά, οι αντιδράσεις που έχουν παρατηρηθεί στις οικογένειες των παιδιών με θαλασσαιμία είναι οι εξής τέσσερις (Tsiantis et al, 1982; Tsiantis, 1990):

-Κατάθλιψη

-Άγχος θανάτου

-Άρνηση του προβλήματος και των συναισθημάτων

-Συνωμοσία σιωπής

Συνολικά, από όσα προαναφέρθηκαν είναι προφανές ότι τα παιδιά με θαλασσαιμία βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν ψυχικές διαταραχές ή ψυχολογικά προβλήματα, όπως εξάλλου παρατηρείται και σε άλλες καταστάσεις χρόνιων παθήσεων. Αυτό διαπιστώθηκε και από μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία». Στη μελέτη είχαν συμπεριληφθεί φυσιολογικοί μάρτυρες, παιδιά με άλλα χρόνια νοσήματα και παιδιά με μεσογειακή αναιμία. Έχει υπολογιστεί από διάφορες μελέτες ότι η συχνότητα με την οποία εμφανίζονται οι ψυχικές διαταραχές στα χρόνια νοσήματα είναι από 1,5-6 φορές μεγαλύτερη από ότι στα παιδιά από το φυσιολογικό πληθυσμό (Walker et al, 1981; Meyerowitz & Kaplan, 1967). Νευρωσιακές διαταραχές είναι συχνές, με κυριαρχία του άγχους και της κατάθλιψης.

Ενδιαφέρον επίσης είναι να γνωρίζουμε την εικόνα που έχουν τα παιδιά με θαλασσαιμία για τον εαυτό τους. Χρησιμοποιώντας την συγκεκριμένη κλίμακα- κλίμακα Piers Harris (1969)-διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με μεσογειακή αναιμία έχουν φυσιολογική εικόνα για τον εαυτό τους. Επηρεασμένη όμως ήταν σε όσα παιδιά είχε αλλάξει σημαντικά η εξωτερική τους εμφάνιση. Δηλαδή, φαίνεται ότι τα παιδιά με μεσογειακή αναιμία επιστρατεύουν τις δυνάμεις τους και αντιμετωπίζουν τα προβλήματα από τη χρόνια νόσο. Με βάση αυτή την υπόθεση, μπορεί να υποστηριχθεί ότι τα παιδιά με μεσογειακή αναιμία πρέπει να αντιμετωπίζονται από τους γονείς τους ιδίως αλλά και τον κοινωνικό περίγυρο με τον ίδιο τρόπο όπως τα άλλα φυσιολογικά άτομα. Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι η νοημοσύνη των παιδιών με θαλασσαιμία είναι φυσιολογική, αν και μερικά ευρήματα από τη

βιβλιογραφία υποστηρίζουν ότι η νοημοσύνη των παιδιών ήταν κάτω του φυσιολογικού (Matoth et al, 1955; Wetherall, 1955). Η έρευνα όμως στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», έδειξε ότι τα παιδιά αυτά έχουν απόλυτα φυσιολογική νοημοσύνη (Τσιάντης, 1994).

Τα τελευταία χρόνια στα παραπάνω προβλήματα εξαιτίας της χρονιότητας της νόσου έχουν προστεθεί και αυτά που προέρχονται από το Aids. Είναι γνωστό ότι ευτυχώς σε ένα εξαιρετικά μικρό ποσοστό ατόμων, όχι μεγαλύτερο του 1-2%, έχει αναπτυχθεί οροθετικότητα λόγω των μεταγίσεων. Οπωσδήποτε η δυσάρεστη αυτή κατάσταση επιβαρύνει τα υπάρχοντα προβλήματα, γιατί στην ουσία έχουμε άτομα με μια χρόνια ασθένεια που αναπτύσσουν ακόμη μια χρόνια και πιθανόν –με τα σημερινά δεδομένα-θανατηφόρο. Επιπλέον, αναφύονται μια σειρά από ιατροκοινωνικά και δεοντολογικά θέματα, όπως αυτό της ανακοίνωσης για την οροθετικότητα στην οικογένεια και των πιθανών ψυχικών αντιδράσεων και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων στο ίδιο το παιδί, τον έφηβο ή το νέο άτομο, καθώς και την οικογένειά του (Tsiantis et al, 1990).

3 Κεφάλαιο 3^ο: Παιγνιοθεραπεία

3.1 Ορισμός παιγνιοθεραπείας

Σύμφωνα με την Ένωση Βρετανών Παιγνιοθεραπευτών, ο ορισμός της Παιγνιοθεραπείας έχει ως εξής: «είναι η δυναμική μεταξύ του παιδιού και του παιγνιοθεραπευτή κατά την οποία το παιδί ερευνά με το δικό του ρυθμό και τις δικές του ανάγκες, ζητήματα περασμένα ή τρέχοντα, συνειδητά ή μη, που επηρεάζουν τη ζωή του παιδιού στο παρόν.» Η θεραπευτική σχέση (παιγνιοθεραπευτή – παιδιού) επιτρέπει στο παιδί να βασιστεί στους εσωτερικούς του πόρους οι οποίοι θα επιφέρουν την ωρίμανση και την αλλαγή.

Αποτελεί μια μέθοδο προσέγγισης του παιδιού – εφήβου πολλά υποσχόμενη και εξίσου αποτελεσματική. Είναι άμεσα συνδεδεμένη και βασισμένη στην «φυσική» γλώσσα των παιδιών, αυτή του παιχνιδιού. Σύμφωνα εξάλλου με τη Winnicott (1984), αν μπορούσαμε να μάθουμε να ανταποκρινόμαστε αποτελεσματικά στα παιδιά στα κρίσιμα συμβάντα της ζωής τους που τα φέρνουν σε εμάς, θα σώζαμε πολλά από αυτά από το να γίνουν, για τον ένα ή τον άλλο λόγο, πελάτες μας για την υπόλοιπη ζωή τους.

Ξεκίνησε το 18ο αιώνα με τις παρατηρήσεις του Rousseau για τα παιχνίδια των παιδιών. Η Anna Freud, Melanie Klein, Rogers, Winnicott, Virginia Mae Axline είναι μερικοί από τους επιστήμονες που μελέτησαν την αξία του παιχνιδιού στην ψυχικής μας ανάπτυξη.

Η Virginia Axline όρισε την Παιγνιοθεραπεία σαν μια ενεργητικής μορφής μη κατευθυνόμενη ψυχοθεραπεία για παιδιά. Υποστήριξε ότι η Παιγνιοθεραπεία βασίζεται στο γεγονός ότι το παιχνίδι είναι το φυσικό

μέσο αυτοέκφρασης του παιδιού και του δίνει την ευκαιρία να εκφράσει μέσα από αυτό τα συναισθήματα και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Όπως συμβαίνει σε ορισμένα είδη θεραπείας ενηλίκων που το άτομο εκφράζει με λόγο ή ξεπερνά με εργασιοθεραπεία και άλλες μορφές έκφρασης τις δυσκολίες του.

Η παιγνιοθεραπεία είναι μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που απευθύνεται κυρίως σε παιδιά ηλικίας 3-13 ετών και στηρίζεται στη φυσική ανάγκη του ανθρώπου για παιχνίδι. Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση βοηθά τα παιδιά να κατανοήσουν μπερδεμένα συναισθήματα και δυσάρεστα γεγονότα, τα οποία δεν είχαν τη δυνατότητα να επεξεργαστούν ή να επιλύσουν στο παρελθόν. Σε αντίθεση με τις θεραπείες ενηλίκων, τα παιδιά δεν καλούνται να εξηγήσουν τι τα απασχολεί, αλλά χρησιμοποιούν το παιχνίδι με βάση τις δικές τους ικανότητες και το δικό τους ρυθμό, ώστε να εκφράσουν συμβολικά τις ανησυχίες τους, τις επιθυμίες και τους φόβους τους. Το παιχνίδι επομένως θεωρείται ως μια μορφή φυσικής και αβίαστης διαδικασίας μάθησης, ως ο αμεσότερος τρόπος απελευθέρωσης από εντάσεις, ενώ παράλληλα διευκολύνει την επικοινωνία των ενηλίκων με τον εσωτερικό κόσμο του παιδιού.

Η παιγνιοθεραπεία ανήκει στην κατηγορία θεραπειών μέσω της Τέχνης (Art Therapy). Είναι μια ενεργητική μορφή μη κατευθυνόμενης ψυχοθεραπείας για παιδιά, που στηρίζεται στο παιχνίδι, το οποίο είναι το φυσικό μέσο αυτοέκφρασης του παιδιού. Η μη κατευθυνόμενη θεραπεία βασίζεται στην άποψη ότι το άτομο έχει μέσα του την ικανότητα να επιλύσει τα προβλήματα του θετικά αλλά και μια αναπτυξιακή παρόρμηση να θεωρεί την ώριμη συμπεριφορά πιο ικανοποιητική από την ανώριμη. Χρησιμοποιεί διάφορες μορφές

έκφρασης, όπως το παιχνίδι, τη ζωγραφική, τη μουσική, τον πηλό, τη μιμητική και το παραμύθι.

Η παιγνιοθεραπεία είναι «παιδοκεντρική» ως προς το ότι το παιχνίδι είναι το πρωτεύον μέσο και ο λόγος το δευτερεύον (Association of Play Therapists Newsletter, 1985).

Το παιχνίδι είναι το φυσικό μέσο με το οποίο τα παιδιά μαθαίνουν, επικοινωνούν, εξερευνούν και ανακαλύπτουν τον κόσμο τους. Ο Παιγνιο-Θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει ένα παιδί να επουλώσει τις πληγές που αφήνουν οι δύσκολες εμπειρίες ζωής, επιτρέποντάς το να εκφραστεί ελεύθερα μέσα σε ένα περιβάλλον που αποπνέει ασφάλεια και εμπιστοσύνη.

Οι «παραδοσιακές θεραπείες» που βασίζονται στο λόγο μπορεί να μην είναι κατάλληλες για παιδιά και εφήβους, που κάποιες φορές δυσκολεύονται να βρουν λέξεις για να εκφράσουν τον συναισθηματικό τους κόσμο. Η Παιγνιο-Θεραπεία δίνει στα παιδιά την ευκαιρία να επεξεργαστούν και να κατανοήσουν τα συναισθήματά τους. Τα εφοδιάζει με την ικανότητα να αλλάξουν τον τρόπο που ερμηνεύουν και αντιλαμβάνονται τις δύσκολες εμπειρίες τους, ώστε να μειωθεί η πιθανότητα να εσωτερικεύσουν την ευθύνη και να κατηγορήσουν τον εαυτό τους. Η συναισθηματική ενδυνάμωση και η αυτο-εκτίμηση που αποκτά το παιδί μπορούν να γίνουν εφόδια ζωής, σε έναν κόσμο που οι δυσκολίες δεν εκλείπουν.

Στην Παιγνιοθεραπεία το παιχνίδι καθ' αυτό αποτελεί την διαδικασία της θεραπείας, το παιδί ωθείται να παίξει συμβολικά, να επικοινωνήσει μέσα από ενσωματικά, προβολικά και παιχνίδια ρόλων ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο που βρίσκεται.

Είναι μια διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα το άτομο να εξελίξει και να δοκιμάσει χωρίς να διακινδυνεύει τις δυνατότητες του, τις επιθυμίες του και τις σκέψεις του. Η σφαίρα του παιχνιδιού είναι ένας ασφαλής χώρος για κάθε άτομο να αναπτυχθεί και να διορθώσει τις αδυναμίες του. Γι' αυτό λέμε ότι το παιχνίδι από μόνο του είναι δημιουργικό, θεραπευτικό και αναπτυξιακό.

Η Παιγνιοθεραπεία αφορά όλο τον επιστημονικό και παιδαγωγικό κόσμο που ασχολείται επαγγελματικά με το παιδί. Η ελεύθερη χρήση του παιχνιδιού από τα παιδιά αποτελεί ένα μέσο εξέλιξης και ανάπτυξης της ψυχικής, σωματικής και συναισθηματικής υγείας τους και μπορεί να εφαρμοστεί σε Παιδικούς Σταθμούς, Σχολεία, Ομάδες Δημιουργικής Έκφρασης, Συλλόγους που αφορούν παιδιά κ.α. Χρησιμοποιείται σαν μέσο εκμάθησης και ενημέρωσης παιδιών σε θέματα πρόληψης, σε χώρους προστασίας παιδιών ή ενηλίκων, όπως φυλακές, αναμορφωτήρια, κέντρα αποτοξίνωσης, μονάδες κακοποιημένων γυναικών - παιδιών και γενικά σε ομάδες υψηλού κινδύνου με στόχο τη σωστή ενημέρωση και πρόληψη κινδύνων που απειλούν τα παιδιά.

Ως θεραπευτικό εργαλείο χρησιμοποιείται από Ψυχολόγους, Ψυχίατρους, Ψυχοθεραπευτές και Ειδικούς Θεραπευτές. Εφαρμόζεται κυρίως σε ειδικά σχολεία ιατροπαιδαγωγικά κέντρα, νοσοκομεία, ιδρύματα, ειδικές διαγνωστικές και θεραπευτικές μονάδες, ιδιωτικά ιατρεία κ.α.

3.2 Η θέση του παιχνιδιού στις ψυχαναλυτικές θεωρίες και τεχνικές: Ιστορική αναδρομή

Το παιχνίδι και η δυνατότητα του "παίζειν", καθώς και η σχέση του

παιχνιδιού με την πραγματικότητα, έχουν προκαλέσει από νωρίς το ενδιαφέρον της ψυχαναλυτικής έρευνας. Το ενδιαφέρον αυτό αρχικά εκδηλώθηκε σε θεωρητικό επίπεδο, σύντομα όμως επεκτάθηκε και στο επίπεδο της τεχνικής. Ξεκίνησε έτσι μια αναζήτηση, εξ ίσου συναρπαστική με αυτή της ψυχανάλυσης συνολικά.

3.2.1 Το παιχνίδι υπό την αιγίδα της αρχής της ευχαρίστησης /δυσαρέσκειας και των ερωτικών ενορμήσεων

Ο Freud στο έργο του αναφέρεται στο παιχνίδι είτε με τη μορφή της καθ' εαυτήν παιδικής δραστηριότητας είτε με τη μορφή της παιγνιώδους διαθέσεως των ονείρων, των παραδρομών του λόγου, των αστείων, των ανεκδότων και άλλων παραγώγων του ασυνειδήτου, τα οποία χρησιμοποιούν και το παιχνίδι των λέξεων στην προσπάθεια της μεταμφιεσμένης ανάδυσής τους στο συνειδητό.

Στο άρθρο του "Δημιουργικοί συγγραφείς και ονειροπόληση" (1908[1907]), διατυπώνει κατηγορηματικά τη θέση ότι το παιχνίδι είναι μια σοβαρή υπόθεση για το παιδί και ότι το αντίθετο του παιχνιδιού δεν είναι η σοβαρότητα αλλά η πραγματικότητα. Όσο το παιδί μεγαλώνει, καλείται από τις απαιτήσεις του εξωτερικού κόσμου να παραιτηθεί από την ικανοποίηση που προσφέρει το παιχνίδι και το παιδί δείχνει να το εγκαταλείπει. Η ονειροπόληση και το humor αποτελούν τα υποκατάστατα του παιχνιδιού μετά την παιδική ηλικία.

Στην εργασία "Διατυπώσεις για τις δυο αρχές της ψυχικής λειτουργίας" (1911), το παιχνίδι συνδέεται με την φαντασία, τίθεται υπό την αιγίδα των ερωτικών ενορμήσεων, παραμένει υπό την αποκλειστική κυριαρχία της αρχής της ευχαρίστησης/ δυσαρέσκειας και δεν υπόκειται στον

έλεγχο της πραγματικότητας. Ταυτόχρονα όμως, συνδέεται με την πραγματικότητα και επομένως με λειτουργίες της δευτερογενούς διεργασίας, η οποία όπως γνωρίζουμε, από τοπογραφική άποψη, είναι χαρακτηριστική των συστημάτων προσυνειδητού και συνειδητού. Από δυναμική άποψη, το παιχνίδι παραμένοντας στην υπηρεσία των ερωτικών ενορμήσεων, συνδιαλέγεται και με τις εγωτικές ενορμήσεις της αυτοσυντήρησης και τέλος από οικονομική άποψη, προσφέρει την ικανοποίηση με εξοικονόμηση της ψυχικής δαπάνης.

Στο θέμα της σύνδεσης του παιχνιδιού με τη φαντασία και την πραγματικότητα, θα επανέλθει ο Freud αρκετά χρόνια αργότερα, όταν στην εργασία του "Η απώλεια της πραγματικότητας στη νεύρωση και την ψύχωση" (1924) θα γράψει: " Ενώ ο νέος φαντασιωσικός κόσμος της ψύχωσης προσπαθεί να τεθεί ο ίδιος στη θέση της εξωτερικής πραγματικότητας, εκείνος της νεύρωσης, αντιθέτως, έχει την τάση, όπως (γίνεται) και στο παιχνίδι των παιδιών, να προσκολληθεί σ' ένα τμήμα της πραγματικότητας – διαφορετικό από αυτό εναντίον του οποίου πρέπει να αμυνθεί – και να αποδώσει σ' αυτό το κομμάτι μια ειδική σπουδαιότητα και μια μυστική σημασία την οποία (όχι πάντοτε εντελώς σωστά) αποκαλούμε συμβολική" (Freud, 1924). Και ο A. Green θα σχολιάσει: "*στις γραμμές αυτές, ο Freud τονίζει τη διαφορά μεταξύ ψύχωσης και νεύρωσης στη χρήση της φαντασίας – προκαταλαμβάνοντας την εργασία του Winnicott για 'το παιχνίδι' και εκείνη των Klein, Segal, Khan και εμού (του Green), μεταξύ άλλων, για το 'συμβολισμό'*" (Green, 1986: σελ. 64).

3.2.2 Οι πρώτες προσπάθειες εισαγωγής του παιχνιδιού στην ψυχαναλυτική πρακτική

Μετά τη δημοσίευση από τον Freud της θεραπείας του μικρού Hans (1909), ήταν επόμενο να τεθεί το θέμα της εφαρμογής της ψυχαναλυτικής θεραπείας στα παιδιά και της τεχνικής που μια τέτοια εφαρμογή θα έπρεπε να ακολουθήσει. Ο S. Ferencsi δημοσιεύει την περίπτωση του πεντάχρονου Arpad, ο οποίος έμεινε γνωστός στην ψυχαναλυτική βιβλιογραφία ως "Ο άνθρωπος κοκοράκι" (1913) ή "Ο μικρός χορωδός". Η τεχνική του Ferencsi είναι ανάλογη εκείνης του Freud με το μικρό Hans. Αξιολογεί τις πληροφορίες που προέρχονται από τη γειτόνισσα του Arpad, στην οποία είχε αναθέσει να παρατηρεί το παιδί, και όταν το συναντάει ο ίδιος, στηρίζεται αποκλειστικά σ' αυτά που του λέγει το παιδί και καθόλου στο παιχνίδι του (Ferencsi, 1913).

Η H. Hug-Hellmuth το 1920, στο Διεθνές Ψυχαναλυτικό Συνέδριο της Χάγης, διατυπώνει δυο θέσεις για το ρόλο του παιχνιδιού στην ψυχανάλυση παιδιών άνω των 7-8 ετών: (α) το παιχνίδι μπορεί να είναι χρήσιμο στο ξεκίνημα της ανάλυσης γιατί δίνει τη δυνατότητα στον αναλυτή να γνωρίσει καλύτερα τα συμπτώματα και το χαρακτήρα του παιδιού, μερικές φορές όμως μπορεί να χρησιμοποιηθεί σ' όλη τη διάρκεια της ανάλυσης και (β) το παιχνίδι είναι επίσης μια "συμβολική πράξη", ισοδύναμη με τη λεκτική επικοινωνία των ενηλίκων· συνιστά μια "εξομολόγηση χωρίς λέξεις" (Geissmann, 1998).

Η πρώτη θέση της Hug-Hellmuth για το ρόλο του παιχνιδιού συμπίπτει με τη θέση που θα αναπτύξει αργότερα η A. Freud, δηλαδή, ότι μέσω του παιχνιδιού ενισχύεται η θεραπευτική συμμαχία ανάμεσα στον

αναλυτή και το παιδί. Η δεύτερη θέση της έχει πολλές ομοιότητες με αυτή που θα αναπτύξει, επίσης αργότερα, η M. Klein για τη συμβολική αξία του παιχνιδιού και την ισοδυναμία του με τον ελεύθερο συνειρμό στην ψυχανάλυση των ενηλίκων.

3.2.3 Το παιχνίδι στην υπηρεσία του καταναγκασμού για επανάληψη

Βρισκόμαστε ήδη στην 3η δεκαετία του 20ου αιώνα, η οποία επιφυλάσσει μια σημαντική θέση για το παιχνίδι στην ψυχαναλυτική θεωρία και τεχνική. Στην αρχή της δεκαετίας αυτής δημοσιεύεται η εργασία του Freud "Πέρα από την αρχή της ευχαρίστησης" (1920). Ο Freud, παρατηρώντας το παιχνίδι του εγγονού του, διαμορφώνει την ιδέα ότι το παιχνίδι των παιδιών μπορεί να ωθείται και από την τάση για την επανάληψη μιας δυσάρεστης εμπειρίας. Έτσι από εδώ και πέρα, το παιχνίδι, κατά το Freud, παραμένοντας υπό την αιγίδα της αρχής της ευχαρίστησης/ δυσαρέσκειας, μπαίνει και στην υπηρεσία του καταναγκασμού για επανάληψη και του δυϊσμού των ενορμήσεων της Ζωής και του Θανάτου. Τα παιδιά, στο παιχνίδι τους, μπορεί να επαναλάβουν με ενεργητικό τρόπο δυσάρεστες εμπειρίες με σκοπό να κυριαρχήσουν σε αυτές. Κάθε επανάληψη φαίνεται να ισχυροποιεί αυτή την κυριαρχία. Εδώ μπορούμε να διακρίνουμε μια αναλογία με την ανάδυση τη τραυματικής εμπειρίας στα εφιαλτικά όνειρα (Freud, 1920).

Ο Freud, λίγα χρόνια αργότερα, στο βιβλίο "Αναστολές, συμπτώματα και άγχος" (1926), επανέρχεται στο θέμα της επεξεργασίας της τραυματικής εμπειρίας από τα παιδιά, μέσω της επαναλήψεως στο

παιχνίδι. Αυτή τη φορά ο Freud παίρνει υπόψη και τη δομική υπόθεση. Το παιχνίδι προσδιορίζεται πλέον ως λειτουργία του εγώ και ταυτόχρονα συνιστά έναν οργανωτή της έννοιας του χρόνου (Freud, 1926).

Ο Green (2002), αναφερόμενος στο παιχνίδι με την κουβαρίστρα, γράφει ότι μ' αυτό, το βρέφος, προσπαθεί να μιμηθεί, να συμβολοποιήσει, να προσομοιώσει την αναχώρηση της μητέρας και τη στιγμή της επιστροφής. Η ίδια η απώλεια αρχίζει το παιχνίδι, ενώ η σεξουαλικότητα εμπλέκεται πολύ έμμεσα. Το παιχνίδι εντάσσεται πια μέσα στον καταναγκασμό για επανάληψη και σε μια ανάγκη να διατυπωθεί ένας θρήνος.

3.2.4 Το παιχνίδι εισάγεται στην ψυχαναλυτική τεχνική. Νέες προοπτικές και αμφισβητήσεις

Η 3η δεκαετία του 20ου αιώνα, παράλληλα με τις νέες απόψεις που διατυπώνει ο Freud, φέρνει και μια άλλη καινοτομία στην ψυχανάλυση, την ψυχανάλυση των παιδιών. Εξ αρχής η M. Klein και η A. Freud διατύπωσαν διαφορετικές απόψεις και εφήρμοσαν διαφορετικές τεχνικές σχετικά με τη θέση και σημασία του παιχνιδιού στην ψυχανάλυση των παιδιών. Οι διαφορετικές αυτές απόψεις είχαν ως υπόστρωμα την δυνατότητα ή όχι των παιδιών να αναπτύξουν πλήρη μεταβίβαση κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Εδώ θα περιοριστώ στην παρακολούθηση των απόψεών τους για το παιχνίδι.

Η M. Klein ανακοινώνει στην Ουγγρική Ψυχαναλυτική Εταιρεία την εργασία της με θέμα "Η εξέλιξη ενός παιδιού" (1921) και έως το 1926 δημοσιεύει σειρά άρθρων όπως είναι "Ο ρόλος του σχολείου στην

λιβιδινική εξέλιξη του παιδιού" (1923), "Πρώιμη ανάλυση" (1923) και "Οι ψυχολογικές αρχές της πρώιμης ανάλυσης" (1926). Στα κείμενα αυτά διατυπώνει, εκτός των άλλων, και τον πρώτο πυρήνα των θεωρητικών απόψεων και τεχνικών καινοτομιών της για τη θέση του παιχνιδιού στην ψυχανάλυση των παιδιών (Klein, 1923; Klein, 1926).

Κατά την περίοδο αυτή, η Klein, σε θεωρητικό επίπεδο ακολουθώντας αυστηρά τις ιδέες του Freud, δίνει έμφαση στις λιβιδινικές τάσεις και το φόβο του ευνουχισμού και συνδέει το παιχνίδι με τη λιβιδινική ικανοποίηση είτε με άμεσο τρόπο είτε μέσω της μετουσίωσης. Το παιχνίδι αλλά και όλες οι δραστηριότητες των παιδιών περιέχουν μια επεξεργασία ασυνειδήτων σεξουαλικών φαντασιών οι οποίες υπάρχουν από την αρχή της ζωής και συνδέονται με τα ένστικτα. Ο λόγος, το παιχνίδι, η πράξη και τα όνειρα είναι ισοδύναμοι και αμοιβαία ανταλλάξιμοι εκφραστές του ασυνειδήτου. Ένας θεμελιώδης μηχανισμός του παιχνιδιού είναι η εκφόρτιση αυνανιστικών φαντασιών. Εξεσημασμένη απώθηση αυτών των φαντασιών προκαλεί αναστολή του παιχνιδιού. Η αναστολή αυτή μπορεί να αναιρεθεί όταν δοθεί στο παιδί η κατάλληλη διαφώτιση ή, αν βρίσκεται σε θεραπεία, με την ερμηνεία. Το άγχος ευνουχισμού αποτελεί μια άλλη πηγή αναστολής του παιχνιδιού, η οποία αργότερα μπορεί να εξελιχθεί σε αναστολή της μάθησης και της δυνατότητας για εργασία. Η συμβολική λοιπόν σημασία του παιχνιδιού μπορεί να αποτελέσει πηγή ευχαρίστησης για το παιδί αλλά και αναστολής του, η οποία αργότερα να εξελιχθεί σε νευρωτικό χαρακτηριστικό ή σε στοιχείο του χαρακτήρα του παιδιού.

Η Klein, με μεγαλύτερη σαφήνεια από τον Freud, συνδέει το παιχνίδι με το ασυνείδητο και τα ένστικτα. Με τον τρόπο αυτόν, νομίζω ότι, το παιχνίδι αποκτά μια γεωμετρική γραμμικότητα και χάνει τον παράδοξο

χαρακτήρα του, τον οποίο φαίνεται να υπονοεί ο Freud και θα τον διακηρύξει αργότερα, κατηγορηματικά ο Winnicott.

Την ίδια περίοδο, η Klein, διαμορφώνει τα χαρακτηριστικά και το πλαίσιο της νέας τεχνικής, όπως είναι το είδος των παιχνιδιών που χρησιμοποιεί, η διάταξη του θεραπευτικού χώρου, η σχέση του αναλυτή με το παιδί και με τους γονείς του αναλυόμενου παιδιού. Με την εισαγωγή της τεχνικής του παιχνιδιού στην ανάλυση των παιδιών, όπως με έμφαση υποστηρίζει η ίδια, διαφοροποιείται η τεχνική και όχι η αρχή της ψυχαναλυτικής θεραπείας.

Η A. Freud, την περίοδο 1926-1927 διατυπώνει τις δικές της θέσεις για την ψυχανάλυση των παιδιών και παράλληλα κάνει παρατηρήσεις και ασκεί κριτική στην τεχνική του παιχνιδιού που έχει εισαγάγει η Klein.

Η A. Freud δίνει μεγαλύτερη σημασία στα όνειρα, τις ονειροπολήσεις και τα σχέδια των παιδιών. Κάνει περιορισμένη χρήση του παιχνιδιού κατά την προπαρασκευαστική φάση της ανάλυσης και δεν ερμηνεύει το ασυνείδητο υλικό που αναδύεται, γιατί πιστεύει ότι μόνο η μεταβίβαση μπορεί να δώσει μια συμβολική σημασία στις πράξεις. Αμφισβητεί τη θέση της Klein, ότι στα παιδιά η τεχνική του παιχνιδιού μπορεί να εξισωθεί με την τεχνική του ελεύθερου συνειρμού στους ενήλικες. Η αμφισβήτηση αυτή συνίσταται κυρίως στο ότι δεν θεωρεί ότι το παιχνίδι, κατά την αναλυτική συνεδρία, έχει οπωσδήποτε συμβολική σημασία που μπορεί να ερμηνευθεί.

Η απάντηση έρχεται γρήγορα από την Klein στο "Συμπόσιο για την ανάλυση του παιδιού" (1927) που οργανώνεται από τη Βρετανική Ψυχαναλυτική Εταιρία. Η Klein διευκρινίζει ότι δεν κάνει μια "άγρια" συμβολική ερμηνεία του παιχνιδιού, αλλά ότι προσπαθεί μέσα στην αναλυτική κατάσταση να συνδέσει αυτά τα φαινόμενα με το

ασυνείδητο και να ερμηνεύσει όπως γίνεται και με τους ενήλικες. Επιμένει ότι το παιχνίδι είναι ο πιο άμεσος τρόπος επαφής με το ασυνείδητο των παιδιών και επί πλέον υποστηρίζει ότι το παιχνίδι προκαλεί λιγότερο άγχος και μικρότερες αντιστάσεις στα παιδιά από τους λεκτικούς συνειρμούς (Klein, 1927).

Μετά την εισαγωγή, από την Klein, των αντιλήψεων της καταθλιπτικής και της σχιζοειδούς-παρανοειδούς θέσεων, το παιχνίδι εξετάζεται και υπό το πρίσμα αυτών των απόψεων. Έτσι στην εργασία της "Το οιδιπόδειο σύμπλεγμα στο φως των πρώιμων αγχών" (1945) γράφει ότι στο παιχνίδι μπορεί να εκφρασθούν διωκτικά και καταθλιπτικά άγχη, τα οποία διαταράσσουν την οιδιπόδεια εξέλιξη και προκαλούν αναστολή του παιχνιδιού. Επίσης στο άρθρο της "Πάνω στην παρατήρηση νεαρών βρεφών" (1952), συνδέει διάφορα παιχνίδια των παιδιών με την καταθλιπτική θέση. Στα άρθρα αυτά η Klein, έχοντας πλέον διαμορφώσει στο μεγαλύτερο ποσοστό τη δική της θεωρία για την ψυχική λειτουργία, διατυπώνει απόψεις για το παιχνίδι οι οποίες αφίστανται εκείνων του Freud. Εξακολουθεί να θεωρεί ότι το παιχνίδι βρίσκεται υπό την αιγίδα των ενορμήσεων, δίνει όμως όλο και μεγαλύτερη σημασία στην επιθετικότητα και ταυτόχρονα το θέτει εξ αρχής και στην υπηρεσία της αντικειμενοτρόπου σχέσης. Κάτι που αξίζει να τονισθεί είναι ότι, κατά την περίοδο που η Klein διατυπώνει τις τελικές της απόψεις για το παιχνίδι, ο Winnicott έχει ήδη δημοσιεύσει αρκετές από τις δικές του απόψεις για το θέμα αυτό. Εντούτοις σε ολόκληρο το έργο της οι αναφορές της στο Winnicott είναι ελάχιστες και δεν κάνει καμία μνεία για τις απόψεις του.

Η Α. Freud στο βιβλίο "Φυσιολογικότητα και Παθολογία στην παιδική ηλικία: εκτιμήσεις της εξέλιξης" (1965), διατυπώνει τις τελικές της

θέσεις για το παιχνίδι. Διατηρεί τις επιφυλάξεις που είχε διατυπώσει τα προηγούμενα χρόνια για το ρόλο του παιχνιδιού στην τεχνική της ανάλυσης των παιδιών και το εντάσσει στην αντίληψη των εξελικτικών γραμμών και συγκεκριμένα στην εξελικτική γραμμή, η οποία από το σώμα οδηγεί στο παιχνίδι (toy) και από τη δραστηριότητα του παιχνιδιού (play) οδηγεί στην εργασία. Η Α. Freud θέτει το ξεκίνημα του παιχνιδιού υπό την αιγίδα της αρχής της ευχαρίστησης και της σεξουαλικής ενόρμησης. Δεν αναφέρεται καθόλου σε αντικειμενοτρόπο σχέση όπως κάνει η Klein, ενώ δέχεται την έννοια του μεταβατικού αντικειμένου, αν και με κάποια διαφοροποίηση από την αντίστοιχη του Winnicott (Freud, 1965).

Το παιχνίδι, στη θεωρία και τεχνική της Α. Freud, δεν κατέχει κάποια ιδιαίτερη θέση και συνιστά μια λειτουργία του εγώ που προέρχεται από την μετουσίωση και ουδετεροποίηση της ενορμησιακής ενέργειας.

3.2.5 Η διατύπωση μιας θεωρίας για το παιχνίδι

Ο Winnicott (1989: σελ. 2-3) φαίνεται να διαμορφώνει και να εξελίσσει τις ιδέες του για το παιχνίδι χάρις και στην ικανότητα του ίδιου να παίζει.

Στο έργο του, από νωρίς, συναντάμε ιδέες για το παιχνίδι που μπορεί να ανάγονται στον Freud και την Klein να συνυπάρχουν με πρωτότυπες δικές του. Μια τέτοια συνύπαρξη παρατηρούμε στην εργασία του "Η παρατήρηση των βρεφών σε μια ελεγχόμενη συνθήκη" (1941). Στην εργασία αυτή εισάγει ξεκάθαρα την ιδέα του παράδοξου και της αποδοχής του, προκειμένου να αρχίσει και να διατηρηθεί το παιχνίδι με τη σπάτουλα. Στην ίδια εργασία συνδέει το πέταγμα της σπάτουλας

από το βρέφος με το παιχνίδι της κουβαρίστρας που περιέγραψε ο Freud, δηλώνει όμως ταυτόχρονα ότι με το παιχνίδι της κουβαρίστρας το βρέφος επεξεργάζεται και καταθλιπτικά άγχη, ακολουθώντας έτσι μια Κλαϊνική εκδοχή του παιχνιδιού με την κουβαρίστρα.

Στις εργασίες "Παιδιατρική και Ψυχιατρική" (1948) και "Η καταθλιπτική θέση στη φυσιολογική συναισθηματική εξέλιξη" (1954-1955), η επιρροή των Κλαϊνικών ιδεών στις θέσεις του για το παιχνίδι είναι εμφανής.

Παράδειγμα εφαρμογής των απόψεών του για το παιχνίδι στην τεχνική συνιστά η εισαγωγή του squiggle game (παιχνίδι με καλλικατζούρες) σ' αυτό που ο ίδιος αποκάλεσε "ψυχοθεραπευτική συμβουλευτική".

Με την πάροδο του χρόνου η δυνατότητα του παίζειν αποκτά όλο και μεγαλύτερη σημασία για τη θεωρία και την τεχνική του Winnicott και φθάνει να γίνεται ο κεντρικός άξονας του βιβλίου του "Το παιχνίδι και η πραγματικότητα" (1971), στο οποίο και διατυπώνει μια συγκροτημένη θεωρία για το παιχνίδι και τη σχέση ανάμεσα στο παιχνίδι, την ψυχανάλυση και την ψυχοθεραπεία. Μέχρι τότε, όπως παρατηρεί ο Winnicott, στην ψυχαναλυτική βιβλιογραφία δεν είχε διατυπωθεί μια θεωρία για το παιχνίδι και ακόμη και η M. Klein ενδιαφέρεται σχεδόν καθ' ολοκληρία για τη χρήση του παιχνιδιού.

Ο Winnicott κατ' αρχάς αποσυνδέει το παιχνίδι από τη στενή του σχέση με τον αυνανισμό και τις διάφορες αισθησιακές εμπειρίες, όπως ήταν η κυρίαρχη άποψη μέχρι τότε στην ψυχαναλυτική βιβλιογραφία. Για να προκληθεί ευχαρίστηση από το παιχνίδι, χρειάζεται η διέγερση του ενστίκτου να μην υπερβεί ένα όριο. Το παιχνίδι έχει ένα σημείο κορεσμού, το οποίο αναφέρεται στη δυνατότητα να εμπεριέξει την εμπειρία. Εδώ ο Winnicott διατυπώνει μια οικονομική θεώρηση του παιχνιδιού, κάτι που σπανίζει συνολικά στο έργο του. Το παιχνίδι

συνδέεται με τα μεταβατικά φαινόμενα και τον μεταβατικό χώρο. Η πολιτιστική εμπειρία εδράζεται στο δυνητικό χώρο ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον και ξεκινάει με τη δημιουργική ζωντάνια που πρωτοεμφανίζεται στο παιχνίδι. Και οι δυο δραστηριότητες συνδέουν το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον, καταλαμβάνουν χώρο και απασχολούν χρόνο.

Αυτή η θέση του Winnicott μας θυμίζει τον Freud (1908[1907]), ο οποίος γράφει ότι η δημιουργική δραστηριότητα των ενηλίκων έχει πολλές ομοιότητες με το παιχνίδι. Και οι δυο πηγάζουν από τη φαντασία, τις διατρέχει η κλωστή της επιθυμίας, η οποία συνδέει το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον, δεν αναγνωρίζουν την εξωτερική πραγματικότητα αλλά ταυτόχρονα την αναδιατάσσουν για να γίνει ευχάριστη.

Για τον Winnicott *"Η ψυχοθεραπεία λαμβάνει χώρα στην επικάλυψη δυο περιοχών του παιχνιδιού, εκείνης του ασθενούς και εκείνης του θεραπευτή. Η ψυχοθεραπεία έχει να κάνει με δυο άτομα που παίζουν μαζί. Η φυσική συνέπεια αυτού είναι ότι όπου το παιχνίδι δεν είναι δυνατόν τότε η εργασία που γίνεται από τον θεραπευτή κατευθύνεται προς το να φέρει τον ασθενή από μια κατάσταση που δεν είναι σε θέση να παίξει σε μια κατάσταση να είναι σε θέση να παίξει"* (Winnicott, 1971: σελ.54).

Ο Winnicott γράφει: *"Το παιχνίδι είναι μια εμπειρία, πάντοτε μια δημιουργική εμπειρία και είναι μια εμπειρία στο συνεχές του χώρου-χρόνου, μια βασική μορφή του ζην"* (Winnicott, 1971: σελ.50).

3.3 Οι ρόλοι του θεραπευτή στην παιγνιοθεραπεία

Ο παιγνιοθεραπευτής και το παιδί/έφηβος συναντιούνται για να παίξουν και όταν παίζουν, ορίζεται ο φυσικός χώρος για το παιχνίδι.

Αυτός ο φυσικός χώρος πρέπει να οριστεί, είτε πρόκειται για δωμάτιο παιχνιδιού είτε για ένα χαλί ή για μια γωνία της βιβλιοθήκης του σχολείου, είτε το κρεβάτι ενός νοσοκομείου και πρέπει να καθοριστούν τα όριά του. Όταν ορίζεται από το θεραπευτή και το παιδί ο φυσικός χώρος του παιχνιδιού, τότε αυτός, με το που ονομάζεται «χώρος του παιχνιδιού», μετασχηματίζεται αυτόματα, γιατί εκεί μπορούν να δημιουργηθούν φανταστικοί κόσμοι, που είναι αισθητικά ευχάριστοι.

Σ' αυτόν το χώρο του παιχνιδιού το παιδί μπορεί να εξερευνήσει ένα φανταστικό κόσμο ελεύθερο από τους περιορισμούς της πραγματικότητας στην οποία ζει. Δεν υπάρχουν συμπτώσεις ούτε εμπόδια στη δημιουργία του κόσμου αυτού. Εκεί το παιδί μπορεί να αναπτύξει νέα νοήματα για τον εαυτό του, ελεύθερο από τις πιέσεις της πραγματικής του ιστορίας.

Το έργο του θεραπευτή είναι να εισαγάγει αυτόν τον κόσμο και να τον διατηρήσει για το παιδί, να κρατήσει τα όριά του και να διαφυλάξει την ασφάλεια του χώρου του παιχνιδιού.

Για να διατηρήσει τον κόσμο αυτό, ο θεραπευτής πρέπει να ξέρει να παίζει με παιδιά. Χρειάζεται φαντασία στην επιλογή παιχνιδιών και αντικειμένων που θα αποτελέσουν ερεθίσματα για το παιδί, ώστε να είναι κατάλληλα για τα θέματα που πιθανόν να παρουσιαστούν. Πρέπει να ξέρει να υποδέχεται ρόλους και να συμμετέχει στο δραματικό παιχνίδι, αλλά και να είναι σε θέση να δείξει στο παιδί πώς να αποκτήσει αυτές τις δεξιότητες για το παιχνίδι.

3.3.1 Η σχέση παιδιού-θεραπευτή

Περιγράφοντας το ρόλο του θεραπευτή στην ομαδική ψυχοθεραπεία ο Yalom (1975), δηλώνει ότι, ανεξάρτητα από την επιλογή της τεχνικής που θα χρησιμοποιηθεί, πάντα πρέπει να αναπτύσσεται μια σταθερή, θετική σχέση ανάμεσα στον πελάτη και το θεραπευτή. Αναφέρει ότι ο ασθενής θα πρέπει να θεωρείται σε απόλυτο βαθμό συνεργάτης στο θεραπευτικό εγχείρημα (Yalom, 1975).

Περιγράφηκε επίσης η σχέση ανάμεσα στον ενήλικο πελάτη και το θεραπευτή, από τον Yalom, αλλά είναι εξίσου σημαντικό ο παιγνιοθεραπευτής να θεωρεί το παιδί/έφηβο συνεργάτη και να είναι σαφές ότι το θεραπευτικό ταξίδι ανήκει στο παιδί.

Αν ο ρόλος του θεραπευτή είναι να διευκολύνει το δημιουργικό παιχνίδι και όταν αυτό είναι απαραίτητο, να μοιραστεί πράγματα με το παιδί μέσα στο παιχνίδι, τότε ο θεραπευτής πρέπει να δημιουργήσει μια άνετη σχέση με το παιδί, να μοιραστεί μαζί του αμφιβολίες και αβεβαιότητες, να παραδεχτεί τα «τρομακτικά πράγματα». Ο Yalom αυτό το αποκαλεί «διαφάνεια του θεραπευτή».

Το μοντέλο του θεραπευτή ως ανώτερου όντος δεν είναι κατάλληλο αν θέλουμε το παιδί να εξερευνήσει μέσω του παιχνιδιού τον κόσμο του και να βγάλει νόημα από αυτόν. Ο Yalom θεωρεί ότι αυτό είναι το παλιό, εξουσιαστικό μοντέλο του ιατρικού θεραπευτή, ο οποίος συντηρούσε την επιθυμία του βασανισμένου ανθρώπινου όντος να βοηθηθεί από ένα ανώτερο ον.

Όταν εγκαταλείπεται αυτός ο παραδοσιακός ρόλος, αφαιρείται το μυστήριο από την διαδικασία κατά την οποία αναπτύσσεται η σχέση

ανάμεσα στο θεραπευτή και τον πελάτη και έτσι επιταχύνεται η αυτονομία του πελάτη/παιδιού.

Το παιδί δυσκολεύεται να παίξει μπροστά στο θεραπευτή αν αισθάνεται ότι το παιχνίδι του θα γίνει αντικείμενο σχολαστικής ανάλυσης από το θεραπευτή για κάποιον από τους λόγους που έχουν οι ενήλικες και που είναι ξένοι με τους λόγους για τους οποίους παίζουν τα παιδιά. Αν συμβεί αυτό, το παιδί δυσκολεύεται να παίξει επειδή αισθάνεται ότι το κρίνουν και όχι ότι το υποστηρίζουν.

Αναφέρει ότι η βασική αρχή για επιτυχημένη θεραπεία είναι η υπευθυνότητα. Ο υπεύθυνος θεραπευτής δεν προβάλλει τον εαυτό του ως ανώτερο ον, αλλά αποδέχεται τις αμφιβολίες και τις αβεβαιότητες. Ωστόσο, γνωρίζει το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού και προσφέρει επιπλέον φροντίδα για τη σωματική ακεραιότητα και τη συναισθηματική σταθερότητα του παιδιού.

Στην παιγνιοθεραπεία που έχει επίκεντρο το παιδί, η Janet West περιγράφει τέσσερα επίπεδα θεραπευτικής αλληλεπίδρασης (West, 1992):.

-Το επίπεδο I καλύπτει τη φυσική παρουσία του θεραπευτή, τη μη λεκτική επικοινωνία και τις απλές φράσεις που απλώς περιγράφουν ή αντανακλούν τι κάνει το παιδί. Το κύριο έργο στο επίπεδο αυτό είναι η παρακολούθηση και η εστίαση στον τρόπο με τον οποίο επικοινωνεί το παιδί.

-Οι δεξιότητες του επιπέδου II προχωρούν περισσότερο, για να βοηθήσουν το παιδί να εντοπίσει δηλώσεις, πράξεις και συναισθήματα και ο θεραπευτής μέσω της επανάληψης, της παράφρασης, των περιλήψεων και της ενίσχυσης προσπαθεί να αναπτύξει περισσότερο κάτι που έχει ειπωθεί ή έχει γίνει.

-Στο επίπεδο III ο θεραπευτής ανταποκρίνεται δίνοντας ερμηνείες σε τρίτο πρόσωπο, όπως «μερικά κοριτσάκια...», «μερικές φορές τα παιδιά νιώθουν..».

-Το επίπεδο IV είναι το πεδίο της άμεσης ερμηνείας, που γίνεται συνήθως με τρόπο προσεκτικό και βασίζεται σε αυτό που βλέπει, συμπεραίνει ή αισθάνεται ο παιγνιοθεραπευτής. Στο επίπεδο αυτό, ο παιγνιοθεραπευτής λαμβάνει υπόψη του τον κόσμο του παιδιού, αλλά τον προσεγγίζει από διαφορετική σκοπιά και με προσοχή επιχειρεί να φέρει στην επιφάνεια αυτό που θα μπορούσε να κρύβεται πίσω από τη συμπεριφορά του παιδιού.

Αυτά τα επίπεδα αλληλεπίδρασης που περιγράφονται από την West υπάρχουν για το θεραπευτή που δουλεύει πιο άμεσα στο πλαίσιο της συμβολικής φαντασίας και του δραματικού παιχνιδιού του παιδιού. Στο συγκεκριμένο μοντέλο:

-Το επίπεδο I είναι ο τρόπος με τον οποίο ο θεραπευτής αρχίζει να θεμελιώνει τη σχέση ανάμεσα στον ίδιο και το παιδί σε κοινωνικό πλαίσιο και διατηρεί το παιδί ασφαλές μέσα στο χώρο του παιχνιδιού. Όταν συναντά και χαιρετά το παιδί, αυτή η παρακολούθηση και η ακρόαση αποτελούν την αρχή της διαπραγμάτευσης για το είδος του παιχνιδιού που θέλει το παιδί.

-Τις δεξιότητες του επιπέδου II ο θεραπευτής τις χρησιμοποιεί όταν το παιδί παίρνει αποφάσεις σχετικά με το παιχνίδι και την επεξεργασία των ιστοριών και του υλικού και το υποστηρίζει στη διαμόρφωση του παιχνιδιού.

-Οι δεξιότητες του επιπέδου III αποτελούν τον πυρήνα της επεξεργασίας που πραγματοποιείται στο μοντέλο της θεραπείας μέσω της τέχνης και η διερεύνηση του νοήματος γίνεται πάντα μέσα από τους φανταστικούς

χαρακτήρες και τις δομές του παιχνιδιού που παρουσιάζει το παιδί. –Οι δεξιότητες του επιπέδου VI ενσωματώνονται σε αυτές του επιπέδου III, επειδή οι ερμηνείες γίνονται μέσω των εικόνων και των χαρακτήρων που παρουσιάζονται στο παιχνίδι και όχι με αναφορά στην αληθινή ζωή του παιδιού.

Ο κόσμος του παιδιού δημιουργεί απόσταση τοποθετώντας την εμπειρία σε διαφορετικό χρονικό και τοπικό πλαίσιο. Μέσω της φαντασίας που επιστρατεύεται στο παιχνίδι το παιδί λέει την αλήθεια σχετικά με τις πραγματικές συνθήκες της ζωής του, και έτσι ο θεραπευτής τοποθετεί τις ερμηνείες μέσα στο φανταστικό κόσμο που έχει δημιουργήσει το παιδί.

Ο Winnicott (1974) όρισε τον ψυχικό χώρο ανάμεσα στο παιδί και το θεραπευτή ως ένα μεταβατικό χώρο, ως το δυνητικό χώρο ανάμεσα στο παιδί και τη μητέρα.

Περιέγραψε την ανάπτυξη του παιχνιδιού ως μια ακολουθία σχέσεων με τον αντικειμενικό κόσμο, στον οποίο η μητέρα έχει ιδιαίτερους ρόλους. Είναι εκεί για να ανταποδώσει αυτό που της δίνει το νήπιο, να εναρμονιστεί με το παιχνίδι του μωρού, να δείξει ευαισθησία σε ό,τι αρέσει και σε ό,τι δεν αρέσει στο παιδί και να μυήσει το παιδί σε καινούργια πράγματα. Ένας ενήλικας με στάση συμπάθειας, ο οποίος μπορεί να ανταποκριθεί σε αυτές τις θεραπευτικές ανάγκες του παιδιού, μπορεί να διευκολύνει την ανάπτυξη του Εγώ. Αυτό σημαίνει ότι ο ρόλος του θεραπευτή πρέπει να είναι ρόλος ενός στοργικού γονιού και ότι το ταξίδι του παιδιού θα γίνει από την εξάρτηση στον αποχωρισμό, μέσα από την αναγνώριση του τι σημαίνει «Εγώ» και «όχι Εγώ».

Στο μοντέλο θεραπείας μέσω της τέχνης, η εξερεύνηση του Εγώ και «όχι Εγώ» γίνεται μέσα από το παιχνίδι με αντικείμενα, και ειδικά με το παιχνίδι ταξινόμησης και σχηματοποίησης.

Οι μελέτες του Bowlby (1969, 1973, 1980) σχετικά με τη σχέση βρέφους-γονιού προσφέρουν ένα άλλο μοντέλο για τη διαδικασία της θεραπείας και το ρόλο του θεραπευτή. Η δική του θεωρία για την προσκόλληση βασίζεται σε τέσσερις προτάσεις:

- Διατήρηση της εγγύτητας: Για να επιβιώσει ένα βρέφος, χρειάζεται να διατηρήσει την εγγύτητα με το γονιό ή με κάποιον ενήλικα που το φροντίζει.

- Αυτή η συμπεριφορά αναζήτησης της εγγύτητας απαιτεί ανταπόδοση της φροντίδας εκ μέρους του ενήλικα μέσω της παροχής τροφής, ζεστασιάς και προστασίας.

- Το παιδί θα κινηθεί προς την ανεξαρτησία, πράγμα που σημαίνει μια τάση για εξερεύνηση και χρήση του περιβάλλοντός του.

- Προκειμένου να εξερευνήσει και να χρησιμοποιήσει το περιβάλλον του, το παιδί θα χρειαστεί να αναπτύξει ένα εσωτερικό μοντέλο εργασίας, που να βασίζεται σε μια αρκετά σαφή εικόνα του εξωτερικού κόσμου και στη συνειδητοποίηση των δικών του αναγκών, επιθυμιών και δυνατοτήτων.

Καθένα από τα στοιχεία του μοντέλου εξαρτάται από τα υπόλοιπα επειδή η λειτουργία του ενός απαιτεί τη λειτουργία και των άλλων των υπολοίπων. Για παράδειγμα, αν η παροχή φροντίδας είναι ικανοποιητική, η εξερευνητική συμπεριφορά θα αυξηθεί. Αν το σύστημα είναι σε ισορροπία, το παιδί θα καταφέρει να εξερευνήσει το περιβάλλον με ασφάλεια.

Για να αναπτυχθεί ένα μοντέλο εργασίας για το περιβάλλον, οι εσωτερικές συνθήκες και οι ικανότητες που θα διευκολύνουν την αντίληψη και τη μάθηση πρέπει να λειτουργούν αρκετά καλά. Αν συμβαίνει αυτό, κάθε εμπειρία και εξερεύνηση ενσωματώνεται στο εσωτερικό μοντέλο εργασίας. Αυτό αποτελεί το θεμέλιο της προσωπικότητας, της συμπεριφοράς και των μηχανισμών άμυνας του παιδιού.

Ο ρόλος του θεραπευτή στο μοντέλο αυτό είναι βοηθητικός. Πρέπει να είναι το άτομο που προσφέρει συνοχή και διευκολύνει την εξερεύνηση που χρειάζεται να κάνει το παιδί για να αναπτύξει περισσότερο το εσωτερικό του μοντέλο για τον εξωτερικό κόσμο και να αποκτήσει σαφή αίσθηση της ταυτότητάς του μέσα στον κόσμο αυτό. Το παιδί θα βιώνει τον ψυχικό πόνο όταν το εσωτερικό μοντέλο που έχει αναπτύξει δεν μπορεί να αντεπεξέλθει στις υπάρχουσες συνθήκες.

Αυτό το μοντέλο είναι πολύ δυνατό για το παιγνιοθεραπευτή που θέλει να αναπτύξει το δημιουργικό παιχνίδι του παιδιού. Ο θεραπευτής μπορεί να αναπτύξει το μοντέλο ενός ενήλικα με συνέπεια στη συμπεριφορά, που κρατάει τα όρια, ενώ παρέχει φροντίδα στο παιδί και ταυτόχρονα προσφέρει την ευκαιρία για εξερεύνηση μέσω της χρήσης παιχνιδιών, αντικειμένων και δραματικού παιχνιδιού. Αυτά αποτελούν δυνατές δομές για να βοηθηθεί το παιδί να βγάλει κάποιο νόημα μέσω της μορφοποίησης και της δημιουργίας φανταστικών κόσμων, ενώ μέσω της ανάληψης ρόλων μπορεί επίσης να αναπτύξει μια πιο ξεκάθαρη αίσθηση ταυτότητας.

Το δραματικό παιχνίδι ιδιαίτερα, μέσω της ερμηνείας χαρακτήρων που αφηγούνται την ιστορία τους και κάνουν το ταξίδι τους, μπορεί να βοηθήσει το παιδί να κατανοήσει τα συναισθήματα που βιώνει αυτός ο

φανταστικός χαρακτήρας ο οποίος χάνει κάποιον τον οποίο χρειάζεται για να τον φροντίσει. Δημιουργείται όμως αρκετή απόσταση ανάμεσα στο φανταστικό κόσμο και την πραγματικότητα του παιδιού, προκειμένου αυτός ο κόσμος να είναι ένα ασφαλές μέρος για την αναζήτηση νοήματος. Σε αυτόν τον αμφιταλαντευόμενο, εναλλασσόμενο κόσμο το Εγώ είναι το «όχι Εγώ». Ο φόβος να κατακλυστεί κανείς από το συναίσθημα μπορεί να περιοριστεί εφόσον ο θεραπευτής έχει θέσει σαφή όρια.

Ο Ο' Connor μελετά το ρόλο του θεραπευτή μέσω της μη συμβατικής (δηλαδή της μη ψυχαναλυτικής) περιγραφής του σχετικά με τη μεταβίβαση που λαμβάνει χώρα κατά την διάρκεια της παιγνιοθεραπείας. Ο όρος «μεταβίβαση» περιλαμβάνει γενικά όλα τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις συμπεριφορές που είτε ο πελάτης είτε ο θεραπευτής έχουν στη θεραπευτική συνεδρία, με την πεποίθηση ότι κανείς δεν μπορεί να απομονώσει τον εαυτό του από τα παλιά του βιώματα και ότι κάθε βίωμα που έχει ένα άτομο στο παρόν είναι στενά συνυφασμένο με καθετί που έχει συμβεί στο παρελθόν (Ο' Connor, 1991).

Ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει επίγνωση της επίδρασης που έχει το παρελθόν του στον τρόπο που αυτός λειτουργεί στο παρόν. Η συνειδητοποίηση αυτή θα πρέπει να συνοδεύεται και από την ικανότητα να χρησιμοποιεί αυτό που έχει μάθει από το παρελθόν για να δουλέψει στο παρόν. Ο στόχος της θεραπείας είναι η δημιουργία αυτού του τύπου συνειδητοποίησης στον πελάτη.

Ο Ο' Connor θεωρεί τη μεταβίβαση έννοια ευρύτατη. Θεωρεί ότι η μεταβίβαση δεν είναι μόνο συναισθήματα, σκέψεις και συμπεριφορές που εκφράζει το παιδί μέσα στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης, αλλά

και ότι σχετίζεται με τη θεραπευτική αλληλεπίδραση ανάμεσα στο παιδί και το θεραπευτή και το περιβάλλον του παιδιού. Αυτό σημαίνει ότι μεταβίβαση από την πλευρά του παιδιού συμβαίνει επίσης όταν αυτό αντιδρά σε γεγονότα μέσα στο περιβάλλον του με τρόπο ανάλογο με τα θέματα που προκύπτουν στη θεραπεία.

Με τον ίδιο τρόπο η αντιμεταβίβαση αναφέρεται στα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις συμπεριφορές που έχει ο θεραπευτής στις αλληλεπιδράσεις του με το περιβάλλον του παιδιού, είτε πρόκειται για τα άτομα που φροντίζουν το παιδί, τους δασκάλους, τον κοινωνικό λειτουργό, είτε για οποιονδήποτε άλλο. Οι περισσότεροι παιγνιοθεραπευτές αναπόφευκτα δεν μπορούν να μην έχουν σχέση με το περιβάλλον του παιδιού και αυτό κάνει δύσκολο τον καθορισμό σαφών ορίων και πολύ σύνθετη την προσπάθεια για διατήρησή τους.

Ο O' Connor προσδιορίζει τρεις παράγοντες που καθορίζουν τη σχέση του παιγνιοθεραπευτή με τον πελάτη του:

- Πρώτον, το επίπεδο της εκπαίδευσης και της εξειδίκευσης που μπορεί να διαθέτει ο θεραπευτής. Ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει επίγνωση των ορίων της γνώσης του.

- Δεύτερον, ο θεραπευτής θα πρέπει να ανακοινώσει το χρόνο που μπορεί να αφιερώσει, εφόσον η δουλειά του μπορεί να οριστεί από το χρόνο που έχει διαθέσιμο.

- Τρίτον, ο θεραπευτής θα πρέπει να αναγνωρίζει τα προσωπικά του όρια. Είναι καλύτερα αν ο θεραπευτής μπορεί να ορίσει τον τύπο της εργασίας με το οποίο αισθάνεται πιο άνετα. Ό,τι και αν προτιμά, πρέπει να γνωρίζει πότε θα πει όχι.

Ο Landy (1992a) αναφέρει ότι η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση ορίζουν με συμβολικούς όρους τη σχέση αυτή ανάμεσα σε δυο

πρόσωπα, καθένα από τα οποία φέρνει στη σχέση αυτή έναν κόσμο που περιέχει τους παλιούς δεσμούς του. Αυτούς τους κόσμους εξερευνούν μαζί ο πελάτης και ο θεραπευτής. Ο θεραπευτής μέσω της τέχνης χρησιμοποιεί ποικιλία συμβολικών μέσων για να εξερευνήσει αυτούς τους κόσμους.

Μια από τις πτυχές του παιχνιδιού φανταστικών ρόλων με το παιδί είναι ότι έτσι μπορεί να κάνει μεταβιβάσεις στους χαρακτήρες που παίζει τόσο το ίδιο όσο και ο θεραπευτής ως μέρος μιας δραματικής μεταφοράς. Αν το παιδί αντιλαμβάνεται εμένα ως την «κακή μητέρα» και μου ζητά να παίξω το ρόλο της μάγισσας στο παραμύθι του Χανς και την Γκρέτελ, τότε η μεταβίβασή του γίνεται ανοιχτά. Μόλις όμως εγώ πάρω το ρόλο της μάγισσας δίνω στο παιδί το μήνυμα ότι μπαίνω σε έναν κόσμο «σαν αληθινό» και παίζω ένα συμβολικό ρόλο. Καθώς το παιδί μπαίνει επίσης σε αυτόν τον «σαν αληθινό» κόσμο, ως Γκρέτελ, μπορεί να εκφράσει το φόβο και το θυμό για τη μάγισσα μέσα στην ασφάλεια που προσφέρει η γνώση ότι βρίσκεται μέσα στα όρια του φανταστικού κόσμου που έχουμε δημιουργήσει.

Παρ' όλα αυτά, οι φανταστικοί χαρακτήρες περιέχουν τόσο αυτό που είμαστε όσο και αυτό που δεν είμαστε, γιατί είναι, ο θεραπευτής που παίζει το ρόλο της μάγισσας. Δέχεται το ρόλο που του δίνει το παιδί, το οποίο τον βιώνει μέσα σε αυτόν το ρόλο, στη συνέχεια όμως, καθώς βγάζει τη μάσκα του ρόλου, τον βιώνει και πάλι ως θεραπευτή. Ο θεραπευτής από την άλλη βλέπει το παιδί ως Γκρέτελ και τη βλέπει μέσα στη σχέση της με τη μάγισσα. Στη συνέχεια βγάζει τη μάσκα της Γκρέτελ και επανεμφανίζεται το παιδί.

Είναι σημαντικό ο θεραπευτής που δουλεύει με δημιουργικά μέσα να μην κάνει υποθέσεις σχετικά με το ρόλο που του ζητά το παιδί να

παίζει. Αν ένα παιδί ζητήσει στο θεραπευτή να παίξει μια μάγισσα, αυτό δε σημαίνει πάντα ότι έχει κάνει σε αυτόν τη μεταβίβαση της «κακής μητέρας». Η ερμηνεία των νοημάτων εγκυμονεί κινδύνους και μπορεί να ακυρώσει όλες τις άλλες συμβολικές σημασίες που έχει ο ρόλος για ένα παιδί. Είναι σημαντικό για την ανάπτυξη της δημιουργικής φαντασίας να είναι κανείς ανοιχτός απέναντι στη σημασία μιας συγκεκριμένης δραματοποίησης ή ενός παιχνιδιού. Υπάρχουν πολλά επίπεδα σε ένα ρόλο και πολλές σημασίες σε ένα χαρακτήρα.

Το συναρπαστικό στοιχείο της δημιουργικότητας έγκειται στην έκφραση της αβεβαιότητας και ο θεραπευτής δε θέλει να αναπαραγάγει αυτή την ασφυκτική γονική βεβαιότητα σχετικά με ένα απώτερο νόημα, η οποία καταστρέφει τα αλληπάλληλα στρώματα του νοήματος που μπορούν να βγουν στην επιφάνεια κατά την ερμηνεία ενός ρόλου. Τα νοήματα μπορεί να αλλάξουν. Σήμερα η μάγισσα είναι σκληρή, αύριο συμπονετική.

3.4 Σε ποιους απευθύνεται η παιγνιοθεραπεία

Η Παιγνιοθεραπεία εφαρμόζεται στην πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία των παιδιών προσχολικής, σχολικής και πρώτης εφηβικής ηλικίας. Μέσω της παιγνιοθεραπείας και μέσω ειδικών παρεμβάσεων διασαφηνίζονται κάποιες ερμηνείες για τη ζωή του παιδιού. Αν χρειάζεται αυτές διευρύνονται, τροποποιούνται, εξαλείφονται ή και επανοργανώνονται. Ενδείκνυται για μια πληθώρα προβλημάτων στο συναίσθημα ή τη συμπεριφορά και είναι επιστημονικώς αποδεδειγμένο ότι επιφέρει θετικά αποτελέσματα σε παιδιά που:

- που έχουν βιώσει τραυματικές ή δραστικές αλλαγές στη ζωή τους, π.χ. διαζύγιο γονιών ή απώλεια αγαπημένων προσώπων,
 - που έχουν βιώσει φυσικές καταστροφές,
 - που έχουν υποστεί φυσική, συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση,
 - με ψυχικά τραύματα,
 - υιοθετημένα ή προς υιοθεσία,
 - με άρρωστους γονείς,
 - με χρόνιες ή σοβαρές ασθένειες,
 - που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο,
- αλλά και με
- πρόβλημα υπερκινητικότητας,
 - κρίσεις θυμού,
 - επιθετικότητα ή ζήλια,
 - άγχος αποχωρισμού,
 - φοβίες ή σχολική φοβία,
 - διαταραχές ύπνου ή όρεξης,
 - χαμηλή αυτοπεποίθηση,
 - χαμηλή κοινωνικότητα ή εσωστρέφεια,
 - διαταραχές συμπεριφοράς,
 - συναισθηματικές διαταραχές.

3.5 Τεχνικές παιγνιοθεραπείας για νοσηλευόμενα παιδιά

3.5.1 Η εφαρμογή και οι μέθοδοι της παιγνιοθεραπείας

Η θέση του παιχνιδιού και των στοιχείων παιγνιοθεραπείας στις ψυχαναλυτικές θεωρίες καλύφθηκε στην ενότητα 3.2 παραπάνω. Ωστόσο, η παιγνιοθεραπεία, αν και, όπως αναφέρθηκε, χρησιμοποιήθηκε συστηματικά για πρώτη φορά από τον Freud και διάφορους διαδόχους του, δεν είναι αποκλειστικά ψυχαναλυτική μέθοδος.

Η παιγνιοθεραπεία μπορεί να χωριστεί με βάση τις μεθόδους που ακολουθεί σε δύο βασικούς τύπους: μη-κατευθυντική και κατευθυντική. Στην μη-κατευθυντική τα παιδιά ενθαρρύνονται να καταλήξουν στις δικές τους λύσεις για προβλήματα μέσω του παιχνιδιού, ενώ στην κατευθυντική είναι πιο δομημένη και περιλαμβάνει περισσότερη καθοδήγηση από τον θεραπευτή, ο οποίος βοηθάει το παιδί να αντιμετωπίσει τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες του μέσω του παιχνιδιού (Ray, 2011).

Η μη-κατευθυντική θεραπεία είναι περισσότερο ψυχοδυναμική στην προέλευση και τον τρόπο λειτουργίας της, αν και έχει σημαντικές επιρροές από την μη-κατευθυντική ανθρωπιστική θεραπεία του Carl Rogers. Η κατευθυντική είναι περισσότερο γνωστική-συμπεριφορική στην λογική και τον τρόπο εφαρμογής της. Ωστόσο, ο διαχωρισμός σε μη-κατευθυντική και κατευθυντική παιγνιοθεραπεία δεν είναι αυστηρός και αναφέρεται περισσότερο στην λογική και την μέθοδο με την οποία εφαρμόζεται η θεραπεία. Όλες οι τεχνικές παιγνιοθεραπείας μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε γενικές γραμμές και με τις δύο μεθόδους, και αυτό που αλλάζει είναι περισσότερο το αν ο τρόπος εφαρμογής τους θα είναι δομημένος και κατευθυνόμενος από τον θεραπευτή ή πιο ελεύθερος (Schaefer & Reid, 2004).

Αντίστοιχα, οι τεχνικές παιγνιοθεραπείας δεν λειτουργούν με αυστηρό τρόπο, ακόμη και στις περιπτώσεις όπου χρησιμοποιούνται στα πλαίσια αυστηρά δομημένων μοντέλων όπως το γνωστικό-συμπεριφορικό. Πολλές διαφορετικές τεχνικές παιγνιοθεραπείας έχουν επινοηθεί και εφαρμοστεί, και συνήθως ο κάθε θεραπευτής αναπτύσσει ή προσαρμόζει τις δικές του όπως βολεύουν τον ίδιο και τα παιδιά με τα οποία δουλεύει (Ray, 2011), ενώ όλες πηγάζουν από την ίδια βασική λογική που αναλύθηκε παραπάνω (στην ενότητα 3.1 και τις επόμενες) και αποτελούν παραλλαγές της.

Κατά συνέπεια δεν υπάρχουν στην διαθέσιμη βιβλιογραφία «εξειδικευμένες» τεχνικές αποκλειστικά για νοσηλευόμενα παιδιά. Υπάρχουν έρευνες που έχουν επιχειρήσει να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα της παιγνιοθεραπείας σε νοσηλευόμενα παιδιά (οι οποίες θα αναφερθούν στην παρακάτω ενότητα) αλλά οι τεχνικές παιγνιοθεραπείας που χρησιμοποιούνται σε αυτές τις παρεμβάσεις κατά κανόνα είναι γενικές τεχνικές παιγνιοθεραπείας επιλεγμένες έτσι ώστε να βελτιώσουν περιοχές της λειτουργικότητας των παιδιών οι οποίες πλήττονται από την νοσηλεία τους (κυρίως να καταπολεμήσουν την κατάθλιψη και το άγχος), και επίσης έτσι ώστε να ταιριάζουν στις ιδιαιτερότητες και τους περιορισμούς του νοσοκομειακού περιβάλλοντος (Webb, 1995).

Έτσι, σε αυτή την ενότητα θα παρουσιαστούν αρχικά κάποιες γενικές μέθοδοι παιγνιοθεραπείας, στην συνέχεια μία σειρά από τεχνικές που είναι κατάλληλες για εφαρμογή σε νοσηλευόμενα παιδιά, και τέλος μια σειρά από αρχές που μπορούν να ακολουθηθούν για την

αποτελεσματικότερη εφαρμογή της παιγνιοθεραπείας σε νοσηλευόμενα παιδιά.

Η κλασική μέθοδος παιγνιοθεραπείας είναι η παιγνιοθεραπεία στην άμμο, την οποία ανέπτυξε και διέδωσε η Margaret Lowenfeld το 1929 (Schaefer & Reid, 2004). Η λογική της μεθόδου είναι ψυχαναλυτική και βασίζεται στο ότι παίζοντας ελεύθερα σε ένα τεχνητό σκάμμα με την ίδια την άμμο και με διάφορα συνοδευτικά αντικείμενα και παιχνίδια, διευκολύνεται η θεραπευτική διαδικασία και εξυγιαίνεται το υποσυνείδητο του παιδιού. Σε αυτή, την ψυχαναλυτική και μη-κατευθυντική εφαρμογή, το παιδί δέχεται λίγες οδηγίες και παίζει ελεύθερα, με ελάχιστη ή καθόλου «λεκτική» θεραπεία με τον θεραπευτή (Hale, 2000).

Το πρωτόκολλο της μη-κατευθυντικής παιγνιοθεραπείας στην άμμο βασίζεται στην σημασία της μη-λεκτικής παιγνιοθεραπείας. Το παιδί φτιάχνει σχήματα με την άμμο και τοποθετεί μία σειρά από φιγούρες και αντικείμενα σε θέσεις της επιλογής του μέσα στο σκάμμα. Μετά την ολοκλήρωση του παιχνιδιού το παιδί μπορεί να μιλήσει στον θεραπευτή για την παράσταση που δημιούργησε, ενώ σε επόμενες συνεδρίες ο θεραπευτής μπορεί να παρέχει ερμηνείες. Σύμφωνα πάντα με την ψυχαναλυτική θεωρία, στην παιγνιοθεραπεία στα πλαίσια της οικογενειακής θεραπείας, τα όρια του σκάμματος μπορούν να λειτουργήσουν ως συμβολισμοί για τους περιορισμούς εντός της οικογένειας (Hale, 2000).

Η παιγνιοθεραπεία στην άμμο μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί και κατευθυντικά, χωρίς το αυστηρό πρωτόκολλο της ψυχαναλυτικής προσέγγισης. Σε αυτή την περίπτωση το παιχνίδι στην άμμο

συνδυάζεται με συχνή λεκτική θεραπεία στην οποία ο ρόλος του θεραπευτή είναι ιδιαίτερα σημαντικός καθώς ρωτάει το παιδί σχετικά με το σκάμμα και την διαρρύθμισή του, του προτείνει να αλλάξει την διαρρύθμιση της άμμου και των αντικειμένων, ή το ρωτάει γιατί διάλεξε να χρησιμοποιήσει συγκεκριμένα αντικείμενα σε συγκεκριμένες θέσεις (Harter, 1977).

Επίσης, στα πλαίσια της ψυχαναλυτικής προσέγγισης στην παιγνιοθεραπείας, η χρήση παιχνιδιών είναι ιδιαίτερα δημοφιλής μέθοδος καθώς θεωρείται ότι τα παιδιά μπορούν να εκφράσουν τα αισθήματά τους προς τον εαυτό τους καλύτερα μέσω του παιχνιδιού απ' ό,τι με λεκτικούς τρόπους. Η χρήση των παιχνιδιών ενθαρρύνει το δραματικό παιχνίδι ή τους δημιουργικούς συνειρμούς, οπότε διευκολύνει την έκφραση των συναισθημάτων μέσα στην διαδικασία της ψυχαναλυτικού προσανατολισμού παιγνιοθεραπείας. Τα παιχνίδια που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι λούτρινα ζώακια, κούκλες, μαριονέτες, μπογιές και αυτοκίνητα (Lebo, 1955).

Αν και η παιγνιοθεραπεία είναι ψυχαναλυτική μέθοδος στην προέλευσή της, όπως αναφέρθηκε, χρησιμοποιείται επίσης από την γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση, ιδιαίτερα στην κατευθυντική μορφή της. Ο Roger Phillips ήταν ένας από τους πρώτους θεωρητές που πρότεινε τον συνδυασμό της γνωστικής-θεραπευτικής προσέγγισης με την παιγνιοθεραπεία. Αυτός ο συνδυασμός, ο οποίος ενσωματώνει στοιχεία της γνωστικής θεραπείας του Beck στην παιγνιοθεραπεία, επέτρεψε την εφαρμογή της γνωστικής-συμπεριφορικής μεθόδου σε παιδιά μεταξύ δύο και έξι ετών, κάτι που προφανώς δεν ήταν εφικτό νωρίτερα αφού

τα παιδιά αυτής της ηλικίας δεν έχουν αναπτύξει την κατάλληλη γνωστική και λεκτική ικανότητα (Knell, 1998).

Αυτού του είδους η θεραπευτική προσέγγιση βασίζεται στην χρήση παιχνιδιών όπως κούκλες και λούτρινα ζώακια για την αναπαραγωγή γνωστικών στρατηγικών όπως η επίλυση προβλημάτων ή οι μηχανισμοί αντιμετώπισης (coping). Σε αυτή την διαδικασία δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην συμπεριφορά του παιδιού μέσα στο παιχνίδι απ' ότι στις λεκτικές τους διατυπώσεις κατά την διάρκειά του. Μία από τις δημοφιλέστερες μεθόδους για την γνωστική-συμπεριφορική παιγνιοθεραπεία είναι να δημιουργεί το παιδί ιστορίες με τις κούκλες προκειμένου ο θεραπευτής να αλλάζει τους τυχόν δυσπροσαρμοστικούς τρόπους σκέψης του μέσω της αλληλεπίδρασης (Knell, 1998).

3.5.2 Τεχνικές που μπορούν να εφαρμοστούν σε νοσηλευόμενα παιδιά

Μέσα στα πλαίσια των γενικότερων μεθόδων και προσεγγίσεων που αναφέρθηκαν παραπάνω έχουν αναπτυχθεί διάφορες συγκεκριμένες τεχνικές οι οποίες είναι κατάλληλες για εφαρμογή σε νοσηλευόμενα παιδιά. Προφανώς, η μέθοδος της παιγνιοθεραπείας στην άμμο που αναφέρθηκε παραπάνω είναι συνήθως ακατάλληλη για την εφαρμογή σε νοσηλευόμενα παιδιά εξαιτίας των περιορισμών του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Ωστόσο, οι ίδιες αρχές που χρησιμοποιεί η παιγνιοθεραπεία στην άμμο, είτε στην μη-κατευθυντική είτε στην

κατευθυντική εφαρμογή της, είναι κατάλληλες για την εφαρμογή σε πληθυσμούς νοσηλευόμενων παιδιών και αξιοποιούνται από διαφορετικές τεχνικές παιγνιοθεραπείας.

Εδώ πρέπει να αναφερθεί ότι ο λόγος που παρουσιάστηκαν οι γενικές αρχές και μέθοδοι της παιγνιοθεραπείας παραπάνω είναι ότι οι ίδιες οι συγκεκριμένες τεχνικές προκύπτουν απευθείας από αυτές και είναι ουσιαστικά άπειρες στην βιβλιογραφία, καθώς σχεδόν κάθε θεραπευτής ή νοσηλευτής που εφαρμόζει την παιγνιοθεραπεία έχει αναπτύξει τις δικές του, και πολλοί από αυτούς τις έχουν δημοσιεύσει προς διευκόλυνση των συναδέλφων τους. Οι γενικές τεχνικές παιγνιοθεραπείας βασίζονται στην χρήση του παιχνιδιού (όπως κουκλοθέατρο, αλληλεπίδραση ή παιχνίδια ρόλων) με την λογική ότι το παιχνίδι από μόνο του είναι αρκετό για να χαμηλώσει τα επίπεδα άγχους του παιδιού και να βελτιώσει την διάθεσή του. Οι συγκεκριμένες τεχνικές, όμως, βασίζονται στην διεξαγωγή ορισμένων διαδραστικών παιχνιδιών που είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να διδάξουν συγκεκριμένα πράγματα στο παιδί και να στοχεύουν συγκεκριμένες συμπεριφορές και συναισθήματα (Schaefer & Reid, 2004).

Παρακάτω ακολουθεί μια επιλογή συγκεκριμένων τεχνικών που είναι κατάλληλες για νοσηλευόμενα παιδιά. Κοινό τους σημείο είναι ότι όλες τους είναι απλές στην εφαρμογή και δεν απαιτούν εξειδικευμένες δεξιότητες ψυχοθεραπευτή (οπότε μπορούν να εφαρμοστούν και από νοσηλευτές), ούτε δυσεύρετα ή ακριβά υλικά μέσα, και προσφέρονται για εφαρμογή στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

The Feeling Word Game (Kaduson & Schaefer, 1997). Πρόκειται για μία τεχνική που βοηθάει τα παιδιά να μάθουν να εκφράζουν λεκτικά τα

συναισθήματα και τις ανησυχίες τους με έναν ευχάριστο και μη απειλητικό τρόπο, γεγονός που τους επιτρέπει να εκφράζουν και να ελέγχουν τις ανησυχίες και τα άγχη τους, τα οποία πιθανόν να είναι έντονα μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Μέσα από αυτή την τεχνική το παιδί μπορεί να αναφέρει και να συζητήσει ζητήματα και άγχη που προκύπτουν από την νοσηλεία του τα οποία είναι πολύ απειλητικά για να συζητηθούν με πιο ευθύ τρόπο.

Ο θεραπευτής ζητάει από το παιδί να σημειώσει σε μικρά κομμάτια χαρτί τα διαφορετικά συναισθήματα που μπορεί να έχει ένα υποθετικό παιδί της ηλικίας του, βοηθώντας το στην διαδικασία. Έπειτα, ο θεραπευτής αφηγείται μία ιστορία για τον εαυτό του, και καθώς το κάνει, βάζει έναν αριθμό από μάρκες ή πούλια δίπλα στο κατάλληλο συναίσθημα, ανάλογα με την έντασή του, προκειμένου να δείξει στο παιδί ότι κάποιος μπορεί να έχει παραπάνω από ένα συναίσθημα ταυτόχρονα και ότι η έντασή τους μπορεί να ποικίλει. Έπειτα, ο θεραπευτής αφηγείται μια υποθετική ιστορία για το παιδί και το ίδιο το παιδί κάνει την ίδια διαδικασία, τοποθετώντας μάρκες στα χαρτιά με τα συναισθήματα κατά την δική του κρίση. Η διαδικασία συνεχίζεται μέχρι να φτάσει στο κεντρικό ζήτημα και να εκφράσει το παιδί τις ανησυχίες του σχετικά με αυτό.

Beat the Clock (Kaduson & Schaefer, 1997). Πρόκειται για μια τεχνική που είναι σχεδιασμένη έτσι ώστε να βοηθάει τα παιδιά να αυξήσουν την συγκέντρωση και τον αυτοέλεγχό τους και να επικεντρωθούν σε μια συγκεκριμένη δραστηριότητα. Όταν το παιδί επιτυγχάνει τον στόχο λαμβάνει έναν αριθμό από μάρκες ως έπαθλο, οι οποίες στο τέλος της παιγνιοθεραπείας μπορούν να εξαργυρωθούν για κάποιο δώρο. Η

τεχνική είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για παιδιά με διαταραχή έλλειψης προσοχής αλλά μπορεί επίσης να χρησιμεύσει για να εκπαιδευθεί το παιδί να συμμετέχει σε κατά τα άλλα δυσάρεστες ιατρικές διαδικασίες μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Ο συνήθης τρόπος εκτέλεσης της τεχνικής είναι να δίνεται στο παιδί ένας αριθμός από τουβλάκια κατασκευών και με το δέλεαρ του επάθλου που αναφέρθηκε παραπάνω να του ανατίθεται να κατασκευάσει έναν πύργο (ή κάτι άλλο) χωρίς να αποσπαστεί από την διαδικασία, και εντός ενός χρονικού ορίου που μετριέται με ένα απλό χρονόμετρο (π.χ. κουζίνας). Μία εξίσου χρήσιμη παραλλαγή είναι αυτή του Αγάλματος, στην οποία ο στόχος του παιδιού είναι να μείνει ακίνητο μέσα στο συγκεκριμένο χρονικό όριο. Η επιβράβευση και η συμπεριφορική ενίσχυση μαθαίνουν στο παιδί να συνεργάζεται και να επικεντρώνεται σε αυτές τις διαδικασίες, γεγονός που μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμο μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον και στις διάφορες ιατρικές εξετάσεις και διαδικασίες στις οποίες πιθανόν να υποβληθεί.

The Slow Motion Game (Kaduson & Schaefer, 2001). Πρόκειται για άλλη μία τεχνική που επικεντρώνεται στην μάθηση του αυτοελέγχου, και ιδιαίτερα του αυτοελέγχου των σωματικών κινήσεων, οπότε μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμη εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Η τεχνική βασίζεται στην λογική ότι τα παιδιά μαθαίνουν αποτελεσματικότερα πράττοντας. Πολλά δημοφιλή επιτραπέζια, όπως το Jenga, βασίζονται στην ίδια λογική και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη του ίδιου στόχου.

Ο θεραπευτής έχει μία σειρά από κάρτες που απεικονίζουν συγκεκριμένες δραστηριότητες τις οποίες το παιδί πρέπει να αναπαραστήσει σε αργή κίνηση (π.χ. το να παίζει ποδόσφαιρο, ή να λύνει ένα πρόβλημα αριθμητικής στον πίνακα) για την διάρκεια ενός λεπτού την κάθε μία. Ένα χρονόμετρο χρησιμοποιείται για την μέτρηση του χρόνου, και το παιδί ανταμείβεται με μάρκες (που μπορούν να ανταλλαχθούν με παιχνίδια στο τέλος της παιγνιοθεραπείας) για την επιτυχή επίτευξη κάθε δραστηριότητας.

Relaxation Training: Bubble Breaths (Kaduson & Schaefer, 2001).

Πρόκειται για μία ιδιαίτερα χρήσιμη και πρακτική τεχνική χαλάρωσης που έχει ως στόχο να διδάξει στα παιδιά βαθιά και ελεγχόμενη αναπνοή, βοηθώντας τα να αποκτήσουν την συνείδηση της σύνδεσης μυαλού-σώματος. Είναι μία απλή, εύκολη και διασκεδαστική τεχνική που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την μείωση της έντασης, του άγχους και του θυμού στα παιδιά. Ως εκ τούτου, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την μείωση των αρνητικών συναισθημάτων που μπορεί να βιώνει το παιδί στο νοσοκομειακό περιβάλλον, ενώ η μάθηση της ελεγχόμενης αναπνοής και της χαλάρωσης μπορεί να τα μάθει να αντεπεξέρχονται καλύτερα σε διάφορες δυσάρεστες ιατρικές διαδικασίες.

Ο θεραπευτής γεμίζει το δωμάτιο με σαπουνόφουσκες. Τα περισσότερα παιδιά σε αυτή την περίπτωση θα προσπαθήσουν να τις σκάσουν προτού αυτές πέσουν στο πάτωμα. Έπειτα, ο θεραπευτής ζητάει από το παιδί να φτιάξει και αυτό σαπουνόφουσκες, και να προσπαθήσει να φτιάξει μόνο μία, μεγάλη σαπουνόφουσκα. Ως μέρος της διαδικασίας ο θεραπευτής μαθαίνει στο παιδί να παίρνει βαθιές αναπνοές από το στομάχι και να εκπνέει αργά. Με βάση αυτό, ο θεραπευτής εξηγεί στο

παιδί ότι όταν αυτό θυμώνει ή αγχώνεται, ο εγκέφαλος χρειάζεται περισσότερο αέρα. Έτσι, αν αναπνεύσουν βαθιά, ο εγκέφαλος θα δώσει σήμα στην καρδιά να μην χτυπάει τόσο γρήγορα και τα πνευμόνια θα λειτουργήσουν καλύτερα. Αν το παιδί κάνει αυτές τις «αναπνοές σαπουνόφουσκας» όταν νιώθει αγχωμένο ή θυμωμένο, οι αναπνοές θα το βοηθήσουν να προλάβει τις αγχώδεις ή τις θυμωμένες συμπεριφορές. Αυτού του είδους η χαλάρωση μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη μέσα στο αγχογόνο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Worry Can (Kaduson & Schaefer, 1997). Τα παιδιά συχνά ανησυχούν για διάφορα πράγματα τα οποία κρατάνε κλεισμένα μέσα τους καθώς δεν έχουν μάθει να τα εκφράζουν. Αυτές οι ανησυχίες μπορεί να αποτελούν και την ρίζα πολλών από τους φόβους και τις προβληματικές συμπεριφορές τους. Κάτι τέτοιο μπορεί να ισχύει ακόμη περισσότερο σε ένα ιδιαίτερα αγχογόνο περιβάλλον, όπως αυτό του νοσοκομείου. Η συγκεκριμένη τεχνική βοηθάει τα παιδιά να αναγνωρίζουν και να συζητούν τις ανησυχίες τους με τον θεραπευτή ή τους γονείς τους.

Ο θεραπευτής ζητάει από το παιδί να γράψει «τρομακτικά πράγματα» σε ένα κομμάτι χαρτί και να το χρωματίσει με μπογιές, και έπειτα κολλάει το χαρτί γύρω από ένα βάζο ή τενεκεδάκι το οποίο κλείνει, αφήνοντας μόνο μια χαραμάδα στο άνοιγμά του. Μετά, ο θεραπευτής ζητάει από το παιδί να γράψει τις ανησυχίες του σε ξεχωριστά κομματάκια χαρτί και να τα βάλει ένα-ένα μέσα στο βάζο. Ταυτόχρονα, το παιδί μπορεί να μοιραστεί διάφορα πράγματα για τις ανησυχίες του αυτές με τον θεραπευτή.

Party Hats on Monsters (Kaduson & Schaefer, 2001). Πρόκειται για μία τεχνική σχεδίου η οποία βοηθάει τα παιδιά να αντιμετωπίσουν τους

φόβους τους σταδιακά, με έναν μη-απειλητικό και ευχάριστο τρόπο. Η λογική εδώ είναι ότι τα παιδιά νιώθουν πιο άνετα στο να εκφράσουν τους φόβους τους μέσω της ζωγραφικής απ' ότι λεκτικά, και επίσης αν μπορούν να εκφράσουν τους φόβους τους σταδιακά, βήμα προς βήμα, και όχι ξαφνικά. Αυτή η σταδιακή και έμμεση προσέγγιση τα βοηθάει να αναπτύξουν καλύτερα την αυτοπεποίθησή τους και μία αίσθηση κυριαρχίας επάνω στους φόβους τους. Αυτή η τεχνική αποκτά ιδιαίτερη αξία μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον, στο οποίο το παιδί έρχεται αντιμέτωπο με πολλά νέα, άγνωστα και τρομακτικά ερεθίσματα.

Ο θεραπευτής ξεκινάει την δραστηριότητα ζητώντας από το παιδί να ζωγραφίσει κάτι που το κάνει να αισθάνεται χαρούμενο και ασφαλές, όπως μια αγαπημένη δραστηριότητα. Έπειτα, ο θεραπευτής διεξάγει μια ευχάριστη και χαλαρωτική συζήτηση με το παιδί για την συγκεκριμένη δραστηριότητα. Το επόμενο βήμα είναι το παιδί να ζωγραφίσει κάτι που το τρομάζει λίγο ή αποτελεί πηγή φόβου για αυτό, με τερατόμορφο τρόπο. Έπειτα, ο θεραπευτής ζητάει από το παιδί να αλλάξει την ζωγραφιά με τέτοιο τρόπο που να κάνει το φοβούμενο αντικείμενο να φαίνεται λιγότερο τρομακτικό, όπως το να κάνει το τέρας μικρότερο, να του βάλει κάποιο αστείο καπέλο κλπ. Καθώς το παιδί τροποποιεί την ζωγραφιά ο θεραπευτής σχολιάζει ότι όταν τα παιδιά αλλάζουν την ζωγραφιά στο χαρτί και την κάνουν λιγότερο τρομακτική, η ίδια διεργασία συμβαίνει στο μυαλό τους και αλλάζουν την νοητική εικόνα, με αποτέλεσμα να φοβούνται λιγότερο.

The Power Animal Technique (Kaduson & Schaefer, 2001). Τα νοσηλευόμενα παιδιά βρίσκονται ξαφνικά σε ένα αγχογόνο περιβάλλον και μία δύσκολη κατάσταση που μπορεί να πλήξει την αυτοπεποίθησή

τους και να τα βάλει σε δύσκολη θέση να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Αυτή η τεχνική έχει ως στόχο την βελτίωση της αυτοπεποίθησης των παιδιών και των δεξιοτήτων τους να αντεπεξέρθουν στην κατάσταση της νοσηλείας, επιτρέποντάς τους να αναπτύξουν τις ικανότητες και τις δεξιότητες που επιθυμούν με έναν ευχάριστο και διασκεδαστικό τρόπο.

Ο θεραπευτής δείχνει στο παιδί έναν αριθμό από εικόνες με διαφορετικά ζώα και του ζητάει να διαλέξει ένα το οποίο του αρέσει. Έπειτα, ο θεραπευτής βοηθάει το παιδί να φτιάξει ένα ομοίωμα του συγκεκριμένου ζώου από πλαστελίνη ή μια πρόχειρη χάρτινη μάσκα με το συγκεκριμένο ζώο. Στο επόμενο βήμα, ο θεραπευτής ζητάει από το παιδί να φανταστεί τι θα έκανε το συγκεκριμένο ζώο σε συγκεκριμένες καταστάσεις και πώς θα αντιμετώπιζε συγκεκριμένα προβλήματα. Μέσω αυτής της διαδικασίας, ο θεραπευτής βοηθάει το παιδί να εσωτερικεύσει για το ίδιο τις ικανότητες και τις δυνάμεις που προβάλλει στο συγκεκριμένο ζώο.

Broadcast News (Kaduson & Schaefer, 2001). Η λογική αυτής της τεχνικής είναι ότι το παιδί μπορεί πιο εύκολα να εξωτερικεύσει τα προβλήματά του μέσω του παιχνιδιού από το να τα συζητήσει ευθέως. Επιπρόσθετα, τα παιδιά μπορούν να λύσουν τα προβλήματά τους πιο εύκολα εφόσον αποστασιοποιηθούν από αυτά και τα δουν «από έξω». Η συγκεκριμένη τεχνική είναι ένας ευχάριστος και μη-απειλητικός τρόπος για να βελτιώσει το παιδί την λεκτική διατύπωση των προβλημάτων του και τις δεξιότητες επίλυσής τους. Γι' αυτό τον λόγο, μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για νοσηλευόμενα παιδιά τα οποία

νιώθουν διάφορες απειλές, άγχη και ανησυχίες τις οποίες δυσκολεύονται να εκφράσουν.

Σε αυτή την τεχνική, ο θεραπευτής και το παιδί οργανώνουν ένα φανταστικό τηλεοπτικό δελτίο ειδήσεων, το οποίο ξεκινάει με τον θεραπευτή να αναφέρει τις ειδήσεις που θα καλυφθούν και το παιδί μπορεί ελεύθερα να προσθέσει δικές του εφόσον αυτές ταιριάζουν με το γενικότερο θέμα του «δελτίου». Ο θεραπευτής παίζει τον ρόλο του παρουσιαστή και το παιδί παίζει τον ρόλο ενός προσκεκλημένου «ειδικού». Μετά την ολοκλήρωση της πρώτης ιστορίας ο θεραπευτής λέει ότι το στούντιο δέχεται το τηλεφώνημα ενός τηλεθεατή (τον οποίο επίσης υποδύεται ο θεραπευτής) ο οποίος έχει ένα ερώτημα για τον «ειδικό» (το παιδί). Προσπαθώντας, με την καθοδήγηση του θεραπευτή όπου χρειάζεται, να απαντήσει τις ερωτήσεις του τηλεθεατή, το παιδί αναπτύσσει τις δεξιότητες του στην λύση προβλημάτων, τις οποίες μπορεί να αξιοποιήσει και να εφαρμόσει αντίστοιχα και στα δικά του προβλήματα.

Mirroring Activity (Lowenstein, 2008). Πρόκειται για μία τεχνική που έχει ως στόχο την βελτίωση του αυτοελέγχου του παιδιού και της ικανότητάς του να ακολουθεί εντολές από κάποιον άλλον. Η τεχνική έχει έναν μεγάλο αριθμό εφαρμογών και έχει χρησιμοποιηθεί μεταξύ άλλων σε ενήλικες και για την θεραπεία ζευγαριών. Εξαιτίας των στόχων της είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην περίπτωση νοσηλευόμενων παιδιών, όπου οι δεξιότητες τις οποίες καλλιεργεί μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά να αντιμετωπίσουν καλύτερα διάφορες δύσκολες ή δυσάρεστες ιατρικές εξετάσεις και διαδικασίες στις οποίες χρειάζεται η συνεργασία τους.

Η τεχνική ακολουθεί το γνωστό παιχνίδι του καθρέφτη. Το παιδί στέκεται απέναντι από τον θεραπευτή σε κοντινή απόσταση και πρέπει να τον «καθρεφτίζει», αναπαράγοντας ταυτόχρονα κάθε κίνηση που κάνει, χωρίς να τον αγγίζει. Ο θεραπευτής πρέπει να κάνει απλές δραστηριότητες και σε σχετικά αργή ταχύτητα, έτσι ώστε το παιδί να προλαβαίνει να τον «καθρεφτίζει» και όχι απλά να αντιγράφει τις κινήσεις του με καθυστέρηση. Η τεχνική καλλιεργεί την προσοχή και την συγκέντρωση του παιδιού, και την ικανότητά του να συνεργαστεί και να ακολουθήσει εντολές.

Therapeutic Magic Tricks (Lowestein, 2008). Πρόκειται για μία τεχνική που έχει ως στόχο την δημιουργία ενός ευχάριστου και μη-απειλητικού θεραπευτικού περιβάλλοντος, την ενίσχυση της δημιουργικής ικανότητας λύσης προβλημάτων στα παιδιά, και την δημιουργία ελπίδας και μίας θετικής θεώρησης σε αυτά. Και οι τρεις στόχοι είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι για τα παιδιά που λειτουργούν μέσα στις δύσκολες συνθήκες του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Επίσης, πρόκειται για μία τεχνική που εξάπτει το ενδιαφέρον και την περιέργεια των παιδιών, ωθώντας τα να συμμετάσχουν πιο πρόθυμα στην παιγνιοθεραπεία.

Σε αυτή την τεχνική ο θεραπευτής εκτελεί τρία απλά «μαγικά κόλπα» τα οποία δεν χρειάζονται εξάσκηση για να μαθευτούν καθώς βασίζονται στην εύρεση και την χρήση πλάγιων λύσεων. Στο πρώτο κάνει ένα λαστιχάκι να αναπηδήσει από τον παράμεσο και το μικρό του δάχτυλο στον μέσο και τον δείκτη του. Στο δεύτερο, πίνει νερό από ένα ποτήρι ενώ το παιδί του κρατάει το χέρι, χρησιμοποιώντας το άλλο χέρι του. Ενώ στο τρίτο κάνει ένα καλαμάκι να διαπεράσει μία πατάτα διπλώνοντας την μία άκρη του και συμπιέζοντας τον αέρα. Η εκτέλεση

αυτών των «μαγικών κόλπων» ή αντίστοιχων βοηθάει το παιδί να αναπτύξει την εφευρετικότητά του στο να βρίσκει νέους τρόπους για την επίλυση προβλημάτων και αυξάνει το αίσθημα ελπίδας του.

All Tangled Up (Lowenstein, 2010). Πρόκειται για μία τεχνική που αντιμετωπίζει το άγχος και την ανησυχία των παιδιών, και ως αποτέλεσμα είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στο νοσοκομειακό περιβάλλον, το οποίο δημιουργεί αισθήματα άγχους και ανησυχίας στα νοσηλευόμενα παιδιά. Οι στόχοι της τεχνικής είναι να μάθει το παιδί να προσδιορίζει και να περιγράφει λεκτικά τα αισθήματα άγχους και ανησυχίας που βιώνει, να αναγνωρίζει και να υιοθετεί στρατηγικές που μειώνουν την συχνότητα και την ένταση του άγχους, και να μειώνει την συχνότητα, την ένταση και των αριθμό των ανησυχιών του.

Αρχικά, ο θεραπευτής εξηγεί στο παιδί ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν ανησυχίες και κάποιες φορές έχουν τόσο πολλές ανησυχίες που μπορούν να μπλεχτούν μεταξύ τους σε σημείο που το άτομο δεν μπορεί να τις ξεχωρίσει πλέον και έχει ξεχάσει για ποιον λόγο ανησυχεί. Για να το εξηγήσει αυτό, ο θεραπευτής δίνει ένα παράδειγμα μιας μεγάλης και μιας μικρής ανησυχίας του και κόβει δύο κομμάτια κλωστής αντίστοιχου μεγέθους από ένα κουβάρι. Έπειτα, βοηθάει το παιδί να κάνει το ίδιο, αποκαλύπτοντας τουλάχιστον πέντε ή έξι ανησυχίες και άγχη του, κόβοντας κομμάτια κλωστής κατάλληλου μεγέθους και περνώντας τους χάρτινα ταμπελάκια που να κατονομάζουν τις ανησυχίες. Έπειτα, για να δείξει το πώς μπλέκονται οι ανησυχίες, ο θεραπευτής δένει τις κλωστές μέσα στο διαθέσιμο χώρο έτσι ώστε να δημιουργήσει ένα μπλεγμένο σχήμα που μοιάζει με ιστό αράχνης. Αφού σχηματιστεί ο ιστός, ο θεραπευτής και το παιδί συζητάνε κάθε

ανησυχία του παιδιού ξεχωριστά, και αφού το παιδί αντιμετωπίσει και την κάθε ανησυχία και καταλήξει σε κάποιες στρατηγικές για την αντιμετώπισή της, κόβει την αντίστοιχη κλωστή, ακολουθώντας την ίδια διαδικασία μέχρι να εξαφανιστούν όλες οι κλωστές.

Feel Good File (Lowenstein, 2010). Πρόκειται για μία απλή τεχνική παιγνιοθεραπείας με στόχο την ανάπτυξη των θετικών συναισθημάτων του παιδιού για τον εαυτό του, και την βελτίωση της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησής του μέσω της αναγνώρισης των θετικών του χαρακτηριστικών. Ως αποτέλεσμα, και αυτή η τεχνική είναι πολύ χρήσιμη για νοσηλευόμενα παιδιά και μπορεί να βελτιώσει την διάθεσή τους και να τους καλλιεργήσει τα θετικά συναισθήματα που χρειάζονται για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της νοσηλείας τους.

Ο θεραπευτής περιγράφει την τεχνική στο παιδί ως μια ευκαιρία για την καταπολέμηση των αρνητικών σκέψεων και την δημιουργία μίας «αποθήκης» θετικών λέξεων για την αντιμετώπισή τους. Το παιδί γράφει σε ένα χαρτί δέκα θετικά χαρακτηριστικά για τον εαυτό του, και το τοποθετεί σε έναν φάκελο. Στον ίδιο φάκελο μπορούν να προστεθούν αντίστοιχα χαρτιά με πέντε θετικά χαρακτηριστικά που μπορούν να γράψουν για το παιδί οι γονείς, οι φίλοι ή οι δάσκαλοί του, καθώς και γράμματα οι κάρτες που έχει λάβει το παιδί και περιλαμβάνουν αντίστοιχα θετικά πράγματα. Έπειτα, ο θεραπευτής μαθαίνει το παιδί να αντλεί κουράγιο και θετικές σκέψεις κοιτώντας όλα αυτά τα θετικά περιεχόμενα του φακέλου, και να συγκεντρώνεται βασιζόμενο σε αυτά για να διώχνει τις αρνητικές σκέψεις. Το παιδί μπορεί να ακολουθεί την ίδια τεχνική κάθε φορά που νιώθει αρνητικές σκέψεις.

3.5.3 Αρχές για την παιγνιοθεραπεία σε νοσηλευόμενα παιδιά

Όπως αναφέρθηκε ήδη, δεν υπάρχουν τεχνικές παιγνιοθεραπείας στην βιβλιογραφία που να χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για νοσηλευόμενα παιδιά, αλλά υπάρχουν πολλές τεχνικές παιγνιοθεραπείας (όπως οι δώδεκα που περιγράφηκαν παραπάνω) οι οποίες εξαιτίας των χαρακτηριστικών τα οποία στοχεύουν και των τεχνικών τους χαρακτηριστικών είναι ιδιαίτερα κατάλληλες για την χρήση σε νοσηλευόμενα παιδιά.

Επιπλέον, οι βιβλιογραφία προτείνει μία σειρά από γενικές αρχές που θα έπρεπε να διέπουν την παιγνιοθεραπεία σε νοσηλευόμενα παιδιά και μία σειρά από μετατροπές που μπορούν να γίνουν στην διαδικασία και το υλικό των γενικών τεχνικών και μεθόδων παιγνιοθεραπείας προκειμένου να καταστούν καταλληλότερες για τα παιδιά αυτά.

Για παράδειγμα, εάν ένα συγκεκριμένο παιδί, εξαιτίας της κατάστασής του, έχει κάποιου είδους αναπηρία ή κινητική δυσκολία τότε η διαδικασία και το υλικό των τεχνικών που θα χρησιμοποιηθούν πρέπει να τροποποιηθούν κατάλληλα ώστε να ταιριάζουν στις ικανότητες του παιδιού. Μάλιστα, τα υλικά και η διαδικασία θα μπορούσαν να προσαρμοστούν έτσι ώστε να επιτρέπουν στο παιδί να βελτιώσει τις σωματικές του δεξιότητες (π.χ. την κίνηση των άκρων ή των δαχτύλων) και έτσι να εξασκηθεί παράλληλα στην βελτίωση των κινητικών προβλημάτων του. Η ίδια λογική μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επιλογή κατάλληλων τεχνικών για τις ανάγκες του συγκεκριμένου

παιδιού. Αν π.χ. ένα παιδί έχει προβλήματα ομιλίας τότε ο θεραπευτής θα μπορούσε να διαλέξει τεχνικές που χρησιμοποιούν μαριονέτες, ζωγραφική ή άλλα μη λεκτικά μέσα επικοινωνίας (Lorenz, 2010).

Επιπλέον, πριν ξεκινήσει την παιγνιοθεραπεία ο θεραπευτής θα έπρεπε να συμβουλευτεί τους θεράποντες ιατρούς και τους νοσηλευτές του παιδιού ώστε να έχει υπ' όψιν την κατάστασή της νόσου του, τις δεξιότητες του, τυχόν περιορισμούς που έχει κλπ. ώστε να προσαρμόσει κατάλληλα την παιγνιοθεραπεία. Κάποιες φορές ίσως έχει νόημα η συμμετοχή μιας διαεπιστημονικής ομάδας (π.χ. γιατρού, νοσηλεύτη, φυσιοθεραπευτή, κινησιοθεραπευτή κλπ.) στην ίδια την παιγνιοθεραπεία (Lorenz, 2010).

Τα παιδιά με καρκίνο έχουν μία ιδιαίτερη ανάγκη για παιγνιοθεραπεία καθώς εκτός από το συνηθισμένο άγχος που επιφέρει η νοσηλεία τα παιδιά και οι οικογένειές τους έχουν να αντιμετωπίσουν την προοπτική μίας πιθανόν θανατηφόρας ασθένειας, μία πιθανόν μακροχρόνια θεραπεία και πολλές αλληπάλληλες νοσηλείες. Αυτό το γεγονός, σε συνδυασμό με τις παράπλευρες συνέπειες της θεραπείας και την διάσπαση της κανονικής οικογενειακής ζωής την οποία προκαλεί δημιουργεί ένα σενάριο στα πλαίσια του οποίου η παιγνιοθεραπεία μπορεί να επιχειρήσει να καλύψει τις σημαντικές ανάγκες του παιδιού να εκφραστεί και να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του (Webb, 1995).

Αν και η πιθανότητες πλήρους ανάρρωσης ενός παιδιού με σοβαρή ασθένεια έχουν βελτιωθεί σαφώς τις τελευταίες δεκαετίες χάρη στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, οι περιπτώσεις παιδιών που πάσχουν από ανίατες μορφές καρκίνου ή άλλων ασθενειών παραμένουν μία λυπηρή πραγματικότητα. Η αξία της παιγνιοθεραπείας για αυτές τις

περιπτώσεις είναι ανεκτίμητη, αλλά οι θεραπευτές που δουλεύουν με αυτές τις περιπτώσεις παιδιών αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες προκλήσεις (Webb, 1995).

Τα παιδιά που αντιμετωπίζουν ανίατες ασθένειες πολύ συχνά έχουν την επίγνωση ότι θα πεθάνουν παρόλο που οι γονείς τους και ο υπόλοιπος περίγυρός τους αποφεύγει να το συζητήσει και να το παραδεχτεί και δημιουργεί τις συνθήκες μιας «αμοιβαίας προσποίησης». Σε αυτή την περίπτωση, τα παιδιά που έχουν αυτή την επίγνωση μπορούν να ωφεληθούν καλύτερα εάν είναι σε θέση να συζητήσουν ανοιχτά με όσους μπορούν να δεχτούν την άμεση προοπτική του θανάτου τους, ενώ συνεχίζουν να διατηρούν την αμοιβαία προσποίηση με όσους δεν μπορούν να την δεχτούν. Ο θεραπευτής οφείλει να θέσει τον εαυτό του στην πρώτη κατηγορία, έτσι ώστε να είναι σε καλύτερη θέση να βοηθήσει το παιδί να αντιμετωπίσει τα άγχη του για τον εαυτό του και τους άλλους μέσω της παιγνιοθεραπείας (Buckingham, 1989).

Γενικά, ο Axline (1969) προτείνει οκτώ συγκεκριμένες αρχές που πρέπει να ακολουθούν οι παιγνιοθεραπευτές που δουλεύουν με νοσηλευόμενα παιδιά και τις οποίες υιοθετούν και επικυρώνουν και νεότεροι θεωρητές (π.χ. Webb, 1995).

1. Ο θεραπευτής πρέπει να δημιουργήσει μια ζεστή και φιλική σχέση με το παιδί όσο πιο σύντομα γίνεται. Μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον το παιδί συνδέει τους περισσότερους ενήλικες (π.χ. τους γιατρούς) με δυσάρεστες και επίπονες διαδικασίες, οπότε χρειάζεται κάποιο ενήλικα που με τον οποίο να μπορεί να αναπτύξει μια σχέση

διαφορετικού είδους και ο οποίος να μπορεί να υιοθετήσει την οπτική του ίδιου του παιδιού.

2. Ο θεραπευτής πρέπει να δέχεται το παιδί ακριβώς όπως είναι. Στο νοσοκομειακό περιβάλλον αυτό σημαίνει ότι ο θεραπευτής πρέπει να δέχεται μαζί και την ασθένεια του παιδιού και οποιεσδήποτε συνέπειες έχει.
3. Ο θεραπευτής πρέπει να διατηρεί την σχέση ανοιχτή έτσι ώστε το παιδί να νιώθει την άνεση να εκφράζει τα συναισθήματά του ελεύθερα. Τα νοσηλευόμενα παιδιά ειδικά, μπορεί να έχουν διάφορα συναισθήματα σχετικά με την ασθένειά τους, τα οποία να διστάζουν να εκφράσουν ελεύθερα. Η παιγνιοθεραπεία πρέπει να τους δίνει μια ευκαιρία να το κάνουν.
4. Ο θεραπευτής πρέπει να βρίσκεται σε ετοιμότητα για να αναγνωρίσει τα συναισθήματα που εκφράζει το παιδί και να τα αντανακλάσει πίσω στο παιδί με τέτοιο τρόπο ώστε το παιδί να βγάλει χρήσιμα συμπεράσματα για την συμπεριφορά του. Εδώ ότι ισχύει για τα όλα τα παιδιά ισχύει και για τα νοσηλευόμενα.
5. Ο θεραπευτής πρέπει να σέβεται την ικανότητα του παιδιού να λύσει μόνο του τα προβλήματά του αν του δοθεί η κατάλληλη ευκαιρία. Η ικανότητα για να λυθούν τα προβλήματα του παιδιού και να εφαρμοστούν αλλαγές ανήκει στο ίδιο το παιδί. Στην περίπτωση των νοσηλευόμενων παιδιών ο θεραπευτής μπορεί να μπει ακόμη πιο εύκολα στον πειρασμό να λύσει ο ίδιος τα προβλήματα του παιδιού, αλλά

ακόμη και τα παιδιά με σοβαρές ασθένειες έχουν υπ' όψιν τους τα ζητήματα που χρειάζεται να επιλύσουν.

6. Ο θεραπευτής δεν πρέπει να επιχειρήσει να κατευθύνει τις πράξεις του παιδιού ή την συζήτηση του παιδιού με κανέναν τρόπο. Το παιδί παίρνει την πρωτοβουλία και ο θεραπευτής ακολουθεί. Στις περιπτώσεις παιδιών με ανίατες ασθένειες, ο θεραπευτής δεν πρέπει να διστάσει να ακολουθήσει το παιδί σε θέματα που έχουν να κάνουν με την ασθένεια και την προοπτική του θανάτου του εφόσον το παιδί επιθυμεί να τα θίξει.
7. Ο θεραπευτής δεν πρέπει να επιχειρήσει να προχωρήσει βιαστικά την θεραπεία, καθώς πρόκειται για μία σταδιακή διαδικασία που πρέπει να αναγνωριστεί ως τέτοια. Για τα νοσηλευόμενα παιδιά, η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από την παραμονή του παιδιού στο νοσοκομείο και τις συνθήκες της ασθένειάς του, οπότε μπορεί να ξεκινήσει ή να σταματήσει απότομα. Παρόλα αυτά, ο θεραπευτής πρέπει να αφήσει το ίδιο το παιδί να ορίσει την ταχύτητα και τον ρυθμό της θεραπείας.
8. Ο θεραπευτής πρέπει να θέτει μόνο όσους περιορισμούς χρειάζονται για να είναι ριζωμένη η θεραπευτική σχέση στην πραγματικότητα και να έχει υπ' όψιν το παιδί τις δικές του ευθύνες μέσα στην θεραπευτική σχέση. Αυτό αποκτάει ιδιαίτερη σημασία στην παιγνιοθεραπεία των νοσηλευόμενων παιδιών όπου η θέσπιση αυτών των ορίων μπορεί να βοηθήσει το παιδί να νιώσει φυσιολογικά μέσα σε ένα μη-φυσιολογικό περιβάλλον.

3.6 Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παιγνιοθεραπείας

Η σημασία του παιγνίου ως μέσου έκφρασης αναγνωριζόταν ήδη από την εποχή του Πλάτωνα, σύμφωνα με τον οποίο μπορείς να καταλάβεις περισσότερα για ένα άτομο σε μία ώρα παιγνίου απ' ότι σε έναν χρόνο συζήτησης (Schaefer & Reid, 2004). Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι ψυχαναλυτές αναγνώρισαν γρήγορα τις θεραπευτικές ιδιότητες του παιχνιδιού και το εισήγαγαν μέσα στο θεραπευτικό τους μοντέλο. Η πρώτη καταγεγραμμένη περίπτωση όπου το παιχνίδι χρησιμοποιήθηκε θεραπευτικά ήταν από τον Freud στην περίπτωση του «μικρού Χανς» το 1909 (Ray et al., 2001). Από τότε, πολλοί θεραπευτές και θεωρητές διαφόρων προσεγγίσεων χρησιμοποίησαν το παιχνίδι για την διευκόλυνση του θεραπευτικού τους έργου με τα παιδιά και ως αποτέλεσμα εκθείασαν την αποτελεσματικότητά της συγκεκριμένης μεθόδου, ανάμεσά τους η Melanie Klein, η Anna Freud, ο Carl Rogers κ.α. (Schaefer & Reid, 2004).

Ωστόσο, παρόλο που η παιγνιοθεραπεία χρησιμοποιείται ως θεραπευτική μέθοδος εδώ και σχεδόν έναν αιώνα, οι προσπάθειες να αξιολογηθεί πιο μεθοδικά η αποτελεσματικότητά της μέσω της χρήσης ερευνητικών τεχνικών που προσφέρουν πιο συμπαγή στοιχεία είναι φαινόμενο των τελευταίων δύο ή τριών δεκαετιών. Η ανάγκη για ερευνητική επιβεβαίωση της αποτελεσματικότητας της παιγνιοθεραπείας προέκυψε τόσο από την δριμεία κριτική που της ασκήθηκε από ορισμένους θεωρητές και θεραπευτές, όσο και στα πλαίσια της γενικότερης τάσης που εμφανίστηκε στην ψυχολογία τις

τελευταίες δεκαετίες για την έγκυρη ερευνητική στήριξη των χρησιμοποιούμενων τεχνικών προκειμένου να γίνουν ευρέως αποδεκτές (Schaefer & Reid, 2004).

Ήδη από το 1953, ο Lebo αμφισβήτησε την αποτελεσματικότητα της παιγνιοθεραπείας, ενώ ο Phillips επανέλαβε και επέκτεινε την ίδια κριτική το 1985 (Ray et al., 2001). Και οι δύο τους υποστήριξαν ότι η παιγνιοθεραπεία δεν διαθέτει επαρκή ερευνητική υποστήριξη, αμφισβήτησαν την αποτελεσματικότητα της τεχνικής και αντιπρότειναν την χρήση άλλων παρεμβάσεων που διέθεταν μεγαλύτερη ερευνητική στήριξη –όπως η γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία- ως εναλλακτική. Η αμφισβήτηση της παιγνιοθεραπείας ως το 1985 βασίστηκε στο επιχείρημα ότι οι ως τότε μελέτες είχαν ολιγάριθμα δείγματα, τα οποία εμπόδιζαν την αξιόπιστη γενίκευση των αποτελεσμάτων, ενώ επιπλέον σύγκριναν την παιγνιοθεραπεία με ομάδες ελέγχου και όχι με άλλα είδη θεραπείας, γεγονός που καθιστούσε αδύνατο να διαπιστώσει κανείς εάν η παιγνιοθεραπεία ήταν η αποτελεσματικότερη από τις διάφορες διαθέσιμες θεραπείες (Phillips, 1985).

Τα συγκεκριμένα μειονεκτήματα αντιμετωπίστηκαν από την πιο πρόσφατη έρευνα, καθώς μέσα στην τελευταία δεκαπενταετία οι ερευνητές επιχείρησαν να διεξάγουν περισσότερες έρευνες με μεγαλύτερα δείγματα, πιο συγκεκριμένους ορισμούς και μεταβλητές, και με συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών τεχνικών (Bratton & Ray, 2000). Έτσι, μια σειρά από μετά-αναλύσεις οι οποίες αξιολόγησαν συνδυαστικά τα αποτελέσματα πολλών ερευνών κατάφεραν να υποστηρίξουν ερευνητικά την αποτελεσματικότητα της

παιγνιοθεραπείας και να απαντήσουν στις παλαιότερες κριτικές των Lebo (1965) και Phillips (1985).

Μία μετά-ανάλυση από τους LeBlanc και Ritchie (2001) βρήκε ότι η παιγνιοθεραπεία σε παιδιά με συναισθηματικές δυσκολίες είχε μέγεθος επίδρασης της τάξεως του 0,66, το οποίο απέχει ελάχιστα από το μέγεθος επίδρασης 0,71 που είχαν οι πιο συμβατικές μέθοδοι ψυχοθεραπείας, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η παιγνιοθεραπεία είναι σχεδόν το ίδιο αποτελεσματική με αυτές. Μία άλλη μετά-ανάλυση από τους Ray και συνεργάτες (2001) βρήκε ακόμη μεγαλύτερο μέγεθος επίδρασης για την παιγνιοθεραπεία, της τάξεως του 0,93, αλλά εδώ η σύγκριση έγινε με ομάδες ελέγχου. Μία πιο πρόσφατη μετά-ανάλυση (Bratton et al., 2005) βρήκε εξίσου μεγάλο μέγεθος επίδρασης (0,92), καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η παιγνιοθεραπεία είναι τουλάχιστον το ίδιο αποτελεσματική με την συμβατική ψυχοθεραπεία αν όχι αποτελεσματικότερη.

Όμως, αυτού του είδους οι αξιολογήσεις και αναλύσεις αναφέρονται στην γενική αποτελεσματικότητα των τεχνικών παιγνιοθεραπείας. Η αποτελεσματικότητα της παιγνιοθεραπείας στην περίπτωση παιδιών με χρόνιες παθήσεις δεν φαίνεται από τις γενικές αξιολογήσεις και τις μετά-αναλύσεις (οι οποίες αξιολογούν όλες τις σχετικές έρευνες μαζί), αλλά μπορεί να φανεί από συγκεκριμένες έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε δείγματα αυτού του είδους.

Παρακάτω ακολουθεί η παρουσίαση ενός αριθμού πρόσφατων ερευνών που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα της παιγνιοθεραπείας στην μείωση διαφόρων αρνητικών ψυχολογικών συμπτωμάτων σε παιδιά με χρόνιες ασθένειες, και των κυρίως ευρημάτων των ερευνών

αυτών. Μια που πρόκειται για μία μάλλον εξειδικευμένη εφαρμογή της παιγνιοθεραπείας, όπως είναι αναμενόμενο δεν υπάρχουν πολλές σχετικές έρευνες (βρέθηκαν δέκα σχετικές μελέτες, οι περισσότερες από τις οποίες είναι πρόσφατες – εντός της τελευταίας δεκαετίας), συνεπώς η παρουσίασή τους μία προς μία πρέπει να θεωρηθεί επιβεβλημένη και εξαιρετικά ενδιαφέρουσα.

Σε μία από τις πρώτες καλά οργανωμένες μελέτες για την αποτελεσματικότητα της παιγνιοθεραπείας, η οποία διεξήχθη σε έναν πληθυσμό νοσηλευόμενων παιδιών μεταξύ 5 και 11 ετών από δύο διαφορετικά νοσοκομεία και για διάστημα τεσσάρων ετών, ο Clatworthy (1981) βρήκε ότι η παιγνιοθεραπεία είναι μία ιδιαίτερα αποτελεσματική παρέμβαση για τα παιδιά αυτά, αφού μείωσε σημαντικά τα επίπεδα άγχους τους.

Οι Rae και συνεργάτες (1989) διεξήγαγαν μία πιο εκτεταμένη αντίστοιχη μελέτη, στην οποία –απαντώντας σε παλαιότερες κριτικές- συνέκριναν την παιγνιοθεραπεία με μια πιο ψυχοθεραπευτική λεκτική υποστήριξη. Η μεταβλητή που μετρήθηκε ήταν η ψυχολογική προσαρμογή των νοσηλευόμενων παιδιών, με βάση τις αυτοαναφορές των ίδιων των παιδιών, και τις αναφορές των νοσηλευτών και των γονέων τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η παιγνιοθεραπεία μείωσε σημαντικά τους φόβους των παιδιών για το περιβάλλον του νοσοκομείου, σε αντίθεση με την λεκτική υποστήριξη και την μη παρέμβαση.

Σε ένα άρθρο που συγκεντρώνει και συνοψίζει τα συμπεράσματα παλαιότερων ερευνών για την παιγνιοθεραπείας για διάφορους πληθυσμούς νοσηλευόμενων παιδιών, η Webb (1995) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις για την

αποτελεσματικότητα της παιγνιοθεραπείας σε κακοποιημένα παιδιά, παιδιά με καρκίνο, και παιδιά με διάφορες ανίατες ασθένειες όπως AIDS.

Πιο πρόσφατες έρευνες επιχείρησαν να προσεγγίσουν το θέμα πιο συστηματικά, αξιολογώντας διάφορες πτυχές της αποτελεσματικότητας της παιγνιοθεραπείας. Ο Zahr (1998), σε μία μελέτη που διεξήχθη σε παιδιά προσχολικής ηλικίας στον Λίβανο τα οποία νοσηλεύτηκαν προσωρινά (για κάποια εγχείριση) αξιολόγησε την επίδραση της παιγνιοθεραπείας στα επίπεδα άγχους των παιδιών όπως αυτό μετριέται μέσω συμπεριφορικών και σωματικών ενδείξεων. Ενώ τα παιδιά είχαν αντίστοιχα παρόμοια επίπεδα άγχους αρχικά, τα παιδιά στα οποία χορηγήθηκε ένα σύντομο πρόγραμμα παιγνιοθεραπείας μέσω μιας διαδραστικής παράστασης με μαριονέτες είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα άγχους κατά την διάρκεια της εγχείρισης, μετά την εγχείριση και μετά την νοσηλεία.

Μια έρευνα της Murphy Jones εξέτασε την αποτελεσματικότητας της εντατικής παιγνιοθεραπείας σε παιδιά με διαβήτη. Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι μετά από 12 εντατικές ημερήσιες συνεδρίες παιγνιοθεραπείας, τα παιδιά έδειξαν σημαντική βελτίωση στην συμπεριφορά προσαρμογής τους στον διαβήτη καθώς επίσης και μειωμένες συμπεριφορικές δυσκολίες σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Murphy Jones, 2000).

Μία μελέτη στις ΗΠΑ η οποία βασίστηκε στα συμπεράσματα της παλαιότερης έρευνας του Zahr (η οποία αναφέρθηκε παραπάνω) επιβεβαίωσε τα αποτελέσματα της παιγνιοθεραπείας στην μείωση του άγχους και εισηγήθηκε την χρήση αυτών των ευρημάτων για ένα

διεθνές πρόγραμμα εκπαίδευσης των νοσηλευτών σε αυτού του είδους τις τεχνικές παιγνιοθεραπείας (Bowmer, 2002).

Μία μελέτη που διεξήχθη σε νοσοκομεία στην Ινδία για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παιγνιοθεραπείας στην μείωση των επιπέδων άγχους των νοσηλευόμενων παιδιών σύγκρινε μία πειραματική ομάδα με μία ομάδα ελέγχου και επίσης μέτρησε την επιρροή κάποιων δημογραφικών μεταβλητών επάνω στο άγχος των παιδιών. Το κεντρικό εύρημα ήταν ότι η παιγνιοθεραπεία ήταν επιτυχής στο να μειώνει σημαντικά το άγχος των νοσηλευόμενων παιδιών (Xavier, 2005).

Μία ιδιαίτερη έρευνα των Hendon και Bohon, η μοναδική αυτού του είδους, συγκρίνει την παιγνιοθεραπεία με την μουσικοθεραπεία ως μεθόδους για την βελτίωση της διάθεσης των νοσηλευόμενων παιδιών. Η μελέτη έδειξε ότι η μουσικοθεραπεία ήταν πιο αποτελεσματική από την παιγνιοθεραπεία στην βελτίωση της διάθεσης και οι ερευνητές εισηγούνται την χρήση της για την βελτίωση της ψυχολογικής και σωματικής ποιότητας ζωής των νοσηλευόμενων παιδιών, ωστόσο η μεταβλητή που χρησιμοποιήθηκε ήταν ο αριθμός χαμόγελων κατά την διάρκεια της παρέμβασης, κάτι που ίσως δεν αποτελεί ιδιαίτερα αξιόπιστο και επιστημονικό κριτήριο για ασφαλή συμπεράσματα (Hendon & Bohon, 2007).

Οι Li και Lopez (2008) διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα και την καταλληλότητα της παιγνιοθεραπείας για την ψυχολογική προετοιμασία των νοσηλευόμενων παιδιών για χειρουργικές επεμβάσεις μέσω της πιθανής της επίδρασης στην μείωση των επιπέδων άγχους και προβληματικής συμπεριφοράς. Η μελέτη

επιβεβαίωσε την αποτελεσματικότητα και την καταλληλότητα της παιγνιοθεραπείας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου για την προετοιμασία των παιδιών για χειρουργικές επεμβάσεις, οδηγώντας τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές και οι γονείς πρέπει να ενημερωθούν κατάλληλα για την εφαρμογή τεχνικών παιγνιοθεραπείας στα πλαίσια της παροχής μιας ολοκληρωμένης φροντίδας για τα νοσηλευόμενα παιδιά (Li & Lopez, 2008).

Μια πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη στο Ιράν (Zareapour et al., 2009) αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα της ομαδικής παιγνιοθεραπείας σε νοσηλευόμενα παιδιά με καρκίνο. Το ζητούμενο ήταν να διαπιστωθεί εάν 7 δίωρες συνεδρίες παιγνιοθεραπείας μπορούσαν να μειώσουν τα επίπεδα κατάθλιψης των παιδιών και συνεπώς να βελτιώσουν την κατάσταση της ψυχολογικής υγείας τους. Η αξιολόγηση των παιδιών της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου μία βδομάδα μετά την χορήγηση της παιγνιοθεραπείας έδειξε ότι τα επίπεδα κατάθλιψης της πειραματικής ομάδας είχαν μειωθεί σημαντικά. Οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι η παιγνιοθεραπεία μπορεί να είναι εξαιρετικά χρήσιμη για την βελτίωση της ψυχολογικής υγείας των νοσηλευόμενων παιδιών με καρκίνο και για την προετοιμασία τους για μια σειρά από επίπονες επεμβάσεις και το άγχος που φέρνει η μακροχρόνια νοσηλεία τους (Zareapour et al., 2009).

Τέλος, μία πολύ πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη στην Βραζιλία μελέτησε την εφαρμογή της παιγνιοθεραπείας σε νοσηλευόμενα παιδιά και τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για αυτή. Αν και η πλειοψηφία των νοσηλευτών είχε κάποια γνώση για την παιγνιοθεραπεία και την θεωρούσε αποτελεσματική ως μέθοδο, λίγοι την χρησιμοποιούσαν στην

πράξη στο ίδρυμα όπου δούλευαν ενώ αρκετοί ανέφεραν δυσκολίες όπως η έλλειψη χρόνου, που τους εμπόδιζαν να την εφαρμόσουν. Συνεπώς, αν και η παιγνιοθεραπεία είναι αποτελεσματική, η εφαρμογή της δεν μπορεί να βασιστεί στην ευχέρεια των νοσηλευτών και πρέπει να οργανωθεί συστηματικά στα πλαίσια των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας (Francischinelli et al, 2012).

Γενικά, η αποτελεσματικότητα της παιγνιοθεραπείας ως θεραπευτικής προσέγγισης έχει υποστηριχθεί από τα ευρήματα της έρευνας και οι διάφορες μετά-αναλύσεις (π.χ. Bratton et al., 2005) έχουν επιδείξει ότι είναι τουλάχιστον το ίδιο αποτελεσματική με την συμβατική ψυχοθεραπεία για παιδιά αν όχι περισσότερο. Επιπρόσθετα, οι μελέτες που παρουσιάστηκαν παραπάνω δίνουν σημαντικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της παιγνιοθεραπείας σε νοσηλευόμενους πληθυσμούς παιδιών. Ωστόσο, το γεγονός παραμένει ότι οι μελέτες που αξιολογούν την εφαρμογή της παιγνιοθεραπείας σε νοσηλευόμενα παιδιά είναι σχετικά λίγες. Αυτό είναι και ένα από τα κενά που φιλοδοξεί να καλύψει η παρούσα έρευνα.

Άλλωστε, η Webb (1995) σημειώνει ότι τα νοσηλευόμενα παιδιά έχουν την ανάγκη να εκφράσουν αυτά που νιώθουν και να αντεπεξέρθουν στις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν. Μια που πρόκειται για παιδιά, το κυρίως λεξιλόγιό τους είναι το παιχνίδι και η παιγνιοθεραπεία είναι ο καλύτερος δυνατός τρόπος για να το εκφράσουν.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4 Κεφάλαιο 4^ο: Σκοπός της μελέτης

4.1 Εισαγωγή – Βασικός σκοπός

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση που θα είχε η παρέμβαση μέσω ψυχοθεραπείας με τη μορφή παιχνιδιού σε ασθενείς παιδιά και εφήβους με Μεσογειακή Αναιμία, που παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά ψυχοπαθολογίας εξαιτίας της νόσου. Σε αυτό το πλαίσιο, παρουσιάζονται συνοπτικά κάποιες αντίστοιχες έρευνες που αποδεικνύουν την αυξημένη ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων με Μεσογειακή Αναιμία, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Αποτέλεσαν μάλιστα και το έναυσμα για την ενασχόληση με το συγκεκριμένο αντικείμενο.

4.2 Έρευνες που συσχετίζουν την Μεσογειακή Αναιμία σε παιδιά και εφήβους με αυξημένα ποσοστά ψυχοπαθολογίας

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2003, στο Γενικό Νοσοκομείο ΚΕΜ της Ινδίας (Pradhan et al, 2003), προκειμένου να αξιολογηθεί η ψυχοπαθολογία και η αυτοεκτίμηση σε χρόνιες παθήσεις, έλαβαν μέρος 60 παιδιά και οι γονείς τους. 30 παιδιά είχαν επιληψία και τα υπόλοιπα 30 είχαν μεσογειακή αναιμία. Αμφότερες οι ομάδες αποτελούνταν από παιδιά που επιλέγονται τυχαία από την Ψυχιατρική Κλινική και το Κέντρο Θαλασσαιμίας , αντιστοίχως, του γενικού

νοσοκομείου. Τα παιδιά και οι γονείς τους συμμετείχαν σε συνέντευξη αλλά και στο Πρόγραμμα Μέτρησης (CPMS) Παιδικής Ψυχοπαθολογίας καθώς και στην προσωπική κλίμακα εκτίμησης της Ρόζενμπεργκ. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία της συσχέτισης συντελεστή του Pearson. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τα παιδιά φαίνεται να έχουν υψηλή ψυχοπαθολογία για CPMS (μέσος όρος βαθμολογίας: Ομάδα θαλασσαιμία = 28,56, η ομάδα επιληψία = 26.06). Η Κατάθλιψη ήταν η υποκλίμακα με τη μέγιστη ανύψωση και στις δύο ομάδες. Προβλήματα συμπεριφοράς ήταν υψηλές στην επιληψία. Επιπλέον, η θλίψη και η αδιαφορία στη ζωή τους ήταν κοινά συμπτώματα για τη μεσογειακή αναιμία, ενώ ευερεθιστότητα και ο πανικός ήταν υψηλές στην επιληψία.

Μια ακόμη μελέτη που έχει ως στόχο να αξιολογήσει ψυχολογικά προβλήματα και την ποιότητα ζωής (ΠΖ), σε παιδιά με μεσογειακή αναιμία πραγματοποιήθηκε στην Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική και το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας και Νευροεπιστημών στο Bangalore της Ινδίας από τους Shaligram και συνεργάτες (2007). Συμμετείχαν 39 παιδιά (8-16 έτη) που έπασχαν από μεσογειακή αναιμία και χρειάζονταν μετάγγιση αίματος. Αξιολογήθηκαν για ψυχολογικά προβλήματα με τη χρήση της μέτρησης Παιδικής Ψυχοπαθολογίας QOL και η ποιότητα ζωής εκτιμήθηκε με βάση το EQ-5D. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 44% των παιδιών είχαν ψυχολογικά προβλήματα και το 74% είχε μια κακή Ποιότητα Ζωής. Άγχος σε ποσοστό (67%), κατάθλιψη (62%) και προβλήματα συμπεριφοράς (49%) ήταν τα κύρια ευρήματα. Τα παιδιά ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν μειωμένη QOL λόγω των σοβαρών δυσκολιών στον πόνο ή άλλη ενόχληση (64%), διάσταση που ακολουθείται από κατάθλιψη και προβλήματα

κοινωνικότητας της ίσης βαρύτητας (33%). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αποσιδήρωσης ήταν προγνωστικός δείκτης ψυχολογικών προβλημάτων και μειωμένης Ποιότητας Ζωής. Επίσης, τα ψυχολογικά προβλήματα ήταν ένα σημαντικός προγνωστικός παράγοντας μειωμένης Ποιότητας Ζωής.

Σε μελέτη που πραγματοποίησαν οι Aydin και συνεργάτες (1997), στόχος ήταν να αξιολογηθεί η νοητική ικανότητα, η αυτοεικόνα, η απελπισία και το άγχος που εμφανίζουν τα παιδιά που έπασχαν από Μεσογειακή Αναιμία, καθώς και να διερευνηθεί η ύπαρξη των ψυχιατρικών διαταραχών σε αυτά τα παιδιά. Πήραν μέρος είκοσι πέντε παιδιά (16 αγόρια και 9 κορίτσια) με Μεσογειακή Αναιμία (12.0-19.6 ετών) από το Αιματολογική Μονάδα του Τμήματος Παιδιατρικής στο SSK Terecik Teaching Hospital, της Σμύρνης. Δεκαπέντε υγιείς περιπτώσεις συγκρίσιμοι σε ηλικία, φύλο και κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, χρησιμοποιήθηκαν ως μάρτυρες. Η Wechsler Intelligence Scale για τα Παιδιά (ή Wechsler Adult Intelligence Scale), το Self-Image Ερωτηματολόγιο, η Beck Κλίμακα, και η Αξιολόγηση Device της οικογένειας εκτελέστηκαν σε όλους τους ασθενείς. Στη συνέχεια, οι ασθενείς αξιολογήθηκαν για ψυχιατρική διαταραχή από ψυχίατρο (σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας). Τα αποτελέσματα για τους ασθενείς και τις περιπτώσεις ελέγχου συγκρίθηκαν στατιστικά με τη χρήση δοκιμών Mann-Whitney και Kruskal-Wallis. Η Αυτοεικόνα διαπιστώθηκε ότι ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε ασθενείς με Μεσογειακή Αναιμία σε σχέση με εκείνων των περιπτώσεων ελέγχου ($P < 0,01$). Η Απελπισία και το Άγχος ήταν σημαντικά υψηλότερα σε ασθενείς με Μεσογειακή Αναιμία σε σχέση με

εκείνων των περιπτώσεων ελέγχου ($P < 0,01$ και $p < 0,05$, αντίστοιχα). Ογδόντα τοις εκατό των ασθενών με Μεσογειακή Αναιμία, είχαν τουλάχιστον μία ψυχιατρική διαταραχή. Ως αποτέλεσμα, η μελέτη έδειξε ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς με Μεσογειακή Αναιμία αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Επίσης μελέτη σχεδιάστηκε και εκτελέστηκε από τους Messina και συνεργάτες (2008) για να εκτιμήσουν την αυτο-εικόνα, την ποιότητα ζωής, τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας και να ερευνήσουν την ύπαρξη των ψυχιατρικών διαταραχών σε ασθενείς με μείζονα θαλασσαιμία. 147 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη από το κέντρο Αναιμίας του Μιλάνο. Οι ασθενείς ψυχολογικά διερευνήθηκαν από τρεις συνεντεύξεις: η πρώτη συνδέεται με ψυχοκοινωνικές πληροφορίες, η δεύτερη υποστηρίζει τους ασθενείς για την ψυχολογική δοκιμή και η τρίτη δίνει πίσω τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη δοκιμή. Το 36 ερωτηματολόγιο-υγείας (SF-36) και η αναθεωρημένη κλίμακα (SCL-90-R), εκτελέστηκαν με όλους τους ασθενείς. Η αξιολόγηση των μέσων τιμών σε αυτούς τους ασθενείς παρουσίασαν μια προσωπικότητα που χαρακτηρίζεται από σωματοποίηση (SOM), κατάθλιψη (DEP) και ψυχαναγκαστικά γνωρίσματα. Η κύρια στρατηγική αντιμετώπισης που χρησιμοποιείται από αυτούς είναι η «διαφυγή». Ως αποτέλεσμα, η μελέτη έδειξε ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς με Μεσογειακή Αναιμία αντιμετώπιζαν σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Sachdeva και συνεργάτες (2002) στη μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας στο Sir Ganga Ram Hospital, εκτιμήθηκε η ποιότητα σε 26 παιδιά (μέση ηλικία 16 έτη $\pm$ 5,5) με μείζονα θαλασσαιμία που λάμβαναν μέρος σε τακτικές μεταγγίσεις

αίματος. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Ποιότητα ζωής στη Θαλασσαιμία», που περιέχει 85 ερωτήσεις. Αυτό το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε από την τροποποίηση της κλίμακας «Ποιότητα ζωής στον παιδιατρικό καρκίνο» που αναπτύχθηκε από Varni et al και καλύπτει συμπτώματα σωματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και γνωστικά πεδία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η ασθένεια επηρεάζει αρνητικά τον ψυχολογικό τομέα των ασθενών σε ποσοστό 81%, τον κοινωνικό τομέα σε ποσοστό 81%, τον γνωστικό τομέα σε ποσοστό 65% και σε σωματικό τομέα το 96% των ασθενών.

4.3 Υποθέσεις έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Με βάση όσα αναλύθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, προκύπτουν δύο βασικές υποθέσεις για την εν λόγω ερευνητική προσπάθεια.

Υπόθεση 1^η

Η βασική μας υπόθεση ήταν ότι τα παιδιά με χρόνια νόσο, όπως η Μεσογειακή Αναιμία, εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά ψυχοπαθολογίας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Κατακλύζονται από δυσάρεστα συναισθήματα, τα οποία δεν έχουν χώρους να εκφράσουν με αποτέλεσμα την περαιτέρω ψυχολογική τους επιβάρυνση.

Υπόθεση 2^η

Σύμφωνα με την 2^η ερευνητική υπόθεση, η αντιμετώπιση του ψυχικού φόρτου θα επηρέαζε θετικά και την ψυχολογική και την σωματική κατάσταση των ασθενών, εφόσον όπως αναλύθηκε και στο γενικό μέρος της μελέτης η μεσογειακή αναιμία έχει ψυχοσωματική βάση. Έτσι

η ιατρική θεραπεία αυτών των ασθενών θα πρέπει να υποστηρίζεται με ψυχολογική βοήθεια και ψυχιατρική θεραπεία.

Υπόθεση 3^η

Η παιγνιοθεραπεία ως ψυχοθεραπευτική παρέμβαση είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε παιδιά με χρόνια ασθένεια που χρίζουν νοσηλείας.

Έχοντας υπόψη τις παραπάνω υποθέσεις, τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσης εργασίας διαμορφώνονται ως ακολούθως:

1. Τα παιδιά/έφηβοι με Μεσογειακή αναιμία που συμμετείχαν στις ομάδες παιγνιοθεραπείας (πειραματική ομάδα) θα καταφέρουν να μειώσουν το ποσοστό στην κλίμακα του άγχους, μετά την παρέμβαση;
2. Τα παιδιά/έφηβοι με Μεσογειακή αναιμία που συμμετείχαν στις ομάδες παιγνιοθεραπείας (πειραματική ομάδα) θα καταφέρουν να μειώσουν το ποσοστό στην κλίμακα της κατάθλιψης, μετά την παρέμβαση ;
3. Τα παιδιά/έφηβοι με Μεσογειακή αναιμία που συμμετείχαν στις ομάδες παιγνιοθεραπείας, (πειραματική ομάδα) θα καταφέρουν να μειώσουν το ποσοστό στην κλίμακα του θυμού, μετά την παρέμβαση;
4. Τα παιδιά/έφηβοι με Μεσογειακή αναιμία που συμμετείχαν στις ομάδες παιγνιοθεραπείας, (πειραματική ομάδα) θα καταφέρουν να μειώσουν το ποσοστό στην κλίμακα της προβληματικής συμπεριφοράς, μετά την παρέμβαση ;
5. Τα παιδιά/έφηβοι με Μεσογειακή αναιμία που συμμετείχαν στις ομάδες παιγνιοθεραπείας, (πειραματική

- ομάδα) θα καταφέρουν να αυξήσουν το ποσοστό στην κλίμακα της αυτοεκτίμησης, μετά την παρέμβαση ;
6. Για τα παιδιά/εφήβους με Μεσογειακή αναιμία που δεν συμμετείχαν στις ομάδες παιγνιοθεραπείας (ομάδα ελέγχου) σε τι ποσοστά θα κυμανθεί η κλίμακα του άγχους στην έναρξη και τη λήξη της έρευνας;
 7. Για τα παιδιά/εφήβους με Μεσογειακή αναιμία που δεν συμμετείχαν σε ομάδες παιγνιοθεραπείας (ομάδα ελέγχου) σε τι ποσοστά θα κυμανθεί η κλίμακα της κατάθλιψης στην έναρξη και τη λήξη της έρευνας;
 8. Για τα παιδιά/εφήβους με Μεσογειακή αναιμία που δεν συμμετείχαν σε ομάδες παιγνιοθεραπείας (ομάδα ελέγχου) σε τι ποσοστά θα κυμανθεί η κλίμακα του θυμού στην αρχή και το τέλος της έρευνας;
 9. Για τα παιδιά/εφήβους με Μεσογειακή αναιμία που δεν συμμετείχαν σε ομάδες παιγνιοθεραπείας (ομάδα ελέγχου) σε τι ποσοστά θα κυμανθεί η κλίμακα της προβληματικής συμπεριφοράς στην αρχή και το τέλος της έρευνας;
 10. Για τα παιδιά/εφήβους με Μεσογειακή αναιμία που δεν συμμετείχαν σε ομάδες παιγνιοθεραπείας (ομάδα ελέγχου) σε τι ποσοστά θα κυμανθεί η κλίμακα της αυτοεκτίμησης στην αρχή και το τέλος της έρευνας ;
 11. Τα παιδιά/έφηβοι ασθενείς της πειραματικής ομάδας θα χρησιμοποιήσουν περισσότερες ώριμες στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου μετά την παρέμβαση ;
 12. Τα παιδιά/έφηβοι ασθενείς της ομάδας ελέγχου τι στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου θα χρησιμοποιήσουν

(ώριμες/ανώριμες) σε σχέση με την πειραματική ομάδα αλλά και σε σχέση με τον εαυτό τους πριν και μετά το τέλος της πειραματικής συνθήκης;

13. Η αντιμετώπιση του ψυχικού φόρτου με τις τεχνικές της παιγνιοθεραπείας, θα επηρέαζε θετικά την ψυχολογική και την σωματική κατάσταση των παιδιών/εφήβων ασθενών που παρουσιάζονταν επιβαρυνμένη στην αρχή της πειραματικής συνθήκης;

14. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό παρατήρησε βελτίωση προσαρμογής στην νόσο των ασθενών που συμμετείχαν στις ομάδες παιγνιοθεραπείας;

4.4 Διαδικασία

Η παρέμβαση εφαρμόστηκε στα παιδιά και εφήβους ασθενείς με Μεσογειακή Αναιμία της πειραματικής ομάδας και περιελάμβανε θεραπεία μέσω παιχνιδιού.

Στο τέλος της πειραματικής συνθήκης αναμένονταν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα για αυτούς τους ασθενείς, οι οποίοι θα αντιμετώπιζονταν ολιστικά (σωματικά-ψυχοκοινωνικά) και θα βοηθιούνταν να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν τα ψυχολογικά τους προβλήματα που συνδέονταν με την χρόνια νόσο.

5 Κεφάλαιο 5^ο: Υλικό της Έρευνας

5.1 Το δείγμα της έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα 24 ασθενών με Μεσογειακή Αναιμία. Από το συνολικό αυτό δείγμα ασθενών οι 10 συμμετείχαν στην ομάδα παιγνιοθεραπείας που σχηματίστηκε, αποτέλεσαν δηλαδή το πειραματικό δείγμα (Π.Δ.). Οι 10 αποτέλεσαν το δείγμα ελέγχου (Δ.Ε.) που δεν συμμετείχαν στην ομάδα παιγνιοθεραπείας και οι 4 ασθενείς που δεν παρουσίασαν ψυχοπαθολογία απορρίφθηκαν από την συγκεκριμένη έρευνα στο αρχικό στάδιο της μελέτης.

Τα χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος ως προς το φύλο, την ηλικία φαίνονται στον πίνακα I, II. Το δείγμα που επιλέχτηκε παρουσίαζε αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους, θυμού, προβληματικής συμπεριφοράς και μειωμένη αυτοεκτίμηση εξαιτίας της χρόνιας νόσου.

Πίνακας 1: Κατανομή ως προς το φύλο

	Π.Ο	Ο.Ε.	ΑΠΟΡΡΙΨΑΝΤΕΣ
Άρρεν	5	5	3
Θήλυ	5	5	1
Σύνολο	10	10	4

Πίνακας 2: Κατανομή ως προς την ηλικία

	Π.Ο.	Ο.Ε.	ΑΠΟΡΡΙΨΑΝΤΕΣ
5ετών	0	1	0
6ετών	1	0	2
7ετών	1	1	0
8ετών	1	2	1
9ετών	1	1	0
10ετών	2	3	1

11ετών	0	0	0
12ετών	1	0	0
13ετών	3	2	0
Σύνολο	10	10	4

Όλοι οι ασθενείς παραπέμφθηκαν από την Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης . Η διαδικασία κατανομής τους σε ασθενείς του Πειραματικού Δείγματος, της Ομάδας Ελέγχου και των απορριφθέντων περιγράφεται αναλυτικότερα στο κεφάλαιο μέθοδος.

5.2 Μέθοδος Έρευνας

Ως προς τη μέθοδο επιλέχθηκε αυτή της διπλής δοκιμασίας, παρότι υπήρξαν σκέψεις για διπλή τυφλή μέθοδο. Και αυτό διότι δεν υπήρχε δυνατότητα ανεξάρτητου ερευνητή, ο οποίος θα λάμβανε και θα αξιολογούσε τις αρχικές και τελικές μετρήσεις, χωρίς να γνωρίζει ποιοι συμμετείχαν σε ομάδες ψυχοθεραπείας-παιγνιοθεραπείας.

Βέβαια, ως προς ορισμένες παραμέτρους, όπως την εκτίμηση της προσαρμογής του ασθενούς από την νοσηλεύτρια και την γιατρό, η μέθοδος θα μπορούσε να χαρακτηριστεί διπλή τυφλή, καθώς δε γνώριζαν αν και ποιος ασθενής συμμετέχει σε Ψυχοθεραπευτική ομάδα. Όμως και πάλι η αξιολόγηση των στοιχείων έγινε από το βασικό ερευνητή και από την έννοια αυτή, η μέθοδος και ως προς αυτές τις παραμέτρους, που περιγράφονται στο αποτελέσματα, δεν μπορεί να θεωρηθεί διπλή τυφλή.

Το γενικό σκεπτικό της μελέτης, ήταν ο σχηματισμός δυο ισοδύναμων δειγμάτων ασθενών με Μεσογειακή Αναιμία, λαμβάνοντας υπόψη τις παραμέτρους:

-Τύπος νοσήματος

-Ηλικία

-Φύλο

-Συχνότητα μεταγγίσεων

-Χρονικό διάστημα στο οποίο έχει διαγνωστεί η νόσος και γίνονται μεταγγίσεις

Το ένα εξ αυτών θα συμμετείχε σε ομάδες παιγνιοθεραπείας (Πειραματική Ομάδα), ενώ το άλλο θα παρέμενε στη συνήθη ιατρική του παρακολούθηση (Ομάδα Ελέγχου).

Η όλη μεθοδολογία, όπως σχεδιάστηκε, περιλάμβανε αξιολόγηση, τόσο της σωματικής, όσο και της ψυχοκοινωνικής κατάστασης κάθε ασθενή κατά την αρχή και το τέλος της πειραματικής συνθήκης, η οποία διήρκεσε 2 έτη. Σκοπός ήταν η παρακολούθηση της εξέλιξης των δυο δειγμάτων, από σωματική και ψυχοκοινωνική άποψη και κατά συνέπεια η επίδραση που θα είχε η παιγνιοθεραπεία στους ασθενείς, που θα συμμετείχαν στις ομάδες. Άλλωστε η θεραπευτική αντιμετώπιση των δυο δειγμάτων θα διέφερε μόνο κατά την συμμετοχή ή μη των ασθενών σε ψυχοθεραπευτικές ομάδες.

Προς την κατεύθυνση του σχηματισμού των δυο ισοδύναμων δειγμάτων ακολουθήθηκε η μεθοδολογία που περιγράφεται στην παράγραφο 5.2.1.«Σχηματισμός του πειραματικού δείγματος» και 5.2.2.«Σχηματισμός του δείγματος ελέγχου».

Για την εκτίμηση των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια και σταθμισμένες δοκιμασίες, καθώς και στοιχεία που

προέκυψαν από τις συνεντεύξεις με τους γονείς των παιδιών και εφήβων ασθενών. Συγκεκριμένα:

Για την αξιολόγηση των Επιπέδων Κατάθλιψης, Αυτοεκτίμησης, Θυμού-Ευερεθιστότητας, Άγχους καθώς και προβληματικής συμπεριφοράς χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Beck Youth Inventories (Beck et al, 2001).

Η κλίμακα Beck Youth Inventories (Beck et al, 2001) περιέχει πέντε ενότητες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν χωριστά ή σε συνδυασμό. Κάθε μία από τις πέντε ενότητες περιέχει 20 δηλώσεις σχετικά με τις σκέψεις, συναισθήματα, ή συμπεριφορές που σχετίζονται με τη συναισθηματική και κοινωνική δυσλειτουργία σε παιδιά και εφήβους από 7 έως 18 ετών. Αυτές αξιολογούν κατάθλιψη, άγχος, θυμό, ανάρμοστη συμπεριφορά και αυτο-αντίληψη. Οι πέντε κλίμακες περιλαμβάνουν:

- *Καταγραφή Κατάθλιψης Beck για τη Νεολαία (BDI-Y)*. Με βάση τα κριτήρια της κατάθλιψης της αμερικανικής ψυχιατρικής ένωσης *DSM-IV* του (1994), η ενότητα αυτή είναι σχεδιασμένη για να εντοπίζει τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους, συμπεριλαμβανομένων αρνητικών σκέψεων για τον εαυτό ή τη ζωή, και το μέλλον, καθώς και συναισθήματα θλίψης.
- *Καταγραφή Άγχους Beck για τη Νεολαία (BAI-Y)*. Εδώ στόχος είναι να απογραφούν φόβοι των παιδιών (π.χ., για το σχολείο, την υγεία τους, την σωματική τους ακεραιότητα, το μέλλον τους, αρνητικές αντιδράσεις άλλων, φόβο απώλειας ελέγχου κτλ.)

- *Καταγραφή θυμού Beck για τη Νεολαία (Bani-Y)*. Αυτή η ενότητα αξιολογεί σκέψεις ενός παιδιού ή εφήβου για άδικη μεταχείριση από άλλους, τα συναισθήματα του θυμού και του μίσους.
- *Καταγραφή προβληματικής συμπεριφοράς Beck για τη Νεολαία (BDBI-Y)*. Συμπεριφορές που συνδέονται με την Διαταραχή Διαγωγής και αντικοινωνικές συμπεριφορές εξετάζονται σε αυτήν την ενότητα.
- *Καταγραφή αυτοεκτίμησης Beck για τη Νεολαία (BSCI-Y)*. Ο στόχος σε αυτήν την ενότητα είναι διερευνήσει την αυτο-αντίληψη, την αυτό-εικόνα και την θετική αυτό-αξίας που έχουν τα παιδιά και οι έφηβοι που υποβάλλονται σ' αυτήν το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο.

Η χορήγηση μπορεί να γίνει είτε ατομικά είτε ομαδικά σε ήσυχο περιβάλλον. Είναι εύκολη στη χορήγηση και σύντομη (περίπου 5-10 λεπτά η κάθε ενότητα). Κάθε ενότητα περιέχει 20 δηλώσεις στις οποίες τα παιδιά ανταποκρίνονται σε κάθε στοιχείο αναφέροντας πόσο συχνά η δήλωση είναι αληθινή για αυτούς ή όχι με διαβάθμιση από το 0 έως το 3. (Συγκεκριμένα το 0=ποτέ, 1=Μερικές φορές, 2=Συχνά, 3=Πάντα).

Οι ερωτήσεις είναι εύκολες στην ανάγνωση και κατανόησή τους αλλά, εάν χρειάζεται, ο ερευνητής μπορεί να διαβάσει τις ερωτήσεις στα παιδιά.

Για την βαθμολόγηση της κλίμακας αθροίζονται αρχικά οι κάθε 20 ερωτήσεις που αντιστοιχούν σε κάθε ενότητα. Αναλυτικά οι ερωτήσεις από 1 έως 20 μετρούν κατάθλιψη, από 21 έως 40 άγχος, από 41 έως 60 θυμό, από 61 έως 80 αντικοινωνική συμπεριφορά και τέλος από 81 έως

100 αυτοεκτίμηση. Τα αρχικά αυτά αποτελέσματα αυτά μετατρέπονται σε τυποποιημένα βάση πινάκων ανάλογα με το φύλο και την ηλικία του παιδιού ή του εφήβου. Το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνεται στο παράρτημα της διατριβής.

Για την εκτίμηση της προσαρμογής των ασθενών στη νόσο από την γιατρό χρησιμοποιήθηκε αυτόσυμπληρούμενο (από την γιατρό) ερωτηματολόγιο (Λαυρεντιάδης 1985). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνεται στο παράρτημα της διατριβής.

Ομοίως για την εκτίμηση της προσαρμογής των ασθενών στη νόσο από την νοσηλεύτρια χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρούμενο (από την νοσηλεύτρια) ερωτηματολόγιο (Λαυρεντιάδης, 1985). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνεται στο παράρτημα της διατριβής

Για την εκτίμηση των παραμέτρων :

-Στρατηγική αντιμετώπισης της νόσου και

-Ευαλωτότητα των ασθενών

Χρησιμοποιήθηκαν ειδικές κλίμακες και συγκεκριμένα:

Ο κατάλογος «Γενικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης», (Coping Strategies) (Welsman, 1979; Λαυρεντιάδης, 1985). Ο σχετικός κατάλογος των Στρατηγικών αντιμετώπισης περιλαμβάνεται στο παράρτημα της διατριβής όπως και η Κλίμακα ευαλωτότητας Ωμέγα (Welsman, 1979; Λαυρεντιάδης, 1985). Και οι δυο αυτές κλίμακες συμπληρώνονται από τον ερευνητή, σε συνδυασμό με τα υπόλοιπα στοιχεία του πρωτοκόλλου.

Από την αρχή ετίθετο το θέμα του να εξασφαλιστεί η ισοδυναμία των δύο δειγμάτων (Πειραματικής Ομάδας και Ομάδας ελέγχου), προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι οι διαφορές που θα σημειωθούν επί

των τελικών τιμών θα είναι αξιόπιστες και όχι αποτέλεσμα υπαρκτής διαφοράς κατά την εκκίνηση της πειραματικής συνθήκης. Έτσι :

-Οι ηλικίες δεν διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στις δυο ομάδες. Ο μέσος όρος ηλικίας που συμμετείχαν στην πειραματική ομάδα ήταν $\chi=10,1$ έτη και ο ηλικιακός μέσος όρος για την ομάδα ελέγχου $\chi=9,3$ έτη.

-Δεν υπήρξαν διαφορές στις δύο ομάδες όσον αφορά το φύλο. 5 αγόρια και 5 κορίτσια για κάθε μια από τις ομάδες.

-Επιλέχθηκαν και για τις δυο ομάδες 10 ασθενείς που τις πλαισιώναν.

-Και στις δυο ομάδες συμμετείχαν ασθενείς που έπαιρναν μέρος σε μεταγγίσεις ανά 15μερο και που ήταν σε αυτή την διαδικασία για τουλάχιστον 3 έτη (πριν την έναρξη της Π.Σ.).

-Ο τύπος της νόσου για όλους τους ασθενείς ήταν κοινός Μεσογειακή Αναιμία τύπου Β.

-Οι οικογένειες των παιδιών και των έφηβων που συμμετείχαν ανήκαν σε μέσο ή χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και στις δυο ομάδες.

-Και για τις δυο ομάδες οι ασθενείς επιλέχθηκαν μετά από συνέντευξη με τους γονείς και τους ίδιους καθώς και μετά από την χορήγηση κλιμάκων στα οποία έγινε φανερή η ύπαρξη αυξημένων τιμών ψυχοπαθολογίας (κατάθλιψη, άγχος, θυμός, προβληματική συμπεριφορά, αυτοεκτίμηση).

- Και για τις δυο ομάδες η γιατρός και η νοσηλεύτρια ήταν η ίδια και παρέμεινε σταθερή σε όλη τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας.

-Τέλος για κανένα μέλος της πειραματικής ομάδας δεν είχε δοθεί βοήθεια σε ψυχικό επίπεδο στο παρελθόν από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, ούτε και υπήρχε παρέμβαση σε αυτήν την γραμμή πέρα αυτή της πειραματικής συνθήκης . Για τα μέλη της ομάδας ελέγχου δεν είχε

υπάρξει ούτε υπήρχε μέχρι τη λήξη της διατριβής καμία μορφή ψυχοθεραπείας.

Τέλος, τα στοιχεία για την σωματική κατάσταση των ασθενών δόθηκαν από την ιατρό της μονάδας, που παρακολουθεί τα παιδιά και τους εφήβους με Μεσογειακή Αναιμία, με βάση το αρχείο που κρατείται στον ιατρικό φάκελο του κάθε ασθενή. Προηγήθηκε συγκατάθεση των γονέων και των ίδιων των ασθενών. Αφορούσαν δε τα στοιχεία αυτά ένα χρόνο πριν την έναρξη της ψυχοθεραπείας (πριν) και τον τελευταίο χρόνο της ψυχοθεραπείας (μετά).

Ως προς την εν γένει διαμόρφωση της έρευνας ακολούθησε η κάτωθι μεθοδολογία.

5.2.1 Ο Σχηματισμός του πειραματικού δείγματος (Π.Δ.)

Οι ασθενείς του δείγματος της πειραματικής ομάδας, επελέγησαν από τα παιδιά και τους εφήβους που μεταγγίζονται στην μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας του «Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης», με την τεχνική του ειδήμονα ή της ομοιογένειας. Αναζητήθηκαν άτομα, δηλαδή, που είχαν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (Μεσογειακή αναιμία) που τα καθορίζουν σε σχέση με την συγκεκριμένη μελέτη.

Αρχικά κλήθηκαν όλοι οι ασθενείς που μεταγγίζονταν στο «Παίδων Πεντέλης», μαζί με τους γονείς τους, προκειμένου να γίνει διερεύνηση της ύπαρξης ή μη «παθολογικών» τιμών κατάθλιψης, άγχους, θυμού, προβληματικής συμπεριφοράς και χαμηλής αυτοεκτίμησης, χαρακτηριστικό δεδομένο από την υπόθεση της πειραματικής συνθήκης.

Στο πρώτο αυτό ραντεβού που κρατούσε περίπου 50΄γίνονταν οι Ψυχολογικές αξιολογήσεις που αποτελούσαν τις αρχικές μετρήσεις. Συγκεκριμένα η συμπλήρωση ιστορικού-ερωτηματολογίου από τους γονείς και τον ασθενή καθώς και η κλίμακα Beck Youth Inventories (Beck et al, 2001).

Από τα 24 παιδιά και έφηβοι που προσήλθαν τα 20 παρουσίασαν «παθολογία» και αποτέλεσαν μέρος της έρευνας. Οι 4 ασθενείς που δεν παρουσίασαν ψυχοπαθολογία απορρίφθηκαν από την συγκεκριμένη έρευνα. Από τα 20 αυτά παιδιά –εφήβους με Μεσογειακά Αναιμία επιλέχθηκαν τυχαία τα 10 που θα συμμετείχαν στην πειραματική ομάδα.

Πίνακας 3: Χαρακτηριστικά δείγματος πειραματικής ομάδας

Φύλο	Ηλικία
Θήλυ	7 ετών
Θήλυ	10ετών
Άρρεν	9ετών
Θήλυ	12ετών
Θήλυ	10ετών
Άρρεν	13ετών
Άρρεν	7ετών
Θήλυ	13ετών
Άρρεν	9ετών
Άρρεν	13ετών

Αυτά τα 10 παιδιά και έφηβοι κλήθηκαν σ ένα επόμενο σύντομο ραντεβού 10΄περίπου όπου τους δινόταν μερικές πληροφορίες για το πρόγραμμα το οποίο θα αναπτυσσόταν.

Η αρχική συνάντηση γινόταν στο χώρο του Ψυχολογικού γραφείου του νοσοκομείου, ενώ οι ακολουθούσες συνεδρίες γίνονταν στο χώρο της μονάδας την ώρα των μεταγγίσεων.

5.2.2 Ο Σχηματισμός του δείγματος Ελέγχου (Δ.Ε.)

Ομοίως οι ασθενείς του δείγματος της ομάδας ελέγχου, επελέγησαν από τα παιδιά και τους εφήβους που μεταγγίζονται στην μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας του «Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης», με την τεχνική του ειδήμονα ή της ομοιογένειας. Αναζητήθηκαν άτομα, δηλαδή, που είχαν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (Μεσογειακή αναιμία) που τα καθορίζουν σε σχέση με την συγκεκριμένη μελέτη.

Σε αυτήν την περίπτωση μετά το πρώτο διερευνητικό ραντεβού, οι ασθενείς δεν δέχονταν καμία παρέμβαση. Αφήνονταν στη συνήθη παρακολούθησή τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Τους ανακοινωνόταν ότι μετά δυο έτη θα τους ζητούνταν να ξανασυμπληρώσουν τα ίδια στοιχεία προκειμένου να παρακολουθήσουμε την πορεία τους.

Πίνακας 4: Χαρακτηριστικά δείγματος ομάδας ελέγχου

Φύλο	Ηλικία
Θήλυ	13ετών
Θήλυ	7ετών
Άρρεν	10ετών
Θήλυ	13ετών
Άρρεν	9ετών
Άρρεν	10ετών
Θήλυ	10ετών
Άρρεν	8ετών
Θήλυ	5ετών
Άρρεν	8ετών

Αξίζει εδώ να σημειωθεί πως από τους 20 ασθενείς και τις οικογένειές τους, άλλοι έδειξαν ενδιαφέρον και μερικοί ενθουσιασμό για το όλο πρόγραμμα, άλλοι το δέχτηκαν με επιφύλαξη. Όμως κανένα παιδί-εφηβος ή γονέας δεν το απέρριψε. Το γεγονός αυτό για τον ερευνητή

στην αρχή της πειραματικής συνθήκης αποτέλεσε μια ένδειξη της ανάγκης των ασθενών με χρόνια νόσο να αντιμετωπίζονται ολιστικά.

5.2.3 Τελικές Μετρήσεις

Για κάθε ασθενή ο οποίος συμμετείχε σε ομάδα παιγνιοθεραπείας, μετά την παρέλευση δυο ετών λαμβάνονταν τα επαναληπτικά στοιχεία. Αυτά αφορούσαν την ψυχομετρική δοκιμασία «Beck Youth Inventories» (Beck et al, 2001), που συμπλήρωναν οι ασθενείς καθώς επίσης και το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο της «κλίμακας προσαρμογής των ασθενών στη νόσο» (Λαυρεντιάδης, 1985) που συμπληρώθηκε από την γιατρό και την νοσηλεύτρια, το ερωτηματολόγιο «στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου» (Welsman, 1979) που συμπληρώθηκε από τον ερευνητή καθώς και την κλίμακα μέτρησης Ευαλωτότητας Ωμέγα (Welsman, 1979).

Οι ασθενείς του δείγματος ελέγχου καλούνταν επίσης μετά δυο έτη και με τον ίδιο τρόπο αξιολογούνταν η ψυχοκοινωνική του κατάσταση.

5.3 Ομάδες και λειτουργία τους

Οι συνεδρίες της παιγνιοθεραπείας πραγματοποιούνταν την ημέρα που γινόταν για τον ασθενή η μετάγγιση αίματος και κατά την διάρκεια και τον χώρο αυτής. Ο σχεδιασμός αυτός υλοποιήθηκε:

α) προκειμένου να γίνεται άμεση επεξεργασία των συναισθημάτων που προέκυπταν κατά την φάση της μετάγγισης όπου τα παιδιά και οι έφηβοι είχαν να αντιμετωπίσουν διάφορα προβλήματα (π.χ. πόνο κατά την προσπάθεια εισχώρησης της βελόνας, αδυναμία ανεύρεσης φλέβας -από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό- με αποτέλεσμα

επαναλαμβανόμενα τρυπήματα, μέτρηση βάρους και ύψους του ασθενή που πολλές φορές έφερνε στην επιφάνεια το πρόβλημα της μη «φυσιολογικής ανάπτυξης» των παιδιών και εφήβων με μεσογειακή αναιμία σε σχέση με τα παιδιά της ηλικίας τους.)

β)προκειμένου να εξασφαλιστεί η σίγουρη προσέλευση των ασθενών διότι η επιλογή μιας άλλης μέρας και ώρας την έθετε σε κίνδυνο, εφόσον πολλά από τα παιδιά και τους εφήβους έφταναν στο νοσοκομείο από την επαρχία αποκλειστικά για την μετάγγιση και αποχωρούσαν αμέσως μετά το τέλος αυτής. Επιπλέον το πρόγραμμα των ασθενών ήταν ήδη αρκετά επιβαρυνμένο και διαφορετικό για το κάθε παιδί που δεν θα μπορούσε εύκολα να βρεθεί μια κοινή μέρα και ώρα σε δεκαπενθήμερη βάση ώστε να πραγματοποιούνται οι συνεδρίες παιγνιοθεραπείας. Επίσης οι αυξημένες απουσίες τους από το σχολείο -λόγω της ασθενείας- ήταν απαγορευτικές ώστε να οριστούν πρωινές ώρες οι συνεδρίες σε διαφορετικές μέρες εκτός μεταγγίσεων.

Κάθε ασθενής έπαιρνε μέρος στην ομάδα παιγνιοθεραπείας δυο φορές το μήνα, κατά μέσο όρο, όσες και οι μεταγγίσεις που πραγματοποιούνταν. Ο αριθμός αυτός άλλαζε σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσίαζε σημάδια υποτροπής και χρειαζόταν πιο συχνή μετάγγιση ή που σύμφωνα με τις εργαστηριακές του εξετάσεις η κατάσταση του ήταν ικανοποιητική και η μετάγγιση μπορούσε να πάει μερικές μέρες πιο πίσω.

Οι προγραμματισμένες μέρες από το τμήμα Μεσογειακής Αναιμίας του Γενικού Νοσοκομείου Πεντέλης για τις μεταγγίσεις ήταν σταθερές κάθε εβδομάδα σε Τρίτη και Παρασκευή. Η σύνθεση των ομάδων δεν ήταν σταθερή κάθε φορά, όμως ήταν από την προηγούμενη εβδομάδα γνωστή ώστε ο ερευνητής να προετοιμάζει υλικό για την συνεδρία,

σύμφωνα με τις ηλικίες και τις προτιμήσεις των ασθενών που θα την απάρτιζαν.

Οι συνεδρίες ήταν διάρκειας 90 λεπτών και υπόκεινταν σε κανόνες που ήταν από την αρχή γνωστοποιημένες στους ασθενείς που συμμετείχαν σε αυτές όπως για παράδειγμα:

- καθορισμένος τόπος και χρόνος

- καθορισμένη διάρκεια

- συνέπεια στην συμμετοχή των μελών

- εχεμύθεια σε ό,τι συζητείται στην ομάδα και από τον συντονιστή και από τα μέλη

- απαγόρευση βίας μεταξύ των μελών

- ελεύθερη διακίνηση σκέψεων και συναισθημάτων

- σεβασμός και προφύλαξη του υλικού που δινόταν κατά την διάρκεια της συνεδρίας (κούκλες, πηλός, ζώα, υλικό γραφικής ύλης, παραμύθια)

Αξίζει εδώ να σημειωθεί πως οι γονείς-συνοδοί δεν λάμβαναν μέρος στις ομάδες. Βρίσκονταν εκτός του χώρου πραγματοποίησης των συνεδριών όπως και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Οι γονείς καθ' όλη την διάρκεια της έρευνας ταυτόχρονα με τους ασθενείς έλαβαν μέρος σε ομάδες συμβουλευτικής προκειμένου να υπάρξει μια ολοκληρωμένη βοήθεια της οικογένειας. Το αντικείμενο όμως των ομάδων αυτών δεν θα αναπτυχθεί στην παρούσα έρευνα.

Μετά το τέλος κάθε συνεδρίας ο ερευνητής κατέγραφε σε μια φόρμα (παρατίθεται στο παράρτημα σελ.207) τα μέλη που πήραν μέρος, το υλικό που χρησιμοποιήθηκε, τα θέματα που αναπτύχθηκαν καθώς και χρήσιμες παρατηρήσεις. Το υλικό αυτό οδήγησε στην απομόνωση 5

κύριων θεματολογικών ενοτήτων που συζητήθηκαν περισσότερο τα δυο αυτά χρόνια:

α) Η κατάσταση της σωματικής υγείας, οι επιπτώσεις από την ασθένεια, τις μεταγγίσεις, την διαδικασία της αποσιδήρωσης κτλ.

Δεν υπήρξε καμία συνεδρία, όπου να μη θιγεί το θέμα «Πώς είμαστε;», από την άποψη της σωματικής κατάστασης. Το θέμα αυτό δηλαδή συναντάται στο 100% των συνεδριών. Και είναι φυσικό, διότι η σωματική κατάσταση αποτελεί κύριο μέλημα και ανησυχία, για τους ασθενείς αυτούς και τις οικογένειές τους.

Στο βαθμό που υπήρχε βελτίωση της σωματικής κατάστασης κάποιου μέλους, φυσικά τα συναισθήματα, που προέκυπταν ήταν χαρά και αισιοδοξία, αντίθετα όταν υπήρχε επιβάρυνση της κατάστασης, οι ομάδα προέτρεπε τα μέλη τους να μην αποθαρρυνθούν.

Τα συναισθήματα αυτά εκφράζονταν έμμεσα με τα παιχνιδιών, και τα υπόλοιπα υλικά και τεχνικές που χρησιμοποιούνταν στην παιγνιοθεραπεία. Κάποιες φορές, για παράδειγμα, ένα παιδί που αντιμετώπιζε πρόβλημα στην αποσιδήρωση ζωγράφιζε το μηχανάκι της αποσιδήρωσης δίπλα σε ένα παιδί που έκλαιγε, θέλοντας με αυτόν τον τρόπο να φέρει το θέμα στην ομάδα. Άλλες φορές οι κούκλες έπαιρναν την θέση του ασθενή που αντιμετώπιζε δυσκολία κατά την είσοδο της βελόνας του μηχανήματος αποσιδήρωσης και ήταν η ομάδα που την βοηθούσε να το ξεπεράσει, να κάνει κουράγιο στον πόνο και να προσπαθήσει να μάθει την τεχνική είσοδο της βελόνας στην κοιλιά της κούκλας-ασθενή. Η τεχνική «The Feeling Word Game» (Kaduson and Schaefer, 1997) και η τεχνική «Mirroring Activity» (Lowenstein, 2008), ήταν πολύ βοηθητικές για τα παιδιά στην αντιμετώπιση αυτής της ενότητας.

β) Προβληματική εικόνα εαυτού

Το θέμα της εικόνας του σώματος των παιδιών και εφήβων, της εξωτερικής τους εμφάνισης ήταν και αυτό από τα πρωτεύοντα που απασχόλησαν τις συνεδρίες παιγνιοθεραπείας το διάστημα της έρευνας.

Πολλοί από του ασθενείς ως συνέπεια της ασθένειας παρουσίαζαν μαύρα, χαλασμένα δόντια που χρειαζόταν χειρουργική παρέμβαση για να διορθωθούν. Άλλα παιδιά παρουσίαζαν προβλήματα στο ύψος και την σωματική τους ανάπτυξη με αποτέλεσμα να πρέπει να τους χορηγούνται αυξητικές ορμόνες και η εξωτερική τους εμφάνιση να παραπέμπει σε μικρότερες ηλικίες. Επίσης από τις χρόνιες μεταγγίσεις και τις αποσιδηρώσεις το δέρμα των ασθενών συχνά γίνονταν πιο σκουρόχρωμο, τονίζονταν και εξωτερικά τη ύπαρξη της ασθένειας.

Το συγκεκριμένο ζήτημα μέσω των ομάδων ήρθε στην επιφάνεια και δουλεύτηκε με την βοήθεια ηρώων παραμυθιών που μειονεκτούσαν (Ο μολυβένιος στρατιώτης, Το ασχημόπαπο, Η μέλισσα με το σπασμένο φτερό κτλ.) αλλά και μέσα από την προβολή κινηματογραφικών ταινιών που οι ήρωες τους παρότι «ελλειμματικοί» σε σωματικό επίπεδο στο τέλος τα κατάφερναν με τον καλύτερο τρόπο (Happy Feet, Shrek, Το Σκάφανδρο και η Πεταλούδα κτλ.)

Επίσης και εδώ αναδείχτηκε πολλές φορές το θέμα, έμμεσα, από τις ζωγραφιές των παιδιών. Για παράδειγμα απεικόνιζαν τον εαυτό τους μικρότερο σε σχέση με τις υπόλοιπες φιγούρες, ή το ελλειμματικό τους εξωτερικό χαρακτηριστικό διογκώνονταν στο χαρτί με σκοπό να τραβήξει την προσοχή. Άλλες φορές πάλι με τη χρήση του πηλού που κατασκευάζονταν ανθρωπάκια με μειονεξία, ή πάνω σε ένα κρεβάτι με ορούς και ιατρικά εργαλεία, είτε με την βοήθεια των κούκλων-ασθενών

που φαίνονταν να μειονεκτούν. Η τεχνική «The Power Animal Technique» (Kaduson & Schaefer, 2001) και η τεχνική «Feel Good File» (Lowenstein, 2010), ήταν πολύ βοηθητικές για τα παιδιά στην αντιμετώπιση αυτής της ενότητας.

γ) Ο προβληματισμός για την εξέλιξη της νόσου και το σχεδιασμό του μέλλοντος των ασθενών

Το ζήτημα αυτό κυριαρχούσε στους εφήβους. Στον γυναικείο πληθυσμό έρχονταν έντονα, μέσω της παιγνιοθεραπείας, ο προβληματισμός για την δυνατότητα ή όχι δημιουργίας οικογένειας και απόκτησης παιδιών με βάση το πρόβλημα υγείας τους. Για τα αγόρια περισσότερο σημασία φαίνεται να είχε η αναζήτηση επαγγέλματος με βάση τις σωματικές τους ικανότητες και τις ανάγκες τους σε ιατρική φροντίδα (απουσία από την εργασία τις μέρες της μετάγγισης κτλ.). Πολλές φορές μάλιστα μέσω των υλικών που χρησιμοποιούνταν στην ομάδα τόνιζαν την αδυναμία τους να επιλέξουν π.χ. κάποιο επάγγελμα απαγορευτικό για αυτούς –οδηγός αγώνων στην φόρμουλα- ή να συμμετέχουν σε αθλητικούς συλλόγους με σκοπό τον πρωταθλητισμό ή ζωγράφιζαν μωρά και γυναίκες σε κατάσταση εγκυμοσύνης.

Άλλες φορές το μείζον θέμα ήταν οι τελευταίες εξελίξεις σε επιστημονικό επίπεδο σχετικά με τα βλαστοκύτταρα και την δυνατότητα που μπορεί να είχαν οι ασθενείς να μεταμοσχευτούν και να ιαθούν. Δεν είναι λίγα τα παιδιά που ζητούσαν επίμονα από τους γονείς να αποκτήσουν αδελφάκι, που ίσως θα τους έδινε τη δυνατότητα μέσω της χρήσης των βλαστοκυττάρων να ιαθούν. Άλλοτε πάλι τα τελευταία ιατρικά νέα για την νόσο της Μεσογειακής Αναιμίας σε σχέση με τα φάρμακα, τα μηχανήματα αποσιδήρωσης, τις ανακοινώσεις των

γιατρών σε συνέδρια και ημερίδες, που μπορεί να επιφύλασσαν νέα για μια ποιοτικότερη ζωή. Η τεχνική «Worry Can» (Kaduson and Schaefer, 1997) και η τεχνική «Therapeutic Magic Tricks» (Lowenstein, 2008), ήταν πολύ βοηθητικές για τα παιδιά στην αντιμετώπιση αυτής της ενότητας.

δ) Τα συναισθήματα που αναδύονται σε οριακές στιγμές της ανθρώπινης ύπαρξης

Η θεματολογική αυτή ενότητα εμφανίζεται σχετικά σπάνια σε σχέση με τις υπόλοιπες, στις συνεδρίες των ομάδων. Είναι όμως πολύ σημαντική, διότι αφορά εξαιρετικά βαριά και ανυπόφορα συναισθήματα, τα οποία αναδύονται ιδιαίτερα στις αρχικές φάσεις της διάγνωσης της νόσου.

Πρόκειται για συναισθήματα απόγνωσης, κατάρρευσης και απομόνωσης, τα οποία εκφράστηκαν με κλάματα ή δηλώσεις μέσω των παιχνιδιών του τύπου : «Να μην πάρει καλύτερα η Barbie καινούργια ρούχα και παπούτσια, αφού μπορεί να πεθάνει....» ή «Τι να το κάνει το καινούργιο αυτοκίνητο ο ήρωας της ταινίας, αφού δεν ξέρει αύριο αν θα ζει...».

Οι ομάδες γενικά μπόρεσαν να απορροφήσουν μέσω των τεχνικών της παιγνιοθεραπείας τα συναισθήματα αυτά. Πολύ βοηθητικό εδώ στάθηκε το γεγονός ότι παλαιότεροι ασθενείς είναι χρόνια καλά και παρόντες ως ζωντανά παραδείγματα. Η τεχνική «Party Hats on Monsters» (Kaduson and Schaefer, 2001) και η τεχνική «All Tangled up» (Lowenstein, 2010), ήταν πολύ βοηθητικές για τα παιδιά στην αντιμετώπιση αυτής της ενότητας.

ε) Οι σχέσεις με την οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο

Σε πολλές συνεδρίες φάνηκαν έμμεσα τα συναισθήματα μειονεξίας των ασθενών με Μεσογειακή Αναιμία απέναντι στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας καθώς και η αίσθηση πως αποτελούσαν βάρος και φόρτωμα για αυτά.

Ζωγραφιές που απεικόνιζαν όλα τα μέλη της οικογένειας στη μια μεριά του χαρτιού και το μέλος με το πρόβλημα υγείας απομονωμένο μακριά στην άλλη πλευρά ήταν συχνές.

Ιστορίες-παραμύθια που κατασκεύαζαν τα παιδιά με ήρωες που έφευγαν από το σπίτι τους προκειμένου ο μπαμπάς, η μαμά και τα αδελφάκια να είναι πιο χαρούμενα απαλλαγμένοι από την παρουσία τους.

Τέλος άλλες φορές όταν το παιχνίδι απαιτούσε η καλή νεραϊδα να πραγματοποιήσει μια ευχή του ήρωα, αυτή ήταν ή να εξαφανιστεί ή να πεθάνει ο τελευταίος ή ως δια μαγείας να θεραπευτεί από την αρρώστια του για να μην αποτελεί «πρόβλημα» στην οικογένεια. Η τεχνική «Feel Good File» (Lowenstein, 2010), ήταν πολύ βοηθητική για τα παιδιά στην αντιμετώπιση αυτής της ενότητας.

5.4 Υλικά και τεχνικές που Χρησιμοποιήθηκαν κατά τη Διάρκεια των συνεδριών

Η δραστηριότητα της Παιγνιοθεραπείας που πραγματοποιήθηκε όλους αυτούς τους μήνες με τα παιδιά και τους εφήβους στο τμήμα Μεσογειακής Αναιμίας του Γενικού Νοσοκομείου Πεντέλης, περιελάμβανε μοντέλα ανθρώπινων σωμάτων, κούκλες κουκλοθέατρου, ζώα και ψεύτικα ιατρικά εργαλεία που παραπέμπουν

στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και την εμπειρία της νοσηλείας. Τα παιδιά ήταν ελεύθερα να επιλέξουν ποιόν ρόλο θα υποδυθούν τα ίδια και ποιον ο θεραπευτής πάνω στη βάση της ιστορίας που κατασκεύαζαν εκείνα. Σκοπός των συνεδριών αρχικά ήταν οι ασθενείς να απελευθερώσουν τα συναισθήματα τους και τους φόβους τους και συγχρόνως να συνθέσουν μια καινούργια πραγματικότητα.

Χρησιμοποιήθηκαν επίσης η ζωγραφική ως συμβολική και μεταφορική επικοινωνία με σκοπό να αποκαλυφθούν σκέψεις, συναισθήματα και προβληματισμοί των παιδιών που δύσκολα θα εξέφραζαν με λόγια. Μέσα από την ζωγραφική συχνά δήλωναν τους φόβους τους, τις ανησυχίες, τις φαντασιώσεις τους. Για παράδειγμα φόβοι για το τρύπημα της βελόνας κατά την μετάγγιση, σωματικές αλλαγές εξαιτίας της νόσου (π.χ. χαλασμένα δόντια, βλάβες στην όραση, στην καρδιακή λειτουργία), ανησυχία για τη ζωή τους στο μέλλον κ.α.

Επίσης γίνεται ψυχοθεραπευτική δουλειά μέσω κινηματογραφικών ταινιών, που προβάλλουν ήρωες που «μειονεκτούν» σωματικά ή πνευματικά και παρόλα αυτά καταφέρνουν να αντεπεξέλθουν στις δυσκολίες που τους παρουσιάζονται που εντάσσονται στο κοινωνικό πλαίσιο. Έτσι δίνεται η δυνατότητα στους ασθενείς που νοσούν και νιώθουν και αυτοί πως μειονεκτούν, να ταυτιστούν με τους ήρωες και να αισθανθούν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση. (Ενδεικτικά αναφέρονται ορισμένες ταινίες : Happy Feet, Το σκάφανδρο και η πεταλούδα, Ένας υπέροχος άνθρωπος, Forest Gump κ.α.).

Εκτενής ήταν και η χρήση των παραμυθιών όπως: «Το ασχημόπαπο», «Η μέλισσα με το σπασμένο φτερό», «Ο Ρούλης ο μικροφτερούλης» ακολουθώντας τα παρακάτω βήματα:

I. Ανάγνωση του βιβλίου από τα παιδιά ή το συντονιστή της ομάδας.

II. Προφορική ή γραπτή αφήγηση της ίδιας ιστορίας στην ομάδα από ένα ή περισσότερα παιδιά.

III. Συζήτηση για τους ήρωες της ιστορίας και τα πιθανά τους συναισθήματα.

Ερωτήσεις του τύπου, "πώς λέτε να ένιωσε ο ήρωας όταν αρρώστησε;"
έδιναν αφορμή να εκφραστούν τα ποικίλα συναισθήματα που δημιουργούνταν στα παιδιά από τα διάβασμα της ιστορίας.

IV. Επαναφήγηση

γραφτή ή προφορική
της βασικής ιστορίας
από κάθε παιδί με
οποιοσδήποτε
προσθήκες ή
αλλαγές αυτό θα
επέλεγε.

Η διαδικασία
διευκολυνόταν με
χρήση ερωτήσεων
του τύπου :
"Αν ήσουν ο/η
συγγραφέας της
ιστορίας, πώς θα την
έγραφες/τι θα
άλλαζες/τι τέλος θα
έδινες;" Τα παιδιά
αντάλλασσαν
κατόπιν σενάρια και
συζητούσαν.

V. Προβλέψεις για την πιθανή εξέλιξη του ήρωα/της ηρωίδας (π.χ. μελλοντικές

επιδιώξεις/επιλογές,
συναισθήματα,
γεγονότα ζωής κλπ).

Προφορικά, τούτο
γινόταν με χρήση
ερωτήσεων του
τύπου :

α)"Τι λέτε να κάνει η
ηρωίδα από δω και
πέρα;" β)"Πως λέτε
να αισθάνεται για το
κατεστραμμένο του
φτερό ο Ρούλης τα
επόμενα
Χριστούγεννα;"

Γραπτά, η
διαδικασία
διευκολυνόταν
δίνοντας στα παιδιά
την πρώτη φράση.
Π.χ."Του χρόνου η
ηρωίδα θα ...". Τα
παιδιά διάβαζαν
κατόπιν τις ιστορίες
τους στην ομάδα.

VI. Κλείσιμο. Συζήτηση

για τα
συναισθήματά τους
κατά τη διάρκεια της
διαδικασίας. Κατά
την χρήση όλων των
παραπάνω υλικών
έμφαση δόθηκε
στην έκφραση των
συναισθημάτων.

Αποφεύγονταν
οποιαδήποτε κριτική
για σχόλια,
παρατηρήσεις και
κυρίως για τα
συναισθήματα που
εκφράζονται.

Αντίθετα,
θεωρήθηκε
απαραίτητο να
παρέχεται
ενθάρρυνση, ώστε
το ομαδικό αυτό
πλαίσιο να βιώνεται
ως ένα ασφαλές
πεδίο, όπου όλες οι
ερμηνείες και όλα

τα συναισθήματα
είναι αποδεκτά, και
όπου οι ανάγκες
όλων, ακόμα κι
εκείνων των παιδιών
που δε θέλουν να
συμμετάσχουν
ενεργά, γίνονται
σεβαστές.
Τέλος καθ' όλη την
διάρκεια της
πειραματικής
συνθήκης
χρησιμοποιήθηκαν
και όλες οι τεχνικές
παιγνιοθεραπείας
για νοσηλευόμενα
παιδιά/εφήβους
που αναλύθηκαν
στο κεφάλαιο 3.5.2.

5.5 Στατιστικές Μέθοδοι

Ως προς τη στατιστική ανάλυση-επεξεργασία υπήρξε εκτεταμένος προβληματισμός, κυρίως για τους στατιστικούς ελέγχους που θα χρησιμοποιηθούν. Καταλήξαμε στην επιλογή του ελέγχου t-test. Η όλη

στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 16.0.

Αρχικά πραγματοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική ανάλυση, ώστε να αποτυπωθούν τα βασικά χαρακτηριστικά των απαντήσεων και οι τάσεις τόσο στην ομάδα ελέγχου όσο και στην ομάδα παρέμβασης.

Εν συνεχεία, με την χρήση των απαραίτητων επαγωγικών στατιστικών ελέγχων επιβεβαιώθηκε η στατιστική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων και των διαφορών τόσο ανάμεσα στις δύο ομάδες μετά την παρεμβατική διαδικασία, όσο και ειδικά στην ομάδα παρέμβασης πριν και μετά την παιγνιοθεραπεία.

Πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι το δείγμα είναι πολύ μικρό ($n=20$) και γι' αυτό ήταν δύσκολο να εφαρμοστούν άλλοι στατιστικοί έλεγχοι και εκτιμήσεις των ποσοτικών μεταβλητών, από αυτούς που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα. Η λήψη μικρού δείγματος δε οφείλεται α) στην μείωση των ασθενών με Μεσογειακής Αναιμίας λόγω των προγεννητικών ελέγχων, καθώς και β) στον αυστηρό ηλικιακό περιορισμό (παιδιά και εφήβους) που η έρευνα έθετε. Εξαιτίας αυτού υποθέσαμε ότι το δείγμα κατανέμεται σύμφωνα με την Student-t κατανομή.

6 Κεφάλαιο 6^ο: Αποτελέσματα Έρευνας

6.1 Εισαγωγή

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, αναζητούσαμε τα αποτελέσματα της παρέμβασής μας σε δυο επί μέρους χώρους: την ψυχοκοινωνική κατάσταση και τη σωματική κατάσταση.

Οι ψυχοκοινωνικές παράμετροι που ελέγχθηκαν και διερευνήθηκε η διαφορά μεταξύ των επί μέρους δειγμάτων είναι:

- Αυτοεκτίμηση
- Άγχος
- Κατάθλιψη
- Θυμός
- Προβληματική Συμπεριφορά
- Ευαλωτότητα ασθενών
- Εκτίμηση προσαρμογής των ασθενών από τη γιατρό
- Εκτίμηση των ασθενών από τη νοσηλεύτρια
- Στρατηγική αντιμετώπισης της νόσου

Σχετικά με τα παραπάνω, σημειώνεται πως η ευαλωτότητα των ασθενών εκτιμήθηκε με την κλίμακα ευαλωτότητας «Ωμέγα» (Omega vulnerability rating scale, Weisman 1979), η οποία αποτελείται από 13 επιμέρους θέματα, που μπορεί το καθένα να βαθμολογηθεί από το 1-4 (με τους ενδιάμεσους ακέραιους αριθμούς) από το καλύτερο προς το χειρότερο. Το άθροισμα των επιμέρους τιμών αποτελεί το γενικό βαθμό ευαλωτότητας του κάθε ασθενούς.

Η ευαλωτότητα είναι δείκτης της δυσφορίας του ασθενούς εν όψει της νόσου και των επιπτώσεών της και ενδεικτική του τρόπου αντιμετώπισης των προβλημάτων του.

Η εκτίμηση προσαρμογής στη νόσο πραγματοποιήθηκε με ερωτηματολόγιο (Λαυρεντιάδης 1985). Τα σχετικό ερωτηματολόγιο αξιολογεί τη γενική συμπεριφορά του ασθενούς. Η κάθε επιμέρους παράμετρος (απαιτητικότητα, άγχος, μελαγχολία κ.λπ.) βαθμολογείται από 0-4 (με τους ακέραιους ενδιάμεσους αριθμούς) και οι μικρότερες τιμές αντιστοιχούν σε καλύτερη προσαρμογή, ενώ οι υψηλότεροι σε χειρότερη. Το άθροισμα των επιμέρους τιμών αποτελεί και την τελική τιμή προσαρμογής.

Η γιατρός που αξιολόγησε τον ασθενή στην αρχή και το τέλος της πειραματικής συνθήκης, ήταν πάντα η ίδια και ήταν η κύρια υπεύθυνη για την θεραπεία του. Αυτό δίνει στην εκάστοτε εκτίμηση περισσότερη αξιοπιστία. Τα σχετικά ερωτηματολόγια μάλιστα στο τέλος της πειραματικής συνθήκης συμπληρώθηκαν, χωρίς να γνωρίζει ο θεράπωντας την αξιολόγηση που πραγματοποίησε στην αρχή.

Αντίστοιχα, η εκτίμηση από τη νοσηλεύτρια πραγματοποιήθηκε με το ίδιο ακριβώς ερωτηματολόγιο, που χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση των ασθενών από την γιατρό. Η ίδια νοσηλεύτρια και εδώ εκτίμησε την αρχική και τελική προσαρμογή, χωρίς να γνωρίζει τις αρχικές της απαντήσεις. Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γινόταν και εδώ για κάθε επιμέρους αντικείμενο σε μια κλίμακα 0-1-2-3-4 με καλύτερη προσαρμογή το 0 και χειρότερη το 4. Τα άθροισμα των επιμέρους τιμών αποτελεί και την τελική τιμή προσαρμογής.

Η στρατηγική αντιμετώπισης της νόσου παραπέμπει στον ψυχολογικό τρόπο, με τον οποίο ο κάθε ασθενής αντιμετωπίζει τη νόσο. Η στρατηγική δηλαδή είναι συνυφασμένη με τους ψυχικούς μηχανισμούς άμυνας, όπως άλλωστε περιγράφηκαν από τον Weisman (1979) και έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση καρκινοπαθών.

Χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη, καθώς κρίθηκαν δόκιμοι στο να περιγράφουν τον τρόπο, που ο κάθε ασθενής αντιμετωπίζει τη νόσο.

Ο κάθε ασθενής, βέβαια, συνήθως χρησιμοποιεί ένα πλέγμα μηχανισμών. Στη μελέτη μας επιχειρήσαμε να εντοπίσουμε 2-3 μηχανισμούς που κατά κύριο λόγο χρησιμοποιούσε ο ασθενής. Αξιολόγηση του κάθε ασθενή έγινε στην αρχή και το τέλος της πειραματικής συνθήκης.

Οι στρατηγικές μπορούν εύκολα να διακριθούν σε ώριμες και ανώριμες.

Ως ώριμες θεωρήσαμε τις:

1^η) Διανοητική αναζήτηση

2^η) Αμοιβαιότητα

3^η) Αναστροφή θυμικού

6^η) Αντιμετώπιση με αντιπαράθεση

7^η) Ανακαθορισμό-Αναθεώρηση

10^η) Αναζήτηση λύσεων

14^η) Συμμόρφωση δια της συνεργασίας

Ως ανώριμες θεωρήσαμε τις:

4^η) Συνειδητή απώθηση

5^η) Μετάθεση

8^η) Παθητική αποδοχή

9^η) Παρορμητικότητα

11^η) Απειλή για τη ζωή

12^η) Απόσυρση

13^η) Εξωτερίκευση ή προβολή

15^η) Ηθικός μαζοχισμός

Οι σωματικές παράμετροι που ελέγχθηκαν και διερευνήθηκε η διαφορά μεταξύ των επί μέρους δειγμάτων είναι:

- Υποτροπές
- Θάνατοι
- Αριθμός και διάρκεια νοσηλειών

Τα στοιχεία για την σωματική κατάσταση των ασθενών δόθηκαν από την ιατρό της μονάδας, που παρακολουθεί τα παιδιά και τους εφήβους με Μεσογειακή Αναιμία, με βάση το αρχείο που κρατείται στον ιατρικό φάκελο του κάθε ασθενή. Προηγήθηκε συγκατάθεση των γονέων και των ίδιων των ασθενών. Αφορούσαν δε τα στοιχεία αυτά ένα χρόνο πριν την έναρξη της ψυχοθεραπείας (πριν) και τον τελευταίο χρόνο της ψυχοθεραπείας (μετά).

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται πρώτα τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης, και εν συνεχεία γίνεται σύγκριση των αποτελεσμάτων ανάμεσα στις δύο ομάδες παιδιών και διερεύνηση των διαφορών των αποτελεσμάτων πριν και μετά την παιγνιοθεραπεία (παρέμβαση).

6.2 Περιγραφική στατιστική ανάλυση

6.2.1 Συνολική παρουσίαση περιγραφικών δεδομένων

Η ενότητα αυτή παρουσιάζει μια σύνοψη της συνολικής εικόνας των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν. Οι δύο επόμενοι πίνακες, συνοψίζουν τα βασικά περιγραφικά δεδομένα για όλες τις ψυχοκοινωνικές και σωματικές παραμέτρους του δείγματος πριν την παρέμβαση. Οι τυπικές αποκλίσεις των παραμέτρων δείχνουν πως κατά κανόνα το δείγμα δεν έχει μεγάλη διασπορά γύρω από τις μέσες τιμές. Σε όλους τους πίνακες, οι τιμές παρουσιάζονται στην μορφή «Μέση τιμή $\pm$ Τυπική Απόκλιση».

Πίνακας 5: Δεδομένα συνολικού δείγματος πριν την παρέμβαση

	Αυτοεκτίμηση	Άγχος	Κατάθλιψη	Θυμός	Προβληματική Συμπεριφορά	Ευαλωτότητα
Μέση τιμή $\pm$ Τυπική απόκλιση	42,05 $\pm$ 5,898	61,10 $\pm$ 6,206	58,90 $\pm$ 7,026	50,20 $\pm$ 11,289	51,00 $\pm$ 12,724	40,15 $\pm$ 7,177

Πίνακας 6: Δεδομένα συνολικού δείγματος πριν την παρέμβαση

	Εκτίμηση προσαρμογής από γιατρό	Εκτίμηση προσαρμογής από νοσηλεύτριες	Ωριμη αντιμετώπιση	Ανώριμη αντιμετώπιση	Υποτροπές	Νοσηλείες	Θάνατοι
Μέση τιμή $\pm$ Τυπική απόκλιση	19,25 $\pm$ 3,447	18,85 $\pm$ 3,031	3,05 $\pm$ 1,191	4,60 $\pm$ 1,142	1,65 $\pm$,875	1,20 $\pm$,768	,00 $\pm$,00

Αντίστοιχα, οι πίνακες 7 και 8, συνοψίζουν τα βασικά περιγραφικά δεδομένα για όλες τις ψυχοκοινωνικές και σωματικές παραμέτρους του δείγματος μετά την παρέμβαση.

Πίνακας 7: Δεδομένα συνολικού δείγματος μετά την παρέμβαση

	Αυτοεκτίμηση	Άγχος	Κατάθλιψη	Θυμός	Προβληματική Συμπεριφορά	Ευαλωτότητα
Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	44,95±6,295	56,85±6,150	54,15±9,885	48,95±9,076	48,40±11,316	38,45±9,467

Πίνακας 8: Δεδομένα συνολικού δείγματος μετά την παρέμβαση

	Εκτίμηση προσαρμογής από γιατρό	Εκτίμηση προσαρμογής από νοσηλεύτριες	Ωριμη αντιμετώπιση	Ανώριμη αντιμετώπιση	Υποτροπές	Νοσηλείες	Θάνατοι
Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	19,90±5,046	19,00±5,657	3,85±1,755	4,25±2,197	1,55±,759	1,10±,553	,00±,000

6.2.2 Δεδομένα ομάδας παρέμβασης

Διερευνώντας την κάθε ομάδα παιδιών ξεχωριστά, τα αποτελέσματα προφανώς είναι διαφορετικά. Ξεκινώντας από την ομάδα παρέμβασης, παρατηρούμε στον Πίνακα 9 και τον Πίνακα 10 ότι οι μέσες τιμές των παραμέτρων πριν την παρέμβαση είναι παραπλήσιες των συνολικών μέσων τιμών.

Πίνακας 9: Δεδομένα ομάδας παρέμβασης πριν την παρέμβαση

	Αυτοεκτίμηση	Άγχος	Κατάθλιψη	Θυμός	Προβληματική Συμπεριφορά	Ευαλωτότητα
Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	43,80±6,088	63,00±6,928	58,50±4,790	52,30±12,885	53,40±12,929	41,10±7,015

Πίνακας 10: Δεδομένα ομάδας παρέμβασης πριν την παρέμβαση

	Εκτίμηση προσαρμογής από γιατρό	Εκτίμηση προσαρμογής από νοσηλεύτριες	Ώριμη αντιμετώπιση	Ανώριμη αντιμετώπιση	Υποτροπές	Νοσηλείες	Θάνατοι
Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	19,80±2,898	18,60±2,914	2,50±1,179	5,00±,943	1,80±,919	1,30±,675	,00±,000

Αντίθετα, παρατηρώντας τις τιμές μετά την παρέμβαση, είναι εμφανές ότι οι μέσες τιμές των παραμέτρων διαφέρουν αρκετά από αυτές του συνολικού δείγματος. Παραδείγματος χάριν, η μέση τιμή της κλίμακας αυτοεκτίμησης για την ομάδα παρέμβασης μετά την παρέμβαση έχει αυξηθεί στο 49,3, ενώ η συνολική μέση τιμή του δείγματος είναι 44,95.

Αντίστοιχα παρατηρούνται διαφορές και στις άλλες παραμέτρους, που θα παρουσιαστούν αναλυτικά στην επόμενη ενότητα.

Πίνακας 11: Δεδομένα ομάδας παρέμβασης μετά την παρέμβαση

	Αυτοεκτίμηση	Άγχος	Κατάθλιψη	Θυμός	Προβληματική Συμπεριφορά	Ευαλωτότητα
Μέση τιμή $\pm$ Τυπική απόκλιση	49,30 $\pm$ 5,599	52,40 $\pm$ 3,658	47,60 $\pm$ 7,412	48,50 $\pm$ 8,997	47,80 $\pm$ 9,402	31,50 $\pm$ 7,322

Πίνακας 12: Δεδομένα ομάδας παρέμβασης μετά την παρέμβαση

	Εκτίμηση προσαρμογής από γιατρό	Εκτίμηση προσαρμογής από νοσηλεύτριες	Ωριμη αντιμετώπιση	Ανώριμη αντιμετώπιση	Υποτροπές	Νοσηλείες	Θάνατοι
Μέση τιμή $\pm$ Τυπική απόκλιση	17,00 $\pm$ 4,320	15,30 $\pm$ 4,111	5,00 $\pm$ 1,333	2,60 $\pm$ 1,350	1,40 $\pm$,699	1,00 $\pm$,471	,00 $\pm$,000

6.2.3 Δεδομένα ομάδας ελέγχου

Συνεχίζοντας με την ομάδα ελέγχου, παρατηρούμε στον Πίνακα 13 και τον Πίνακα 14 ότι οι μέσες τιμές των παραμέτρων πριν την παρέμβαση είναι παραπλήσιες των συνολικών μέσων τιμών.

Πίνακας 13: Δεδομένα ομάδας ελέγχου πριν την παρέμβαση

	Αυτοεκτίμηση	Άγχος	Κατάθλιψη	Θυμός	Προβληματική Συμπεριφορά	Ευαλωτότητα
Μέση τιμή $\pm$ Τυπική απόκλιση	40,30 $\pm$ 5,438	59,20 $\pm$ 5,029	59,30 $\pm$ 8,994	48,10 $\pm$ 9,655	48,60 $\pm$ 12,721	39,20 $\pm$ 7,584

Πίνακας 14: Δεδομένα ομάδας ελέγχου πριν την παρέμβαση

	Εκτίμηση προσαρμογής από γιατρό	Εκτίμηση προσαρμογής από νοσηλεύτριες	Ώριμη αντιμετώπιση	Ανώριμη αντιμετώπιση	Υποτροπές	Νοσηλείες	Θάνατοι
Μέση τιμή $\pm$ Τυπική απόκλιση	18,70 $\pm$ 4,001	19,10 $\pm$ 3,281	3,60 $\pm$,966	4,20 $\pm$ 1,229	1,50 $\pm$,850	1,10 $\pm$,876	,00 $\pm$,000

Αντίθετα, όπως και προηγουμένως, παρατηρώντας τις τιμές μετά την παρέμβαση, είναι εμφανές ότι οι μέσες τιμές των παραμέτρων διαφέρουν από αυτές του συνολικού δείγματος. Παραδείγματος χάριν, η μέση τιμή της κλίμακας αυτοεκτίμησης για την ομάδα ελέγχου μετά την παρέμβαση έχει μειωθεί στο 40,6 ενώ η συνολική μέση τιμή του δείγματος είναι 44,95. Αντίστοιχα παρατηρούνται διαφορές και στις άλλες παραμέτρους, που θα παρουσιαστούν αναλυτικά στην επόμενη ενότητα.

Πίνακας 15: Δεδομένα ομάδας ελέγχου μετά την παρέμβαση

	Αυτοεκτίμηση	Άγχος	Κατάθλιψη	Θυμός	Προβληματική Συμπεριφορά	Ευαλωτότητα
Μέση τιμή $\pm$ Τυπική απόκλιση	40,60 $\pm$ 3,204	61,30 $\pm$ 4,739	60,70 $\pm$ 7,484	49,40 $\pm$ 9,61 7	49,00 $\pm$ 13,458	45,40 $\pm$ 5,317

Πίνακας 16: Δεδομένα ομάδας ελέγχου μετά την παρέμβαση

	Εκτίμηση προσαρμογής από γιατρό	Εκτίμηση προσαρμογής από νοσηλεύτριες	Ώριμη αντιμετώπιση	Ανώριμη αντιμετώπιση	Υποτροπές	Νοσηλείες	Θάνατοι
Μέση τιμή $\pm$ Τυπική απόκλιση	22,80 $\pm$ 4,050	22,70 $\pm$ 4,498	2,70 $\pm$ 1,337	5,90 $\pm$ 1,524	1,70 $\pm$,823	1,20 $\pm$,632	,00 $\pm$,000

6.3 Συγκριτική παρουσίαση δεδομένων

Η ενότητα αυτή παρουσιάζει τις σημαντικότερες διαφορές που προέκυψαν για τις δύο ομάδες παιδιών πριν και μετά την παιγνιοθεραπεία. Αρχικά εξετάζεται το κατά πόσο οι δύο ομάδες (παρέμβασης και ελέγχου) είχαν πριν την διαδικασία της παρέμβασης αντίστοιχες τιμές στις διάφορες παραμέτρους. Προς τούτο, διερευνήθηκε μέσω $t - test$ το αν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες πριν την παρέμβαση. Όπως φαίνεται από τον ακόλουθο πίνακα, δεν υπάρχουν πουθενά στατιστικά σημαντικές διαφορές εκτός από το επίπεδο εκτίμησης προσαρμογής από την νοσηλεύτρια ($p = 0.04$), κάτι που σημαίνει ότι σε γενικές γραμμές το δείγμα είναι ομοιογενές.

Πίνακας 17: Διαφορές πριν την παρέμβαση στις δύο ομάδες

	t	Sig. (2-tailed)
Διαφορά αυτοεκτίμησης μεταξύ ομάδων πριν την παρέμβαση	1,110	,296
Διαφορά άγχους μεταξύ ομάδων πριν την παρέμβαση	1,269	,236
Διαφορά κατάθλιψης μεταξύ ομάδων πριν την παρέμβαση	-,228	,824
Διαφορά θυμού μεταξύ ομάδων πριν την παρέμβαση	,785	,453
Διαφορά προβληματικής συμπεριφοράς μεταξύ ομάδων πριν την παρέμβαση	,644	,535
Διαφορά ευαλωτότητας μεταξύ ομάδων πριν την παρέμβαση	,592	,568
Διαφορά εκτίμησης προσαρμογής από γιατρό μεταξύ ομάδων πριν την παρέμβαση	,664	,523
Διαφορά εκτίμησης προσαρμογής από νοσηλεύτρια μεταξύ ομάδων πριν την παρέμβαση	-2,400	,040
Διαφορά ώριμων στρατηγικών αντιμετώπισης μεταξύ ομάδων πριν την παρέμβαση	1,562	,153
Διαφορά ανώριμων στρατηγικών αντιμετώπισης μεταξύ ομάδων πριν την	,709	,496

παρέμβαση		
Διαφορά υποτροπών ομάδας παρέμβασης	,557	,591

Εν συνεχεία, ο Πίνακας 18 συνοψίζει τις απόλυτες διαφορές των τιμών των διαφόρων κλιμάκων, για τις δύο ομάδες.

Όπως φαίνεται η αυτοεκτίμηση αυξάνεται κατά μέσο όρο κατά έξι μονάδες στην πειραματική ομάδα μετά την παρέμβαση (αύξηση κατά 14%), ενώ στην ομάδα ελέγχου παραμένει αμετάβλητη.

Εξίσου σημαντικές διαφορές παρατηρούμε και για τις κλίμακες άγχους και κατάθλιψης, όπως φαίνεται πως στην πειραματική ομάδα υπάρχει σημαντική μείωση μετά την παρέμβαση (17% και 19% αντίστοιχα), ενώ στην ομάδα ελέγχου υπάρχει μια μικρή αύξηση.

Αναφορικά με την κλίμακα θυμού, φαίνεται να υπάρχει μια μικρή μείωση στην ομάδα παρέμβασης (11%) και μη μεταβολή στην ομάδα ελέγχου. Οι προβληματικές συμπεριφορές έχουν μειωθεί μετά την παρέμβαση στην ομάδα παρέμβασης (11%) και έχουν μείνει αμετάβλητες στην ομάδα ελέγχου, ενώ σημαντικές είναι οι διαφορές στην ευαλωτότητα, όπου μεν στην ομάδα παρέμβασης υπάρχει σημαντική μείωση (24%) ενώ αντίστοιχα στην ομάδα ελέγχου υπάρχει αύξηση κατά 15%.

Αντίστοιχη είναι και η εικόνα αναφορικά με την εκτίμηση προσαρμογής τόσο από τον γιατρό όσο και από την νοσηλεύτρια (μείωση στην ομάδα παρέμβασης κατά 15% και 16% αντίστοιχα, και αύξηση στην ομάδα ελέγχου κατά 21% και στις δύο περιπτώσεις).

Οι ώριμες στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου αυξάνονται κατά 80% στην ομάδα παρέμβασης και μένουν αμετάβλητες στην ομάδα ελέγχου,

ενώ οι ανώριμες στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου μειώνονται στην ομάδα παρέμβασης (40%) και αυξάνονται στην ομάδα ελέγχου (48%). Τέλος, στις υποτροπές, τις νοσηλείες και τους θανάτους δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 18: Διαφορές πριν και μετά την παρέμβαση στις δύο ομάδες

	Ομάδα			
	Πειραματική		Ελέγχου	
	Μέση τιμή διαφοράς	Ποσοστιαία μεταβολή	Μέση τιμή διαφοράς	Ποσοστιαία μεταβολή
Διαφορά αυτοεκτίμησης πριν και μετά την παρέμβαση	6	14%	0	0%
Διαφορά άγχους πριν και μετά την παρέμβαση	-11	-17%	2	3%
Διαφορά κατάθλιψης πριν και μετά την παρέμβαση	-11	-19%	1	2%
Διαφορά θυμού πριν και μετά την παρέμβαση	-4	-8%	1	2%
Διαφορά προβληματικής συμπεριφοράς πριν και μετά την παρέμβαση	-6	-11%	0	0%
Διαφορά ευαλωτότητας πριν και μετά την παρέμβαση	-10	-24%	6	15%
Διαφορά εκτίμησης προσαρμογής από γιατρό πριν και μετά την παρέμβαση	-3	-15%	4	21%
Διαφορά εκτίμησης προσαρμογής από νοσηλεύτρια πριν και μετά την παρέμβαση	-3	-16%	4	21%
Διαφορά ώριμων στρατηγικών αντιμετώπισης πριν και μετά την παρέμβαση	2	80%	0	0%
Διαφορά ανώριμων στρατηγικών αντιμετώπισης πριν και μετά την παρέμβαση	-2	-40%	2	48%
Διαφορά υποτροπών πριν και μετά την παρέμβαση	0	0%	0	0%
Διαφορά νοσηλειών πριν και μετά την παρέμβαση	0	0%	0	0%
Διαφορά θανάτων πριν και μετά την παρέμβαση	0	0%	0	0%

Για να επιβεβαιωθεί η στατιστική σημαντικότητα των παραπάνω, πραγματοποιήθηκαν δύο στατιστικοί έλεγχοι. Στον πρώτο μελετήθηκε η στατιστική σημαντικότητα της διαφοράς των μεταβολών πριν και μετά την παρέμβαση ανάμεσα στις δύο ομάδες, μέσω του αντίστοιχου t – test.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 19, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην μεταβολή της αυτοεκτίμησης για τις δύο ομάδες ($p = 0,016$), που σημαίνει ότι η μεταβολή της αυτοεκτίμησης μετά την παρέμβαση διαφέρει σημαντικά ανάμεσα στις δύο ομάδες παιδιών, και άρα το αποτέλεσμα της παρεμβατικής διαδικασίας είναι στατιστικά σημαντικό αναφορικά με την κλίμακα αυτοεκτίμησης.

Αντίστοιχα, στατιστικά σημαντικά είναι τα αποτελέσματα και αναφορικά με την μεταβολή του άγχους ($p = 0.000$), της κατάθλιψης ($p = 0.000$), της προβληματικής συμπεριφοράς ($p = 0.002$), της ευαλωτότητας ($p = 0.000$), της εκτίμησης προσαρμογής από τον γιατρό και από τη νοσηλεύτρια ($p = 0.000$ και στις δύο περιπτώσεις), των ώριμων και ανώριμων στρατηγικών αντιμετώπισης της νόσου ($p = 0.000$ και στις δύο περιπτώσεις), και στις υποτροπές ($p = 0.037$). Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στην μεταβολή του θυμού, στις νοσηλείες και στους θανάτους.

Πίνακας 19: Στατιστική σημαντικότητα της διαφοράς των μεταβολών πριν και μετά την παρέμβαση ανάμεσα στις δύο ομάδες

	t	Sig. (2-tailed)
Διαφορά αυτοεκτίμησης πριν και μετά την παρέμβαση	2,657	,016
Διαφορά άγχους πριν και μετά την παρέμβαση	-5,870	,000
Διαφορά κατάθλιψης πριν και μετά την παρέμβαση	-5,726	,000
Διαφορά θυμού πριν και μετά την παρέμβαση	-1,959	,066

Διαφορά προβληματικής συμπεριφοράς πριν και μετά την παρέμβαση	-3,683	,002
Διαφορά ευαλωτότητας πριν και μετά την παρέμβαση	-7,495	,000
Διαφορά εκτίμησης προσαρμογής από γιατρό πριν και μετά την παρέμβαση	-4,449	,000
Διαφορά εκτίμησης προσαρμογής από νοσηλεύτρια πριν και μετά την παρέμβαση	-4,257	,000
Διαφορά ώριμων στρατηγικών αντιμετώπισης πριν και μετά την παρέμβαση	7,323	,000
Διαφορά ανώριμων στρατηγικών αντιμετώπισης πριν και μετά την παρέμβαση	-9,576	,000
Διαφορά υποτροπών πριν και μετά την παρέμβαση	-2,324	,032
Διαφορά νοσηλείων πριν και μετά την παρέμβαση	-1,697	,107

Ο δεύτερος έλεγχος που πραγματοποιήθηκε, είναι t – test ανάμεσα στις τιμές των παραμέτρων για την πειραματική ομάδα, πριν και μετά την παρέμβαση. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 19, υπάρχει στατιστικά σημαντική μεταβολή στην αυτοεκτίμηση ($p = 0,009$), που σημαίνει ότι η μεταβολή της αυτοεκτίμησης μετά την παρέμβαση στην ομάδα παρέμβασης είναι στατιστικά σημαντική.

Αντίστοιχα, στατιστικά σημαντικά είναι τα αποτελέσματα και αναφορικά με την μεταβολή του άγχους ($p = 0.001$), της κατάθλιψης ($p = 0.000$), της προβληματικής συμπεριφοράς ($p = 0.004$), της ευαλωτότητας ($p = 0.000$), της εκτίμησης προσαρμογής από τον γιατρό και από τη νοσηλεύτρια ($p = 0.047$ και $p = 0.026$ αντίστοιχα), και των ώριμων και ανώριμων στρατηγικών αντιμετώπισης της νόσου ($p = 0.000$ και στις δύο περιπτώσεις). Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στην μεταβολή του θυμού, στις νοσηλείες, τις υποτροπές και στους θανάτους.

Πίνακας 20: Στατιστική σημαντικότητα μεταβολών στην ομάδα παρέμβασης

	t	Sig. (2-tailed)
Διαφορά αυτοεκτίμησης ομάδας παρέμβασης	3,337	,009
Διαφορά άγχους ομάδας παρέμβασης	5,076	,001
Διαφορά κατάθλιψης ομάδας παρέμβασης	5,568	,000
Διαφορά θυμού ομάδας παρέμβασης	1,497	,169
Διαφορά προβληματικής συμπεριφοράς ομάδας παρέμβασης	3,810	,004
Διαφορά ευαλωτότητας ομάδας παρέμβασης	5,874	,000
Διαφορά εκτίμησης προσαρμογής από γιατρό ομάδας παρέμβασης	2,298	,047
Διαφορά εκτίμησης προσαρμογής από νοσηλεύτρια ομάδας παρέμβασης	2,664	,026
Διαφορά ώριμων στρατηγικών αντιμετώπισης ομάδας παρέμβασης	-6,228	,000
Διαφορά ανώριμων στρατηγικών αντιμετώπισης ομάδας παρέμβασης	6,466	,000
Διαφορά υποτροπών ομάδας παρέμβασης	1,809	,104
Διαφορά νοσηλειών ομάδας παρέμβασης	1,964	,081

Σχετικά με τις ώριμες και ανώριμες στρατηγικές παρέμβασης, λαμβάνοντας υπόψη τα αναλυτικά δεδομένα ανά στρατηγική, παρατηρήθηκαν τα εξής για την πειραματική ομάδα:

- Αύξηση της ώριμης στρατηγικής της διανοητικής αναζήτησης σε ποσοστό 30% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
- Αύξηση της ώριμης στρατηγικής της αμοιβαιότητας σε ποσοστό 20% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
- Αύξηση της ώριμης στρατηγικής της αναστροφής θυμικού σε ποσοστό 30% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
- Μείωση της ανώριμης στρατηγικής της συνειδητής απώθησης σε ποσοστό 30% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.

- Μείωση της ανώριμης στρατηγικής της μετάθεσης σε ποσοστό 30% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
 - Αύξηση της ώριμης στρατηγικής της αντιμετώπισης με αντιπαράθεση σε ποσοστό 20% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
 - Αύξηση της ώριμης στρατηγικής της αναθεώρησης σε ποσοστό 60% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
 - Μείωση της ανώριμης στρατηγικής της παθητικής αποδοχής σε ποσοστό 40% σε σχέση με τις τελικές μετρήσεις.
 - Μείωση της ανώριμης στρατηγικής της παρορμητικότητας σε ποσοστό 20% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
 - Αύξηση της ώριμης στρατηγικής της αναζήτησης λύσεων σε ποσοστό 40% σε σχέση με τις αρχικές ρυθμίσεις.
 - Μείωση της ανώριμης στρατηγικής της απειλής για τη ζωή σε ποσοστό 30% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
 - Μείωση της ανώριμης στρατηγικής της απόσυρσης σε ποσοστό 50% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
 - Μείωση της ανώριμης στρατηγικής της προβολής/εξωτερίκευσης σε ποσοστό 10% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
 - Αύξηση της ώριμης στρατηγικής της συμμόρφωσης μέσω συνεργασίας σε ποσοστό 40% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
 - Μείωση της ανώριμης στρατηγικής του ηθικού μαζοχισμού σε ποσοστό 30% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
- Αντίστοιχα, παρατηρήθηκαν τα εξής για την ομάδα ελέγχου:
- Στασιμότητα τις ώριμης στρατηγικής τις διανοητικής αναζήτησης σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
 - Στασιμότητα τις ώριμης στρατηγικής τις αμοιβαιότητας σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.

- Στασιμότητα τις ώριμης στρατηγικής τις αναστροφής θυμικού σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
- Αύξηση τις ανώριμης στρατηγικής τις συνειδητής απώθησης σε ποσοστό 10% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
- Αύξηση τις ανώριμης στρατηγικής τις μετάθεσης σε ποσοστό 10% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
- Στασιμότητα τις ώριμης στρατηγικής τις αντιμετώπισης με αντιπαράθεση σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
- Αύξηση τις ώριμης στρατηγικής τις αναθεώρησης σε ποσοστό 20% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
- Στασιμότητα τις ανώριμης στρατηγικής τις παθητικής αποδοχής σε σχέση με τις τελικές μετρήσεις.
- Στασιμότητα τις ανώριμης στρατηγικής τις παρορμητικότητας σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
- Μείωση τις ώριμης στρατηγικής τις αναζήτησης λύσεων σε ποσοστό 10% σε σχέση με τις αρχικές ρυθμίσεις.
- Στασιμότητα τις ανώριμης στρατηγικής τις απειλής για τη ζωή σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
- Αύξηση τις ανώριμης στρατηγικής τις απόσυρσης σε ποσοστό 10% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
- Μείωση τις ανώριμης στρατηγικής τις προβολής/εξωτερίκευσης σε ποσοστό 20% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
- Στασιμότητα τις ώριμης στρατηγικής τις συμμόρφωσης μέσω συνεργασίας σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.
- Αύξηση τις ανώριμης στρατηγικής του ηθικού μαζοχισμού σε ποσοστό 10% σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις.

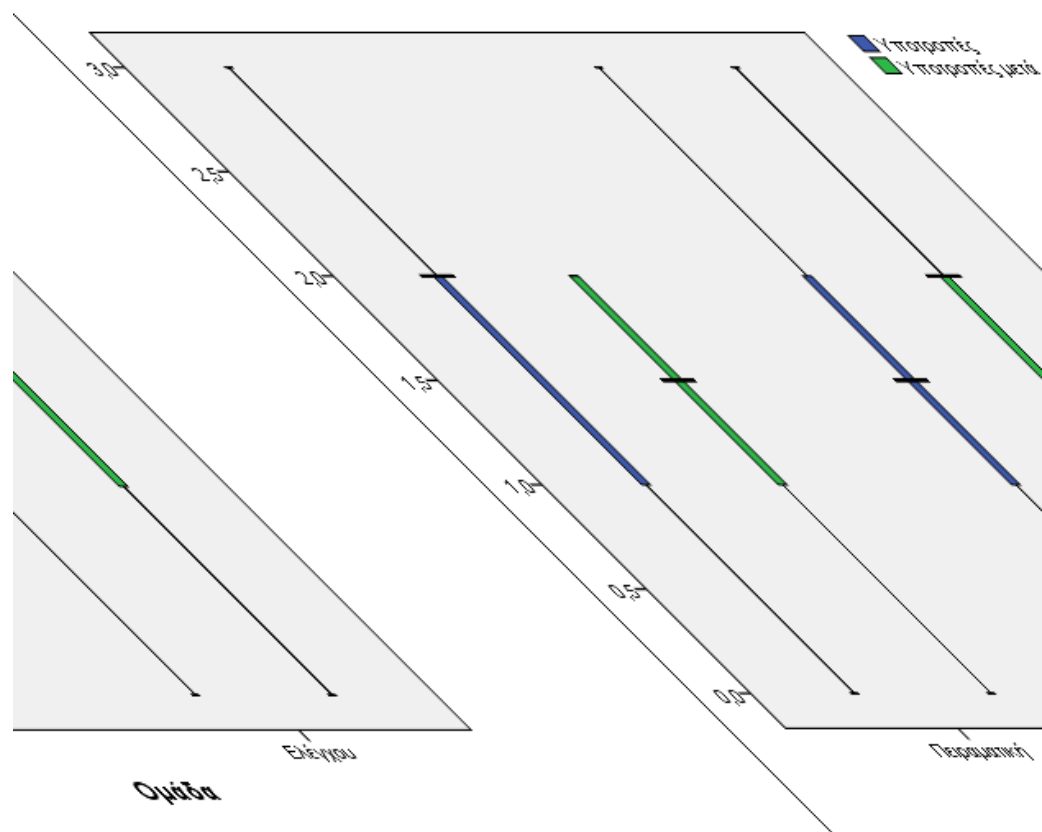
Από τα ανωτέρω συνάγεται ότι η πειραματική ομάδα κατά τη λήξη της πειραματικής συνθήκης είναι βελτιωμένη σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Συγκεκριμένα χρησιμοποιεί περισσότερο τις ώριμες στρατηγικές όπως αυτή της συμμόρφωσης μέσω συνεργασίας, την αναζήτηση λύσεων, την αμοιβαιότητα κ.α. ενώ ταυτόχρονα χρησιμοποιεί λιγότερο τις ανώριμες στρατηγικές όπως αυτή της συνειδητής απώθησης, της παθητικής αποδοχής, της απειλής της ζωής κ.α. οι οποίες υποχωρούν σε ότι αφορά τη χρήση τους.

Συνεπώς, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η πειραματική ομάδα βελτιώθηκε ως προς τις στρατηγικές, που οι ασθενείς χρησιμοποιούν στην αντιμετώπιση της νόσου συγκρινόμενο με το δείγμα της ομάδας ελέγχου. Η ομάδα ελέγχου δεν μείωσε τις ανώριμες στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου και σε αρκετές περιπτώσεις παρουσίασε στασιμότητα ή πτώση των ώριμων στρατηγικών.

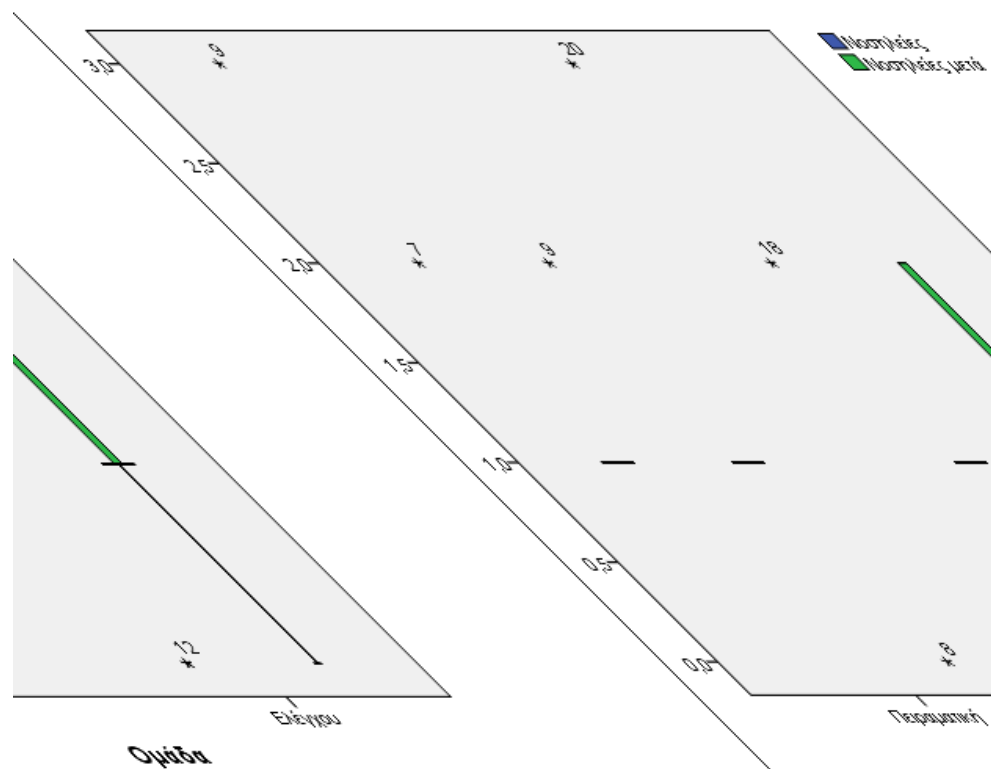
Άρα και ως προς την παράμετρο «στρατηγική αντιμετώπισης» η παιγνιοθεραπεία φαίνεται να βοηθά τους ασθενείς προς την κατεύθυνση της επαρκέστερης και ωριμότερης αντιμετώπισης.

Τέλος, μικρές είναι οι μεταβολές στον αριθμό υποτροπών, νοσηλειών και θανάτων. Παρόλα αυτά αξίζει να σημειωθεί πως η πειραματική ομάδα παρουσιάζει στην αρχή της πειραματικής συνθήκης, περισσότερες υποτροπές της νόσου και οι ασθενείς της συγκεκριμένης ομάδας νοσηλεύτηκαν περισσότερες φορές σε σχέση με τους ασθενείς της ομάδας ελέγχου, ενώ και για τις δυο ομάδες δεν σημειώθηκε θάνατος ασθενούς.

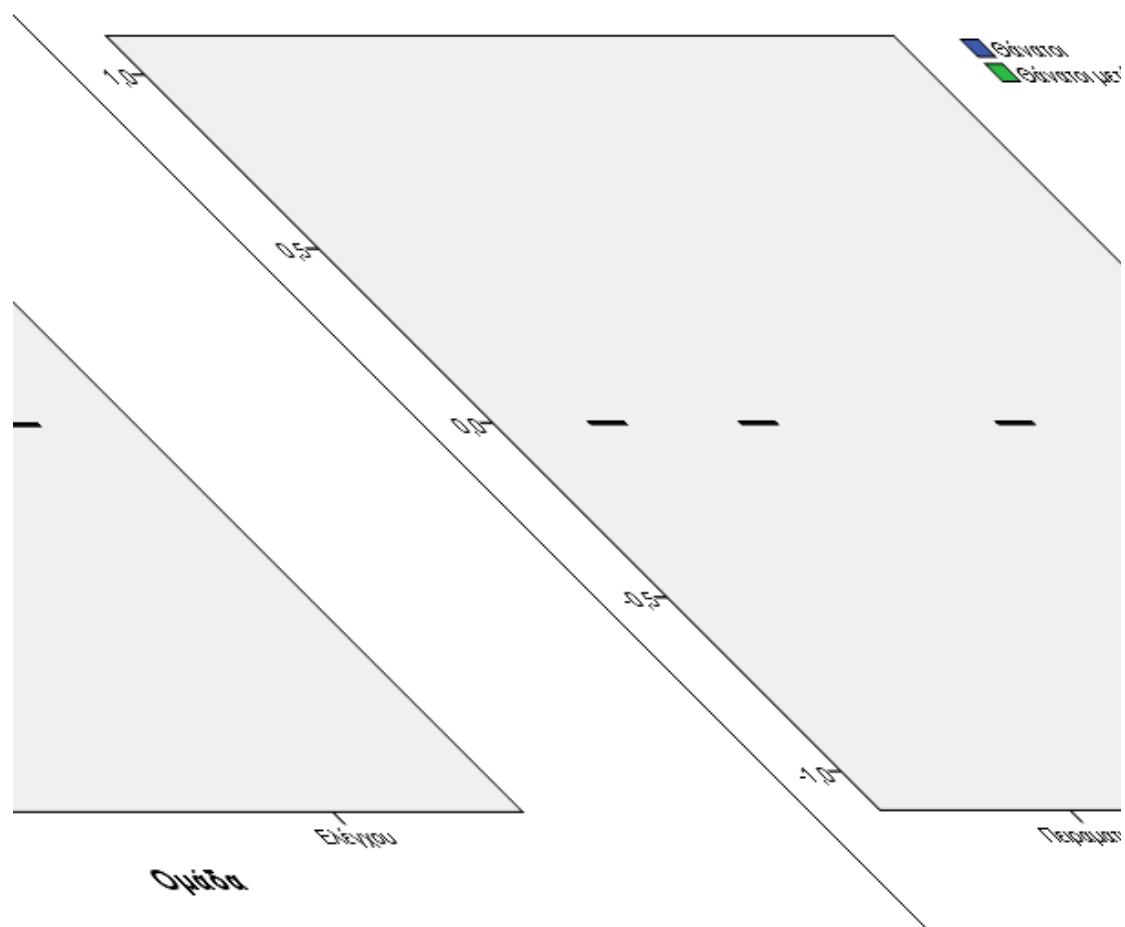
Ενώ οι ασθενείς της πειραματικής ομάδας ξεκίνησαν την πειραματική συνθήκη με δυσμενέστερες συνθήκες, όσον αφορά την σωματική τους κατάσταση, μετά την συμμετοχή τους στην ομάδα παιχνιοθεραπείας παρουσίασαν πιο βελτιωμένη υγεία σε σχέση με την ομάδα ελέγχου που χειροτέρεψε. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν την ψυχοσωματική βάση της νόσου της Μεσογειακής Αναιμίας και την αρχική υπόθεση της έρευνας που ανέμενε ότι η ψυχική βοήθεια των ασθενών θα είχε θετικό αντίκτυπο και σε σωματικό επίπεδο.



Εικόνα 7: Θηκόγραμμα σύγκρισης υποτροπών ανά ομάδα πριν και μετά την παρέμβαση



Εικόνα 8: Θηκόγραμμα σύγκρισης νοσηλειών ανά ομάδα πριν και μετά την παρέμβαση



Εικόνα 9: Θηκόγραμμα σύγκρισης θανάτων ανά ομάδα πριν και μετά την παρέμβαση

7 Κεφάλαιο 7ο: Συζήτηση – ερμηνεία αποτελεσμάτων

Από τη συνολική μελέτη των αποτελεσμάτων προκύπτουν αρκετά ερωτήματα, τα οποία ουσιαστικά σχετίζονται με το γεγονός ότι η πειραματική ομάδα σε όλες τις παραμέτρους βελτιώθηκε σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Μια δεύτερη περιοχή ερωτημάτων δημιουργεί αυτή καθαυτή η παρέμβαση, η οποία πραγματοποιήθηκε. Τι συνέβη δηλαδή εντός των ομάδων Ψυχοθεραπείας, το οποίο βελτίωσε τους ασθενείς της πειραματικής ομάδας. Ακόμη, ποιοι ψυχοβιολογικοί μηχανισμοί επηρεάζονται και πώς δια της ομαδικής ψυχοθεραπείας-παιγνιοθεραπείας.

Τα ερωτήματα αυτά μπορούν να τεθούν σαφέστερα, διακρινόμενα σε δυο κατηγορίες και συγκεκριμένα:

- Η βελτίωση της πειραματικής ομάδας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.
- Η ομαδική παιγνιοθεραπεία και οι τρόποι με τους οποίους επηρεάζει τους ασθενείς με Μεσογειακή Αναιμία.

7.1 Η βελτίωση της πειραματικής ομάδας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου

Η ομάδα ελέγχου δεν αντιμετωπίστηκε διαφορετικά από σωματική άποψη. Ό,τι γινόταν για τους ασθενείς της πειραματικής ομάδας γινόταν και για τους ασθενείς της ομάδας ελέγχου. Επιπλέον, οι ασθενείς της πειραματικής ομάδας δεν ήταν σε ιδιαίτερα καλύτερη

κατάσταση για όλες σχεδόν τις παραμέτρους που εξετάστηκαν. Με αυτά τα δεδομένα μπορούμε να θεωρήσουμε ότι η καλύτερη εξέλιξή τους οφείλεται σε ένα διαφορετικό τρόπο, με τον οποίο αντιμετώπισαν τη νόσο τους. Το διαφορετικό αυτόν τρόπο θεωρούμε ότι προσέφερε η ψυχοθεραπεία-παιγνιοθεραπεία.

Πράγματι, οι ασθενείς της πειραματικής ομάδας διαφοροποιήθηκαν σημαντικά. Αυτό προκύπτει από τη σημαντική διαφοροποίηση αρκετών παραμέτρων και συγκεκριμένα:

α)τη μείωση άγχους

β)τη μείωση κατάθλιψης

γ)τη μείωση θυμού

δ)τη μείωση προβληματικής συμπεριφοράς

ε)την αύξηση αυτοεκτίμησης

ζ)την αλλαγή της στρατηγικής αντιμετώπισης της νόσου

η)τη βελτίωση της προσαρμογής στη νόσο όπως αυτή εκτιμήθηκε από την γιατρό

θ) τη βελτίωση της προσαρμογής στη νόσο όπως αυτή εκτιμήθηκε από την νοσηλεύτρια στις μετρήσεις που έγιναν στην αρχή και το τέλος της πειραματικής συνθήκης και πάντα σε σύγκριση και με την ομάδα ελέγχου.

Συνεπώς και σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης η παρέμβασή μας βοήθησε σημαντικά προς τη θετικότερη έκβαση της νόσου της Μεσογειακής Αναιμίας. Αυτή η διαπίστωση είναι σύμφωνη με τα ευρήματα αρκετών άλλων ερευνών, όπως και πολλές δημοσιεύσεις νόσου (case-reports), οι οποίες αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

Οι δημοσιεύσεις περιπτώσεων νόσου (case-reports), οι οποίες περιγράφονται από διάφορους συγγραφείς (Leshan 1977, Moorey και Greer 1989) αναφέρονται σε αυτόματες υφέσεις-ιάσεις νεοπλασματικών νοσημάτων, όταν οι ασθενείς διαφοροποιούν κάτι στη στάση και τον ψυχισμό τους.

Διάφορες έρευνες, αναφέρουν ότι ορισμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά συμβάλλουν στην καλύτερη ή δυσμενέστερη εξέλιξη. Αναφέρουμε ενδεικτικά τις δημοσιεύσεις των Blumber et al (1954), Worder et al (1974), Worden et al (1977), Derogatis et al (1979), Hislop et al (1987), Levy και Wise (1988), και αυτή των Eysenck και Grossarth-Maticek (1991).

Σύμφωνα με αυτές ψυχολογικά χαρακτηριστικά όπως «Στωική αποδοχή» της κατάστασης, αίσθημα «αβοήθητου» και απελπισίας, όπως και υπερβολικό άγχος και κατάθλιψη, καθώς και καταπιεσμένα συναισθήματα σχετίζονται με δυσμενή έκβαση ενός χρόνιου νοσήματος. Η συσχέτιση αυτή είναι ανεξάρτητη από τους βιολογικούς προγνωστικούς παράγοντες.

Αντίθετα, το «μαχητικό πνεύμα» έναντι της νόσου και οι ισχυρές διαπροσωπικές σχέσεις σχετίζονται με την καλή έκβαση και ανεξάρτητα από τους βιολογικούς προγνωστικούς παράγοντες.

Βεβαίως δε λείπουν και έρευνες προς την αντίθετη κατεύθυνση. Σύμφωνα με αυτές δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και έκβασης της νόσου (Cassileth et al, 1985; Jamison et al, 1987).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συνηγορούν προς την κατεύθυνση ότι τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και η στάση έναντι της νόσου σχετίζονται με την έκβαση μιας χρόνιας νόσου.

Θεωρούμε ότι οι ομάδες παιγνιοθεραπείας εμπλέκοντας τους ασθενείς σε μια κατάσταση προβληματισμού, αναζητήσεων, εκτόνωσης του ψυχικού πόνου και διαπροσωπικής μάθησης, διαφοροποιούσε τους ασθενείς προς την κατεύθυνση του «μαχητικού πνεύματος», όπως αποδεικνύεται από τα ευρήματα σχετικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου, ενώ ταυτόχρονα πρόσφερε ένα πλέγμα ισχυρών διαπροσωπικών σχέσεων, οι οποίες βοήθησαν τους ασθενείς.

7.2 Η ομαδική ψυχοθεραπεία και οι τρόποι με τους οποίους επηρεάζει τους ασθενείς με χρόνια νόσο

Επιχειρώντας μια προσέλαση στους τρόπους, που η ομαδική ψυχοθεραπεία επηρεάζει-διαφοροποιεί τους ασθενείς, εκ των πραγμάτων ερχόμαστε αντιμέτωποι με τους κλασικούς θεραπευτικούς παράγοντες της ομαδικής ψυχοθεραπείας, οι οποίοι περιγράφονται χαρακτηριστικά από τον Yalom (1985).

Οι θεραπευτικοί αυτοί παράγοντες είναι: 1) η ενστάλαξη της ελπίδας, 2) η παγκοσμιότητα, 3) η μετάδοση πληροφοριών, 4) ο αλτρουισμός, 5) η διορθωτική επανασύσταση της πρωταρχικής οικογένειας, 6) η κοινωνικοποίηση, 7) η μίμηση συμπεριφοράς, 8) η διαπροσωπική μάθηση, 9) η συνεκτικότητα της ομάδας, 10) η κάθαρση, 11) οι υπαρξιακοί παράγοντες.

Βέβαια κατά καιρούς έχουν περιγραφεί και άλλοι, ώστε αυτοί να φτάνουν τους 99 (Αντωνίου-Καραολίδου 1992), όμως ο κορμός τους παραμένει, οι κλασικά περιγραφόμενοι θεραπευτικοί παράγοντες, που ο Yalom περιέγραψε από το 1968.

Η ενστάλαξη της ελπίδας ήταν ένας από τους βασικούς στόχους των ομάδων, ως εκ του υποστηρικτικού, σε μεγάλο βαθμό, χαρακτήρα της

παρέμβασης. Και πράγματι οι ομάδες «πρόσφεραν» ελπίδα, καθώς παλαιότεροι ασθενείς ήταν παρόντες ως «ζωντανά παραδείγματα» πάλης και νίκης κατά της νόσου. Όμως και νεότεροι ασθενείς, οι οποίοι κατάφερναν να ανταπεξέρχονται στις υποτροπές της νόσου, στα προβλήματα και τις δυσκολίες που προέκυπταν εξαιτίας της ήταν παράδειγμα για τους υπόλοιπους. Όπως σημειώνει ο Yalom (1985), «Αυτός που μπορεί καλύτερα να δώσει ελπίδα είναι αυτός που πέρασε από το ίδιο μονοπάτι και βρήκε το δρόμο προς τα πίσω».

Η διαπροσωπική μάθηση είναι θεραπευτικός παράγοντας με μεγάλο εύρος και πολυπλοκότητα. Όπως τονίζει και ο Yalom (1985), συμπεριλαμβάνει την εναισθησία, την ψυχοθεραπευτική επεξεργασία (working through), τη μεταβίβαση και τη διορθωτική συναισθηματική εμπειρία. Σε μια απλή θεώρησή του θα λέγαμε ότι οι ασθενείς της πειραματικής ομάδας στις ομάδες ψυχοθεραπείας «έμαθαν». Κατ' αρχήν πολλοί «έμαθαν» να εκφράζουν τα συναισθήματά τους, να συζητούν ειλικρινά αυτά που δύσκολα εξωτερικεύουν οι χρόνια ασθενείς. Ακόμη έμαθαν για το πώς άλλοι με παραπλήσια προβλήματα αντιμετωπίζουν παρόμοιες καταστάσεις και έτσι να επιλέξουν τον πιο αποδοτικό γι' αυτούς τρόπο αντιμετώπισης. Θεωρούμε ότι αυτή η διαπροσωπική μάθηση πρόσφερε πολλά σ' όλους τους ασθενείς και στον καθένα ξεχωριστά. Ακόμη ότι διαφοροποίησε σημαντικά πολλές δεδομένες «στάσεις» ζωής, ιδιαίτερα όταν αυτές μέσα στην ομάδα αποδεικνύονταν αυτοκαταστροφικές. Όμως, όπως σημειώνει η Kubler-Ross σε συμφωνία με τον Yalom, οι χρόνια ασθενείς βρήκαν ένα χώρο, στον οποίο έμαθαν να μιλούν ανοιχτά και ειλικρινά για τα προβλήματά τους. Κάτι τέτοιο εκ των πραγμάτων ήταν καταλυτικό, καθώς πολλοί

ασθενείς στην πορεία ενός χρόνιου νοσήματος είναι έτοιμοι να ακούσουν και να διαφοροποιήσουν πολλά.

Η κάθαρση θεωρούμενη ως η έκφραση, επεξεργασία και διαφοροποίηση εξαιρετικά βαθέων και ισχυρών συναισθημάτων ήταν και αυτή σχετικά συχνά παρούσα στις συνεδρίες των ομάδων. Ο φόβος του θανάτου και η έκφρασή του, όπως και γενικώς τα συναισθήματα, που άπτονται οριακών στιγμών της ανθρώπινης ύπαρξης εμπεριείχαν στοιχεία κάθαρσης. Βέβαια σε συναισθήματα αυτών των καταστάσεων δεν υπάρχουν απαντήσεις, υπάρχει μόνο η έκφραση και η απορρόφησή τους από το σύνολο της ομάδας, που οδηγεί σε ανακούφιση και εκτόνωση. Και αυτό ήταν που έγινε.

Τέλος τα υπαρξιακά ερωτηματικά, τα οποία αναδύονται στην πορεία της νόσου, δεν ήταν δυνατόν να μην απασχολήσουν τις ομάδες. Εκφράστηκαν με πολλούς τρόπους, έμμεσα μέσω των παιχνιδιών, όπως για ερωτήματα του τύπου:

-Τι μπορεί να είναι η ζωή μου από εδώ και μπρος;

Όμως και πάλι το σύνολο της ομάδας μπορούσε να δώσει απαντήσεις. Μια ασθενής μάλιστα συνόψισε το σύνολο πολλών απαντήσεων, μέσω της φωνής μιας κούκλας κουκλοθέατρου, στη φράση :

Επιτέλους να χαιρόμαστε που ξημερώνει μια καινούργια μέρα...».

Όλα τα παραπάνω δε σημαίνουν ότι δεν κινητοποιήθηκαν και άλλοι θεραπευτικοί παράγοντες, οι οποίοι ασφαλώς και κινητοποιήθηκαν. Απλώς αναφέρουμε κάπως εκτενέστερα αυτούς, που θεωρούμε ότι κινητοποιήθηκαν περισσότερο.

8 Κεφάλαιο 8^ο: Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα της μελέτης ως συνέπεια των ευρημάτων που προέκυψαν και της συζήτησης-ερμηνείας τους μπορούν να συνοψιστούν ως ακολούθως.

Καταρχήν, από την έρευνα αποδεικνύεται η αναγκαιότητα της ψυχοκοινωνικής στήριξης-θεραπείας των ασθενών με Μεσογειακή Αναιμία εκ παραλλήλου με τις σωματικές θεραπείες. Επιπλέον, η ανάπτυξη του όλου προγράμματος επί του οποίου στηρίχθηκε η μελέτη, μπορεί να αποτελέσει μοντέλο παρέμβασης και για ασθενείς με άλλα χρόνια νοσήματα (π.χ. σακχαρώδη διαβήτη, καρκίνος).

Σημειώνεται επίσης πως τα ευρήματα συνηγορούν προς την κατεύθυνση της ψυχοσωματικής θεώρησης της νόσου της Μεσογειακής Αναιμίας.

Αναφορικά με τις ερευνητικές προοπτικές που τίθενται, αξίζει να σημειωθούν τα παρακάτω.

Η αναγκαιότητα της ψυχοσωματικής στήριξης των ατόμων με Μεσογειακή Αναιμία αποδεικνύεται τόσο από την ψυχοθεραπευτική διεργασία που παρατηρήθηκε στις ομάδες, όσο και από τα ευρήματα αναφορικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου, την εκτίμηση της προσαρμογής τους από την γιατρό και την νοσηλεύτρια, την εκτίμηση της ψυχολογικής ευαλωτότητας.

Σε σχέση με την αναγκαιότητα της ψυχοκοινωνικής στήριξης των ατόμων με Μεσογειακή Αναιμία, θα λέγαμε ότι αυτή σήμερα είναι αποδεκτή. Φυσικά στην ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχοθεραπείας για πάσχοντες από Μεσογειακή Αναιμία, συχνά υπάρχουν και σημαντικές δυσχέρειες. Για παράδειγμα η στάση του ιατρικού και παραϊατρικού

προσωπικού μπορεί να αποτελεί τροχοπέδη (Καρανάσιος και συν. 1994). Όμως η αναγκαιότητα της ψυχοκοινωνικής στήριξης παραμένει. Η όλη μελέτη σαφώς αποδεικνύει το ότι είναι απαραίτητο να υπάρχει και ψυχολογική στήριξη εκ παραλλήλου με τις σωματικές θεραπείες. Η επιπρόσθετη αυτή ψυχολογική θεραπεία φαίνεται να βοηθά σημαντικά στην καλύτερη εξέλιξη της νόσου της Μεσογειακής Αναιμίας, πέραν της βοήθειας που προσφέρει σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Να τονιστεί βέβαια ότι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις δεν αποτελούν πανάκεια, ούτε γίνονται αποδεκτές από το σύνολο των ασθενών. Έχουν και αυτές τη σχετικότητά τους και τους περιορισμούς τους και κυρίως προϋποθέτουν πρόθεση του ασθενή να αντιμετωπίσει την ασθένεια και με ένα διαφορετικό τρόπο πέραν της σωματικής προσπέλασης. Όσο όμως τα θετικά αποτελέσματα παρόμοιων προγραμμάτων θα γίνονται γνωστά, τόσο περισσότερο θα αναπτύσσονται ανάλογες παρεμβάσεις. Θα γίνεται ακόμη αποδεκτό από τους ασθενείς να «αποφασίσουν» και μια επιπρόσθετη «διαφορετική» θεραπεία. Είναι επίσης φανερό ότι η συνεργασία με τους γιατρούς οφείλει να είναι απρόσκοπτη και συνεχής. Άλλωστε η παρούσα μελέτη δεν θα ήταν δυνατή χωρίς τη δυνατή και ουσιαστική συνεργασία με τους γιατρούς.

Η όλη μελέτη είναι βασισμένη σε ένα μοντέλο ομαδικής ψυχοθεραπείας μέσω του παιχνιδιού (play therapy) και αποτελεί πρόταση παρέμβασης. Και πράγματι πέραν των αρκετά θετικών αποτελεσμάτων, τα οποία προέκυψαν, η όλη παρέμβαση εμφανίζει και πολλά πλεονεκτήματα. Κατ' αρχήν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες πολλών ασθενών με μικρό αριθμό προσωπικού. Ακόμη φαίνεται ενδεδειγμένη διότι δίνει τη δυνατότητα σε πολλούς ασθενείς να

ανταλλάξουν την εμπειρία τους και να αντιμετωπίσουν επαρκέστερα την νόσο.

Όλα τα παραπάνω στηρίζονται στα θετικά αποτελέσματα που προέκυψαν ως προς τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους που ελέγχθησαν. Στηρίζονται ακόμη στο ότι η ψυχοθεραπευτική ομάδα λειτούργησε με επάρκεια και αποτελεσματικότητα, δημιουργώντας έναν ιδιαίτερο χώρο για τους ασθενείς, όπου μπορούσαν να εκφράσουν τις αγωνίες, τους φόβους, την απελπισία και άλλα δυσχερή συναισθήματα και να «βρουν» την αισιοδοξία και το θάρρος μεταβάλλοντας παράλληλα τους μηχανισμούς (στρατηγικές) αντιμετώπισης της νόσου.

Ακόμη το γεγονός ότι η όλη παρέμβαση εφαρμόστηκε και αναπτύχθηκε στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης είναι ενδεικτική της βιωσιμότητάς της. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι η παιγνιοθεραπεία μπορεί να «εισέλθει» σ' ένα νοσοκομείο Παίδων, εφόσον προσαρμοστεί στις απαιτήσεις του πληθυσμού, στον οποίο αναπτύσσεται. Στην παρέμβαση που επιχειρήθηκε υπήρξε προσαρμογή των κανόνων λειτουργίας των ομάδων στις ανάγκες των ασθενών με Μεσογειακή Αναιμία και ταυτόχρονα προσαρμογή του όλου πλαισίου στις ιδιαιτερότητες του τμήματος Μεσογειακής Αναιμίας του νοσοκομείου. Αν όλα αυτά δε λαμβάνονταν υπόψη η εξέλιξη δε θα ήταν θετική και υπ' αυτήν την έννοια άλλες ανάλογες παρεμβάσεις θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τόσο τις ιδιαιτερότητες του κλινικού πληθυσμού, στην οποία απευθύνονται, όσο και τα χαρακτηριστικά του ευρύτερου πλαισίου, στο οποίο εξελίσσονται.

Δε θα ήταν πλεονασμός στο σημείο αυτό να προστεθεί ότι η όλη προσπάθεια στηρίχθηκε στην ύπαρξη μιας ομάδας προσωπικού ιατρού, παραϊατρικού προσωπικού και ψυχολόγου.

Πολλά ευρήματα τα οποία συνηγορούν υπέρ της ψυχοσωματικής θεώρησης της Μεσογειακής Αναιμίας, διανοίγουν ακόμη περισσότερο την προοπτική εφαρμογής προγραμμάτων ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με Μεσογειακή Αναιμία.

Προς την κατεύθυνση της ψυχοσωματικής θεώρησης της νόσου συνηγορούν η ψυχοθεραπευτική διεργασία που παρατηρήθηκε στις ομάδες και τα θετικά αποτελέσματα ως προς τις σωματικές και ψυχοκοινωνικές παραμέτρους που ελέγχθηκαν. Το γεγονός δηλαδή ότι η πειραματική ομάδα δια της ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι βελτιωμένη σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, συνηγορεί στο ότι ο ψυχικός παράγοντας επηρεάζει την εξέλιξη της νόσου.

Στο βαθμό που ο ψυχικός παράγοντας είναι σημαντικός στην εξέλιξη της νόσου απαιτούνται εκτενέστερες παρεμβάσεις και για την περαιτέρω καταχώρηση της ψυχοσωματικής θεώρησης αλλά κυρίως της θεραπευτικής εφαρμογής. Τα ευρήματα τα παρούσας μελέτης είναι σαφώς προς την ψυχοσωματική θεώρηση της νόσου και συνηγορούν για την αναγκαιότητά της εκ παραλλήλου με τις σωματικές θεραπείες ψυχοθεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών με Μεσογειακή Αναιμία.

8.1. Περιορισμοί

Ο σημαντικότερος περιορισμός της μελέτης, είναι το μικρό δείγμα των συμμετεχόντων (N=24). Ο σχεδιασμός της έρευνας περιελάμβανε αποκλειστικά παιδιά και εφήβους πάσχοντες από Μεσογειακή Αναιμία. Ο παραπάνω περιορισμός οφείλεται στην μείωση του αριθμού παιδιών

και εφήβων, πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα.

Το πρόγραμμα πρόληψης της νόσου στη χώρα μας, ξεκίνησε το 1977 με την οργάνωση του Εθνικού Κέντρου Πρόληψης και των περιφερειακών μονάδων ανίχνευσης ζευγαριών φορέων που έχουν κίνδυνο να γεννήσουν άρρωστο παιδί.

Το πρόγραμμα στοχεύει:

1. Στο μαζικό έλεγχο όλων των ζευγαριών, για ανίχνευση των ζευγαριών φορέων.
2. Στη διασφάλιση προγεννητικού ελέγχου στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης σε όλα τα ζευγάρια φορείς.
3. Στη διακοπή της κύησης σε διαπίστωση άρρωστου εμβρύου.

Το πρόγραμμα αναπροσαρμόζεται και βελτιώνεται συνεχώς, με αποτελέσματα ιδιαίτερα ικανοποιητικά. Την τελευταία πενταετία, οι γεννήσεις των άρρωστων παιδιών περιορίστηκαν κάτω του 5% των αναμενόμενων. Τα αποτελέσματα αυτά είναι συγκρίσιμα με τα καλύτερα εθνικά προγράμματα της Κύπρου και της Σαρδηνίας.

Στο εθνικό πρόγραμμα επίσης είναι σήμερα δυνατή για ένα ποσοστό αρρώστων και η ριζική θεραπεία, με μεταμόσχευση μυελού των οστών, αν υπάρχει συγγενής, απόλυτα συμβατός δότης. Μέχρι σήμερα έχουν ιαθεί περίπου 150 Έλληνες άρρωστοι. Από αυτούς πάνω από 100 έχουν μεταμοσχευθεί στο Νοσοκομείο Παιδων Αγία Σοφία τα τελευταία 15 χρόνια, με ποσοστό επιτυχίας που ξεπερνά το 90%.

Η αποτελεσματικότητα της πρόληψης, η ελαχιστοποίηση των γεννήσεων νέων αρρώστων καθώς και η πλήρη ίαση μέσω μεταμόσχευσης μυελού των οστών συνέβαλε ώστε το πρόβλημα της Μεσογειακής Αναιμίας ως ιατρικό, νοσηλευτικό και κοινωνικό

πρόβλημα στην Ελλάδα να διαφοροποιηθεί ριζικά από πρόβλημα της παιδικής ηλικίας σε πρόβλημα ενηλίκων και ατόμων μέσης ηλικίας. Από στοιχεία που έχουν δημοσιευθεί από την Πανεπιστημιακή Μονάδα του «Αγία Σοφία», το 1965 η ηλικία των αρρώστων δεν ξεπερνούσε το 10 χρόνια ενώ το 2005 μόνο το 4% (από σύνολο περίπου 400 αρρώστων) είχαν ηλικία κάτω των 10 ετών, και η μέση ηλικία των αρρώστων από 2,4 το 1965 αυξήθηκε στα 27 χρόνια.

Εδώ πρέπει να συνυπολογιστεί και η δυσκολία δημιουργίας ισοδύναμων δειγμάτων ασθενών. Έτσι από το ήδη μικρό δείγμα παιδιών και εφήβων πασχόντων επειδή έπρεπε στην παρούσα μελέτη να συμμετέχουν ασθενείς που πάσχουν από τον ίδιο τύπο της νόσου, που απαραίτητα μεταγγίζονται και ταυτόχρονα να παρουσιάζουν ψυχοπαθολογία, αποκλείστηκαν εξ αρχής αρκετά παιδιά/έφηβοι.

Έναν άλλο περιορισμό της μελέτης αποτελεί η έλλειψη επανεκτίμησης των ασθενών μετά από ένα χρονικό διάστημα (π.χ. εξαμήνου, 1χρόνου). Ο επανέλεγχος θα έδειχνε αν η βελτίωση που παρουσίασε η πειραματική ομάδα είναι κάτι που διατηρείται. Ένας από τους λόγους που δεν έγινε αυτή η επανεκτίμηση αποτελεί το γεγονός πως κάποιοι από τους ασθενείς συνέχισαν την θεραπεία μέσω παιχνιδιού και μετά το πέρας της διεξαγωγής της παρούσας έρευνας.

Τέλος ένας ακόμη περιορισμός είναι η απουσία ανεξάρτητου ερευνητή, ο οποίος θα λάμβανε και θα αξιολογούσε τις αρχικές και τις τελικές μετρήσεις χωρίς να γνωρίζει ποιοι συμμετείχαν σε ομάδες παιγνιοθεραπείας.

8.2 Ερευνητικές Προοπτικές

Ένα πλήθος ερευνητικών προοπτικών προβάλλει. Η παρακολούθηση παιδιών και εφήβων ασθενών με Μεσογειακή Αναιμία, υπό παιγνιοθεραπεία για μεγάλο χρονικό διάστημα, θα ήταν μια μελλοντική πρόταση. Ένα ακόμη ζητούμενο θα μπορούσε να είναι η λεπτομερής ανάλυση των συνεδριών στήριξης και συμβουλευτικής ομάδας γονέων με παιδιά/εφήβους πάσχοντες από Μεσογειακή Αναιμία. Επιπλέον σημαντική θα ήταν και μια ταυτόχρονη προσπάθεια δημιουργίας ομάδας στήριξης και συμβουλευτικής του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, με στόχο την ενημέρωσή τους για τα επώδυνα συναισθήματα των ασθενών που απορρέουν από τη διάγνωση της νόσου και τις αρνητικές επιπτώσεις αυτής, σε κάθε τομέα της ζωής τους καθώς και την δική τους αποφόρτιση, που προέρχεται από την καθημερινή επαφή με μη υγιή πληθυσμό. Μια μελλοντική ακόμη πρόταση για έρευνα, με αφορμή την παρούσα μελέτη, αποτελεί η πραγματοποίηση μιας μελέτης που θα αξιολογεί τα αποτελέσματα ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης παιγνιοθεραπείας σε παιδιά με Μεσογειακή Αναιμία και θα τα συγκρίνει με τα αποτελέσματα ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης άλλης μορφής (π.χ. γνωστική συμπεριφορική). Τέλος με έναυσμα τα αποτελέσματα της παρούσας διατριβής, θα μπορούσαν να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης μέσω παιχνιδιού σε παιδιά/ εφήβους που αντιμετωπίζουν άλλες τραυματικές καταστάσεις (π.χ. κακοποίηση, αρρώστια γονέων, διαζύγιο γονέων) και που εξαιτίας αυτών εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά ψυχοπαθολογίας και να συγκριθούν με τα

αποτελέσματα που είχε η παρέμβαση μέσω παιγνιοθεραπείας στα παιδιά με χρόνιο νόσημα.

Υπάρχουν σίγουρα πολλά να γίνουν σ' ένα χώρο που τις τελευταίες δεκαετίες αναπτύσσεται. Ακόμη μπορούμε να πούμε ότι δια της παρέμβασης που επιχειρήθηκε έγιναν ορισμένα βήματα και απομένουν πολύ περισσότερα να πραγματοποιηθούν.

Βιβλιογραφία

Amon G. (1975). Analytic Group Psychotherapy as an Instrument for the Treatment and Research of Psychosomatic Disorders. In: Wolberg L.R. and Schwartz E.K. (eds). *Group Therapy 1975. An Overview*. New York: International Medical Books, pp 127-144.

Alexander F., (1950). *Psychosomatic Medicine. Its Principles and Applications* New York: Grune and Stratton.

Αντωνίου-Καραολίδου Μ. (1992). *Οι θεραπευτικοί παράγοντες στην ομαδική ψυχοθεραπεία-κριτική βιβλιογραφική ανασκόπηση*. Αθήνα: Ινστιτούτο Ομαδικής Ανάλυσης Αθηνών, Διπλωματική Διατριβή.

Arranz, P. et al (2000): *Emotional support in hemophilia*, World Federation of Hemophilia, Montreal.

Axline, V. (1969). *Play therapy*. New York: Ballantine.

Baruch, D.W. and Miller, H. (1947). Interview group psychotherapy with allergy patients. In : Slawson, S.R. (Ed)., *The Practice of Group Psychotherapy*. New York: International Universities Press, pp.156-175.

Bertozzo Francischinelli, A. G., de Amorim Almeida, F. & Okada Fernandes, D. S. (2012). Routine use of therapeutic play in the care of hospitalized children: nurses' perceptions. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1): 18-23.

Blumber E.M., West P.M., Elliw F.M. (1954). A possible relationship between psychological factors and human cancer. *Psychosomatic Medicine* 16: 277-286.

Bolwby J. (1951). *Maternal care and mental health*. WHO, Geneva

Bolwby J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 2. Attachment*. London :Hogarth Press.

Bolwby J. (1973). *Attachment and Loss, Vol. 2. Separation*. London :Hogarth Press.

Bowlby J. (1980). *Attachment and Loss, Vol. 3. Loss*. London :Hogarth Press.

Bowmer, N. (2002). Therapeutic play and the impact on anxiety in hospitalized children. *Kentucky Nurse, 50(1)*: 15.

Bratton, S. & Ray, D. (2000). What the research shows about play therapy. *International Journal of Play Therapy, 9(1)* 47-88.

Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice, 36(4)*, 376-390.

Brede K. (1972) *Sozioanalyse psychosomatischer Störungen. Zum Verhältnis von Soziologie und Psychosomatischer Medizin*. Frankfurt : Fischer.

Buckingham, R. (1989). *Care of the dying child*. New York: Continuum.

Cassileth B.R., Lusk E.J., Miller D.S. et al. (1985). Psychological correlates of survival in advanced malignant disease. *New England Journal of Medicine. 312*:1551-1555.

Chappell t M.N., Srefano J.J., and Pine F.H. (1937). The value of Group Psychological Procedure in the treatment of peptic ulcer *Am. J. Digest Dis. 3*:813-817.

Clatworthy, S. (1981). Therapeutic play: effects on hospitalized children. *Children's Health Care, 9(4)*: 108-113.

Derogatis L.R., Abelloff M.D., Melisaratos N. (1979). Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *Journal of the American Medical Association. 242*:1504-1508.

Drotar D. (1981) *Psychological perspectives in chronic childhood illness. Journal of Pediatric Psychology* G:211

Dudley K.L. and Pattison M.D. (1969), Group Psychotherapy in patients with severe diffuse obstructive pulmonary syndrome. *Am. Rev. Resp.Dis* 150: 575-576

Engel G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 196: 129-136.

Eysenck H.J., Grossarth-Maticek R. (1991). Greater innovation therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease. Part 2. Effects of treatment. *Behavior Research and Therapy*. 29:17-31.

Ferenci, S. (1913) *A Little Rooster Man In Selected Writings*, Penguin Books, 1999.

Fortin J.N. and Abse, D.W. (1956). Group Psychotherapy with peptic ulcer. *Int. J. Group Psychother*. 6: 383-391.

Freud, S. (1908[1907]) *Creative writers and day-dreaming* SE 9.

Freud, S. (1911) *Formulations on the two principles of mental functioning* SE 12.

Freud S. (1913) Totem and Tabou. In: Strachey J (edr). *The Standard Edition of the complete Psychological works of S.Freud*. London: Hogarth Press, 1966, Vol.XIII:1-162.

Freud, S. (1920) *Beyond the pleasure principle* SE 18.

Freud S. (1920). Beyond the pleasure principle, In:Strachey J (edr). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of S.Freud*. London :Hogarth Press, 1966, Vol.XVII:3-64.

Freud S. (1923) The ego and the id, In: Strachey J. (edr). *The Standard Edition of the complete Psychological works of S. Freud*. London Hogarth Press, 1966, Vol.XIX:3-62.

Freud, S. (1924) *The loss of reality in neurosis and psychosis* SE 19.

Freud, S. (1926) *Inhibitions, symptoms and anxiety* SE 20.

Freud, A. (1946) *The psychoanalytic treatment of the children*. Imago, London.

Freud A. (1952) *The role of the bodily illness in the mental life of children. Psychoanalytic study of the child*, Vol. V. 69, IUP.

Freud, A. (1965) *Normality and pathology in childhood: assessments of development*. IUP, USA.

Freud S. (1985) Studies on Hysteria in :Strachey J. (edr). *The Standard Edition of the complete Psychological works of S. Freud*. London Hogarth Press, 1966, Vol. II: 1-305.

Geissamn, C & P. (1998) *A History of Child Psychoanalysis*. Routledge, London.

Green, A. (1986) *On Private Madness*. Karnac, London.

Green, A. (1999) *The Fabric of Affect in the Psychoanalytic Discourse*. Routledge, London.

Green, A. (2002) *Time in Psychoanalysis. Some Contradictory Aspects*. FAB, London.

Γρανίτσας Α. (1974). *Γενική Βιολογία*. Θεσ/κη 1974.

Greer S. and Watson M. (1985): Towards a psychobiological model of cancer: psychological considerations. *Soc. Sci. Med* . 20:773-777.

Hale, R. A. (2000). Review: Sandplay therapy with children and families. *The Arts in Psychotherapy*, 27(1), 75-76.

Haggerty J.(1984) «The pediatric clinics of North America» *Symposium on chronic disease in children* 31:1

Harter, S. (1977). A cognitive-developmental approach to children's expression of conflicting feelings and a technique to facilitate such expression in play therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(3), 417-432.

- Hendon, C. & Bohon, L. M. (2007). Hospitalized children's mood differences during play and music therapy. *Child: Care, Health and Development*, 34(2), 141-144.
- Hisplop T.C., Waxfer N.E., Coldman A.J. et al (1987). The prognostic significance of psychosocial factors in women with breast cancer. *Journal of chronic Diseases*. 40:729-735.
- Holland J.C. (1990a). Clinical course of cancer. In :Holland J.C., Rowland, J.R., (eds). *Handbook of Psychology*, New York, Oxford University Press, pp. 75-100.
- Holland J.C. (1990b). The treatment-specific psychological issues-radiotherapy. In J.C. Holland, J. H. Rowland (Eds), *Handbook of Psychology*. New York: Oxford University Press, pp 134-145.
- Holland J.C. (1990c). Historical overview. In: J.C. Holland and J.H. Rowland (eds). *Handbook of Psychology*. New York: Oxford University Press, pp 3-12.
- Holland J.C. (1990d). Psychosocial considerations in cancer cause and survival. In J.C. Holland and J.H. Rowland (eds). *Handbook of Psychology*. New York: Oxford University Press, pp 705-726
- Holmes B.C. (1987). Psychological Evaluation and Preparation of the Patients and Family. *Cancer*. 60: 2021-2024.
- Ιακωβίδης Β., Χ. Μπεντενίδης (1992). Ψυχιατρική υποστήριξη ασθενών με κακοήθεις νεοπλασίες. Στο Α. Καλλινίκου-Μανιάτη, Β. Σεϊτανίδης, Β. Τσιγαλίδου.-Μπάλα, (επιμ. Εκδ.). *Υποστηρικτική αγωγή σε αρρώστους με νεοπλασματικά νοσήματα του αίματος*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα σελ. 205-222.
- Trail P. (1968) *The one parent family. The prevention of damaging stress in children*. Gould J. Churchill Ltd., London
- Jackson M. (1977). *Psychopathology and "Pseudo-Normality"*. In :Ulcerative Colitis (Unpublished).

Jamison R.N., Burish T.G., Wallston K.A. (1987). Psychogenic factors in predicting survival of breast cancer patients. *Journal of clinical Oncology*.5:768-772.

Καρανάσιος Δ., Γκιουζέπας Ι., Ζέρβας Κ., κ.α. (1994). Δυσχέρειες στην ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής στήριξης καρκινοπαθών. *Ελληνική Ογκολογία*. 30 (3): 175-177.

Kaplan H.I., Sadock, B.J. (1988). *Comprehensive text book of Psychiatry* Baltimore: Williams & Wilkins.

Καττάμης Χρ. *Σύνδρομα μεσογειακής αναιμίας στο: Εφαρμογή μοριακών τεχνικών στη μελέτη γενετικών νόσων*, Καττάμης Χρ, Καναβάκης Ε (εκδότες). Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1995; 26.

Klein, M. (1921) The development of a child.

Klein, M. (1923) The role of the school in the libidinal development of the child.

Klein, M. (1923) Early analysis.

Klein, M. (1926) The psychological principles of early analysis.

Klein, M. (1927) Symposium on child-analysis.

Klein, M. (1945) The Oedipus complex in the light of early anxieties. All in Love, Guilt and Reparation and other works 1921-1945. Free Press, 1984.

Klein, M. (1952) On observing the behaviour of young infants. In Envy and Gratitude and other works 1946-1963. Free Press, 1984.

Knauss W. (1985). The Treatment of Psychosomatic illness in Group-Analytic Psychotherapy. Indications and Contra-indications. *Group Analysis* XVIII/3:177-193.

- Knell, S. M. (1998). Cognitive-behavioral play therapy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(1), 28-33.
- Kubler-Ross E. (1969). *On death and dying*. New York: Mc Millan Co.
- Λαδής Β. Σύγχρονη Θεραπευτική Αντιμετώπιση Μεσογειακής Αναιμίας. Βασικές αρχές και αποτελεσματικότητα. *Παιδιατρική* 2001;64:285
- Landy R. (1992a). «Introduction to special issue on transference/countertransference in the creative arts therapies». *The Arts in Psychotherapy*, pp 19,5,313-315.
- LeBlanc, M. & Ritchie M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(2), 149-163.
- Lebo, D. (1953). The present status of research on nondirective play therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 17(3), 177-183.
- Lebo, D. (1955). The expressive value of toys recommended for nondirective play therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 11(2), 144-148.
- Leshan L.L. (1977) *You can fight for your life*. New York: M. Evans and Co.
- Levy S.M., Wise B.B. (1988). Psychological risk factor in cancer progression. In :Cooper C.L. (ed.). *Stress and Breast Cancer*, Chichester: John Wiley, pp 77-79.
- Li, H. C. & Lopez, V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: a randomized controlled trial study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(2): 63-73.
- Lightfoot, J., Wright, S., & Sloper, P. (1998). Supporting pupils in mainstream school with an illness or disability: young people's views. *Child: Care, Health and Development*, 25, 267-283.
- Lipowski Z.J. (1968). Review of consultation psychiatry and Psychosomatic Medicine. III Theoretical issues. *Psychosom. Med.*30:395-450.

Lipowski Z.J. (1970). Physical, the individual and the coping processes
Psychiatry Med. 1: 91-102.

Lorenz, D. C. (2010). *Can I play? Using Play Therapy for Children and Adolescents With Disabilities*. Paper based on a program presented at the 2008 American Counseling Association Conference, March, 2008, Honolulu, Hawaii.

Μαράτος Ι. (1993). Υπάρχει ένστικτο αυτοκαταστροφής; Διάλεξη στο Ανοιχτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο. Αθήνα 1993.

Massaglia P., Carpignano J. (1987) «Psychology of the thalassemic patient and his family», *Thalassemia today: The Mediterranean experience*.

Marty P. and De M' Uzan, M. (1963). LA Pensee Operatoire. Revue Fr. Psychoanal. 27 (Suppl.): 1345-1356.

Matsaniotis N., Kattamis C., (1969) «Thalassemia: A social problem in Greece». An. Soc. Belge Med Trop 49:223

McDougall. J. (1974). The Psychosoma and the Psychosoma and the Psychoanalytic Process. Rev. Psycho-Anal. 1:437.

Meyerowitz J.H., Kaplan A.B. (1967) «Familiar responses to stress: The case of cystic fibrosis». SOC.SCI.MED. 1:242.

Moorey S., Green S. (1989). Psychological therapy for patients with cancer. An new approach. London: Heinemann Medical Books.

Moos R.H. and J.A. Schaefer (1984). The crisis of physical illness: an overview and conceptual approach. In: Moos R.H. (edr), *Coping with Physical illness*. Vol. 2, New Perspectives. New York: Plenum, pp. 3-25.

Μπέτα Ε. (2004). Μεσογειακή Αναιμία. Μάθε γι' αυτήν. Εκδ. Στερέωμα-Μπίμπης. Αθήνα 2004.

Murphy Jones, E. (2000). *The efficacy of intensive individual play therapy for children diagnosed with insulin-dependent diabetes mellitus*. Doctoral Dissertation. Austin, TX: University of North Texas.

- Muzan DE M. (1977). Zur Psychologie des psychosomatisch Kranken. *Psyche*. 31 (4): 318-332.
- Nemiah J.C. (1973). Psychology and Psychosomatic illness, Reflection on Theory and Research Methodology, *Psychother. Psychosom.* 22:106-111.
- O'Connor, K.J. (1991). *The play Therapy Primer*. New York: Wiley.
- Pattison, E.M. (1977). *The Experience of Dying*. New Jersey. Pentice-Hall Inc.
- Penman D.T. (1980). Coping strategies in adaption to mastectomy. *Diss. Abstr. Int.* 40(12): 5825-B.
- Penman D.T. (1982). Coping strategies in adaption to mastectomy. *Psychosom. Med.* 44:117 (Abstract).
- Phillips, R. (1985). Whistling in the dark?: A review of play therapy research. *Psychotherapy*, 22(4), 752-760.
- Pratt J H. (1907). The Class Method of Treating Consumption in the Homes of the Poor. *J.A.M.A.* 49:755-759.
- Rae, W., Worchel, F., Upchurch, J., Sanner, J., & Daniel, C. (1989). The psychosocial impact of play on hospitalized children. *Journal of Pediatric Psychology*, 14, 617–627.
- Ray, D. (2011). *Advanced play therapy: essential conditions, knowledge, and skills for child practice*. London: Taylor & Francis.
- Ray, D., Bratton, S., Rhine, T., & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 85-108.
- Register, C. (1987): *Living with chronic illness*, Bantam Books, New York.
- Rowland J.H. (1990). Psychological Factors and adaption. In :Holland J.C. and Rowland J.H. (Eds). *Handbook of Psychology*. New York: Oxford University Press, pp 25-43.

Sanders J.B. and C.G. Kardinal (1977). Adaptive Mechanisms in adult acute leukemia patients in remission. J.A.M.A. 238: 952-954.

Schaefer, C. E. & Reid, S. E. (2004). *Game play: therapeutic use of childhood games*. London: John Wiley & Sons.

Schoenberg B. and Senescu R. (1966). Group Psychotherapy for patients with chronic multiple complaints. J. Chron. Dis. 19: 6149-657.

Schonfield J.A. (1972). Psychological factors related to delayed return to an earlier life-style in successfully treated cancer patients. J. Psychosom. Res. 16: 41-46.

Schulz R. and D. Akerman (1974). Clinical Research and the Stages of Dying. Omega . Vol. 5: 137-143.

Sclare A.B. and Cricket J.A. (1957). Group Psychotherapy in bronchial asthma J. Psychosomatic Res. 2:157-171.

Shoemaker R.J., Guy W.B., McLaughlin J.T. (1955). The usefulness of group therapy in the management of atopic eczema. Penn. Med. J. 58:603-609.

Sifneos P.E. (1973). The Prevalence of "Alexnithymia" Characteristics in Psychosomatic Patients. Psychother. Psychosom. 20: 255-263.

Σταλίκας Α. (2005). Μέθοδοι Έρευνας στην Ψυχολογία. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα.

Σταλίκας Α., Τριλίβα Σ., Ρούσση Π. (2002). Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα.

Stein A. (1956). Psychosomatic disorders. In Slavson, S.R. editor. The Fields of Group Psychotherapy. New York: International Universities Press, p40.

Stein A., Steinhart R.W. and Cuthers S.I. (1955). Group Psychotherapy in Patients with peptic ulcer. Bull. N.Y. Acad Med. 31: 583-591.

Stephanos S. (1973). Analytisch-psychosomatische Therapie. Jahrbuch der Psychoanalyse. Suppl. 1:5-9.

Taylor S.E., R.R. Lichtman, and J.V. Wood (1982). Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. J. Pers. Soc. Psychol. 46-489-502.

Τσέγκος, Γ.Κ. (1983). Ομαδική Ανάλυση και Ψυχοσωματικές διαταραχές (Ψυχοδυναμική θεώρηση). Πρακτ. 10^{ου} Πανελ. Συνεδρίου Νευρολ. Και Ψυχιατρ., Θεσ/νίκη 1983, Τ.1, σελ. 177-182.

Tsiantis J., Xypolita-Tsantili D., Papadaku-Lagouannis S. (1982) «Family reactions and their management in a parents group with B-Thalassemia». Archives Dis. Childhood 57:860

Τσιάντης Ι. (1984) «Ψυχικές διαταραχές και νοημοσύνη παιδιών με μεσογειακή αναιμία» Διατριβή υπό υφηγεσία.

Τσιάντης, Γ. (1987): Ψυχοκοινωνικά προβλήματα παιδιών με χρόνιες παθήσεις, στο Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής (επιμ.) Τσιάντης, Γ. και Μανωλόπουλος, Σ., Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 309-330.

Τσιάντης Ι. (1988). Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής. Εκδ. Καστανιώτης.

Τσιάντης, Γ. (1993): *Ψυχολογική υποστήριξη των θαλασσαιμικών, στο Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας*, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 139-158.

Τσιάντης Ι. (1996). *Ψυχική Υγεία του Παιδιού και της Οικογένειας*. Εκδ. Καστανιώτης.

Vaguerese L. (1985). *Groddeck la maladie et la Psychanalyse*. Ελληνική Μετάφραση. Αθήνα : Εκδόσεις Χατζηνικολή 1986.

Tsiantis J. (1990) «Family reactions and relationships in thalassemia». *Sixth Cooley's Anemia Symposium* Vol.612, σελ.451-461. Annals New York Academy of Science.

Vogt R., Burckthummer G., Ernest L., Meyer K., and Rad V.M. (1977). Difference of fantasy life in Psychosomatic and Psychoneurotic patients.

In :Brautigam W., and Rad M., (Eds): *Towards a Theory of Psychosomatic disorders*. Basel : Phanomen.

Walker D.K., Cortmaker S.L., Wintzman M. (1981) «Chronic illness and psychological problems among children in Tennessee county». *Community Child Health Studies*, Harvard School of Public Health.

Webb, J. R. (1995). Play therapy with hospitalized children. *International Journal of Play Therapy* 4(1), 51-59.

Weisman A.D. (1974). *The Realization of Death: A guide for the Psychological Aytopsy*. New York: Jason Aronson.

West, J. (1992). *Child-Centred Play Therapy*. London :Edward Arnold.

Weisman A.D. (1979): *Coping with Cancer*. New York: McGraw-Hill Book Co.

WHO working group on the psychosocial aspects of thalassaemia and sickle cell disease (1990): *Meeting the needs of people with haemoglobin disorders. Recommendations for psychological and social management and support*, Tettamanti Foundation, Milano.

Winnicott, D.W. (1941) *The observation of infants in a Set Situation*.

Winnicott, D.W. (1948) *Paediatrics and Psychiatry*.

Winnicott, D.W. (1954-5) *The Depressive Position in Normal Emotional Development*. All in *Trough Paediatrics to Psychoanalysis*. Karnac, 1992, London.

Winnicott, D.W. (Undated) *Notes on Play*.

Winnicott, D.W. (1964, 1968) *The Squiggle Game*.Both in *Psychoanalytic Explorations*. Eds Winnicott C., Shepherd R., Davis M. Karnac, 1989, London.

Winnicott, D.W. (1971) *Playing and Reality*. Brunner-Routledge, 2001, London.

Winnicott D.W. (1966). Psychosomatic illness in the Positive and Negative Aspects. *International Journal of Psychoanalysis*. 47:510-516.

Winnicott D.W. (1974). *Playing and Reality*. Harmondsworth : Penguin Books.

Winnicott D.W. (1978). *Through Paediatrics*. London :Hogarth Press.

Worder J.W., Johnston L.C., Harrison R.H. (1974). Survival quotient as a method of investigating psychosocial aspects of cancer-survival. *Psychological Reports*. 35:719-726.

Worder J.W. and A.D. Weisman (1976). Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 6:243-249.

Xavier, T. (2005). *A study to assess the effectiveness of play activities in reducing the level of anxiety among hospitalized children in selected hospitals at Bangalore, Karnataka*. Master's dissertation. Bangalore, India: Goutham College of Nursing.

Yalom, I.D. (1975). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Yalom I.D., (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York Basic Books. Inc. Publishers.

Zahr, L. K. (1998). Therapeutic play for hospitalized preschoolers in Lebanon. *Pediatric Nursing*, 24(5): 449-454.

Zareapour, A., Khoshknab, M. F., Kashaninia, Z., Biglarian, A. & Babashahabi, R. (2009). Effect of group play therapy on depression in children with cancer. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 14(3): 64-72.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

(Welsman, 1979)

1. Αναζητά περισσότερη πληροφόρηση (διανοητική αναζήτηση)
2. Επικοινωνεί και μοιράζεται την ανησυχία με άλλους (αμοιβαιότητα)
3. Αστεϊσμός, το γυρνά στο αστείο και την πλάκα (αναστροφή του θυμικού)
4. Προσπαθεί να ξεχάσει, να το διώξει από το μυαλό του (συνειδητή απώθηση)
5. Κάνει άλλα πράγματα για περισπασμό (μετάθεση/ αλλαγή κατεύθυνσης)
6. Αναλαμβάνει σταθερή δράση, που βασίζεται στην κατανόηση του παρόντος (αντιμετώπιση με αντιπαράθεση)
7. Αποδέχεται, αλλά βρίσκει κάτι ευνοϊκό (ανακαθορισμός ή αναθεώρηση)
8. Υποκύπτει στο αναπόφευκτο, μοιρολατρία (παθητική αποδοχή)
9. Κάνει κάτι, οτιδήποτε, ακόμη και παράτολμο ή άσκοπο (παρορμητικότητα)
10. Αναζητά εφικτές εναλλακτικές λύσεις (αν χ, τότε ψ)
11. Ελαττώνει την τάση με υπερβολικό αλκοόλ, φάρμακα ή κίνδυνο (απειλές στη ζωή)
12. Αποσύρεται στην απομόνωση, φυγή (απόσυρση)
13. Κατηγορεί κάποιον ή κάτι (εξωτερίκευση ή προβολή)
14. Αναζητά να τον κατευθύνουν, κάνει αυτό που του λένε (συμμόρφωση μέσω της συνεργασίας)
15. Κατηγορεί τον εαυτό του, θυσιάζεται, εξιλεώνεται (ηθικός μαζοχισμός)

ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥΣ

(Λαυρεντιάδης, 1985)

ΓΙΑΤΡΟΣ : Βαθμολογείστε τη γενική συμπεριφορά του ασθενή

ΑΠΑΙΤΗΤΙΚΟΣ (ΕΝΟΧΛΗΤΙΚΟΣ)

Πάρα πολύ

Πολύ

Μέτρια

Λίγο

Καθόλου

ΑΓΧΩΔΗΣ

Πάρα πολύ

Πολύ

Μέτρια

Λίγο

Καθόλου

ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΚΟΣ

Πάρα πολύ

Πολύ

Μέτρια

Λίγο

Καθόλου

ΟΜΙΛΗΤΙΚΟΣ

Πάρα πολύ

Πολύ

Μέτρια

Λίγο

Καθόλου

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ

Πάρα πολύ

Πολύ

Μέτρια

Λίγο

Καθόλου

ΠΑΡΑΠΟΝΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Πάρα πολύ

Πολύ

Μέτρια

Λίγο

Καθόλου

ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΣΤΗΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ
ΠΑΡΑΜΟΝΗ

Πάρα πολύ

Πολύ

Μέτρια

Λίγο

Καθόλου

ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥΣ

(Λαυρεντιάδης, 1985)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ : Βαθμολογείστε τη γενική συμπεριφορά του ασθενή

ΑΠΑΙΤΗΤΙΚΟΣ (ΕΝΟΧΛΗΤΙΚΟΣ)

Πάρα πολύ

Πολύ

Μέτρια

Λίγο

Καθόλου

ΑΓΧΩΔΗΣ

Πάρα πολύ

Πολύ

Μέτρια

Λίγο

Καθόλου

ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΚΟΣ

Πάρα πολύ

Πολύ

Μέτρια

Λίγο

Καθόλου

ΟΜΙΛΗΤΙΚΟΣ

Πάρα πολύ

Πολύ

Μέτρια

Λίγο

Καθόλου

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ

Πάρα πολύ

Πολύ

Μέτρια

Λίγο

Καθόλου

ΠΑΡΑΠΟΝΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Πάρα πολύ

Πολύ

Μέτρια

Λίγο

Καθόλου

ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΣΤΗΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ
ΠΑΡΑΜΟΝΗ

Πάρα πολύ

Πολύ

Μέτρια

Λίγο

Καθόλου

ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΕΥΑΛΩΤΟΤΗΤΑΣ ΩΜΕΓΑ (Welsman, 1979)

I.ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ

4	3	2	1
Χωρίς Ελπίδα για ανάρρωση	Αμφιβολία όσον αφορά την ανάρρωση	Επιφυλακτικός	Αυτοπεποίθηση όσον αφορά την ανάρρωση

II.ΑΝΑΣΤΑΤΩΣΗ

4	3	2	1
Έντονα ξεσηκωμένος	Πολύ ανήσυχος	Εκνευρισμένος	Ήρεμος και ατάραχος

III.ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΣΗ

4	3	2	1
Πολύ απογοητευμένος Θυμωμένος Πολύ	Μέτρια απογοητευμένος Μέτρια Θυμωμένος	Εκνευρισμένος Λίγο Απογοητευμένος Λίγο	Νιώθει ότι τα προβλήματα είναι επαρκώς ελεγχμένα

IV.ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

4	3	2	1
Πολύ θλιμμένος	Μέτρια Θλιμμένος	Ελαφρά Κατάθλιψη	Καθόλου Κατάθλιψη

V.ΕΛΛΕΙΨΗ ΔΥΝΑΜΗΣ

4	3	2	1
Αδύναμος να ξεκινήσει αποτελεσματική δράση	Δεν είναι βέβαιος ότι η βοήθεια θα βοηθήσει	Αδύναμος αλλά πιθανό να ζητήσει βοήθεια	Έχει αναπτύξει εσωτερικές πηγές, νιώθει επαρκής

VI.ΑΓΧΟΣ

4	3	2	1
Πανικοβλημένος	Φοβισμένος με ειδικούς φόβους	Ανήσυχος με αμφιβολίες	Νιώθει ασφαλής και σε ελάχιστο κίνδυνο

VII.ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ

4	3	2	1
Εξαντλημένος, πολύ κουρασμένος	Καταβεβλημένος και σχετικά απαθής	Κουρασμένος αλλά ακόμη νοιάζεται	Ενθουσιασμένος να συμμετέχει

VIII.ΑΝΑΞΙΟΤΗΤΑ

4	3	2	1
Ανάξιος, δεν αξίζει	«Δεν είμαι εντάξει» Μειονεκτώ, ανεπαρκής	«Είμαι εντάξει αλλά κάνω γκάφες, λάθη»	«Είμαι εντάξει», ισχυρή αυτοεκτίμηση

IX.ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗ

4	3	2	1
Νιώθει εγκαταλελειμμένος	Μόνος, απομονωμένος	Νιώθει κάπως παραμελημένος	Νιώθει πως τον νοιάζονται και τον φροντίζουν

X.ΑΡΝΗΣΗ

4	3	2	1
Αποφεύγει να αναφέρει τη λέξη της ασθένειας	Παραδέχεται την νόσο αλλά όχι τις συνέπειες	Χρησιμοποιεί ευφημισμού	Ορθή αντίληψη της νόσου και των συνεπειών της

ΧΙ.ΣΚΛΗΡΟΤΗΤΑ

4	3	2	1
Νιώθει ότι είναι θύμα, τον κακομεταχειρίζονται	Έχει αμφιβολίες για τη θεραπεία και φροντίδα	Πιστεύει ότι έχει επαρκή φροντίδα	Νιώθει ότι έχει καλή φροντίδα Πιστεύει στους φροντιστές

ΧΙΙ.ΑΠΟΡΡΙΨΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

4	3	2	1
Απορρίπτει αυτούς που τον φροντίζουν	Ελαφρά απόρριψη των άλλων	Δέχεται τη βοήθεια απρόθυμα	Πρόθυμα δέχεται την βοήθεια και στήριξη

ΧΙΙΙ.ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

4	3	2	1
Κλειστή, χωρίς αύριο	Μόνο μια μέρα κάθε Φορά	Επιφυλακτικός για το μέλλον	Βλέπει το μέλλον σαν να μην υπάρχει ασθένεια

«BECK YOUTH INVENTORIES»

(Judith Beck S., Aaron Beck T., Robert Steer A., John B. Jolly, 2001)

Ακολουθεί μια λίστα με πράγματα που συμβαίνουν στους ανθρώπους και που αυτοί σκέφτονται ή αισθάνονται. Διάβασε προσεκτικά κάθε πρόταση και βάλε ένα Χ στη λέξη που σου ταιριάζει καλύτερα(ποτέ, μερικές φορές, συχνά, πάντα). ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΩΣΤΕΣ ΚΑΙ ΛΑΘΟΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ.

		0	1	2	3
1.	Εργάζομαι σκληρά	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
2.	Αισθάνομαι δυνατός/ή	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
3.	Μου αρέσει ο εαυτός μου	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
4.	Οι άνθρωποι αποζητούν τη συντροφιά μου	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
5.	Είμαι το ίδιο καλός/η με τα άλλα παιδιά	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
6.	Αισθάνομαι φυσιολογικός/η	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
7.	Είμαι καλός άνθρωπος	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
8.	Τα καταφέρνω μια χαρά σε ό,τι κάνω	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
9.	Μπορώ να κάνω πράγματα χωρίς βοήθεια	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
10.	Αισθάνομαι έξυπνος/η	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
11.	Οι άνθρωποι πιστεύουν ότι είμαι καλός/ η σε αυτά που κάνω	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
12.	Είμαι καλός/η με τους άλλους	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ

13.	Αισθάνομαι ότι είμαι καλός άνθρωπος	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
14.	Είμαι καλός/η στο να λέω ανέκδοτα	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
15.	Είμαι καλός στο να θυμάμαι πράγματα	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
16.	Λέω την αλήθεια	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
17.	Αισθάνομαι περήφανος/η για τα πράγματα που κάνω	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
18.	Ξέρω να σκέφτομαι σωστά	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
19.	Μου αρέσει το σώμα μου	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
20.	Είμαι ευχαριστημένος/η να είμαι ο εαυτός μου	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
21.	Ανησυχώ μήπως με χτυπήσουν στο σχολείο	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
22.	Τα όνειρά μου με τρομάζουν	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
23.	Ανησυχώ όταν βρίσκομαι στο σχολείο	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
24.	Σκέπτομαι τρομακτικά πράγματα	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
25.	Ανησυχώ μήπως οι άλλοι με πειράξουν	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
26.	Φοβάμαι ότι θα κάνω λάθη	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
27.	Αγχώνομαι	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
28.	Φοβάμαι μήπως	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ

	χτυπήσω				
29.	Ανησυχώ ότι θα πάρω κακούς βαθμούς	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
30.	Ανησυχώ για το μέλλον	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
31.	Τα χέρια μου τρέμουν	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
32.	Φοβάμαι μήπως τρελαθώ	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
33.	Ανησυχώ ότι οι άνθρωποι μπορεί να θυμώσουν μαζί μου	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
34.	Φοβάμαι μήπως χάσω τον έλεγχο	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
35.	Ανησυχώ	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
36.	Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
37.	Η καρδιά μου χτυπάει γρήγορα	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
38.	Έχω τρεμούλες/ τρέμω	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
39.	Φοβάμαι μήπως μου συμβεί κάτι κακό	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
40.	Φοβάμαι μήπως αρρωστήσω	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
41.	Νομίζω ότι η ζωή μου είναι άσχημη	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
42.	Δυσκολεύομαι σε ό,τι κάνω	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
43.	Αισθάνομαι ότι είμαι κακός άνθρωπος	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
44.	Εύχομαι να πέθαινα	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
45.	Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
46.	Αισθάνομαι ότι	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ

	κανείς δεν με αγαπάει				
47.	Νομίζω ότι εγώ φταίω για ότι κακό συμβαίνει	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
48.	Αισθάνομαι μοναξιά	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
49.	Πονάει το στομάχι μου	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
50.	Αισθάνομαι ότι μου συμβαίνουν άσχημα πράγματα	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
51.	Αισθάνομαι σαν χαζός/η	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
52.	Λυπάμαι τον εαυτό μου	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
53.	Νομίζω ότι δεν τα καταφέρνω σε αυτά που κάνω	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
54.	Αισθάνομαι άσχημα για ότι κάνω	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
55.	Μισώ τον εαυτό μου	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
56.	Θέλω να μείνω μόνος μου	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
57.	Μου έρχεται να κλάψω	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
58.	Αισθάνομαι λυπημένος/η	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
59.	Αισθάνομαι άδειος μέσα μου	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
60.	Νομίζω ότι η ζωή μου δεν θα είναι καλή	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
61.	Νομίζω οι άνθρωποι	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ

	προσπαθούν να με εξαπατήσουν				
62.	Μου έρχεται να φωνάξω	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
63.	Νομίζω ότι οι άνθρωποι είναι άδικοι μαζί μου	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
64.	Νομίζω ότι οι άνθρωποι προσπαθούν να με πληγώσουν	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
65.	Νομίζω ότι η ζωή μου είναι άδικη	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
66.	Οι άνθρωποι με φοβερίζουν	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
67.	Οι άνθρωποι με θυμώνουν	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
68.	Νομίζω ότι οι άνθρωποι με ενοχλούν	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
69.	Θυμώνω με τους άλλους ανθρώπους	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
70.	Όταν θυμώνω, παραμένω έτσι για πολύ ώρα	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
71.	Όταν θυμώνω δυσκολεύομαι να το ξεπεράσω	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
72.	Νομίζω ότι οι άνθρωποι προσπαθούν να με ελέγξουν	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
73.	Νομίζω ότι οι άνθρωποι προσπαθούν να με μειώσουν	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
74.	Αισθάνομαι κακός	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
75.	Αισθάνομαι ότι θα εκραγώ	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ

76.	Νομίζω ότι οι άνθρωποι είναι εναντίον μου	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
77.	Θυμώνω	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
78.	Όταν θυμώνω νοιώθω το θυμό μου μέσα στο σώμα μου	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
79.	Μισώ τους ανθρώπους	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
80.	Θυμώνω	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
81.	Κλέβω	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
82.	Οι άλλοι άνθρωποι με βάζουν σε μπελάδες	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
83.	Σκέφτομαι να το σκάσω από το σπίτι μου	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
84.	Κάνω κακά πράγματα	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
85.	Κάνω διαρρήξεις σε αυτοκίνητα, σε σπίτια ή αλλού	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
86.	Τσακώνομαι με τους άλλους	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
87.	Μου αρέσει να κάνω τους άλλους να θυμώνουν	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
88.	Κάνω κοπάνες από το σχολείο	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
89.	Απεχθάνομαι να ακούω τους άλλους	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
90.	Τσακώνομαι με τους μεγάλους (ενήλικες)	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
91.	Πληγώνω τους ανθρώπους	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ

92.	Μου αρέσει να είμαι κακός με τους άλλους	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
93.	Παραβιάζω τους κανόνες	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
94.	Μου αρέσει όταν οι άλλοι με φοβούνται	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
95.	Μου αρέσει να πειράζω τα ζώα	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
96.	Μου αρέσει να φοβερίζω τους άλλους	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
97.	Λέω ψέματα	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
98.	Μου αρέσει να κάνω πλάκες	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
99.	Σπάω πράγματα όταν εξοργίζομαι	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
100.	Βρίζω τους μεγάλους	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ

ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗΣ: ΣΥΝΕΔΡΙΑ α/α	ΜΕΛΗ ΟΜΑΔΑΣ	ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΟ ΥΛΙΚΟ	ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΥΖΗΤΗΘΗΚΑΝ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ: ΈΤΟΣ: ΜΗΝΑΣ: ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:				
ΟΝΟΜΑ	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
	6.			
	7.			
	8.			