



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΕΙΚΟΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ»**

ΛΟΝΤΟΥ ΧΡΗΣΤΙΝΑ

ΤΣΟΥΜΑΝΗ – ΚΑΤΣΑΡΕΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: *ΜΑΥΡΟΥΔΗ ΣΕΦΕΡΙΝΑ*



ΠΑΤΡΑ 2016

“Virtual Reality in Clinical Social Work”

Η πτυχιακή εργασία των Λόντου Χρηστίνα και Τσουμάνη – Κατσαρέα
Αικατερίνη εγκρίνεται από:

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ:

Επιβλέπουσα καθηγήτρια – Εισηγήτρια:

1. Μαυρουδή Σεφερίνα

Μέλη εξεταστικής επιτροπής:

2.

3.

Copyright © Λόντου Χ. και Τσουμάνη – Κατσαρέα Α. 2016

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τους συγγραφείς. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τους συγγραφείς και μόνο.

*“Virtual reality
is a self-created form of chosen reality.
Therefore it exists.”*

Joan Lowery Nixon

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε πρωτίστως την εισηγήτρια και επόπτρια μας, κα. Σεφερίνα Μαυρουδή, για την καθοδήγησή και την ενθάρρυνση της καθ' όλη τη διάρκεια διεξαγωγής της πτυχιακής μας εργασίας. Ακόμα, θέλουμε να ευχαριστήσουμε θερμά όλους τους επαγγελματίες που δέχτηκαν με μεγάλη προθυμία να συμμετάσχουν στην ερευνητική διαδικασία, ενισχύοντας κατ' αυτόν τον τρόπο σημαντικά το έργο μας. Τέλος, ευχαριστούμε όλους όσους μας βοήθησαν και μας στήριξαν όλο αυτό το διάστημα, άμεσα και έμμεσα, στην συγγραφή και εκπόνηση της εργασίας μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	vi
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	vii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	x
ABSTRACT.....	xii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	xiii
Κεφάλαιο 1: Εικονική Πραγματικότητα	1
1.1 Ορισμοί.....	1
1.2 Εικονικά Περιβάλλοντα.....	3
1.3 Ιστορία Εικονικής Πραγματικότητας	4
1.4 Κατηγορίες Συστημάτων Εικονικής Πραγματικότητας.....	7
1.5 Συσσκευές Εικονικής Πραγματικότητας	8
1.5.1 Οπτικές συσκευές	10
1.5.2 Απτικές συσκευές.....	12
1.5.3 Ακουστικές συσκευές	13
1.6 Η Εικονική Πραγματικότητα στην Ελλάδα	13
1.6.1 Εικονική Πραγματικότητα για ψυχαγωγία και εκπαίδευση στην Ελλάδα....	14
1.6.1.1 Το Ίδρυμα Μείζονος Ελληνισμού (I.M.E.).....	14
1.6.1.2 Το Ίδρυμα Ευγενίδου	15
1.6.1.3. Το Κέντρο Διάδοσης Επιστημών & Μουσείο Τεχνολογίας «NOESIS»	16
1.6.2 Εικονική Πραγματικότητα για τη Θεραπεία Ψυχικών Διαταραχών και την Κλινική Κοινωνική Εργασία στην Ελλάδα	17
Κεφάλαιο 2: Κλινική Κοινωνική Εργασία	20
2.1 Κοινωνική Εργασία	20
2.2 Δημιουργία και Ιστορία της Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας.....	22
2.3 Όρος και Ορισμοί της Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας.....	24
2.4 Το Επάγγελμα της Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας	26
Κεφάλαιο 3: Ψυχικές Διαταραχές	35
3.1 Αγχώδεις Διαταραχές	35
3.2 Διαταραχές Διάθεσης.....	39
3.3 Σωματόμορφες Διαταραχές.....	42
3.4 Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής	43

3.5 Διαταραχές Προσωπικότητας.....	46
3.6 Ψυχώσεις και Άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές.....	49
3.7 Διαταραχές Συνδεόμενες με Αλκοόλ και Ουσίες	51
3.7.1 Διαταραχές Εθισμού – Μη Σχετιζόμενες με Ουσίες Διαταραχές	53
3.8 Σεξουαλικές Διαταραχές.....	55
Κεφάλαιο 4: Η Εικονική Πραγματικότητα στην Ψυχοθεραπεία.....	59
4.1 Γνωστική – Συμπεριφορική Θεραπεία	60
4.2 Θεραπεία με τη Χρήση Εικονικής Πραγματικότητας.....	61
4.3 Τύποι Εικονικής Πραγματικότητας στη Θεραπεία	64
4.3.1 Καθλωτική.....	64
4.3.2 Μη Καθλωτική	65
4.4 Θεραπεία Έκθεσης μέσω Εικονικής Πραγματικότητας	66
4.5 Εφαρμογές της Εικονικής Πραγματικότητας στην Κλινική Κοινωνική Εργασία	68
4.6 Η Εικονική Πραγματικότητα ως Νέο Θεραπευτικό Εργαλείο.....	70
Κεφάλαιο 5: Θεραπεία Ψυχικών Διαταραχών με τη Χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας.....	72
5.1 Θεραπεία Αγχωδών Διαταραχών με τη Χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας	72
5.2 Θεραπεία Διαταραχών Διάθεσης με τη Χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας	92
5.3 Θεραπεία Σωματόμορφων Διαταραχών με τη Χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας.....	95
5.4 Θεραπεία Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής με την Χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας.....	95
5.5 Θεραπεία Διαταραχών Προσωπικότητας και Ψυχώσεων με τη Χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας.....	100
5.6 Θεραπεία Διαταραχών Συνδεόμενες με Αλκοόλ και Ουσίες με τη Χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας.....	106
5.6.1 Θεραπεία Διαταραχών Εθισμού – Μη Σχετιζόμενες με Ουσίες Διαταραχές με τη Χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας.....	115
5.7 Θεραπεία Σεξουαλικών Διαταραχών με τη Χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας.....	115
Κεφάλαιο 6: Πλεονεκτήματα – Μειονεκτήματα – Ηθικοί Προβληματισμοί.....	118
6.1 Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα της Χρήσης της Τεχνολογίας της Εικονικής Πραγματικότητας στην Θεραπεία	118
6.2 Ηθικοί Προβληματισμοί της Χρήσης της Τεχνολογίας της Εικονικής Πραγματικότητας στην Θεραπεία	122

Κεφάλαιο 7: Ερευνητικό Μέρος	127
7.1 Σκοπός της Έρευνας	127
7.2 Ερευνητικοί Άξονες και Ερωτήματα	127
7.3 Μεθοδολογία Έρευνας	128
7.4 Κωδικοποίηση και Ανάλυση των Ποιοτικών Δεδομένων	129
7.5 Παρουσίαση Αποτελεσμάτων Έρευνας.....	131
7.6 Περιορισμοί Έρευνας.....	135
Κεφάλαιο 8: Συμπεράσματα.....	137
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	142
Ελληνική	142
Ξένα	145
Μεταφρασμένα	162
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	163
Παράρτημα I: Οδηγός Ημι-δομημένης Συνέντευξης.....	163
Παράρτημα II: Παρουσίαση Θέματος.....	165
Παράρτημα III: Καταγραφή Συνεντεύξεων.....	175

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η τεχνολογία της Εικονικής Πραγματικότητας, η δυνατότητα δηλαδή κάποιου να εμβυθιστεί σε ένα αλληλεπιδραστικό τρισδιάστατο περιβάλλον, έχει ενταχθεί δυναμικά τα τελευταία χρόνια στην Κλινική Κοινωνική Εργασία. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 η τεχνολογία αυτή ενσωματώθηκε στην θεραπευτική αντιμετώπιση διαφόρων ψυχικών διαταραχών. Οι κλινικοί επαγγελματίες άρχισαν να τη χρησιμοποιούν ως εργαλείο, επιβοηθητικό για την επίτευξη τεχνικών κυρίως της Γνωστικής – Συμπεριφορικής Θεραπείας, εκθέτοντας τους ασθενείς τους σε διάφορες αγχωτικές, φοβικές ή προβληματικές καταστάσεις μέσω εικονικών περιβαλλόντων. Σκοπός είναι μέσα από την επαναλαμβανόμενη έκθεση, η οποία στην περίπτωση αυτή είναι ελεγχόμενη από τον θεραπευτή αλλά και προσαρμόζεται πλήρως στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του εκάστοτε ασθενή, να υπάρξει μείωση των συμπτωμάτων και, πάντα σε συνδυασμό με ψυχοθεραπευτική υποστήριξη, αντιμετώπισή της διαταραχής.

Ποικίλες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με την χρήση του εργαλείου αυτού στις αγχώδεις διαταραχές, στις διαταραχές διάθεσης και πρόσληψης τροφής, στις διαταραχές σχετιζόμενες με εξαρτήσεις αλλά και σε ορισμένες εκφάνσεις των ψυχωτικών διαταραχών, με τα αποτελέσματα να δείχνουν ιδιαίτερα ενθαρρυντικά. Ακόμη, με την πάροδο των χρόνων, οι έρευνες ασχολούνται τόσο με τη διερεύνηση των ίδιων των διαταραχών, όσο και με τον συνδυασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης με άλλους παράγοντες, όπως για παράδειγμα την φαρμακευτική αγωγή.

Λόγω του ότι το βιβλιογραφικό και ερευνητικό υλικό για το θέμα αυτό αφορά μόνο χώρες του εξωτερικού, ο σκοπός της συμπληρωματικής έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι απόψεις των Ελλήνων κλινικών επαγγελματιών σχετικά με την χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας στην Θεραπεία. Παρά το μικρό δείγμα της μελέτης, οι επαγγελματίες έδειξαν μεγάλο ενδιαφέρον για το νέο αυτό εργαλείο και την ενσωμάτωσή του στην θεραπευτική διαδικασία, ενώ φάνηκαν πρόθυμοι να το γνωρίσουν και να εκπαιδευτούν πάνω σε αυτό.

Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την θεωρητική βάση της χρήσης της τεχνολογίας αυτής στην ψυχοθεραπεία, δημιουργούν ένα ευνοϊκό πλαίσιο ανάπτυξης της και στον

Ελλαδικό χώρο. Φυσικά, και παρ' ότι η Εικονική Πραγματικότητα φαίνεται ότι αποτελεί ένα όλο και περισσότερο πολλά υποσχόμενο εργαλείο για την θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, θα πρέπει να ακολουθεί, εκτός από την ηθική κατεύθυνση των θεραπευτικών επαγγελματιών, τις ιδιαιτερότητες του πλαισίου στο οποίο κάθε φορά αναπτύσσεται.

Λέξεις-κλειδιά: *Εικονική Πραγματικότητα, Κλινική Κοινωνική Εργασία, Θεραπεία Ψυχικών Διαταραχών, Νέα Θεραπευτικά Εργαλεία, Τεχνολογία*

ABSTRACT

The Virtual Reality technology, someones' ability to be submerged into an interactive virtual environment, has actively joined in recent years in the field of Clinical Social Work. From the beginning of the '90s, this technology has been embodied in the treatment of various mental disorders. The clinical professionals started to use it as a tool, adjuvant to achieve mainly techniques of Cognitive - Behavioral Therapy, exposing their patients to different anxiety, phobic or problematic situations through virtual environments. The purpose is that through the repeated exposure, which in this case is controlled by the therapist and it's fully adjusted to each patient's needs and particularities, the symptoms will be reduced and, in combination with psychotherapeutic support, the disorder will be dealt.

Lot of research has been made on the use of this tool in anxiety disorders, the mood and eating disorders, in disorders associated with addictions and certain manifestations of psychotic disorders and the results look very encouraging. Also, over the years the studies are concerned with both the investigation of the very disturbance, and with the combination of treatment with other agents, such as medication.

Due to the lack of bibliography and research material in Greece, the purpose of the additional research was to explore the views of the Greek clinical professionals according to the use of Virtual Reality in Treatment. Despite the small sample size of the study, the professionals showed great interest in this new tool and its integration in the healing process, and seemed eager to learn and be trained on it.

This fact, combined with the theoretical basis of the use of this technology in psychotherapy, create a favorable framework for the development of it in Greece too. Of course, although the Virtual Reality appears to be an increasingly promising tool for the treatment of mental disorders, it should follow, besides the moral direction of the therapeutic professions, the particularities of the context in which each it is developed.

Key-words: Virtual Reality, Clinical Social Work, Treatment of Mental Disorders, New Therapeutic Tools, Technology

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται τη χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας στην Κλινική Κοινωνική Εργασία. Πιο συγκεκριμένα, επικεντρώνεται στην θεραπεία του φάσματος των ψυχικών διαταραχών, θέμα που απασχολεί ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα, σε συνδυασμό με την συνεχώς εξελισσόμενη τεχνολογία της εικονικής πραγματικότητας. Σκοπός της είναι να αποτυπωθεί τόσο σε θεωρητικό επίπεδο η υπάρχουσα βιβλιογραφία, όσο και σε πρακτικό το εύρος των εφαρμογών της. Παράλληλα, το ερευνητικό κομμάτι εστιάζει στην συλλογή πληροφοριών για το θέμα αυτό όσον αφορά την Ελλάδα.

Αναλυτικά, στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά και μια μικρή επισκόπηση στην τεχνολογία της εικονικής πραγματικότητας και των εικονικών περιβαλλόντων ευρύτερα, αλλά και ειδικότερα στην προσαρμογή τους στην ελληνική πραγματικότητα στον εκπαιδευτικό, ψυχαγωγικό και θεραπευτικό τομέα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνεται η ιστορία της δημιουργίας της κλινικής κοινωνικής εργασίας, η εγκαθίδρυσή της ως αυτόνομο πεδίο πρακτικής μέσα στην γενική κοινωνική εργασία και το πλαίσιο του αντικειμένου με το οποίο ασχολείται.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφονται συνοπτικά οι σύμφωνα με το DSM-IV ψυχικές διαταραχές, ενώ αναφέρεται επιγραμματικά η βασική θεραπευτική αντιμετώπιση τους.

Στο τέταρτο κεφάλαιο μελετάται το θεωρητικό υπόβαθρο της χρήσης της εικονικής πραγματικότητας στην ψυχοθεραπεία, ο τρόπος με τον οποίο ενσωματώνεται στην θεραπευτική διαδικασία αλλά και οι εφαρμογές που λειτουργούν σε πρακτικό επίπεδο.

Στο πέμπτο κεφάλαιο εξετάζεται αναλυτικά ο τρόπος που η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται στην πράξη ως θεραπευτικό ή διερευνητικό εργαλείο σε κάθε μία από τις ψυχικές διαταραχές που αναφέρθηκαν στο τρίτο κεφάλαιο. Παρατίθεται μια σειρά ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί για τις ψυχικές διαταραχές και τα αποτελέσματα που η θεραπεία επέφερε στα συμπτώματά τους.

Στο έκτο κεφάλαιο αναπτύσσονται ορισμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα καθώς επίσης και οι ηθικοί προβληματισμοί που προκύπτουν από τη χρήση της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας στην θεραπεία.

Το έβδομο κεφάλαιο περιλαμβάνει τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας που πραγματοποιήθηκε, την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της.

Τέλος, στο όγδοο κεφάλαιο παρατίθενται τα συμπεράσματα, ορισμένοι προβληματισμοί και ιδέες για μελλοντική ανάπτυξη του θέματος που προέκυψαν μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και την έρευνά μας.

Κεφάλαιο 1: Εικονική Πραγματικότητα

1.1 Ορισμοί

Αρκετοί συγγραφείς έχουν ασχοληθεί με τον ορισμό της εικονικής πραγματικότητας, προκειμένου να αποσαφηνιστεί και να προσδιοριστεί σφαιρικά η έννοιά της, αφού πλέον η χρήση της καλύπτει ένα μεγάλο φάσμα επιστημονικών κλάδων, όπως αυτών της εκπαίδευσης, της ιατρικής, της ψυχοθεραπείας αλλά και της μηχανολογίας.

Αρχικά, ο Lanier Jaron, ο πατέρας του όρου, το 1989 όρισε την Εικονική Πραγματικότητα ως: *"Ένα αλληλεπιδραστικό, τρισδιάστατο¹ περιβάλλον, φτιαγμένο από υπολογιστή, στο οποίο μπορεί κάποιος να εμβυθιστεί"*. Ο Lanier Jaron αποτέλεσε έναν από τους πρωτοπόρους στον τομέα της εικονικής πραγματικότητας, ενώ μαζί με τον Thomas G. Zimmerman το 1985 ίδρυσαν την πρώτη εταιρεία *VPL Research* (Virtual Programming Language Research) μέσω της οποίας κατάφεραν να πωλήσουν τα VR γυαλιά και γάντια (Wikipedia, χ. χ. α).

Πιο αναλυτικά, η εικονική πραγματικότητα ορίζεται ως μια σύνθεση, τρισδιάστατου, αλληλεπιδραστικού περιβάλλοντος, το οποίο έχει δημιουργηθεί από υπολογιστή. Τα άτομα-χρήστες αυτού του περιβάλλοντος βυθίζονται με αισθητηριακή διεπαφή, που τους επιτρέπει να δουν, να ακούσουν και να αλληλεπιδράσουν σε αυτό το περιβάλλον. Ωστόσο, ο υπολογιστής προσανατολίζει το εικονικό περιβάλλον σύμφωνα με την θέση και τις κινήσεις του χρήστη. Τα δεδομένα της κίνησης λαμβάνονται από τις αισθητηριακές συσκευές διεπαφής όπως το head-mounted devices (HMD) και τα γάντια δεδομένων (Iovine, 1995).

Στην εγκυκλοπαίδεια Britannica ο ορισμός της εικονικής πραγματικότητας περιγράφεται ως εξής: *«αποτελεί τη χρήση μοντελοποίησης και προσομοίωσης μέσω υπολογιστικών συστημάτων προκειμένου να δώσει στο χρήστη τη δυνατότητα να αλληλεπιδράσει με ένα τεχνητό τρισδιάστατο οπτικό περιβάλλον. Οι εφαρμογές της εικονικής πραγματικότητας εμβαπτίζουν το χρήστη σε ένα υπολογιστικό περιβάλλον το*

¹ Δηλαδή με τρεις διαστάσεις: μήκος, πλάτος και βάθος (Encyclopedia Britannica Company, χ.χ.).

οποίο προσομοιώνει την πραγματικότητα μέσω της χρήσης ειδικών συσκευών, οι οποίες στέλνουν και λαμβάνουν πληροφορία σε πραγματικό χρόνο».

Από την ψυχολογική άποψη η Εικονική Πραγματικότητα ορίζεται χωρίς την εμπλοκή της τεχνολογίας και θεωρείται η κατάσταση που δημιουργείται στο μυαλό του χρήστη και η οποία τον απασχολεί με τρόπο που συμβαίνει και στην πραγματικότητα (Keppell,1997).

Εν συνεχεία των ορισμών, δίνεται έμφαση στο εικονικό περιβάλλον στο οποίο οι χρήστες βρίσκονται και τελικά ενεργούν, αλλά και στις αισθήσεις, οι οποίες αφυπνίζονται από αυτό το περιβάλλον εικονικής πραγματικότητας. Ο παρακάτω ορισμός αποδεικνύει τα προαναφερόμενα:

"Η ψευδαίσθηση της συμμετοχής σε ένα συνθετικό περιβάλλον αντί για την εξωτερική παρατήρηση ενός τέτοιου περιβάλλοντος. Η Εικονική Πραγματικότητα βασίζεται σε τρισδιάστατες, στερεοσκοπικές² μονάδες απεικόνισης, με ανιχνευτή της κίνησης του κεφαλιού, του χεριού ή του σώματος και στερεοσκοπικό ήχο. Η Εικονική Πραγματικότητα είναι μια εμπειρία εμπύθισης που χρησιμοποιεί όλες τις αισθήσεις" (Gigante, 1993).

Άλλοι παρόμοιοι όροι της εικονικής πραγματικότητας που χρησιμοποιήθηκαν κατά καιρούς είναι η «τεχνητή πραγματικότητα» από τον Myron Kueger την δεκαετία του 1970, και ο «κυβερνοχώρος» από τον William Gibson το 1984 (Iovine, 1995).

Πιο πρόσφατα, οι όροι «εικονικοί κόσμοι» και «εικονικά περιβάλλοντα» χρησιμοποιούνται από την δεκαετία 1990 λόγω του ότι είναι σε μεγαλύτερο βαθμό πιο περιγραφικοί σε σύγκριση με τους προηγούμενους (Beier, 2001). Συνοψίζοντας, ο όρος εικονική πραγματικότητα αποφεύγεται από την επιστημονική κοινότητα και χρησιμοποιείται ο όρος «Εικονικό Περιβάλλον» (Virtual Environment).

² Η στερεοσκοπία ή στερεοσκοπική προβολή αποτελεί μια τεχνική με την οποία, ενώ παρατηρούμε ένα επίπεδο αντικείμενο (δύο διαστάσεις), δημιουργείται το αίσθημα του βάθους (τρεις διαστάσεις) (Πύλη για την Ελληνική γλώσσα, χ.χ.).

1.2 Εικονικά Περιβάλλοντα

Τα εικονικά περιβάλλοντα είναι ένας περισσότερο περιγραφικός ορισμός της Εικονικής Πραγματικότητας και για τον λόγο αυτό χρησιμοποιείται περισσότερο από την επιστημονική κοινότητα, όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω (Cruz-Neira, Sandin and Defanti, 1993).

«Τα Εικονικά Περιβάλλοντα (Virtual Environments) μπορούν να προσδιοριστούν ως το αποτέλεσμα που παράγεται από ένα σύστημα εικονικής πραγματικότητας. Ο στόχος του εικονικού περιβάλλοντος είναι να δημιουργήσει στο χρήστη την ψευδαίσθηση ότι είναι φυσικά τοποθετημένος σε ένα συνθετικά παραγόμενο περιβάλλον, μέσω της αναπαράστασής του από μια οντότητα. Ένα εικονικό περιβάλλον είναι μια προσομοίωση παραγόμενη από έναν υπολογιστή, που προσομοιώνει ένα πραγματικό ή φανταστικό κόσμο, στοχεύοντας στο να παρέχει στους χρήστες του μια αναπτυγμένη αίσθηση ρεαλισμού. Ειδικότερα, ένα εικονικό περιβάλλον είναι ένα υπολογιστικό σύστημα το οποίο παράγει τρισδιάστατους εικονικούς κόσμους, με τους οποίους ο χρήστης μπορεί να αλληλεπιδρά κατά τέτοιο τρόπο ώστε να λαμβάνει την ανάδραση του συστήματος σε πραγματικό χρόνο. Στην περίπτωση που το εικονικό περιβάλλον μπορεί να υποστηρίξει πολλαπλούς ταυτόχρονους χρήστες, τότε αυτοί έχουν την δυνατότητα να αλληλεπιδρούν και μεταξύ τους» (Κομματάς, Μιχοπούλου και Φορτούνη, 2005).

Τα εικονικά περιβάλλοντα λοιπόν, περιλαμβάνουν την ικανότητα να ακούς, να αγγίζεις, να μυρίζεις. Η ευκαιρία αυτή προσφέρεται με την χρήση των εφαρμογών εικονικών περιβαλλόντων. Οι εφαρμογές αυτές χρησιμοποιούνται όχι μόνο για την διασκέδαση αλλά και σε επιστημονικούς τομείς.

Τα εικονικά περιβάλλοντα, σύμφωνα με την Οικονόμου (2006), διέπονται από τρεις θεμελιώδεις έννοιες που περιγράφουν την κατάσταση την οποία βιώνει ο χρήστης:

1. **εμβύθιση (immersion):** η ψευδαίσθηση της ύπαρξης του χρήστη μέσα σε ένα εικονικό περιβάλλον (being there)
2. **αλληλεπίδραση (interaction):** η προσαρμογή των εικονικών περιβαλλόντων δυναμικής αναπαραγωγής του εικονικού περιβάλλοντος ανάλογα με τις ενέργειες του χρήστη, σε "πραγματικό" χρόνο (in real time)

3. **πλοήγηση (navigation):** η πλοήγηση σε περιβάλλοντα εικονικής πραγματικότητας γίνεται με διαισθητικό και φυσικό τρόπο.

Από την άλλη τα εικονικά περιβάλλοντα βασίζονται σε τρία θεμελιώδη δομικά στοιχεία (Ellis, 1991) και αυτά είναι:

- **το περιεχόμενο:** είναι τα αντικείμενα που περιέχονται σε ένα εικονικό περιβάλλον. Η θέση των αντικειμένων προσδιορίζεται με ακρίβεια από ένα σύστημα ανίχνευσης.
- **η γεωμετρία:** αφορά στην περιγραφή του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο τοποθετείται το περιεχόμενο. Η περιγραφή αυτή αφορά στις διαστάσεις, τις μετρήσεις και την έκταση του αντικειμένου και του χώρου, μέσα στον οποίο βρίσκονται.
- **η δυναμική:** αποτελεί τους κανόνες που διέπουν την αλληλεπίδραση μεταξύ του περιεχομένου των περιβαλλόντων (μεταξύ των αντικειμένων και των δραστών).

Ακόμα, στα εικονικά περιβάλλοντα ανήκουν και τα συνεργατικά εικονικά περιβάλλοντα (Collaborative Virtual Environment). Τα συνεργατικά εικονικά περιβάλλοντα είναι διαδικτυακά συστήματα εικονικής πραγματικότητας, που έχουν σχεδιαστεί για την υποστήριξη της συνεργατικότητας μεταξύ των χρηστών. Αξίζει να αναφερθεί ότι για την επικοινωνία και την αλληλεπίδραση στα συνεργατικά εικονικά περιβάλλοντα είναι σημαντικοί οι εικονικοί εκπρόσωποι (avatars). Αυτοί προσδίδουν εικονική υπόσταση στον χρήστη για την ηλεκτρονική συμμετοχή σε μια συνεργατική δραστηριότητα (Οικονόμου, 2006).

1.3 Ιστορία Εικονικής Πραγματικότητας

Η ιστορία της εικονικής πραγματικότητας, υποστηρίζεται από κάποιους ότι ξεκινά από την ιστορία της επικοινωνίας και συγκεκριμένα οι τεχνητοί κόσμοι ήταν τα σχέδια στα τοιχώματα των σπηλαίων. Ακόμα, η δημιουργία διαφορετικών κόσμων που υλοποιούσε το ελληνικό θέατρο θεωρείται μια μορφή εικονικής πραγματικότητας. Ωστόσο, η πρώτη επιστημονική καταγραφή του όρου γίνεται από τον Jaron Lanier το 1989, αλλά η σκέψη και η τεχνολογία υπήρχαν σε διάφορες μορφές από τη δεκαετία του '50, όπως έχει προαναφερθεί (Vince, 1999).

Αρχικά, πραγματοποιήθηκαν προσπάθειες για την κατασκευή προσομοιωτών³ το 1909 με τους μηχανικούς προσομοιωτές και αργότερα το 1929 με ηλεκτρονικούς προσομοιωτές. Πιο συγκεκριμένα, ο Edward Link δημιούργησε τον πρώτο εμπορικό προσομοιωτή πτήσης, ο οποίος αποτελούσε μια μικρή μηχανοκίνητη συσκευή που μπορούσε να μιμηθεί αναταράξεις και διαταραχές. Αυτή η κατασκευή ικανοποιούσε την ανάγκη της εκπαίδευσης πιλότων του στρατού των ΗΠΑ με πιο ασφαλή τρόπο (Virtual Reality Society, χ.χ.).

Στη δεκαετία του 1930 ο Stanley G. Weinbaum έχει την ιδέα για ένα ζευγάρι γυαλιά που επιτρέπουν στο χρήστη να αντιμετωπίσει ένα φανταστικό κόσμο ενεργοποιώντας τις αισθήσεις της όσφρησης, της γεύσης και της αφής. Αργότερα, ο κινηματογραφιστής Morton Heiling ανέπτυξε το Sensorama (1962), δηλαδή μια καμπίνα θεάτρου με ηλεκτρονικό στυλ, το οποίο περιείχε στερεοφωνικά ηχεία, μια στερεοσκοπική 3D οθόνη, ανεμιστήρες, γεννήτριες, μυρωδιά και δονούμενη καρέκλα. Με αυτόν τον τρόπο το άτομο βυθιζόταν πλήρως σε αυτόν τον κόσμο (Watkins and Marenka, 1994).

Το 1961, δυο μηχανικοί οι Comeau & Bryan ανέπτυξαν τον πρόδρομο του head-mounted device, όπως το γνωρίζουμε σήμερα - το Headsight. Αυτό είχε ενσωματωμένη μια οθόνη-βίντεο για κάθε μάτι και ένα μαγνητικό σύστημα παρακολούθησης της κίνησης, το οποίο συνδέεται με ένα κλειστό κύκλωμα κάμερας. Η Headsight στην πραγματικότητα δεν αναπτύχθηκε για εφαρμογές εικονικής πραγματικότητας (ο όρος δεν υπήρχε τότε), αλλά για να καταστεί δυνατή η εμπιστευμένη απομακρυσμένη προβολή των επικίνδυνων καταστάσεων από το στρατό. Οι κινήσεις της κεφαλής θα πραγματοποιούνταν από μια απομακρυσμένη κάμερα, επιτρέποντας στο χρήστη να κοιτάξει γύρω του το περιβάλλον. Η Headsight ήταν το πρώτο βήμα στην εξέλιξη της εικονικής πραγματικότητας με τοποθετημένη οθόνη στο κεφάλι, αλλά έλειπε η ενσωμάτωση των ηλεκτρονικών υπολογιστών και της δημιουργίας εικόνας (Virtual Reality Society, χ.χ.).

³ Ο προσομοιωτής αποτελεί μια συσκευή, η οποία αντιπροσωπεύει τον πραγματικό κόσμο μέσα από ένα πρόγραμμα υπολογιστή. «Μια προσομοίωση θα πρέπει να μιμείται τις εσωτερικές διαδικασίες και όχι μόνο τα αποτελέσματα του πράγματος που εξομοιώνεται» (The Editors of Encyclopedia Britannica, 2016).

Ο Ivan Sutherland περιέγραψε την έννοια «Ultimate Display» η οποία μπορούσε να προσομοιώσει την πραγματικότητα σε σημείο όπου κανείς δεν θα μπορούσε να αντιληφθεί αν είναι αληθινή ή όχι. Η ιδέα του συμπεριλάμβανε έναν εικονικό κόσμο που φαίνεται από ένα head-mounted device και εμφανίζεται ρεαλιστικό μέσα από ένα 3D ήχο και την αφή. Υπήρχε δηλαδή η δυνατότητα να αλληλεπιδράσουν οι χρήστες με τα αντικείμενα στον εικονικό κόσμο με έναν ρεαλιστικό τρόπο. Το 1970 ο Ivan Sutherland και ο μαθητής του ο Bob Sproull δημιούργησαν το πρώτο εικονικής πραγματικότητας head mounted display που ονομάστηκε αρχικά «Sword of Damocles», το οποίο συνδεόταν με έναν υπολογιστή και όχι με μια κάμερα. Αυτή η συσκευή ήταν αρκετά μεγάλη σε μέγεθος και βάρος για οποιονδήποτε χρήστη. Ακόμα, οι χρήστες θα έπρεπε να δένονται μέσα σε αυτό (Watkins and Marenka, 1994).

Έπειτα, ο Myron Kruger το 1969, ειδικός της εικονικής πραγματικότητας ανέπτυξε περιβάλλοντα δημιουργημένα σε υπολογιστή που αλληλεπιδρούν με ανθρώπους. Τότε χαρακτηρίστηκαν ως «τεχνητές πραγματικότητες». Αυτή η τεχνολογία καθιστούσε ικανούς τους ανθρώπους να επικοινωνήσουν μεταξύ τους σε ένα περιβάλλον δημιουργημένο από υπολογιστή παρά την χιλιομετρική απόσταση. Στην συνέχεια, Ο Andy Lippman (1978) και η ομάδα του δημιούργησαν έναν διαδραστικό χάρτη εικονικής πραγματικότητας του Ασπεν στο Κολοράντο με τη συλλογή δεδομένων από κάμερες που ήταν τοποθετημένες στην οροφή των αυτοκινήτων. Οι χρήστες μπορούσαν να κινούνται με έναν κινηματογραφικό διαδραστικό χάρτη χρησιμοποιώντας τα κουμπιά πλοήγησης. Ουσιαστικά, από αυτό ξεκίνησε το γνωστό σήμερα Google Street⁴ (Virtual Reality Society, χ.χ.).

Παρά την ανάπτυξη της εικονικής πραγματικότητας δεν υπήρχε κάποιος όρος ο οποίος να περιγράφει με ακριβή τρόπο το συγκεκριμένο πεδίο. Τον όρο «εικονική πραγματικότητα» επινόησε ο Jaron Lanier το 1989, ο ιδρυτής του εργαστηρίου του οπτικού προγραμματισμού (Visual Programming Lab) και ο κατασκευαστής μιας

⁴ Το Google Street είναι μια τεχνολογία που εμφανίζεται στο Google Maps και Google Earth και προσφέρει πανοραμική θέα από πολλές περιοχές του κόσμου. Εγκαινιάστηκε το 2007 σε διάφορες πόλεις στις Ηνωμένες Πολιτείες, και έκτοτε έχει επεκταθεί για να περιλάβει τις πόλεις και τις αγροτικές περιοχές σε όλο τον κόσμο. Οι περισσότερες εικόνες έχουν προκύψει από φωτογραφίες που έχουν βγάλει από πορεία με το αυτοκίνητο, το περπάτημα, τη βάρκα και υποβρύχια (Wikipedia, χ.χ. β).

σειράς εικονικών εργαλείων όπως τα γάντια δεδομένων (Data gloves) και τα γυαλιά εικονικής πραγματικότητας (Virtual Reality Society, χ.χ.).

Αργότερα, από την δεκαετία του 1990 και μετά παρατηρείται αύξηση των συσκευών εικονικής πραγματικότητας, ενώ η δυνατότητα απόκτησης τους από το κοινό γίνεται περισσότερο εφικτή. Παιχνίδια και πολλά μηχανήματα με 3D γραφικά προσφέρουν την δυνατότητα στους χρήστες να εξοικειωθούν με την νέα τεχνολογία. Το 1992 μια ταινία παρουσιάζει τον Jaron Lanier ως έναν φυσικό, ο οποίος χρησιμοποιούσε την εικονική πραγματικότητα για την θεραπεία ασθενών με ψυχική αναπηρία. Τρία χρόνια αργότερα το Nintendo Boy⁵ εμφανίζεται χωρίς όμως την αναμενόμενη επιτυχία του εξ αιτίας της έλλειψης χρώματος στα παιχνίδια, αφού διατίθεντο μόνο το κόκκινο και το μαύρο, ενώ η χρήση του δεν ήταν άνετη αλλά αρκετά δύσκολη. Στον επόμενο χρόνο η παραγωγή και η πώλησή του διακόπτεται. Μια άλλη προσπάθεια γνωριμίας του κοινού με την εικονική πραγματικότητα γίνεται μέσω της ταινίας Matrix στην οποία οι χαρακτήρες ζούσαν σε έναν προσομοιωμένο κόσμο. Διανύοντας τον 21^ο αιώνα διαπιστώνεται η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας αλλά και της χρήσης της εικονικής πραγματικότητας από το ευρύ κοινό όχι μόνο από ηλεκτρονικούς υπολογιστές αλλά και από smartphones και βιντεοπαιχνίδια χωρίς η χρήση να περιορίζεται στον τομέα της ψυχαγωγίας αλλά και στην θεραπεία πολλών ψυχικών διαταραχών (Virtual Reality Society, χ.χ.).

1.4 Κατηγορίες Συστημάτων Εικονικής Πραγματικότητας

Οι κατηγορίες συστημάτων εικονικής πραγματικότητας που διαχωρίζονται με βάση την σχέση τους με τον πραγματικό κόσμο, την αίσθηση δηλαδή εμπύθισης και το βαθμό παρουσίας που παρέχει το σύστημα είναι τα εξής(Costello, 1997) :

⁵ Ονομάζεται “Virtual Boy” και αποτελεί μια φορητή κονσόλα βίντεο παιχνιδιών που κυκλοφόρησε το 1995 από τη Nintendo. Το σύστημα χρησιμοποιούσε μονοχρωματική οθόνη (σε χρώμα κόκκινο και μαύρο) Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι είναι ένα από τα λίγα προϊόντα της Nintendo που απέτυχε. (Nintendo-Wikia, χ.χ.).

- **τα πλήρως εμβυθιστικά συστήματα εικονικής πραγματικότητας (Fully Immersive Head-Mounted Display Systems)**

Τα πλήρως εμβυθιστικά συστήματα εικονικής πραγματικότητας βασίζονται σε στερεοσκοπικά κράνη (head mounted displays) εικονικής πραγματικότητας ή σε διατάξεις προβολής που επιτρέπουν την εμβύθιση. Οι συσκευές αυτές απομονώνουν τον χρήστη από το εξωτερικό περιβάλλον (Χαρίτος και Μαρτάκος, 1999).

- **τα επιτραπέζια συστήματα εικονικής πραγματικότητας (Non-Immersive-Desktop Systems)**

Στα επιτραπέζια συστήματα χρησιμοποιείται η κοινή οθόνη υπολογιστή και ο χρήστης έχει συναίσθηση του φυσικού χώρου στον οποίο βρίσκεται. Η αίσθηση της εμβύθισης σε αυτό το είδος εικονικών περιβαλλόντων είναι νοητική και η αλληλεπίδραση με το εικονικό περιβάλλον μπορεί να επιτευχθεί με το πληκτρολόγιο, το ποντίκι του υπολογιστή ή με άλλες 3D συσκευές, όπως τα γάντια δεδομένων (Costello, 1997).

- **τα προβολικά συστήματα εικονικής πραγματικότητας (Semi-Immersive Projection Systems)**

Τα προβολικά συστήματα αφορούν ένα ημι-εμβυθιστικό σύστημα, το οποίο αποτελείται είτε από μια μεγάλη οθόνη, είτε από ένα σύστημα προβολής με μεγάλη οθόνη, είτε από πολλαπλά συστήματα προβολής (Costello, 1997).

1.5 Συσκευές Εικονικής Πραγματικότητας

Ένα εικονικό περιβάλλον προκειμένου να γίνεται αντιληπτό ως περισσότερο ρεαλιστικό θα πρέπει να ενεργοποιεί τις αισθήσεις του χρήστη, δηλαδή την όραση, την ακοή και την αφή αλλά και να ανταποκρίνεται πλήρως η κάθε κίνηση στην εικόνα. Οι συσκευές που χρησιμοποιούνται εξυπηρετούν ακριβώς αυτόν τον σκοπό, καταφέρνουν δηλαδή μέσω της αισθητηριακής διέγερσης να εμβυθίσουν τον χρήστη ολόενα και περισσότερο, με αποτέλεσμα να αντιλαμβάνεται την εικονική

πραγματικότητα ως αληθινή. Επιπλέον, μπορούν να ανιχνεύουν την θέση και την κίνηση των μερών του σώματος του συμμετέχοντα.

Πιο αναλυτικά, οι συσκευές αυτές διακρίνονται σε εισόδου και εξόδου. Οι συσκευές εισόδου είναι αυτές που διαμορφώνουν την αλληλεπίδραση του χρήστη με το εικονικό περιβάλλον. Από αυτές τις συσκευές καταγράφεται μέσω των trackers η κίνηση και η θέση του συμμετέχοντα, έπειτα αποστέλλεται η πληροφορία αυτή στον ηλεκτρονικό υπολογιστή με αποτέλεσμα και το εικονικό πρόσωπο να αλλάζει την θέση και την κίνησή του (Curs, 2012).

Οι πιο σημαντικές ιδιότητες των trackers (συσκευές ανίχνευσης) είναι οι εξής:

- **ο ρυθμός ενημέρωσης:** δηλαδή πόσες μετρήσεις ανά δευτερόλεπτο (μετράται σε Hz) έκανε ο χρήστης. Οι υψηλότερες τιμές του ρυθμού ενημέρωσης υποστηρίζουν ομαλότερη παρακολούθηση των κινήσεων, αλλά απαιτούν περισσότερο χρόνο επεξεργασίας.
- **η αδράνεια:** είναι το χρονικό διάστημα (συνήθως μετριέται σε ms) της πραγματικής κίνησης του χρήστη και όταν ξεκινά η μετάδοση της αναφοράς της ενέργειας. Χαμηλότερες αξίες συμβάλλουν στην καλύτερη απόδοση.
- **η ακρίβεια:** η μέτρηση του λάθους στην αναφερόμενη θέση και τον προσανατολισμό. Ορίζεται γενικά σε απόλυτες τιμές (π.χ., σε mm για τη θέση, ή σε μοίρες για προσανατολισμό). Μικρότερες τιμές σημαίνει μεγαλύτερη ακρίβεια.
- **η ανάλυση:** είναι η μικρότερη αλλαγή στη θέση και τον προσανατολισμό που μπορεί να ανιχνευθεί από τον tracker. Μετράται όπως η ακρίβεια σε απόλυτες τιμές και οι μικρότερες τιμές σημαίνουν καλύτερη απόδοση.
- **το εύρος :** είναι ο όγκος εργασίας, εντός της οποίας ο tracker μπορεί να μετρήσει τη θέση και τον προσανατολισμό με ακρίβεια (Novak- Marcicin, 2010).

Από την άλλη, οι συσκευές εξόδου είναι υπεύθυνες για την αίσθηση εμπύθισης στο εικονικό περιβάλλον που δημιουργείται στον συμμετέχοντα. Η αίσθηση εμπύθισης πραγματοποιείται όταν το αισθητηριακό σύστημα του ατόμου διεγείρεται, δηλαδή η όραση, η ακοή και η αφή. (Mazuryk and Gervautz, 2006).

Τα τελευταία χρόνια, έχουν δημιουργηθεί αρκετές συσκευές εικονικής πραγματικότητας, οι οποίες χρησιμοποιούνται πλέον από όλες τις ηλικίες. Πιο αναλυτικά, τέτοιες είναι οι τηλεοράσεις 3D και τα γυαλιά 3D, τα οποία χρησιμοποιούνται και στον κινηματογράφο εκτός από την τηλεόραση. Ακόμα, τα βιντεοπαιχνίδια, τα οποία διαθέτουν αντίστοιχα θεματικά avatar, τα νέας γενιάς κινητά τηλέφωνα-smartphones, τα τάμπλετ, στα οποία προσφέρεται η δυνατότητα χρήσης εφαρμογών εικονικής πραγματικότητας, αλλά και οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές. Επιπλέον, το στερεοσκοπικό κράνος, το boom, τα caves σε συνδυασμό με τα γάντια δεδομένων ή και άλλες συσκευές για κάθε μέρος του σώματος, όπως γλέκο και παπούτσια. Παρακάτω περιγράφονται ενδεικτικά κάποιες από τις συσκευές που αναφέρθηκαν διαχωρισμένες ανά αίσθηση (όραση, αφή και ακοή):

1.5.1 Οπτικές συσκευές

Τρισδιάστατα γυαλιά: είναι μια συσκευή εικονικών περιβαλλόντων και χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με μια οθόνη. Η οθόνη συνεχώς δίνει εναλλασσόμενες εικόνες για το αριστερό και το δεξί μάτι, ενώ τα γυαλιά εμποδίζουν τα μάτια να δουν κάτι άλλο με αποτέλεσμα να ανταποκρίνονται στις εικόνες που παρουσιάζονται στην οθόνη. Αυτό δίνει την εντύπωση ενός στερεοσκοπικού κόσμου σε τρεις διαστάσεις (βλ. εικόνα 1.1) (Βλαχώνη, 2010).



1.1 Τρισδιάστατα γυαλιά

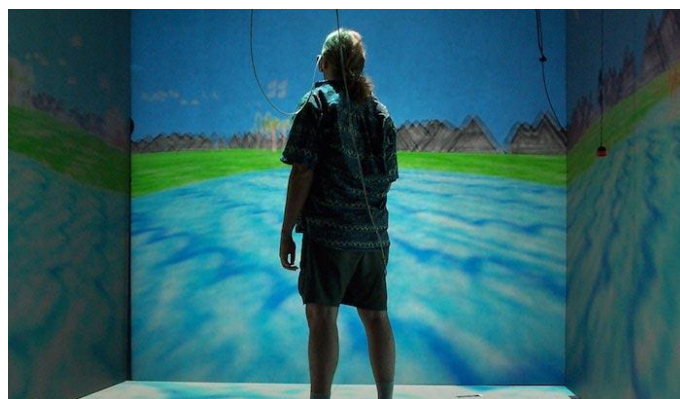
Στερεοσκοπικό κράνος: το 1965 έγινε η πρώτη δοκιμή και επίδειξη του Head Mounted Stereo Display από τους Evans και Sutherland, όπως έχει προαναφερθεί. Το στερεοσκοπικό κράνος απομονώνει τον χρήστη από τον πραγματικό κόσμο. Περιλαμβάνει δύο μικροσκοπικές στερεοσκοπικές οθόνες, μια για κάθε μάτι, οι οποίες προβάλλουν τις κινούμενες εικόνες του εικονικού περιβάλλοντος. Από την

άλλη, ο ανιχνευτής κινήσεως που διαθέτει, ελέγχει τη θέση και τον προσανατολισμό του κεφαλιού του χρήστη, με αποτέλεσμα η εικόνα να προσαρμόζεται σε αυτή την διαδικασία (βλ. εικόνα 1.2) (Μπίνα, 2007).



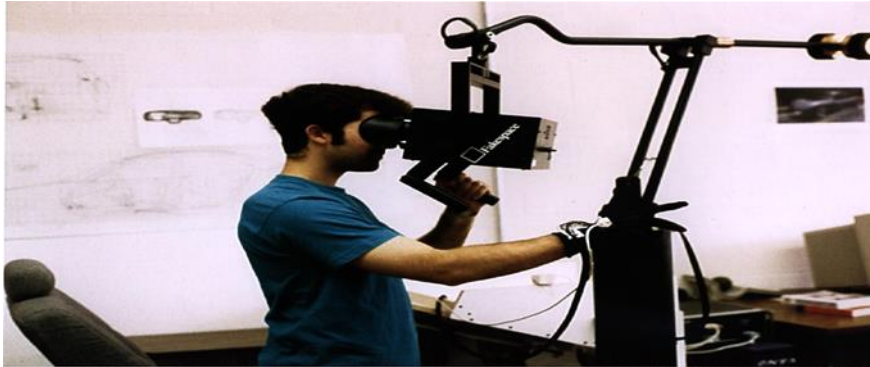
1.2 Στερεοσκοπικό κράνος

CAVE (Cave Automatic Virtual Environment) (βλ. εικόνα 1.3): Το cave αποτελεί ένα πλήρες εμβυθιστικό εικονικό περιβάλλον, στο οποίο άτομο συνήθως φορά γυαλιά εικονικής πραγματικότητας ή στερεοσκοπικό κράνος, το οποίο δείχνει μια τρισδιάστατη εικόνα στερεοσκοπικά, μια εικόνα δηλαδή για το κάθε μάτι. Ένα τυπικό cave διαθέτει τοίχους και πάτωμα με προβαλλόμενες εικόνες, ηχεία σε διαφορετικές γωνίες, αισθητήρες παρακολούθησης, ήχοι και βίντεο (Virtual Reality Society, 2016).



1.3 CAVE – Cave Automatic Virtual Environment

Boom (Binocular omni-orientation monitor) (βλ. εικόνα 1.4): αποτελεί μια συσκευή ανίχνευσης που αποτελείται από οθόνες και ένα οπτικό σύστημα, τα οποία είναι τοποθετημένα μέσα σε ένα κουτί. Το κουτί είναι συνδεδεμένο σε έναν μηχανικό βραχίονα γνωστό ως Multi-link γάντι (Novak- Marcicin, 2010).



1.4 BOOM – Binocular Omni Orientation Monitor

1.5.2 Απτικές συσκευές

Τις απτικές συσκευές αποτελούν οι συσκευές χειρός όπως το **joystick**⁶, **space ball**⁷ ή **τριδιάστατο ποντίκι**⁸ και χρησιμοποιούνται για να κινηθεί κάποιος στο εικονικό περιβάλλον. Επίσης, τα **γάντια δεδομένων** (data gloves) (βλ. εικόνα 1.5)

⁶ «Το *Joystick* είναι μια συσκευή εισόδου που αποτελείται από έναν μοχλό που περιστρέφεται σε μια βάση. Τα χειριστήρια χρησιμοποιούνται συχνά στα βιντεοπαιχνίδια, και συνήθως έχουν ένα ή περισσότερα πλήκτρα τα οποία μπορούν να αναγνωριστούν από τον υπολογιστή. Μια δημοφιλής παραλλαγή των χειριστηρίων που χρησιμοποιούνται στις σύγχρονες κονσόλες βιντεοπαιχνιδιών είναι ο αναλογικός μοχλός» (Wikipedia, χ.χ.).

⁷ Αποτελεί ένα διαδραστικό παιχνίδι που ο παίκτης μπορεί να χρησιμοποιήσει για διασκέδαση. Έχει την δυνατότητα να αλλάζει την μάζα του ακόμα και όταν αλληλεπιδρά με οτιδήποτε (Space Engineers Wiki, χ.χ.).

⁸ Είναι μια συσκευή κατάδειξης, η οποία ελέγχεται με το ανθρώπινο χέρι που ανιχνεύει τριών διαστάσεων κίνηση σε εικονικά περιβάλλοντα. Η κίνηση αυτή φέρει αποτελέσματα σε μια οθόνη και επιτρέπει την ανάπτυξη διεπαφής με τον χρήστη ([Multimedia and graphics glossary](#), χ.χ.)

χρησιμοποιούνται με σκοπό να προσδιορίζουν την κίνηση του χεριού στην εικονική διάσταση. Αυτές οι συσκευές αποτελούν συσκευές ανίχνευσης θέσης και κίνησης του αντικειμένου (Μπίνα, 2007).



1.5 Γάντια δεδομένων

1.5.3 Ακουστικές συσκευές

Οι συσκευές τρισδιάστατου ήχου παρέχουν τρισδιάστατο ήχο και δίνουν την αίσθηση ότι ο ήχος προέρχεται από κάποια συγκεκριμένη πηγή στο χώρο. Ο ήχος είναι σημαντικό συστατικό της εικονικής πραγματικότητας γιατί καθιστά δυνατή την προφορική επικοινωνία (Μπίνα, 2007). Ωστόσο, αποτελεί μια ακόμη αίσθηση του ατόμου που απαιτεί διέγερση για την μεγαλύτερη εμπύθιση στον εικονικό χώρο. Αυτές οι συσκευές ήχου είναι συσκευές εξόδου.

1.6 Η Εικονική Πραγματικότητα στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα υπάρχουν λιγοστά συστήματα εικονικής πραγματικότητας χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν υπάρχει ερευνητικό έργο πάνω στον τομέα αυτό. Σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες η Ελλάδα υστερεί και αυτό λόγω του υψηλού κόστους που απαιτεί το συγκεκριμένο πεδίο, με το υψηλό κόστος να οφείλεται κυρίως στον υλικό εξοπλισμό και όχι τόσο στο λογισμικό. Πιο περιγραφικά, στην Ελλάδα υπάρχει περισσότερη ανάπτυξη της εικονικής πραγματικότητας και της διαθεσιμότητας των

συσκευών και των εφαρμογών της για ψυχαγωγικούς και εκπαιδευτικούς σκοπούς, σε σύγκριση με την θεραπεία ψυχικών διαταραχών γενικότερα αλλά και την κλινική κοινωνική εργασία ειδικότερα. Παρακάτω παρουσιάζονται πληροφορίες και για τους τομείς αυτούς.

1.6.1 Εικονική Πραγματικότητα για ψυχαγωγία και εκπαίδευση στην Ελλάδα

Στο πλαίσιο της ψυχαγωγίας και της εκπαίδευσης στην Ελλάδα σε καθημερινή βάση και με εύκολη πρόσβαση χρησιμοποιούνται αρκετές συσκευές και εφαρμογές, όπως τα βιντεοπαιχνίδια, οι εφαρμογές των smart phones και των tablet, η μάθηση εξ αποστάσεως μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή, οι ταινίες 3D αλλά και οι τηλεοράσεις και τα γυαλιά τέτοιου τύπου, με σκοπό την μάθηση και την διασκέδαση των χρηστών. Τους ίδιους σκοπούς εξυπηρετούν το Ίδρυμα Μείζονος Ελληνισμού (I.M.E.), το Ίδρυμα Ευγενίδου στην Αθήνα και το Κέντρο Διάδοσης Επιστημών & Μουσείο Τεχνολογίας «NOESIS» στην Θεσσαλονίκη, τα οποία παρέχουν σε μεγαλύτερο επίπεδο την εμπύθιση των χρηστών στην εικονική πραγματικότητα. Παρακάτω περιγράφονται όσα έχουν στην διάθεσή τους τα ιδρύματα αυτά για το ευρύ κοινό.

1.6.1.1 Το Ίδρυμα Μείζονος Ελληνισμού (I.M.E.)

Ο «Ελληνικός Κόσμος», το Κέντρο Πολιτισμού του Ιδρύματος διαθέτει τρία συστήματα εικονικής πραγματικότητας για εκπαιδευτικό και ψυχαγωγικό σκοπό που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από το ευρύ κοινό. Τα συστήματα αυτά είναι η «Κιβωτός», η «Μαγική Οθόνη» και η «Θόλος». Ο συγκεκριμένος χώρος δίνει την δυνατότητα στους επισκέπτες να γνωρίσουν μέσω της παρουσίας τους σε εικονικά περιβάλλοντα την Αγία Σοφία της Κωνσταντινούπολης, την αγορά της Αρχαίας Αθήνας ή να περπατήσουν στην αρχαία Μίλητο, αλλά και να παρακολουθήσουν προβολές ψηφιακών ταινιών με στερεοσκοπική προβολή 3D Vision, προσφέροντας την εμπειρία εμπύθισης (Ίδρυμα Μείζονος Ελληνισμού, χ.χ.).

«Κιβωτός»

Αποτελεί ένα Cave, δηλαδή ένα δωμάτιο 3x3x3 μέτρα, όπου το πάτωμα και οι τοίχοι αποτελούν οθόνες προβολής. Για να έχουν τρισδιάστατη αίσθηση του χώρου οι επισκέπτες φορούν ειδικά στερεοσκοπικά γυαλιά (Ίδρυμα Μείζονος Ελληνισμού, χ.χ.).

«Μαγική Οθόνη»

Αποτελεί το πρώτο έκθεμα εικονικής πραγματικότητας στην Ελλάδα. Η «Μαγική οθόνη» είναι μια μεγάλη φωτεινή οθόνη σε σχήμα σχεδιαστικού τραπεζιού και έχει πλάτος 1,5 και ύψος 1,2 μέτρα. Το μέγεθος και η κεκλιμένη θέση της δίνουν την δυνατότητα ευρυγώνιας οπτικής σε έξι περίπου άτομα, που με τη βοήθεια γυαλιών και ειδικού συστήματος πλοήγησης μπορούν να αλληλεπιδράσουν με την ψηφιακή εικόνα που προβάλλεται στην οθόνη (Ίδρυμα Μείζονος Ελληνισμού, χ.χ.).

«Θόλος»

Αποτελεί ένα κτήριο υψηλής αρχιτεκτονικής που μοιάζει με πλανητάριο στα φυσικά και μορφολογικά της χαρακτηριστικά. Η «Θόλος» έχει χωρητικότητα 130 ατόμων, δημιουργήθηκε τον Μάρτιο του 2006 και αποτελεί το τελειότερο σύστημα εικονικής πραγματικότητας του Ίδρυματος. Η εξωτερική της μορφή είναι σφαιρική και παραπέμπει σε ουράνιο σώμα που στροβιλίζεται. Οι προβολές ψηφιακών ταινιών με στερεοσκοπική προβολή 3D Vision που πραγματοποιούνται είναι διαδραστικές και όχι στατικές πετυχαίνοντας την εμπύθιση του θεατή (Ίδρυμα Μείζονος Ελληνισμού, χ.χ.).

1.6.1.2 Το Ίδρυμα Ευγενίδου

Στο Ίδρυμα Ευγενίδου λειτουργεί ένα υπερσύγχρονο Ψηφιακό Πλανητάριο από τον Σεπτέμβριο του 2003 αλλά και ένας εκθεσιακός χώρος, η Αίθουσα Διαδραστικών Εκθεμάτων Επιστήμης και Τεχνολογίας. Στο Ψηφιακό Πλανητάριο οι επισκέπτες έχουν την δυνατότητα να παρατηρήσουν δεκάδες χιλιάδες άστρα, έτσι όπως φαίνονται από οποιοδήποτε σημείο του πλανήτη μας, του ηλιακού συστήματος αλλά

και από οποιαδήποτε άλλο άστρο σε απόσταση εκατοντάδων ετών φωτός από τη Γη. Η πλοήγηση σ' αυτό το χώρο γίνεται σε δευτερόλεπτα δίνοντας έτσι στους θεατές την ψευδαίσθηση μεταφοράς τους, με μία μηχανή του χώρου και του χρόνου, σε τρισδιάστατα ταξίδια στο εσωτερικό του Γαλαξία μας, αλλά και πέρα από αυτόν σ' ολόκληρο το σύμπαν των 100 δισεκατομμυρίων γαλαξιών. Από τα πιο θεματικά προβολικά συστήματα που περιλαμβάνει το νέο Πλανητάριο είναι τρία «Συστήματα Τρισδιάστατης Εικονικής Πραγματικότητας» που καλύπτουν πλήρως την οθόνη με την βοήθεια 12 βιντεοπροβολέων υψηλής ανάλυσης. Επιπλέον, διαθέτει ηχητική κάλυψη εφτακάναλου ψηφιακού συστήματος ήχου συνολικής ισχύος 40.000 watt το οποίο μεταφέρει με την βοήθεια 44 ειδικών ηχείων τη μουσική και την αφήγηση παραστάσεων στην αίθουσα προβολών (Ίδρυμα Ευγενίδου, χ.χ.).

1.6.1.3. Το Κέντρο Διάδοσης Επιστημών & Μουσείο Τεχνολογίας «NOESIS»

Το Κέντρο Διάδοσης Επιστημών & Μουσείο Τεχνολογίας «NOESIS» είναι ένας μη κερδοσκοπικός φορέας, ο οποίος προσφέρει την δυνατότητα στους επισκέπτες να έρθουν σε επαφή με τις Θετικές Επιστήμες και την Τεχνολογία. Διαθέτει τριών ειδών προβολές το «Πλανητάριο», το «Κοσμοθέατρο» και τον «Προσομοιωτή» που καταφέρνουν να ψυχαγωγήσουν τον θεατή με την χρήση της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας (Κέντρο Διάδοσης Επιστημών & Μουσείο Τεχνολογίας «NOESIS», χ.χ.).

«Πλανητάριο»

Το πλανητάριο αποτελείται από ειδικές αίθουσες, στις οποίες παρουσιάζονται σύντομα εικονικά ταξίδια στο διάστημα με τη χρήση συστημάτων προβολής αστρικών σωμάτων σε ημισφαιρικές θολωτές επιφάνειες, που λειτουργούν ως οθόνες προβολής. Σε αυτές τις πανοραμικές, θολωτές οθόνες προβάλλεται το πλανητικό μας σύστημα. Η θόλος έχει εξωτερική διάμετρο 25m και εσωτερική 18m, με 150 επικλινείς θέσεις και εξοπλισμένο με προβολικά μηχανήματα και ηλεκτρονικούς υπολογιστές τελευταίας τεχνολογίας (Κέντρο Διάδοσης Επιστημών & Μουσείο Τεχνολογίας «NOESIS», χ.χ.).

«Κοσμοθέατρο»

Ονομάζεται αλλιώς και κινηματογράφος γιγαντοοθόνη. Αποτελείται από μια επίπεδη γιγαντοοθόνη με ύψος 17m και πλάτος 23m και με τον ψηφιακό ήχο που διαθέτει δημιουργεί την αίσθηση ότι ο θεατής βρίσκεται πραγματικά στην κορυφή του Έβερεστ ή στις υπόγειες στοές των ταφικών μνημείων Αιγύπτιων βασιλέων, στα βάθη του Ειρηνικού ή στα Νορβηγικά φιόρδ. Οι κινηματογραφικές ταινίες προβάλλονται σε τρισδιάστατη (3D) μορφή (Κέντρο Διάδοσης Επιστημών & Μουσείο Τεχνολογίας «NOESIS», χ.χ.).

«Προσομοιωτής»

Ο «Προσομοιωτής» προσφέρει τρισδιάστατες (3D) εικόνες υψηλής ευκρίνειας τις οποίες ο επισκέπτης αντιλαμβάνεται χάρη στα ειδικά γυαλιά που φοράει κατά τη διάρκεια της προβολής. Η διαφοροποίησή του από τους άλλους χώρους προβολής είναι ότι προσφέρει την αίσθηση της κίνησης και αυτό διότι ο επισκέπτης κάθεται σε ειδικά διαμορφωμένα οχήματα, τα οποία κινούνται σε πλήρη συγχρονισμό με την προβαλλόμενη εικόνα δημιουργώντας την αίσθηση συμμετοχής στην δράση της ταινίας. Η οθόνη προβολής των ταινιών έχει διαστάσεις 5.4X11.5m. Οι ταινίες που μπορεί να παρακολουθήσει κάποιος είναι το *Σινικό Τείχος* και το *AirFighter* (αερομαχία με αντίπαλο ένα ιπτάμενο ρομπότ) (Κέντρο Διάδοσης Επιστημών & Μουσείο Τεχνολογίας «NOESIS», χ.χ.).

1.6.2 Εικονική Πραγματικότητα για τη Θεραπεία Ψυχικών Διαταραχών και την Κλινική Κοινωνική Εργασία στην Ελλάδα

Εκτός από τα εικονικά περιβάλλοντα που χρησιμοποιούνται για εκπαιδευτικούς και ψυχαγωγικούς σκοπούς, η εικονική πραγματικότητα στην ψυχοθεραπεία και στην κλινική κοινωνική εργασία βρίσκεται σε ένα εξελικτικό στάδιο, αφού δεν υλοποιείται ευρέως. Γενικότερα, η χρήση της γίνεται για την αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών, όπως για παράδειγμα κατάθλιψη, κοινωνικό άγχος, φοβίες και άγχος. Μέσα από εφαρμογές εικονικής πραγματικότητας και απλά βιντεοπαιχνίδια, αναπαρίστανται δυσάρεστες εμπειρίες που έχει ζήσει ο ασθενής αλλά και σενάρια που του είναι

δύσκολο να αντιμετωπίσει και στην αληθινή ζωή. Οι εφαρμογές και τα παιχνίδια όμως αυτά δίνουν την αίσθηση της ασφάλειας ότι «βρίσκεται» σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον και με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής αρχίζει σταδιακά να εξοικειώνεται και τελικά τα συμπτώματα να μειώνονται αισθητά.

Στην Ελλάδα ωστόσο, η χρήση αυτής της θεραπείας σε άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι ελάχιστη. Μια τέτοια περίπτωση έχει λάβει χώρα στην περιοχή της Πιερίας και υλοποιείται από έναν ψυχοθεραπευτή από το 2004, ο οποίος παρέχει δωμάτια καταλλήλως εξοπλισμένα, με σκοπό την ίαση ψυχικών ασθενειών που αφορούν κυρίως σε άγχος, φοβίες και σε διαταραχές του συναισθήματος, διαταραχές πρόσληψης τροφής, καθώς και σε εξαρτήσεις. Παράλληλα, ο ίδιος χρησιμοποιεί κλινική ύπνωση και νευροανάδραση. Η πρώτη αποτελεί την γνωστή υπνοθεραπεία κατά την οποία το άτομο χαλαρώνει με ειδικές τεχνικές. Από την άλλη, η νευροανάδραση αναφέρεται σε *“μια στρατηγική μάθησης, η οποία καθιστά το άτομο ικανό να μεταβάλλει την εγκεφαλική του δραστηριότητα”*. Επιπλέον, χρησιμοποιεί την μέθοδο με ήχο brain waves και νευρο-προγραμματισμό (την παρακολούθηση, δηλαδή των αντιδράσεων των νεύρων σε κάθε εκθετικό ερέθισμα και την παρέμβαση για την διαχείριση και αλλαγή τους σε υποφερτό ή σε μη νοσηρό επίπεδο) και συμβουλευτική ψυχοθεραπεία (Κίμογλου, 2005).

Άλλες αναφορές για κέντρα κλινικής θεραπείας ή κοινωνικής εργασίας δεν υφίστανται στην χώρα μας. Ωστόσο, η διαθεσιμότητα εφαρμογών εικονικής πραγματικότητας είναι εύκολη και προσβάσιμη πλέον με την προϋπόθεση κατοχής κινητού τηλεφώνου, υπολογιστή ή άλλης υποστηριζόμενης συσκευής. Πιο περιγραφικά, υπάρχουν εφαρμογές, που έχουν κατασκευαστεί από χώρες του εξωτερικού και μπορούν να χρησιμοποιηθούν και στην Ελλάδα, διευκολύνοντας την επικοινωνία μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή, όταν η απόσταση και η πρόσβαση αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες ή συμβάλλοντας στην θεραπεία του ασθενή με τον έλεγχο, την καταγραφή ή την μείωση των συμπτωμάτων της ψυχικής διαταραχής. Ακόμα, εφαρμογές για την κλινική κοινωνική εργασία μπορούν να χρησιμοποιηθούν με σκοπό την καταγραφή πληροφοριών των ασθενών, την συνεχή ενημέρωση των κοινωνικών λειτουργών σχετικά με θέματα που τους αφορούν, αλλά και την ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους. Παρόλα αυτά, αξίζει να αναφερθεί πως ο βαθμός ανάπτυξης και χρήσης της εικονικής πραγματικότητας και

των προϊόντων της, δηλαδή των συσκευών και των εφαρμογών για ψυχοθεραπευτικούς σκοπούς στην Ελλάδα είναι αρκετά μικρότερος σε σύγκριση από αυτόν του εξωτερικού.

Κεφάλαιο 2: Κλινική Κοινωνική Εργασία

2.1 Κοινωνική Εργασία

Αν και η κοινωνική προσφορά και βοήθεια για την ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου εντοπίζεται ανθρωπολογικά από τους προϊστορικούς χρόνους, η κοινωνική εργασία είναι ένα σχετικά καινούριο επάγγελμα (Dorfman, 1988). Διαμορφώθηκε στα τέλη του 19^{ου} αιώνα μέσω της εθελοντικής προσπάθειας που εξελισσόταν στην Ευρώπη και την Αμερική με σκοπό την κοινωνική βελτίωση. Η κοινωνική εργασία μετατράπηκε από μορφή φιλανθρωπίας σε μορφή απασχόλησης και επέτυχε το καθεστώς της περίπου το 1920 ενώ κατοχυρώθηκε πλήρως σαν επάγγελμα το 1930. Ξεκίνησε σαν μία από τις πολλές προσπάθειες που έγιναν προκειμένου να δοθεί απάντηση στο «κοινωνικό ζήτημα»: πώς δηλαδή σε ολόένα και περισσότερο παραγωγικότερες και ευπορότερες εποχές, το φαινόμενο της φτώχειας συνεχίζει να αυξάνεται. Το επάγγελμα συνέχισε την εξέλιξή του ακολουθώντας τις απαιτήσεις των καιρών και καλύπτοντας τις ανάγκες όπως διαμορφώθηκαν μετά την «Μεγάλη Ύφεση» το 1929, τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, την επίδραση των ψυχολογικών θεωριών, τις μεταναστευτικές και προσφυγικές ροές ανά την υφήλιο, την εμφάνιση της φτώχειας ως κοινωνικό και πολιτικό φαινόμενο, την υποστήριξη των ηλικιωμένων, την προάσπιση των δικαιωμάτων των κοινωνικά και οικονομικά αποκλεισμένων ομάδων (Καρπέτης, 2008, Dorfman, 1988, Stuart, 2013). Τις τρεις πρώτες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα ο κλάδος της κοινωνικής εργασίας εξελίχθηκε σε ένα πλήρως ανεπτυγμένο επάγγελμα με τέσσερα ξεκάθαρα πεδία πρακτικής: την ιατρική, τη σχολική, την ψυχιατρική και την οικογενειακή κοινωνική εργασία (Dorfman, 1988). Ιδρύθηκαν επαγγελματικές οργανώσεις και εθνικές ομοσπονδίες οι οποίες ασχολήθηκαν με την εξερεύνηση των θεωριών και των πρακτικών της κοινωνικής εργασίας, ενώ το επάγγελμα ανέπτυξε τις δικές του επαγγελματικές προδιαγραφές (Dorfman, 1988, Stuart, 2013).

Το 1955 ιδρύθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής η Εθνική Ένωση Κοινωνικών Λειτουργών (NASW) με στόχο τη συνένωση των διαφόρων οργανώσεων και την ενοποίηση και ανάπτυξη του επαγγέλματος (Καρπέτης, 2008).

Η κοινωνική εργασία ασχολείται με ποικίλα προβλήματα, τα οποία βρίσκονται συχνά σε άμεση αλληλεπίδραση μεταξύ τους, και το πεδίο εφαρμογής της εκτείνεται σε πολλών ειδών κοινωνικά θέματα και υπηρεσίες. Τόσο το εύρος των προβλημάτων όσο και η μορφή τους καθιστούν σχεδόν αδύνατο τον ακριβή καθορισμό της (Καλλινικάκη, 1998). Σε αντίθεση με άλλους επαγγελματίες οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν μοιράζονται πάντα κοινώς αποδεκτές απόψεις ως προς το τι είναι ακριβώς το επάγγελμά τους. Η σημασία, οι μέθοδοι και οι πρακτικές της κοινωνικής εργασίας αλλάζουν συνεχώς και εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου και τις εκάστοτε ανάγκες της εποχής αλλά και ανάλογα με αυτόν που την εξασκεί. Για αυτό το λόγο λοιπόν, και επειδή πολλά διαφορετικά άτομα, ομάδες και θεσμοί αντιμετωπίζουν το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού σύμφωνα με την οπτική από την οποία το βλέπουν, είναι δύσκολο να οριστεί τι είναι ακριβώς η κοινωνική εργασία (Strean, 1996).

Τον Ιούλιο του 2014 στη Γενική Συνέλευση της Διεθνούς Ομοσπονδίας Κοινωνικής Εργασίας (IFSW) και της Διεθνής Ένωσης των Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (IASSW) εγκρίθηκε ο πιο πρόσφατος Παγκόσμιος Ορισμός του Επαγγέλματος της Κοινωνικής εργασίας, σύμφωνα με τον οποίο:

«Η Κοινωνική Εργασία είναι εφαρμοσμένο επάγγελμα αλλά και ακαδημαϊκό πεδίο που προωθεί την κοινωνική αλλαγή και ανάπτυξη, την κοινωνική συνοχή και την ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ανθρώπων. Οι αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της συλλογικής ευθύνης και του σεβασμού της διαφορετικότητας είναι κεντρικές στην κοινωνική εργασία, η οποία θεμελιώνεται από τις θεωρίες της κοινωνικής εργασίας, των κοινωνικών επιστημών, των ανθρωπιστικών επιστημών και τη γηγενή γνώση και συνδέει ανθρώπους και δομές για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ζωής αλλά και να ενισχύσει την ευημερία τους. Ο παραπάνω ορισμός μπορεί να διευρυνθεί σε εθνικό ή/και σε περιφερειακό επίπεδο» (IASSW, 2014, IFSW, 2014).

Ως συμπλήρωση προς τον ορισμό αυτόν, η συνέλευση καθορίζει τέσσερις κύριους άξονες δράσης και παρέμβασης: την ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ατόμων και των ομάδων, την κοινωνική συνοχή, την κοινωνική αλλαγή και την κοινωνική

εξέλιξη. Επιπλέον, η προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της κοινωνικής δικαιοσύνης, ο σεβασμός για την εγγενή αξία και αξιοπρέπεια των ανθρώπων, η αποφυγή πρόκλησης βλάβης και ο σεβασμός της διαφορετικότητας ορίστηκαν στη συνέλευση αυτή ως οι βασικές αρχές της κοινωνικής εργασίας (IFSW, 2014).

2.2 Δημιουργία και Ιστορία της Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας

Πριν το 1970, η πρακτική της κοινωνικής εργασίας οριζόταν από μεθοδολογίες ή από πεδία πρακτικής. Οι κοινωνικοί λειτουργοί αναγνωρίζονταν ως κατά περίπτωση κοινωνικοί λειτουργοί, κοινοτικοί διοργανωτές, εργαζόμενοι στην παιδική πρόνοια, ψυχιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί, σχολικοί κοινωνικοί λειτουργοί, ιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί και ούτω καθεξής (Καρπέτης, 2008, Herworth et al. 2010). Η πρακτική περιγραφόταν από την μέθοδο που ακολουθούσαν οι επαγγελματίες: κοινωνική εργασία με άτομα (Κ.Ε.Α.), κοινωνική εργασία με ομάδες (Κ.Ε.Ο.) και κοινωνική εργασία με κοινότητα (Κ.Ε.Κ.) (Καρπέτης, 2008).

Η δυσαρέσκεια με την διαρθρωτική αδικία και οι έντονες κοινωνικοπολιτικές αναταραχές τη δεκαετία του 1960 και του 1970, ώθησαν τις προκλήσεις και την κριτική όλων των θεσμικών οργάνων, συμπεριλαμβανομένου και του πεδίο της κοινωνικής εργασίας (Mizrahi, 2008, Herworth et al. 2010).

Κατά τη διάρκεια των δεκαετιών αυτών ασκήθηκε έντονη κριτική για την κοινωνική εργασία με άτομα, η οποία υποστήριζε ότι έτσι όπως η πρακτική ήταν διαμορφωμένη όχι μόνο συναινούσε, αλλά διατηρούσε και συχνά υποβοηθούσε την καταπίεση του πληθυσμού. Το επάγγελμα κατηγορήθηκε πως δεν αντιμετώπιζε τις επιπτώσεις της φτώχειας, της καταπίεσης και της αδικίας ως αίτια για την κατάσταση των μειονεκτούντων ομάδων, αλλά έριχνε την ευθύνη στα θύματα, οι συμπεριφορές των οποίων συχνά χαρακτηριζόντουσαν παθολογικές (Καρπέτης, 2008). Διάφορες καταπιεσμένες ομάδες κατηγόρησαν το επάγγελμα ότι δε δίνει σημασία στις πιεστικές για αυτούς ανάγκες, κατηγορίες που ήταν συχνά δικαιολογημένες αφού αρκετοί κοινωνικοί λειτουργοί προσανατολιζόνταν σε θεραπευτικές κυρίως δραστηριότητες οι οποίες δεν αντιμετώπιζαν τα κοινωνικά προβλήματα που απασχολούσαν τις καταπιεσμένες αυτές ομάδες του κόσμου (Herworth et al. 2010).

Έτσι, σε εναρμονισμό με το κίνημα για τα πολιτικά δικαιώματα, οι κοινωνικοί λειτουργοί έστρεψαν την προσοχή τους από την προώθηση της ενσωμάτωσης των πελατών στις προβλεπόμενες κοινωνικές νόρμες. Αντ' αυτού, άρχισαν να αντιλαμβάνονται τις έντονες πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές διαφορές και αναγνώρισαν την ανάγκη να προσφέρουν υπηρεσίες που συνάδουν με την οπτική που ο ίδιος ο πελάτης είχε διαμορφώσει για τη ζωή του (Hokenstad and Midgley 2006 στο Mizrahi 2008). Οι σχολές κοινωνικής εργασίας απομακρύνθηκαν από τις θεωρίες των προηγούμενων δεκαετιών και κατευθύνθηκαν προς στον καθορισμό των ευθυνών του επαγγέλματος για κοινωνική δικαιοσύνη και κοινωνική δράση (Mizrahi, 2008).

Η κατά περίπτωση κοινωνική εργασία ήταν η κυρίαρχη μέθοδος κοινωνικής εργασίας κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Περιελάμβανε δραστηριότητες σε διαφορετικά περιβάλλοντα με στόχο την παροχή βοήθειας σε μεμονωμένα άτομα, σε ζευγάρια ή οικογένειες ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά τα προβλήματά τους (Herpworth et al. 2010). Μετά το 1960, η έννοια της κατά περίπτωση κοινωνικής εργασίας μετασηματίστηκε σε δύο νέες έννοιες: 1) την πρακτική κοινωνική εργασία, έναν όρο-ομπρέλα που εμπεριέχει πολλαπλές υπηρεσίες, παρεμβάσεις και καθήκοντα, χωρίς όμως να διαχωρίζει με σαφήνεια την άμεση από την έμμεση πρακτική, και 2) την πρακτική κλινική κοινωνική εργασία, η οποία επίσημα αναγνωρίστηκε ως ειδικότητα από την Εθνική Ένωση Κοινωνικών Λειτουργών (NASW) το 1978 (Dorfman, 1988).

Η κλινική κοινωνική εργασία αναπτύχθηκε ως ανταπόκριση των μέχρι τότε θεωριών, για να δώσει έμφαση στην υπεράσπιση του πελάτη (Mizrahi, 2008). Είναι ουσιαστικά η πρακτική της κοινωνικής εργασίας με άτομα, οικογένειες και ομάδες η οποία επικαλείται την διορατικότητα και αυξάνει την αυτογνωσία για να δημιουργήσει ατομική αλλαγή. Η ατομική αλλαγή αναφέρεται στην προσωπική ανάπτυξη και στην ευημερία του ατόμου, το οποίο όμως βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση με το κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο βρίσκεται. Για το λόγο αυτό, στόχος του ειδικού είναι να συνεργαστεί με τα άτομα ώστε να πετύχει τόσο τη δική τους βελτίωση, όσο και τη βελτίωση της κοινωνίας γενικά (Bisman, 2014).

2.3 Όρος και Ορισμοί της Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας

Ο όρος κλινική κοινωνική εργασία χρησιμοποιείται γιατί είναι ο πιο περιγραφικός του τι επιτελεί μια συγκεκριμένη ομάδα επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών (Munson, 2002). Παρ' όλα αυτά, η χρήση του υπήρξε αμφιλεγόμενη. Ο Σύλλογος Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας της Καλιφόρνια ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο αυτό ως επαγγελματικό τίτλο. Τα μέλη του κράτησαν την «κοινωνική εργασία» για να διατηρήσουν την ταυτότητα του πεδίου ενώ ο όρος «κλινική» προστέθηκε για να περιγράψει την ατομική, οικογενειακή και ομαδική μέθοδο της πρακτικής (Dorfman, 1988).

Η λέξη «κλινική» προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη «*klinikē*» που σημαίνει «δίπλα στο προσκέφαλο» (besides) και η οποία προέρχεται από την λέξη «*klinē*», που σημαίνει κρεβάτι (bed) (Μπαμπινιώτης, 2009, Oxford Dictionaries)

Ενδέχεται να χρησιμοποιηθεί με διαφορετικές σημασίες:

- 1) την παρακολούθηση και θεραπεία πραγματικών ασθενών και όχι θεωρητικών ή εργαστηριακών μελετών
- 2) (χαρακτηρίζοντας μια ασθένεια) που προκαλεί παρατηρήσιμα και αναγνωρίσιμα συμπτώματα
- 3) για να περιγράψει αποτελεσματικότητα χωρίς συναίσθημα, ψυχρότητα, αποστασιοποίηση
- 4) (χαρακτηρίζοντας ένα δωμάτιο) γυμνό, πρακτικό και καθαρό

(Oxford Dictionaries)

Ορισμένοι κριτικοί πιστεύουν ότι ο όρος «κλινική» είναι ανεπαρκής επειδή αντιπροσωπεύει μόνο την θεραπευτική πτυχή της πρακτικής, αγνοώντας τα στοιχεία της πρόληψης και της παροχής υπηρεσιών, ενώ άλλοι θεωρούν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί χρησιμοποιούν αυτόν τον εννοιολογικά ιατρικό όρο σε μια προσπάθεια να αποκτήσουν το κύρος των ψυχιάτρων και των ψυχολόγων. Όπως και να έχει πάντως, οι υποστηρικτές του γενικά συμφωνούν ότι ο όρος αντικατοπτρίζει με ακρίβεια την ενεργή ποιότητα της πρακτικής (Dorfman, 1988).

Ο όρος «κλινική κοινωνική εργασία» είναι σχετικά καινούριος. Έχουν γίνει προσπάθειες να συνταχθεί ένας ορισμός της κλινικής κοινωνικής εργασίας που να συνάδει με την γνωστική βάση και την πρακτική του τομέα αυτού και λόγω της πολυπλοκότητας του πεδίου, έχουν δημιουργηθεί ορισμοί με ιδιαίτερα διαφορετικό περιεχόμενο. Σε όλους τους ορισμούς όμως, κοινό στοιχείο είναι η εργασία με τα άτομα, τις οικογένειες και τις ομάδες. Ο όρος αυτός φαίνεται να προσπαθεί να ενώσει την ποικιλομορφία των πρακτικών που υπάρχουν (Munson, 2002): περιγράφει τόσο την επαγγελματική οργάνωση όσο και την άμεση εργασία των επαγγελματιών με τα άτομα, τις οικογένειες και τις ομάδες (Καρπέτης, 2008).

Ο ορισμός της κλινικής κοινωνικής εργασίας έχει εξελιχθεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Αυτό να μεν έχει συμβάλει στην βελτίωσή του, αλλά έχει οδηγήσει και στη δημιουργία ορισμών που χρησιμοποιούνται από διαφορετικούς οργανισμούς (Munson, 2002).

Η Barker (2003) αντιμετωπίζει την Κλινική Κοινωνική Εργασία ως συνώνυμη της ψυχιατρικής κοινωνικής εργασίας (psychiatric social work) και της κοινωνικής εργασίας κατά περίπτωση (social casework) και την ορίζει ως

«την επαγγελματική εφαρμογή της θεωρίας και των μεθόδων της κοινωνικής εργασίας στη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόληψη ψυχοκοινωνικών δυσλειτουργιών, αναπηριών ή προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένων συναισθηματικών, ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών» (Barker 2003, στο Bisman 2014).

Ο ορισμός αυτός χρησιμοποιείται και από την Εθνική Ένωση Κοινωνικών Λειτουργών (NASW) (NASW, 2005).

Η Αμερικανική Επιτροπή Εξεταστών στην Κλινική Κοινωνική Εργασία (ABECSW) ορίζει την κλινική κοινωνική εργασία ως

«ένα επάγγελμα για την ψυχική υγεία, του οποίου οι επαγγελματίες, αυτοί που εκπαιδεύονται σε σχολές κοινωνικής εργασίας και αυτοί που εκπαιδεύονται υπό εποπτεία κατέχουν ένα ιδιαίτερο σώμα γνώσεων και δεξιοτήτων προκειμένου να αξιολογούν, να κάνουν διάγνωση και να βελτιώνουν προβλήματα, διαταραχές και καταστάσεις που παρεμποδίζουν την υγιή βιοψυχοκοινωνική λειτουργικότητα των

ανθρώπων – ατόμων, ζευγαριών, οικογενειών, ομάδων – όλων των ηλικιών και των υποβάθρων» (CCSW, 2007α).

Οι παραπάνω ορισμοί περιλαμβάνουν συνοπτικά το εκτεταμένο γνωστικό, πρακτικό και επαγγελματικό πεδίο της κλινικής κοινωνικής εργασίας, τους τομείς στους οποίους παρεμβαίνει και το εύρος του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται οι υπηρεσίες της.

2.4 Το Επάγγελμα της Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας

Ο κύριος στόχος του επαγγέλματος της κλινικής κοινωνικής εργασίας είναι η βελτίωση της ψυχικής υγείας και της ευημερίας των ατόμων και των οικογενειών που ζητούν υπηρεσίες από τους επαγγελματίες της (CSWA, χ.χ., Mizrahi, 2008). Εξυπηρετεί πελάτες που παρουσιάζουν ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων σε μια σειρά από περιβάλλοντα και οι δραστηριότητές (Austrian, 2005).

Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί είναι συχνά οι πρώτοι που κάνουν διάγνωση και θεραπεύουν άτομα με ψυχικές και διάφορες συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές (NASW, 2005). Παρ' όλα αυτά, η κλινική κοινωνική εργασία έχει λανθασμένα υποτεθεί ότι είναι συνώνυμη με την ψυχιατρική κοινωνική εργασία. Η κλινική κοινωνική εργασία αναφέρεται σε άμεσες, ενεργές παρεμβάσεις με πελάτες, μεμονωμένα, σε οικογένειες ή σε ομάδες, και περιλαμβάνει όλους τους τομείς της πρακτικής της κοινωνικής εργασίας (Austrian, 2005). Οι επαγγελματίες εξετάζουν πρακτικές καταστάσεις από την άποψη των ηθικών διλημμάτων που παρουσιάζουν, με μια κριτική ανάλυση του πως η διαμόρφωση μιας λύσης πληροί τις βασικές απαιτήσεις της ηθικής πρακτικής, δηλαδή να μην βλάπτει τους πελάτες, να τους βοηθάει και να ενισχύει την αυτοδιάθεσή τους (CSWA, χ.χ.). Είναι δεσμευμένοι να παρέχουν επαρκείς υπηρεσίες στα άτομα, τα ζευγάρια, τις οικογένειες και τις ομάδες. Ως εκ τούτου θα πρέπει να αναγνωρίζουν το ρόλο του πελάτη στο θεραπευτικό σχεδιασμό και το δικαίωμά του να έχει έναν μορφωμένο και εξειδικευμένο επαγγελματία ο οποίος καθοδηγείται από την ηθική πρακτική (NASW, 2005).

Η διαδικασία και η πρακτική της κλινικής κοινωνικής εργασίας πραγματοποιείται στο πλαίσιο των στόχων της κοινωνικής εργασίας και των αρχών και αξιών του

επαγγέλματος που περιέχονται στον Κώδικα Δεοντολογίας της Εθνικής Ένωσης Κοινωνικών Λειτουργών (NASW) (CSWA, χ.χ., Dorfman, 1988). Αυτές οι βασικές αξίες περιλαμβάνουν δέσμευση για την αξιοπρέπεια, την ευημερία και την αυτοδιάθεση του ατόμου, δέσμευση για επαγγελματική πρακτική που χαρακτηρίζεται από ικανότητα και ακεραιότητα και δέσμευση για μια κοινωνία που προσφέρει ευκαιρίες σε όλα της τα μέλη με έναν τρόπο δίκαιο και χωρίς διακρίσεις (CSWA, χ.χ.).

Βασισμένη στις ηθικές αυτές αξίες και αρχές και στις μεθόδους πρακτικής του επαγγέλματος, η κλινική κοινωνική εργασία έχει ως συγκεκριμένο αντικείμενο τους εξής κύριους σκοπούς:

- «1) τη διάγνωση και θεραπεία βιοψυχοκοινωνικών αναπηριών και προβλημάτων, ψυχικών, συναισθηματικών και αναπτυξιακών διαταραχών
- 2) την καλύτερη δυνατή πρόληψη των βιοψυχοκοινωνικών δυσλειτουργιών και
- 3) την υποστήριξη και ενίσχυση των βιοψυχοκοινωνικών δυνάμεων και δυνατοτήτων λειτουργικότητας του ατόμου.

Η κλινική κοινωνική εργασία επιδιώκει τους στόχους αυτούς μέσα από την δημιουργία σχέσεων με τα άτομα, τα ζευγάρια, τις οικογένειες και τις ομάδες με τις οποίες ασχολείται.» (ABECSW, 2002)

Η κλινική κοινωνική εργασία διαχωρίζεται από τον τομέα της γενικής κοινωνικής εργασίας, όπως επίσης από την ψυχολογία και την ψυχιατρική (CCSW, 2007β). Αποτελεί ένα ξεχωριστό τομέα πρακτικής της κοινωνικής εργασίας (ABECSW, 2002) και αναγνωρίζεται ως ένα ανεξάρτητο και σεβαστό επάγγελμα υγείας και πρόνοιας, που βασίζεται στις θεωρίες και τις μεθόδους πρόληψης και θεραπείας στην παροχή υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας και περίθαλψης, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στα συμπεριφορικά και βιοψυχοκοινωνικά προβλήματα και διαταραχές (CCSW, 2007β), εστιάζοντας στην συναισθηματική και συμπεριφορική ευημερία των ατόμων, των ζευγαριών, των οικογενειών και των ομάδων. Στα μοναδικά χαρακτηριστικά της κλινικής κοινωνικής εργασίας περιλαμβάνονται μια ολιστική προσέγγιση για την ψυχοθεραπεία και τη σχέση του πελάτη με το περιβάλλον του – η οποία και θεωρείται μεγάλης σημασίας για το σχεδιασμό της θεραπείας – (NASW, 2005, CCSW, 2007β),

ο σεβασμός στην προτεραιότητα των δικαιωμάτων των πελατών και η ισχυρή θεραπευτική συνεργασία μεταξύ του πελάτη και του επαγγελματία (CCSW, 2007β). Η κλινική κοινωνική εργασία χαρακτηρίζεται από την ικανότητά της να κατανοεί την ανθρώπινη συμπεριφορά στο κοινωνικό περιβάλλον (Lambert, 2002).

Η σύγχρονη εκπαίδευση κοινωνικής εργασίας διαφοροποιείται από την κατάρτιση των άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας λόγω της έμφασης που δίνει στην αξιολόγηση του συνόλου του ατόμου. Ως εκ τούτου, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να κατανοήσει ποιοι παράγοντες μπορεί να έχουν προκαλέσει ή συμβάλει στην ανάπτυξη μιας ψυχικής διαταραχής και τι χρειάζεται να τροποποιηθεί στο άτομο ή στο περιβάλλον του για να βελτιωθεί η αντιμετώπισή της. Αυτό που ουσιαστικά διαχωρίζει τους κοινωνικούς λειτουργούς από τους άλλους κλάδους ψυχικής υγείας είναι η επιμονή στην ψυχοκοινωνική προοπτική: η κοινωνική εργασία είναι ένα επάγγελμα που μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην βοήθεια ατόμων με ψυχικές διαταραχές, μεταξύ άλλων προβλημάτων (Austrian, 2005).

Επειδή οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν μόνο μία προσέγγιση για όλους τους πελάτες ώστε να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα της δουλειάς τους, πρέπει να έχουν μια γκάμα διαθέσιμων μεθοδολογιών (Tripodì, 1994). Η γνωστική βάση της κλινικής κοινωνικής εργασίας περιλαμβάνει ποικίλες θεωρίες όπως βιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ανάπτυξης, διαπροσωπικών σχέσεων, δυναμικής της οικογένειας και της ομάδας, ψυχικών διαταραχών, εθισμού, επιπτώσεις ασθενειών, τραύματος και τραυματισμού και αποτελεσμάτων του φυσικού, κοινωνικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος (CCSW, 2007β). Επιπλέον, η πρακτική της χρειάζεται γνώσεις υψηλού επιπέδου σε εφαρμοσμένες πρακτικές δεξιότητες, όπως στη βιοψυχοκοινωνική αξιολόγηση και διάγνωση, στην παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης, σε ψυχοκοινωνικές και ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις, στην υποστήριξη του πελάτη και τη θεραπευτική διαχείριση ζητημάτων της ζωής του όταν αυτό είναι αναγκαίο καθώς και στη συμβουλευτική πένθους αλλά και γενικότερα σε ψυχοθεραπείες μακρόχρονης διάρκειας (ABECSW, 2002).

Η κλινική κοινωνική εργασία είναι αξιοσημείωτη για την προσαρμοστικότητα των επαγγελματιών της και την ποικιλία των ρόλων τους (CCSW, 2007β). Εξυπηρετεί ένα ευρύ φάσμα πελατών όλων των ηλικιών, που αντιπροσωπεύουν διαφορετικά

πολιτιστικά και εθνικά πλαίσια και κοινωνικές τάξεις (Tripodì, 1994, ABECSSW, 2002, CCSW, 2007β) και οι οποίοι έχουν ανάγκη επαγγελματικής βοήθειας για την αντιμετώπιση ψυχικών και συναισθηματικών διαταραχών, διαπροσωπικών δυσκολιών και δυσλειτουργιών λόγω πιεστικών περιβαλλοντικών παραγόντων (ABECSSW, 2002). Η ευέλικτη και επιδέξια εφαρμογή των γνώσεων, των θεωριών και των μεθόδων σε μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση είναι το σήμα κατατεθέν της κλινικής κοινωνικής εργασίας (CCSW, 2007β).

Παρ' όλα αυτά, δεν είναι απαραίτητο ότι όλοι οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται με ένα ευρύ φάσμα πελατών. Μερικοί κοινωνικοί λειτουργοί, κυρίως στον ιδιωτικό τομέα, ενδέχεται να εργάζονται αποκλειστικά με συγκεκριμένους πληθυσμούς. Αντίθετα, κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται για παράδειγμα σε μια κλινική ψυχικής υγείας ενδέχεται να εργάζονται με έναν πιο ευρύ πληθυσμό. Οι πληθυσμοί με τους οποίους εργάζεται ένας κλινικός κοινωνικός λειτουργός ορίζονται από τη μορφή και τις απαιτήσεις της εκάστοτε υπηρεσίας (Tripodì, 1994). Επιπλέον, είναι λάθος να πιστεύουμε ότι οι υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές παρουσιάζονται αποκλειστικά σε περιβάλλοντα ψυχικής υγείας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί σε όλα τα περιβάλλοντα συναντούν ανθρώπους που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, ενώ στους πελάτες που πλήττονται περιλαμβάνονται τόσο οι πάσχοντες, όσο και οικογένειές και οι στενοί τους φίλοι (Austrian, 2005).

Πάντως, η ευρεία βάση της κλινικής κοινωνικής εργασίας καλύπτει τις ανάγκες των ατόμων, των οικογενειών, των ζευγαριών και των ομάδων που επηρεάζονται από τις αλλαγές και τις προκλήσεις της ζωής. Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί προσπαθούν να παρέχουν τις απαραίτητες υπηρεσίες στα περιβάλλοντα, τις κοινότητες και τα κοινωνικά συστήματα που επηρεάζουν τις ζωές των ανθρώπων που εξυπηρετούν (NASW, 2005).

Μερικά από τα θέματα με τα οποία ασχολείται η κλινική κοινωνική εργασία είναι:

- Πρότυπα συμπεριφοράς που ενδέχεται να είναι ή να γίνουν καταστροφικά για τον πελάτη και/ή για άλλους
- Εξάρτηση από ουσίες
- Συναισθηματικά προβλήματα

- Συνειδητοί και ασυνείδητοι καθοριστικοί παράγοντες συμπεριφοράς
- Ενδοψυχικές δυναμικές
- Μειωμένες γνωστικές και συναισθηματικές διεργασίες
- Προβλήματα στις διαπροσωπικές και οικογενειακές σχέσεις
- Αναποτελεσματική διαχείριση του στρες και του άγχους
- Προβληματικές επιπτώσεις προερχόμενες από οικονομικούς, κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες
- Θέματα προκατάληψης, ρατσισμού και ανθρώπινης ποικιλομορφίας
- Θέματα φυλετικού και σεξουαλικού προσανατολισμού
- Θέματα στέρησης, κατάχρησης και θυματοποίησης
- Συνέπειες στη ζωή λόγω ασθένειας ή/και αναπηρίας

(ABECSW, 2002)

Οι πελάτες – άτομα, ζευγάρια, οικογένειες και ομάδες – επωφελούνται από μια ποικιλία άμεσων υπηρεσιών, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται (CCSW, 2007β) η εκτίμηση, η διάγνωση, ο θεραπευτικός σχεδιασμός, η παρέμβαση/θεραπεία, η αξιολόγηση του αποτελέσματος και η διαχείριση περιπτώσεων (Dorfman, 1988, CCSW, 2007β). Η κλινική κοινωνική εργασία περιλαμβάνει επίσης κλινική εποπτεία και διαβούλευση (ABECSW, 2002), ενώ οι επαγγελματίες ενδέχεται να συμμετάσχουν και σε έμμεση πρακτική (π.χ. διοίκηση, έρευνα, διδασκαλία, γράψιμο κ.α.) (CCSW, 2007β).

Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί χρησιμοποιούν διαφορετικές θεωρίες σχετικά με την προσωπικότητα και το περιβάλλον και διαφορετικές σχετικά με τις αλλαγές ή την πρόληψη των αλλαγών στη γνώση, τα συναισθήματα, τις στάσεις, τις συμπεριφορές, τις δεξιότητες και τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις. Ορισμένοι χρησιμοποιούν ένα φάσμα τεχνικών ανάλογα με τον πελάτη, το πρόβλημα και την κατάσταση. Κάποιοι ενδέχεται να χρησιμοποιήσουν τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς, γνωστικές παρεμβάσεις και ψυχοαναλυτικές προοπτικές μέσα σε ένα οικολογικό πλαίσιο, ενώ άλλοι ενδέχεται να χρησιμοποιήσουν μια κύρια προσέγγιση η οποία προκύπτει από μια συγκεκριμένη θεωρητική άποψη (Tripodi, 1994).

Ανεξάρτητα με τις θεωρίες και τις τεχνικές που χρησιμοποιούν, οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί είναι ουσιώδεις σε πληθώρα περιβάλλοντα και υπηρεσίες. Μερικά από τα πιο συνήθη και βασικά είναι:

- Υπηρεσίες για παιδιά και οικογένειες
- Δημόσιος και ιδιωτικός τομέας υγείας και ψυχικής υγείας (νοσοκομεία, κλινικές, μονάδες ψυχοκοινωνικής φροντίδας και αποκατάστασης κ.α.)
- Εγκαταστάσεις φροντίδας ηλικιωμένων
- Κατ' οίκον φροντίδα υγείας και θεραπεία
- Προγράμματα θεραπείας και αποκατάστασης χρήσης ουσιών
- Δημόσια και ιδιωτικά σχολεία
- Δικαστικοί και εγκληματικοί χώροι
- Κοινωνικές υπηρεσίες
- Μη κερδοσκοπικές υπηρεσίες και οργανισμοί
- Γραφεία ιδιωτικής πρακτικής

(Tripodi, 1994, NASW, 2005, CCSW, 2007β, Hepworth et al. 2010)

Η Εθνική Ένωση Κοινωνικών Λειτουργών (NASW) έχει ορίσει 12 Πρότυπα για την Πρακτική της Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας που προορίζονται να καθοδηγούν τους κλινικούς κοινωνικούς λειτουργούς σε όλα τα κλινικά περιβάλλοντα που ενδέχεται να εργάζονται. Οι στόχοι των προτύπων αυτών είναι:

-να διατηρήσουν ή να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από τους κλινικούς κοινωνικούς λειτουργούς

-να δημιουργήσουν επαγγελματικές προσδοκίες για να βοηθήσουν τους κοινωνικούς λειτουργούς να παρακολουθούν και να αξιολογούν την κλινική πρακτική τους

-να παρέχουν ένα πλαίσιο για τους κλινικούς κοινωνικούς λειτουργούς για να αξιολογούν την υπεύθυνη, επαγγελματική συμπεριφορά

-να ενημερώνουν τους καταναλωτές, τους κυβερνητικούς ρυθμιστικούς φορείς και άλλους σχετικά με τα επαγγελματικά πρότυπα για την πρακτική της κλινικής κοινωνικής εργασίας

Καθώς το πεδίο εφαρμογής της κλινικής κοινωνικής εργασίας επεκτείνεται σε πολλά περιβάλλοντα και πληθυσμούς πρακτικής, αναμένεται ότι τα πρότυπα αυτά θα ενισχύσουν και θα υποστηρίξουν την τρέχουσα κλινική πρακτική, ενώ θα διαβεβαιώνουν την αξία των υπηρεσιών κλινικής κοινωνικής εργασίας σαν ένα ξεχωριστό κομμάτι πρακτικής.

«Σύμφωνα με την Εθνική Ένωση Κοινωνικών Λειτουργών, τα Πρότυπα για την Πρακτική της Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας είναι:

1) Ηθική και Αξίες

Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να συμμορφώνονται με τις αξίες και την ηθική του επαγγέλματος της κοινωνικής εργασίας χρησιμοποιώντας τον Κώδικα Δεοντολογίας της Εθνικής Ένωσης Κοινωνικών Λειτουργών ως οδηγό για τη λήψη ηθικών αποφάσεων.

2) Εξειδικευμένες Δεξιότητες Πρακτικής και Παρέμβασης

Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να επιδεικνύουν εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες για την αποτελεσματική κλινική παρέμβαση με άτομα, οικογένειες και ομάδες.

3) Παραπομπές

Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να γνωρίζουν τις κοινοτικές υπηρεσίες και να παραπέμπουν κατάλληλα, σύμφωνα με τις ανάγκες.

4) Προσβασιμότητα στους Πελάτες

Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να είναι προσβάσιμοι για τους πελάτες κατά τη διάρκεια καταστάσεων έκτακτης και μη έκτακτης ανάγκης.

5) Απόρρητο και Εχεμύθεια

Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να διατηρούν επαρκή διασφάλιση για την ιδιωτική φύση της θεραπευτικής σχέσης.

6) Εποπτεία και Διαβούλευση

Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να διατηρούν πρόσβαση σε επαγγελματική εποπτεία και/ή διαβούλευση.

7) Επαγγελματικό Περιβάλλον και Διαδικασίες

Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να διατηρούν επαγγελματικά γραφεία και διαδικασίες.

8) Τεκμηρίωση

Τεκμήρια των υπηρεσιών που παρέχονται προς ή για λογαριασμό του πελάτη πρέπει να καταγράφονται στο φάκελο ή στο αρχείο υπηρεσιών του πελάτη.

9) Αυτόνομη Πρακτική

Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να έχουν το δικαίωμα να δημιουργούν μια αυτόνομη πρακτική.

10) Πολιτιστική Ευχέρεια

Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να επιδεικνύουν παροχή επαρκών πολιτισμικών υπηρεσιών, σύμφωνα με τα Πρότυπα για την Πολιτισμική Ευχέρεια στην Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας της Εθνικής Ένωσης Κοινωνικών Λειτουργών.

11) Επαγγελματική Ανάπτυξη

Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να αναλαμβάνουν προσωπική ευθύνη για τη συνεχή επαγγελματική τους ανάπτυξη, σύμφωνα με τα Πρότυπα Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Εκπαίδευσης της Εθνικής Ένωσης Κοινωνικών Λειτουργών και τις κρατικές απαιτήσεις.

12) Τεχνολογία

Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να έχουν πρόσβαση στην τεχνολογία υπολογιστών και στο διαδίκτυο, καθώς η ανάγκη επικοινωνίας μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και αναζήτησης πληροφοριών στο διαδίκτυο για σκοπούς εκπαιδευτικούς, δικτύωσης και πόρων είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική και παραγωγική κλινική πρακτική».

(NASW, 2005)

Η κλινική κοινωνική εργασία εξελίσσεται, αλλάζει και προσαρμόζεται στις ανάγκες της κοινωνίας – αλλαγές που είναι αναπόφευκτες και απαραίτητες για την ουσιαστική πρακτική του επαγγέλματος (ABECSW, 2002, Lambert, 2002). Στο πλαίσιο αυτό, νέες έρευνες, παρεμβατικές στρατηγικές και δεξιότητες πρακτικής αναπτύσσονται (Lambert, 2002). Είναι σημαντικό για τους κλινικούς κοινωνικούς λειτουργούς να δεσμεύονται σε συνεχιζόμενη κλινική εκπαίδευση καθ' όλη την επαγγελματική τους πορεία και να εφαρμόζουν πιστά τον επαγγελματικό κώδικα δεοντολογίας (CCSW, 2007β).

Κεφάλαιο 3: Ψυχικές Διαταραχές

3.1 Αγχώδεις Διαταραχές

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι πολύ συχνές στον ευρύ πληθυσμό. Κύριο χαρακτηριστικό σύμπτωμα όλων είναι το άγχος, το οποίο αποτελεί μια συναισθηματική απόκριση απέναντι σε μια βιωμένη κατάσταση ως απειλή από το άτομο και παρεμποδίζει την συναισθηματική σταθερότητα και ισορροπία του (Austrian, 2005). Οι Αγχώδεις Διαταραχές είναι:

- **Η Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία και αγοραφοβία χωρίς ιστορικό πανικού**

Η διαταραχή πανικού με αγοραφοβία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες προσβολές πανικού, έντονο άγχος μήπως ξανά συμβεί (η προσβολή πανικού), φόβο, δυσφορία και απώλεια ελέγχου του εαυτού, αποφυγή των δημόσιων χώρων και αναζήτηση κάποιου προσώπου που θα τον συνοδεύει σε δημόσιους χώρους (Μυτσκίδου, 1991). Ο φόβος αναφέρεται στην πιθανή κατάσταση του ατόμου να βγει από το σπίτι, να μείνει μόνο του, ή να βρίσκεται κάπου, όπου η διαφυγή δεν είναι εύκολη (Austrian, 2005). Η αγοραφοβία χωρίς ιστορικό πανικού χαρακτηρίζεται από τον φόβο που περιγράφηκε μόλις χωρίς όμως να συμπεριλαμβάνει προσβολές πανικού. Η αγοραφοβία δυσχεραίνει αρκετά την λειτουργικότητα του ατόμου, καθώς παρεμβαίνει στην ικανότητα εργασίας αλλά και στις υπόλοιπες κοινωνικές δραστηριότητες (Πατελάρος και Γουλιανός, 2004).

Από την άλλη, η διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία αναφέρεται σε προσβολές πανικού με κλινικά συμπτώματα όπως πόνος στο στήθος, ταχυπαλμία, έντονος φόβος, δύσπνοια, ναυτία, ζάλη, μούδιασμα, ρίγη ή αίσθημα ζέστης, φόβο ότι τρελαίνεται ή ότι θα πεθάνει και γι' αυτό το άτομο αναζητά τρόπο διαφυγής. Σε αυτή την περίπτωση τα συμπτώματα αγοραφοβίας απουσιάζουν (Σικελιανού, 2010).

Επιπλέον, για την ίαση των ασθενών χρησιμοποιούνται κυρίως η Φαρμακευτική αγωγή, η Γνωστική- Συμπεριφορική θεραπεία και η Θεραπεία Συμπεριφοράς σε

συνδυασμό με τεχνικές χαλάρωσης (Αγγελόπουλος, 2009). Πιο συγκεκριμένα, ο θεραπευτής που χρησιμοποιεί τη Συμπεριφοριστική - Γνωσιακή Θεραπεία βασίζεται σε μια σειρά από απλές τεχνικές που βοηθούν τον θεραπευόμενο να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις που αποφεύγει επειδή του προκαλούν άγχος, αλλά και να παραμείνει σ' αυτές μέχρι να νιώσει καλύτερα και τελικά να εξοικειωθεί, ώστε να μην εκδηλώνεται άλλο πια ο φόβος. Επιπλέον, ο πάσχοντας με τον θεραπευτή αναγνωρίζουν τους φόβους του πρώτου, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζουν την ζωή του με σκοπό να φτάσουν στην θεραπεία της διαταραχής (Μυτσκίδου, 1991).

- **Η Ειδική φοβία**

Η Ειδική φοβία ορίζεται ως τον έντονο και μη λογικό φόβο απέναντι σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση. Στα συμπτώματα συγκαταλέγονται η αποφυγή της επαφής του ατόμου που βιώνει την φοβία με το φοβικό αντικείμενο, η απώλεια ελέγχου, η λιποθυμία και οι κρίσεις πανικού (Austrian, 2005). Οι τύποι Ειδικής φοβίας είναι η φοβία για τα ζώα, για το φυσικό περιβάλλον, το αίμα, τις ενέσεις, τα τραύματα, το ύψος ή και τα αεροπλάνα. Ακόμα, οι ειδικές φοβίες μπορούν να προκληθούν από τραυματικά γεγονότα ζωής και από απροσδόκητες προσβολές πανικού. Η θεραπεία ωστόσο, βασίζεται στην Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία, στη Θεραπεία Συμπεριφοράς, στη Γνωστική- Συμπεριφορική θεραπεία, στην Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία και στην θεραπεία με φάρμακα (Σικελιανού, 2010).

- **Η Κοινωνική φοβία**

Η Κοινωνική φοβία είναι ο φόβος της ταπείνωσης ή αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις ή σε καταστάσεις όπου το άτομο πρέπει να επιτελέσει μια δραστηριότητα μπροστά σε κόσμο. Ο ασθενής με κοινωνική φοβία εκδηλώνει έντονο φόβο ότι είναι συνεχώς εκτεθειμένος μπροστά σε άλλους και πως αυτοί με την σειρά τους θα ασκήσουν αρνητική κριτική και το άτομο θα ταπεινωθεί, με αποτέλεσμα να αποφεύγει την έκθεση του σε κοινό. Επιπρόσθετα, σωματικά συμπτώματα είναι η εφίδρωση, το κοκκίνισμα, η διάρροια και άλλα (Getzfeld, 2009).

Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για την αντιμετώπιση της κοινωνικής φοβίας είναι η Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία. Η Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία αφορά στην τροποποίηση τόσο του τρόπου σκέψης του ατόμου όσο

και της συμπεριφοράς του. Πιο αναλυτικά, το άτομο θα προσπαθήσει να αντικαταστήσει τις δυσλειτουργικές σκέψεις του, με ρεαλιστικές σκέψεις, στηριζόμενες στην αντικειμενική πραγματικότητα. Επιπλέον, θα χρησιμοποιεί διάφορες τεχνικές, με σκοπό την αντιμετώπιση του προβλήματος του, όπως για παράδειγμα τεχνικές χαλάρωσης. Ένα ακόμη σημείο στο οποίο πρέπει να δοθεί έμφαση κατά την διάρκεια της θεραπείας είναι η διαδικασία της έκθεσης του ασθενή στην κατάσταση που του προκαλεί φόβο, με σκοπό να την αντιμετωπίσει (Ευθυμίου, Σιδέρη και Παυλάτου, 2006).

Άλλη μια θεραπεία που μπορεί να είναι αποτελεσματική για την αντιμετώπιση της κοινωνικής φοβίας είναι η ομαδική θεραπεία. Η αποτελεσματικότητά της οφείλεται στην ανάπτυξη τέτοιων συνθηκών, κατά των οποίων οι ασθενείς με κοινωνική φοβία μπορούν να μοιραστούν τις δικές τους εμπειρίες με δυσκολίες που είναι κοινές και στους άλλους. Συμπερασματικά, η ύπαρξη των παρόμοιων προβλημάτων μεταξύ των μελών της ομάδας, ενθαρρύνονται για την αντιμετώπιση της ασθένειας που τους ταλαιπωρεί. Ωστόσο, η ομοιογένεια των ομάδων, δηλαδή με μέλη- άτομα που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα αποτελεί σημαντική παράμετρο για την αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας. Τέλος, συγχρόνως με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία το άτομο μπορεί να δεχθεί και φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, η χρήση των αγχολυτικών φαρμάκων δεν ενδείκνυται για μακροχρόνια χρήση γεγονός το οποίο πρέπει να προσεχθεί (Ευθυμίου, Σιδέρη και Παυλάτου, 2006).

- **Η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (Ιδεοψυχαναγκαστική)**

Η διαταραχή αυτή προκειμένου να γίνει κατανοητή θα πρέπει να ορισθούν οι δυο έννοιες που εμπερικλείει η ονομασία, δηλαδή ο ψυχαναγκασμός και ο καταναγκασμός. Οι ψυχαναγκασμοί λοιπόν, αφορούν στις επίμονες ιδέες, σκέψεις ή εικόνες, οι οποίες εισβάλλουν στον νου του ασθενή και κρίνονται ως ακατάλληλες ή ως εμμονές. Αντίθετα, οι καταναγκασμοί αποτελούν επαναλαμβανόμενες και τελετουργικές συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις, τις οποίες ο ασθενής αναγκάζεται να πράξει, επιθυμώντας να απαλλαγεί από το έντονο άγχος που του προκαλούν οι επίμονες ιδέες (Getzfeld, 2009).

Οι τύποι των ψυχαναγκασμών και των καταναγκασμών διακρίνονται ανάλογα με τις ιδέες ή τις σκέψεις. Για παράδειγμα, οι σκέψεις μόλυνσης από απλές καθημερινές δραστηριότητες, οι σκέψεις αμφιβολίας για την εκτέλεση κάποιων ενεργειών, ή οι σκέψεις της τάξης ή της τακτοποίησης και άλλες (Σικελιανού, 2010).

Η θεραπεία της διαταραχής αυτής στηρίζεται στην Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, την Θεραπεία Συμπεριφοράς, την Οικογενειακή θεραπεία, στις ομάδες αυτοβοήθειας και στη θεραπεία με φάρμακα. Κατά την Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία το άτομο ενθαρρύνεται και στηρίζεται για την αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων. Στην θεραπεία Συμπεριφοράς ο ασθενής εκτίθεται σε φοβικές καταστάσεις, προκειμένου να παρεμποδιστούν οι καταναγκασμοί (Black και Andreasen, 2006). Σχετικά με τους ψυχαναγκασμούς εφαρμόζεται το “σταμάτημα της σκέψης” με την βοήθεια του θεραπευτή δηλαδή ο θεραπευτής σταματά την σκέψη του ασθενή, που τον ωθεί σε ψυχαναγκασμό (Σικελιανού, 2010). Τέλος, η Οικογενειακή θεραπεία εστιάζει την πληροφόρηση των μελών της σχετικά με την νόσο και την εκμάθηση τρόπων για την αρνητική ενίσχυση της καταναγκαστικής συμπεριφοράς. Συνδυαστικά με όλες τις θεραπείες μπορεί να χορηγηθεί και η φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς (Black και Andreasen, 2006).

- **Η Διαταραχή μετά από Μετατραυματικό Στρες**

Η Διαταραχή μετά από Μετατραυματικό στρες παρατηρείται σε άτομα, τα οποία βίωσαν οι ίδιοι ή ήταν μάρτυρες σε κάποιο τραυματικό γεγονός, όπως για παράδειγμα σε πόλεμο, βίαιες επιθέσεις (σεξουαλικές, σωματικές), ληστεία, ομηρία, φυλάκιση, τρομοκρατικές επιθέσεις, βασανιστήρια, φυσικές καταστροφές ή αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Η διαταραχή εκδηλώνεται με την αναβίωση του τραυματικού γεγονότος μέσω των ονείρων και των αναμνήσεων που τελικά καταλήγει να προκαλεί ευερεθιστότητα, συναισθηματικό μούδιασμα και αποξένωση από τους γύρω. Επιπλέον, τα άτομα αυτά εκδηλώνουν συναισθήματα ντροπής, επιθετική, παρορμητική και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Η θεραπεία βασίζεται κυρίως στην Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία για την αναγνώριση των υποσυνείδητων κινήτρων, των επιθυμιών και των φόβων του ατόμου, στα οποία οφείλεται η εκδήλωση των συμπτωμάτων. Ακόμα, με σκοπό την μείωση του άγχους χρησιμοποιείται η Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία και η Θεραπεία Συμπεριφοράς, ενώ

η Ομαδική Ψυχοθεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε άτομα που έχουν βιώσει το ίδιο τραυματικό γεγονός (Getzfeld, 2009)

- **Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή**

Χαρακτηρίζεται από μη ρεαλιστικό και υπερβολικό άγχος για διάφορες καταστάσεις της ζωής, το οποίο διαρκεί για τουλάχιστον 6 μήνες και συνοδεύεται από σωματικές αποκρίσεις όπως μυικοί πόνοι, ξηροστομία, εφίδρωση, ναυτία, στηθάγχη και κεφαλαλγίες. Επιπλέον, μπορεί να εκδηλωθεί και με μια ανησυχία για καθημερινά γεγονότα, τα οποία ωστόσο να μην δικαιολογούν αυτή την αντίδραση (Black και Andreassen, 2006). Για την αντιμετώπιση της χρησιμοποιείται η Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία, η οποία στοχεύει στον εντοπισμό και επίλυση των συγκρούσεων κατά την παιδική ηλικία που σχετίζονται με την εμφάνιση του άγχους. Επιπλέον, και η Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία συμβάλλει στην ενθάρρυνση του ατόμου να καταπολεμήσει το άγχος του. Από την άλλη, η θεραπεία Συμπεριφοράς μειώνει τα επίπεδα έντασης του άγχους με τεχνικές χαλάρωσης (Σικελιανού, 2010).

3.2 Διαταραχές Διάθεσης

Οι Διαταραχές της διάθεσης ή του συναισθήματος αναφέρονται σε ψυχοπαθολογικές καταστάσεις οι οποίες εντοπίζονται στο συναίσθημα και τελικά στην διάθεση του ατόμου (Χριστοδούλου, 2013). Οι κύριες κατηγορίες των διαταραχών διάθεσης είναι οι εξής:

- **Οι Καταθλιπτικές Διαταραχές** οι οποίες αποτελούνται από την α) Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή και β) την Δυσθυμική Διαταραχή.

Πιο αναλυτικά,

α) Η Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή επηρεάζει την λειτουργικότητα του ατόμου δηλαδή εντοπίζονται δυσκολίες στην εργασία, τις καθημερινές του δραστηριότητες, τον ύπνο και την σίτιση (Κουλουβάρη και Ευθυμίου, 2006). Επιπλέον, το άτομο που πάσχει από την συγκεκριμένη διαταραχή χαρακτηρίζεται από ένα γενικότερο

καταθλιπτικό συναίσθημα με διακυμάνσεις κατά την διάρκεια της ημέρας, ανηδονία όχι μόνο κατά τις σεξουαλικές του επαφές αλλά και στις υπόλοιπες δραστηριότητές του, συνεχής κόπωση και αυτό σημαίνει ότι δημιουργούνται και σωματικά συμπτώματα όπως κεφαλαλγίες, οσφυαλγίες και άλλα. Επίσης, αισθήματα αναξιότητας, χαμηλής αυτοεκτίμησης και ενοχής, καθώς και τάσεις αυτοκτονίας και αυτοκτονικού ιδεασμού είναι και αυτά γνωρίσματα ενός καταθλιπτικού ασθενή (Αγγελόπουλος, 2009).

β) την Δυσθυμική Διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από μια συνεχή κατάσταση κατάθλιψης σε ήπια μορφή για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας για τουλάχιστον δύο χρόνια. Η κατάσταση κατάθλιψης αποτελείται από τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν προηγουμένως για την Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (Χριστοδούλου, 2013).

- **Οι Διπολικές Διαταραχές** οι οποίες διαχωρίζονται σε α) Διπολική I Διαταραχή, β) Διπολική II Διαταραχή, γ) Κυκλοθυμική Διαταραχή και δ) Διπολική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Πιο αναλυτικά,

α) Η Διπολική I Διαταραχή που διαθέτει ένα ή περισσότερα Μανιακά ή Μικτά επεισόδια και ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά επεισόδια. Ανάλογα με την Φάση (Φάση Μανίας και Φάση Κατάθλιψης) εμφανίζονται τα αντίστοιχα συμπτώματα σε ακραία μορφή. Πιο επεξηγηματικά, κατά την Φάση Μανίας ο ασθενής εμφανίζει διογκωμένη αυτοεκτίμηση, πίεση λόγου, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, φυγή ιδεών, διάσπαση προσοχής, αυξημένη δραστηριότητα, διαταραχή και αστάθεια στην συναισθηματική του διάθεση, παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις. Σε αντίθεση με την Φάση Κατάθλιψης κατά την διάρκεια της οποίας εμφανίζονται τα αντίστοιχα συμπτώματα (Black and Andreasen, 2006).

β) Η Διπολική II Διαταραχή στην οποία εμφανίζονται ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά επεισόδια με τουλάχιστον ένα Υπομανιακό επεισόδιο. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν καταθλιπτικά επεισόδια μαζί με υπομανιακά, τα οποία ωστόσο είναι ηπιότερης μορφής σε σύγκριση με αυτά του Μανιακού επεισοδίου. Κάνουμε λόγο δηλαδή για μη έντονη λειτουργικότητα του ασθενή (Κουλουβάρη και Ευθυμίου, 2006).

γ) Η Κυκλοθυμική Διαταραχή χαρακτηρίζεται από αστάθεια του συναισθήματος, της σκέψης και της συμπεριφοράς και με περιόδους ήπιας κατάθλιψης με διακυμάνσεις. Χαρακτηριστικά στοιχεία αποτελούν τα υπομανιακά και τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Αγγελόπουλος, 2009).

δ) Η Διπολική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς δεν πληροί τα κριτήρια για την ένταξή της σε κάποια από τις προηγούμενες Διπολικές διαταραχές.

Η θεραπεία των Διαταραχών της Διάθεσης υποστηρίζεται πως δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί με την χρήση μιας μόνο θεραπείας λόγω των πολύπλοκων παραγόντων που την έχουν προκαλέσει. Σε πολλές περιπτώσεις, έχει επικρατήσει ο συνδυασμός θεραπευτικών μεθόδων για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση και πιο συγκεκριμένα με ένα είδος ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής (Αγγελόπουλος, 2009). Οι συνηθέστερες ψυχοθεραπείες είναι η Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία, η Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία, η Διαπροσωπική θεραπεία, η Ομαδική θεραπεία και η Γνωστική θεραπεία. Η Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία είναι βραχείας μορφής και αποσκοπεί στην ανακούφιση των συμπτωμάτων, ενώ η Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία ασχολείται με τα παιδικά βιώματα του ασθενή για την επαναβίωση των συγκρούσεων και την επίλυσή τους μέσω της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης, έτσι ώστε οι διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενή να βελτιωθούν αλλά και να αναπτυχθούν. Η Διαπροσωπική θεραπεία δίνει έμφαση στην ενθάρρυνση και υποστήριξη του ασθενή, στην ενημέρωση για την νόσο από την οποία πάσχει, καθώς και για τον τρόπο διαχείρισης των ζητημάτων που προκύπτουν από τις αλληλεπιδράσεις με τους άλλους. Στην βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και στην αυτοεκτίμηση του ασθενή συμβάλλει και η Ομαδική θεραπεία, και τέλος η Γνωστική θεραπεία εστιάζεται στην αναγνώριση και την διόρθωση των λαθεμένων σκέψεων από τον ασθενή (Σικελιανού, 2010).

Επιπλέον, μια άλλη μορφή θεραπεία η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται σε βαριάς μορφής κατάθλιψη με τα συμπτώματα του ασθενή να είναι έντονα και η ζωή του να απειλείται. Η αποτελεσματικότητά της είναι πιο άμεση σε σύγκριση με τις άλλες μεθόδους, ακόμα και από την επίδραση των φαρμάκων (Getzfeld, 2009).

Ακόμα, έμφαση κατά την θεραπεία του ασθενή δίνεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, όπως για παράδειγμα σε αυτό της διαταραχής της τροφής με απώλεια

της όρεξης ή με βουλιμικά επεισόδια, τα οποία διαχειρίζονται με την συμβολή διαιτολόγου και την σωματική άσκηση του ασθενούς (Αγγελόπουλος, 2009).

Η φαρμακευτική αγωγή επίσης, προσφέρει μείωση της έντασης των συμπτωμάτων με την χρήση αντικαταθλιπτικών στα καταθλιπτικά επεισόδια, ενώ για τα μανιακά επεισόδια χορηγούνται φάρμακα κυρίως με λίθιο και βενζοδιαζεπίνη (Kring, et al, 2010).

3.3 Σωματόμορφες Διαταραχές

Οι Σωματόμορφες διαταραχές διαθέτουν κοινό χαρακτηριστικό την ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα αυτά συνήθως είναι παροδικά, πολλές φορές όμως εξακολουθούν να απασχολούν τους ασθενείς και τότε δημιουργούν αισθήματα δυσφορίας και παράλληλα μειώνουν την λειτουργικότητά του. Ωστόσο, η διάγνωση που πραγματοποιείται δεν αφορά σε σωματικές ασθένειες (Ευσταθίου, 2008). Οι διαταραχές αυτές είναι:

- **η Σωματοποιητική Διαταραχή (Σύνδρομο Briquet).** Τα κλινικά συμπτώματα της διαταραχής αυτής είναι σωματικά συμπτώματα τα οποία αποτελούν αφορμή για συνεχή ιατρική φροντίδα και διάγνωση χωρίς την παρουσία οργανικής αιτιολογίας. Τέτοια συμπτώματα αφορούν το νευρολογικό, το γαστρεντερικό, το γυναικολογικό ή το καρδιοαναπνευστικό σύστημα. Μερικά ακόμη συμπτώματα είναι το άγχος, η κατάθλιψη και οι απόπειρες αυτοκτονίας (Kring et al., 2010).
- **η Διαταραχή της Μετατροπής** αποτελείται από έντονα σωματικά συμπτώματα που δεν ταιριάζουν με τα συμπτώματα κάποιας σωματικής ασθένειας ή αφορούν σε ελλείμματα στην κινητική ή αισθητηριακή λειτουργικότητα του ατόμου (Αγγελόπουλος, 2009).
- **η Σωματοδυσμορφική Διαταραχή** σχετίζεται με έντονη και επίμονη ενασχόληση του ατόμου με ζητήματα που αφορούν στην εξωτερική του εμφάνιση. Αυτά τα ζητήματα είτε υπάρχουν, είτε δεν υπάρχουν απασχολούν σε υπερβολικό βαθμό τον ασθενή. Για παράδειγμα, η ακμή, μεγάλα ή μικρά μέλη του σώματος, ρυτίδες, σημάδια και άλλα. Επιπλέον, χαρακτηριστική

συμπεριφορά είναι το γεγονός πως ξοδεύουν πολλές ώρες μπροστά στον καθρέφτη ή κοιτάζουν τα μέλη του σώματος τους με μεγεθυντικό φακό ή άλλα εργαλεία (Ευσταθίου, 2008).

- **η Διαταραχή του Πόνου.** Χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι ο πόνος σε ένα ή σε περισσότερα σημεία του σώματος, του οποίου η αιτία πρόσκλησής του αποτελεί ψυχολογικό αίτιο (Black and Andreasen, 2006).
- **η Υποχονδρίαση** έχει κλινικά συμπτώματα τον έντονο φόβο για την ύπαρξη κάποιας ασθένειας, την έντονη ενασχόληση με τις σωματικές λειτουργίες, την παρερμηνεία των σωματικών συμπτωμάτων, δηλαδή την μη ύπαρξη παθολογίας αλλά την αξιολόγηση τους από το άτομο ως σοβαρά και άξια ιατρικών εξετάσεων και θεραπείας (Kring et al., 2010).

Η θεραπεία των Σωματόμορφων διαταραχών βασίζεται στον ιατρικό τομέα. Πιο συγκεκριμένα, ο ασθενής θα πλησιάσει αρχικά έναν γιατρό, προκειμένου να απαλλαγθεί από τα σωματικά συμπτώματα. Στην περίπτωση που παραπεμφθεί σε κάποιον ψυχολόγο χρησιμοποιούνται κυρίως η Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, η Γνωστική ψυχοθεραπεία και οι Συμπεριφορικές τεχνικές. Σύμφωνα με το πρώτο είδος ψυχοθεραπείας, ο ασθενής θα κληθεί να ασχοληθεί με τις συγκρούσεις που συνδέονται με την διαταραχή, ενώ στο δεύτερο να κατανοήσει την παρερμηνεία των συμπτωμάτων του και τέλος, το τρίτο αφορά σε τεχνικές χαλάρωσης από τον πόνο. Όλες οι θεραπείες εστιάζουν στην κατανόηση από τον ασθενή ότι τα αίτια των σωματικών συμπτωμάτων είναι ψυχολογικά, με αποτέλεσμα να περιορίσει τις επισκέψεις σε γιατρούς (Σικελιανού, 2010). Τέλος, σύμφωνα με τον Αγγελόπουλο ο συνδυασμός της ψυχοθεραπείας με αντικαταθλιπτικά φάρμακα και σωματική άσκηση είναι περισσότερο αποτελεσματικός (Αγγελόπουλος, 2009).

3.4 Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής

Οι διαταραχές αυτές μπορεί να αφορούν στην ποσότητα κατανάλωσης της τροφής δηλαδή στο ένα άκρο την υπερβολική κατανάλωση και στο άλλο καθόλου κατανάλωση, αλλά και στην ποιότητα τροφής, η οποία σχετίζεται με ιδιόμορφες παρεκκλίσεις στην αναζήτηση τροφής. Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι

λόγω της συνοσηρότητας των διαταραχών αυτών με αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές διάθεσης όπως η κατάθλιψη αλλά και ψυχώσεις καθιστά την ψυχολογική βοήθεια, πλην της ιατρικής, απαραίτητη. Πιο αναλυτικά, οι διαταραχές λήψης τροφής είναι:

- **Πολυδιψία**, η οποία αφορά στην κατανάλωση μεγάλης ποσότητας νερού. Συναντάται σε ασθενείς με νοητικές υστερήσεις, αυτισμό, με ψυχωσικές διαταραχές και έχει τον χαρακτήρα ψυχαναγκασμού (Αγγελόπουλος, 2009).
- **Βρώση μη τροφικών ουσιών**, όπως για παράδειγμα χόμα, λάσπη, κιμωλία, αλεσμένος καφές, στάχτη από τσιγάρα, σκουπίδια, κόπρανα, και άλλα (Αγγελόπουλος, 2009).
- **Νηστεία** σχετίζεται με θρησκευτικό ιδεώδες και γίνεται επικίνδυνο από ασθενείς παρανοϊκού τύπου, οι οποίοι διακατέχονται από παραληρητικές ιδέες δηλητηρίασης (Apfeldorfer, 1995).
- **Παχυσαρκία** είναι η αύξηση του βάρους του σώματος μετά από κατανάλωση μη υγιεινών τροφών και χωρίς την σωματική άσκηση. Η παχυσαρκία απασχολεί πολλές χώρες με υψηλά ποσοστά, αφού συνήθως συσχετίζεται με την ύπαρξη άγχους και κατάθλιψης. Αξίζει να αναφερθεί ότι δεν εντάσσεται στις διαταραχές λήψης τροφής διότι αποτελεί μια ιατρική κατάσταση. Παρόλα αυτά τα αίτια της προέρχονται από ψυχολογικούς παράγοντες. Η χρήση δίαιτας, σωματικής άσκησης και η τροποποίηση της συμπεριφοράς, καθώς και φαρμακευτικές ουσίες είναι ευρέως γνωστές. Ωστόσο, χρειάζεται και ψυχολογική βοήθεια, αφού η διαταραχή αυτή οφείλεται σε καταπιεσμένες ή απωθημένες ανάγκες για αγάπη και φροντίδα (Αγγελόπουλος, 2009).
- **Ψυχογενής ανορεξία**. Κατά την ψυχογενή ανορεξία το άτομο υποβάλλει τον εαυτό του σε αφαγία, προκειμένου να φτάσει στο επιθυμητό βάρος αλλά μη φυσιολογικό για την ηλικία και το ύψος του, ενώ συνυπάρχει ο φόβος ότι θα ξανά πάρει βάρος και γι' αυτόν τον λόγο συνεχίζει να χάνει. Ακόμα, το άτομο διακρίνεται από άρνηση του γεγονότος ότι βρίσκεται σε επικίνδυνα χαμηλά επίπεδα βάρους. Επιπλέον χαρακτηριστικό αποτελούν τα σωματικά συμπτώματα όπως για παράδειγμα κούραση, υποθερμία, ζάλη, δύσπνοια αλλά και ύπαρξη επεισοδίων υπερφαγίας ή/και εφαρμογή συμπεριφοράς κάθαρσης με την

πρόκληση εμετού. Η θεραπεία αφορά κυρίως στην ιατρική βοήθεια, αφού το άτομο κινδυνεύει πλέον να πεθάνει αλλά και στην ατομική, ομαδική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία για την αποτελεσματικότερη στήριξη του ασθενούς. Τέλος, η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής είναι και αυτή προτεινόμενη (Getzfeld, 2009).

- **Ψυχογενής βουλιμία** αποτελείται από επανειλημμένα επεισόδια βουλιμίας, κατά τα οποία το άτομο αδυνατεί να ελέγξει την ποσότητα του φαγητού που καταναλώνει, και την προσπάθεια για την μη πρόσληψη βάρους με την χρήση του εμετού, των καθαρτικών και άλλων. Ακόμα, η ενασχόληση με την εικόνα του σώματος και το βάρος είναι υπερβολική (Kring et al., 2010). Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με το DSM-IV ο ασθενής εμφανίζει περιοδικά επεισόδια ανεξέλεγκτης υπερφαγίας, επεισόδια εξισορρόπησης για την αποφυγή βάρους, όπως προαναφέρθηκε, ενώ η άποψη για τον εαυτό του επηρεάζεται λανθασμένα από την μορφή και το βάρος του σώματος (Apfeldorfer, 1995).
- **Αδηφαγική διαταραχή ή διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας** είναι η υπερβολική και ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής υψηλής θερμιδικής αξίας σε μικρό χρονικό διάστημα. Αυτά τα επεισόδια συνδέονται με στρεσογόνα γεγονότα που βιώνει το άτομο και σε αντίθεση με τον βουλιμικό ασθενή δεν προσπαθεί να αντισταθμίσει την υπερφαγία με καθαρτικά και εμετούς (Black and Andreasen, 2006).

Η θεραπεία των διαταραχών λήψης τροφής έχει ως στόχους α) την αποκατάσταση της διατροφικής κατάστασης του ασθενή, β) την τροποποίηση των διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών και γ) την αλλαγή των λαθεμένων πεποιθήσεων του ασθενή για το σώμα του. Ακόμα, η υλοποίηση αυτών των στόχων μπορεί να λάβει χώρα είτε σε κάποια νοσηλευτική κλινική είτε εξωτερικά με την χρήση φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και ατομικής, ομαδικής αλλά και οικογενειακής ψυχοθεραπείας. Πιο αναλυτικά, η στήριξη του ασθενούς πραγματοποιείται με την τροποποίηση της παθολογικής του συμπεριφοράς, κατά την διάρκεια της ατομικής και συνήθως γνωστικής ψυχοθεραπείας, καθώς και με την οικογενειακή ψυχοθεραπεία, αφού τα μέλη της οικογένειας ενημερώνονται για την ασθένεια, αλλά και από την ομαδική, αφού τα ομοιοπαθή μέλη μπορούν να προσφέρουν επιπλέον στήριξη και κατανόηση (Getzfeld, 2009).

3.5 Διαταραχές Προσωπικότητας

Οι Διαταραχές Προσωπικότητας σύμφωνα με τον Αγγελόπουλο χαρακτηρίζονται από «ακραίες μορφές συμπεριφοράς, που αφορούν στην προσωπική και την κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου, ανάγονται στην κατασκευή του χαρακτήρα του και είναι ανεξάρτητες από τη νοητική και ψυχική απαρτίωση» (Αγγελόπουλος, 2009:454). Η εγκυρότητα της ταξινόμησης των διαταραχών αυτών έχει απασχολήσει αρκετά και γι' αυτό τον λόγο έχουν γίνει πολλές προσπάθειες διαχώρισής τους. Η τελευταία προσπάθεια έγινε από το ταξινομικό σύστημα DSM-IV με την ομαδοποίηση των διαταραχών και έχει ως εξής:

Κατηγορία Α' η οποία περιλαμβάνει τις διαταραχές που χαρακτηρίζονται από περίεργη ή εκκεντρική συμπεριφορά. Πιο συγκεκριμένα,

- **η Παρανοειδής προσωπικότητα** η οποία χαρακτηρίζεται από τα συμπτώματα της έντονης καχυποψίας και της δυσπιστίας προς τους άλλους. Γενικά, οι ασθενείς αυτής της διαταραχής υποστηρίζουν έντονα τις υποψίες τους, αμφισβητούν τους φίλους τους και δεν δέχονται κριτική. Επίσης, δεν αποκαλύπτουν στοιχεία για τον εαυτό τους διότι θεωρούν ότι θα χρησιμοποιηθούν εναντίον τους. Η θεραπεία η οποία μπορεί να φέρει αποτελέσματα σε αυτή την διαταραχή είναι η ατομική υποστηρικτικού τύπου. Ωστόσο, λόγω των συμπτωμάτων της επιφυλακτικότητας και της επιθετικότητας η θεραπεία θα έχει αρκετές δυσκολίες. Για τον λόγο αυτό είναι σημαντικό ο θεραπευτής να εγκαταστήσει ένα μη-απειλητικό και εμπιστευτικό κλίμα, ώστε ο ασθενής να έρθει σε επαφή με τα στοιχεία της διαταραχής του. Η διαδικασία αυτή απαιτεί αρκετό χρόνο, προκειμένου να μην γίνουν βιαστικά βήματα και ο ασθενής αισθανθεί απειλή. Τέλος, σε αυτούς τους ασθενείς δεν χρησιμοποιείται η ομαδική θεραπεία διότι αφυπνίζονται οι καχυποψίες τους (Σπανού, Καζάνη και Τριπόδης, 2008).
- **η Σχιζοειδής προσωπικότητα** περιλαμβάνει στοιχεία απομάκρυνσης και μοναχικότητας, καθώς και αδυναμία έκφρασης συναισθημάτων (Ευσταθίου, 2005). Οι ασθενείς και σε αυτήν την περίπτωση δεν αναζητούν βοήθεια, μόνο στην περίπτωση που συνυπάρχει κάποια άλλη διαταραχή (πχ. εξάρτηση από ουσίες). Επομένως, η θεραπεία για την σχιζοειδή προσωπικότητα αν γίνει θα είναι

και πάλι υποστηρικτικού τύπου ή συμπεριφορική, προκειμένου να συμμετάσχει σε κοινωνικές δραστηριότητες (Σικελιανού, 2010).

- **η Σχιζότυπη προσωπικότητα** έχει παρόμοια συμπτώματα με αυτά της σχιζοφρένειας. Τα κοινά συμπτώματα είναι η εκκεντρική συμπεριφορά και εμφάνιση, η ασαφής ομιλία αλλά και το απρόσφορο συναίσθημα. Ωστόσο, δεν περιλαμβάνει τα ψυχωσικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας όπως τις ψευδαισθήσεις και τις παραισθήσεις. Η θεραπεία είναι ίδιου τύπου με τις παραπάνω διαταραχές (Αγγελόπουλος, 2009). Επιπλέον, μπορεί να χορηγηθούν αντιψυχωσικά φάρμακα (νευρολεπτικά) σε παρανοϊκού τύπου άτομα. Η ομαδική ψυχοθεραπεία που διαθέτει καλές δομημένες συνθήκες μπορεί να βοηθήσει, όχι όμως στους παρανοϊκούς ασθενείς (Σπανού, Καζάνη και Τριπόδης, 2008).

Κατηγορία Β' στην οποία ανήκουν οι διαταραχές προσωπικότητας με θεατρική, συναισθηματική ή παρορμητική συμπεριφορά, δηλαδή

- **η Αντικοινωνική προσωπικότητα**, κατά την οποία οι ασθενείς παραβιάζουν τα δικαιώματα των άλλων, εκφράζουν μια επιθετική και ανεύθυνη συμπεριφορά, καθώς επίσης αδυνατούν να δημιουργήσουν ουσιαστικές διαπροσωπικές σχέσεις. Συνήθεις πρακτικές είναι οι κλοπές, οι φθορές σε ξένη περιουσία, η επιθετικότητα σε ανθρώπους και ζώα, οι παράνομες πράξεις και η εξάρτηση σε ουσίες. Οι ασθενείς αυτοί συνήθως είναι τοποθετημένοι σε Σωφρονιστικά καταστήματα και δεν επιθυμούν την αποθεραπεία τους παρά μόνο για να αποφύγουν τις νομικές συνέπειες. Ωστόσο, η ατομική και ομαδική θεραπεία, αλλά και η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να τελεσφορήσει (Black and Andreasen, 2006).
- **η Δραματική ή Ιστριονική προσωπικότητα** χαρακτηρίζεται από υπερβολική έκφραση του συναισθήματος και συνεχή αναζήτηση για προσοχή (Ευσταθίου, 2005). Ο τρόπος ομιλίας των ατόμων αυτών είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακός αλλά και θεατρικός με μη αληθή στοιχεία. Η θεραπεία που συνηθίζεται σε αυτή την διαταραχή είναι ατομικό είδος ψυχοθεραπείας με υποστηρικτικό και αποκαλυπτικό χαρακτήρα (Getzfeld, 2009).
- **η Μετ αιχμιακή ή Οριακή προσωπικότητα**. Οι σχέσεις των προσώπων με Μετ αιχμιακή προσωπικότητα διαθέτουν αστάθεια, ενώ οι ίδιοι εκφράζουν έντονη παρορμητικότητα, έντονη συναισθηματική αντίδραση, η οποία έχει απότομες εναλλαγές. Επιπλέον, οι άλλοι εξιδανικεύονται και υποτιμούνται σε μικρό

χρονικό διάστημα. Σε όλα τα επίπεδα υπάρχουν γρήγορες και απότομες αλλαγές και συγκεκριμένα στην προσωπική ζωή, στους στόχους, τις σεξουαλικές προτιμήσεις κλπ. (Kring et al., 2010). Τέλος, χρησιμοποιείται ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία όπου ο θεραπευτής θα κληθεί να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα θυμού, οργής, ενοχής, μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης από τον ασθενή. Στην περίπτωση συνοδών διαταραχών χορηγούνται και φάρμακα. Ακόμα, η Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, η Αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία και ο συνδυασμός τους με την Γνωστική αναφέρεται βοηθητική (Σικελιανού, 2010).

- **η Нарκисσιστική προσωπικότητα** εκφράζεται με μια αίσθηση προσωπικού μεγαλείου, εγωκεντρισμού, με αλαζονική συμπεριφορά, φθόνο προς τους άλλους, έντονη ενασχόληση με φαντασιώσεις υπερβολικής εξυπνάδας, επιτυχίας, δύναμης και ομορφιάς. Συνήθως, στην θεραπεία τα άτομα αυτά εκδηλώνουν απαξίωση προς τον θεραπευτή (Ευσταθίου, 2005). Ωστόσο, αν επιτευχθεί συμμετοχή στην θεραπεία χρησιμοποιείται συνήθως Ψυχαναλυτική αλλά και διαπροσωπική Γνωστικό-Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία (Black and Andreasen, 2006).

Κατηγορία Γ' με αγχώδη ή φοβική συμπεριφορά. Οι διαταραχές αυτές είναι

- **η Αποφευκτική προσωπικότητα**, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονη κοινωνική αναστολή, αισθήματα ανεπάρκειας και αναξιότητας, καθώς επίσης από υπερβολική ευαισθησία στην κριτική των άλλων (Getzfeld, 2009). Οι ψυχοθεραπείες που μπορούν να βοηθήσουν είναι η ατομική και η ομαδική για την αντιμετώπιση του κοινωνικού άγχους, η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, η συστηματική απευαισθητοποίηση και η γνωστική ψυχοθεραπεία για την αναγνώριση των λαθεμένων πεποιθήσεων, αλλά και η φαρμακευτική αγωγή (Σικελιανού, 2010).
- **η Εξαρτητική προσωπικότητα** αφορά στην εξαρτητική συμπεριφορά που εκφράζει το άτομο με τους άλλους διότι φοβάται πως θα το εγκαταλείψουν. Για αυτό τον λόγο, καταπιέζει τις ανάγκες του προκειμένου να μην διακινδυνεύσει τις σχέσεις του. Η ψυχοθεραπεία σε αυτό το είδος συμπεριφοράς θα πρέπει να εστιάσει στην ανάπτυξη του ατόμου για προσωπική αυτονομία, σε συνδυασμό με αγχολυτική φαρμακευτική αγωγή (Αγγελόπουλος, 2009).
- **η Ψυχαναγκαστική προσωπικότητα** έχει ως συμπτώματα την έντονη ενασχόληση του ατόμου με την οργάνωση, την τάξη, την τελειότητα, τον έλεγχο,

με κανόνες, με λεπτομέρειες και με υποχονδριακό έλεγχο της υγείας. Χαρακτηριστικό των ασθενών επίσης, αποτελεί το γεγονός ότι δυσκολεύονται να ζητήσουν ψυχολογική βοήθεια. Ωστόσο, η θεραπεία που μπορεί να βοηθήσει είναι η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, προκειμένου να έρθει σε επαφή με τον συναισθηματικό του κόσμο. Στην αναγνώριση των λαθεμένων πεποιθήσεών του μπορεί να συμβάλει η Γνωστική ψυχοθεραπεία (Kring et al., 2010).

- **και η μη Καθοριζόμενη προσωπικότητα** η οποία χαρακτηρίζεται από μεικτή συμπτωματολογία ή συμπτωματολογία που δεν ανήκει στις παραπάνω κατηγορίες (Ευσταθίου, 2005).

Αξίζει να αναφερθεί ότι όσον αφορά στην θεραπεία των ασθενών με διαταραχές προσωπικότητας θεωρείται από πολλούς συγγραφείς αρκετά δύσκολη και αυτό λόγω των εδραιωμένων πεποιθήσεων, που εξ αιτίας των χαρακτηριστικών των διαταραχών αρνούνται να μεταβληθούν. Αυτή η άρνηση εκφράζεται με την μη αναζήτηση για βοήθεια, την άρνηση της νόσου, την έκφραση επιθετικότητας και αμφισβήτησης κατά την διάρκεια της θεραπείας. Επομένως, κάνουμε λόγο για συμπεριφορά που δεν μεταβάλλεται με μία μοναδική θεραπεία αλλά με τον συνδυασμό των καταλλήλων, προκειμένου να μην προκληθεί η αναζωπύρωση των συμπτωμάτων των διαταραχών αλλά η συνειδητοποίηση των λαθεμένων γνωστικών σχημάτων του ασθενούς με αργό και μεθοδικό τρόπο (Ευσταθίου, 2005, Σπανού, Καζάνη και Τριπόδης, 2008).

3.6 Ψυχώσεις και Άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές

Οι ψυχώσεις είναι διαταραχές, κατά τις οποίες η σκέψη, το συναίσθημα, η επικοινωνία και η συμπεριφορά του ατόμου είναι σε τέτοιο βαθμό διαταραγμένα, με αποτέλεσμα το άτομο να μην μπορεί να ανταπεξέλθει σε όλες του τις δραστηριότητες σε κοινωνικό, επαγγελματικό και προσωπικό επίπεδο. Επιπλέον, το άτομο που πάσχει από κάποια ψύχωση αδυνατεί να διαχωρίσει το ψεύτικο από το πραγματικό (Kring et al., 2010).

Πιο αναλυτικά, οι ψυχωτικές διαταραχές είναι οι εξής:

- **η Σχιζοφρένεια** έχει κλινικά συμπτώματα την διαταραχή του περιεχομένου και του ειρμού της σκέψης με παραληρητικές ιδέες, τις εμμονές, την άκαμπτη σκέψη, τις ψευδαισθήσεις, την απώλεια ελέγχου του εγώ, την υπερευαισθησία σε ήχους, στο φως και τις οσμές. Επιπλέον, παράξενοι μανιερισμοί, αντίσταση σε εντολές, επίπεδο και απρόσφορο συναίσθημα, αδυναμία προσωπικής επαφής αλλά και εργασίας. Ακόμα, η σχιζοφρένεια ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων χαρακτηρίζεται από τρεις φάσεις α) την πρόδρομη, β) την ενεργό και γ) την υπολειμματική φάση. Για την θεραπεία της διαταραχής αυτής χρησιμοποιούνται οι σωματικές και οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Οι πρώτες περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή (αντιψυχωτικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα) και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Αντίθετα, οι ψυχοκοινωνικές αναφέρονται σε ενδονοσοκομειακή θεραπεία με την χρήση της εργοθεραπείας, της απασχολησιοθεραπείας, την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, την ατομική, την ομαδική και την οικογενειακή ψυχοθεραπεία, αλλά και την εξωνοσοκομειακή με την εφαρμογή των παραπάνω εκτός του περιβάλλοντος της νοσοκομειακής κλινικής (Black and Andreasen, 2006).
- **η Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή** διαφέρει από την σχιζοφρένεια στην διάρκεια της διαταραχής, η οποία είναι τουλάχιστον ένας μήνας και λιγότερο από έξι μήνες, καθώς και στο γεγονός ότι ο ασθενής δεν εμφανίζει κοινωνική και επαγγελματική μείωση της λειτουργικότητάς του (Σικελιανού, 2010).
- **η Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή**, η οποία δηλώνει ότι κατά την εμφάνιση της υπήρξαν και συμπτώματα ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου ή μανιακού ή μικτού επεισοδίου. Στην θεραπεία συμπεριλαμβάνονται τα αντιψυχωτικά φάρμακα ή συνδυασμός των αντικαταθλιπτικών και των αντιψυχωτικών φαρμάκων, νοσηλεία, εφόσον χρειάζεται, και την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (Getzfeld, 2009).
- **η Παραληρητική Διαταραχή** περιλαμβάνει παραληρητικές ιδέες με ακουστικές, οσφρητικές και οπτικές ψευδαισθήσεις. Στην περίπτωση που γίνεται βίαιος ο ασθενής νοσηλεύεται. Γενικότερα όμως χρησιμοποιούνται αντιψυχωτικά φάρμακα και ψυχοθεραπεία (Σικελιανού, 2010).

- **η Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή** σημαίνει την εμφάνιση ενός ψυχωτικού επεισοδίου με διάρκεια μια μέρα ή και λιγότερο από έναν μήνα. Η θεραπεία περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία (Black and Andreasen, 2006).
- **η Επινεμόμενη Διαταραχή** αφορά στην ανάπτυξη παραληρητικών ιδεών, οι οποίες έχουν προκύψει από στενή σχέση του ασθενούς με κάποιον άλλον που πάσχει από κάποια ψύχωση. Η μείωση των παραληρητικών ιδεών θα επιτευχθεί με την απομάκρυνση των ατόμων αυτών (Black and Andreasen, 2006).
- **η Ψυχωτική Διαταραχή** οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση και η Ψυχωτική Διαταραχή προκαλούμενη από Ουσίες. Η πρώτη προκαλείται από γενική ιατρική κατάσταση όπως για παράδειγμα νεοπλάσματα, κώφωση, ημικρανία κλπ και η δεύτερη διαταραχή από ουσίες όπως το αλκοόλ, αμφεταμίνες, κάνναβη, κοκκαΐνη, ψευδαισθησιογόνα κλπ. Σε αυτές τις περιπτώσεις χορηγούνται αντιψυχωτικά φάρμακα και η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (Σικελιανού, 2010).
- **η Ψυχωτική Διαταραχή** μη προσδιοριζόμενη αλλιώς διαθέτει ψυχωτικά συμπτώματα, ωστόσο δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την διάγνωση μιας ψυχωτικής διαταραχής (Σικελιανού, 2010).

3.7 Διαταραχές Συνδεόμενες με Αλκοόλ και Ουσίες

Οι εξαρτήσεις αφορούν στην επαναλαμβανόμενη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών κατά την οποία το άτομο αισθάνεται καλά ή αποφεύγει να αισθάνεται άσχημα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στο DSM-III-R, η εξάρτηση ορίζεται ως «δέσμη γνωσιακών, συμπεριφοριολογικών και φυσιολογικών συμπτωμάτων που υποδηλώνουν ότι το άτομο έχει μειωμένο έλεγχο της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και συνεχίζει την πρόσληψη της ουσίας παρά τις δυσμενείς συνέπειες». Ως συνέπειες της χρήσης το άτομο εμφανίζει αυξημένη ανοχή και σωματική αντίδραση στέρησης στην διακοπή της ουσίας. Γενικά, σημαίνει την ανάγκη κάποιου για κάτι ή για κάποιον προκειμένου να επιζήσει (World Health Organization, 1994:36).

Οι πιο γνωστές εξαρτήσεις είναι:

- **Η εξάρτηση στο αλκοόλ**

Αναφορικά με την κατάχρηση αλκοόλ το άτομο εμφανίζει κλινικά σημαντική έκπτωση, αντοχή στην χρήση της ουσίας, συμπτώματα όταν στερείται την ουσία, αλλά και απώλεια ελέγχου σχετικά με την ποσότητα λήψης της ουσίας. Ένα ακόμη χαρακτηριστικό του ατόμου είναι η άρνηση που εκδηλώνει σχετικά με την αποδοχή της κατάστασης της εξάρτησης (Getzfeld, 2009).

Η ουσιοεξάρτηση είναι γνωστή και ως εθισμός στις ουσίες. Οι εθισμένοι στο αλκοόλ θα βοηθηθούν με την ενδονοσοκομειακή θεραπεία, η οποία περιλαμβάνει την αποτοξίνωση του ατόμου από το αλκοόλ. Συμπληρωματικά, χρησιμοποιούνται και διάφορα είδη ψυχοθεραπείας κυρίως γνωστικής -συμπεριφορικής, ομάδες αυτοβοήθειας, αλλά και φαρμακευτική αγωγή. Κατά την εφαρμογή της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας, ο ασθενής μπορεί να μάθει να ελέγχει την ποσότητα κατανάλωσης του αλκοόλ, να μην χρησιμοποιεί αντικατάστατα, αλλά να δημιουργεί μια φανταστική εικόνα του εαυτού του που θα του δημιουργείται αποστροφή στην έκθεση του ποτού. Σε αυτό μπορεί να συμβάλλει και η θεραπεία του ζεύγους και της οικογένειας, προκειμένου ο ασθενής να υποστηρίζεται στην προσπάθεια αποτοξίνωσής του. Ακόμα, η συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας όπως αυτή των Αλκοολικών Ανώνυμων βοηθά το άτομο να έρθει σε επαφή με ομοίους του και να μην αισθάνεται μόνος του. Τέλος, λόγω του συνδυασμού της ύπαρξης του εθισμού στο αλκοόλ και κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής, όπως για παράδειγμα μείζονα καταθλιπτική, χρησιμοποιείται η φαρμακευτική αγωγή, προκειμένου να μειωθούν τα συμπτώματα του συνδυασμού αυτών των διαταραχών. Η αποτελεσματικότητα των θεραπειών περιορίζεται περισσότερο στα ενδονοσοκομειακά προγράμματα και στις συμπεριφορικές -γνωστικές ψυχοθεραπείες, που συμπεριλαμβάνουν τους οικείους του ασθενούς, αλλά και τις ομάδες αυτοβοήθειας (Kring et al., 2010).

- **Η εξάρτηση στις ναρκωτικές ουσίες**

όπως για παράδειγμα στην μαριχουάνα, σε αποιεϊδή, σε διεγερτικά (αμφεταμίνες, μεθαμφεταμίνες, κοκαΐνη,κρακ), σε ψευδαισθησιογόνα και έκσταση δημιουργούν κλινική έκπτωση, αντοχή, στερητικό σύνδρομο και απώλεια ελέγχου στην κατανάλωσή τους. Τα σωματικά συμπτώματα ποικίλουν ανάλογα με την ουσία, ενώ η θνησιμότητα εξ αιτίας της χρήσης τους αποτελεί καταλυτικό γεγονός. Η θεραπεία του

εθισμού σε ουσίες βασίζεται στην αποτοξίνωση που συμπεριλαμβάνει ενδονοσοκομειακά ή εξωνοσοκομειακά προγράμματα αλλά και γνωστική κυρίως θεραπεία. Τα προγράμματα μπορεί να είναι κλειστά ή ανοιχτά δηλαδή μπορεί να απαιτούν την διαμονή του ασθενή σε μια δομή ή και όχι αντίστοιχα. Επιπλέον, για την αποτοξίνωση από την ηρωίνη μπορεί να χρησιμοποιηθούν υποκατάστατα όπως η μεθαδόνη. Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί ότι η αποτελεσματικότητα σε κάθε εξάρτηση προϋποθέτει την αποδοχή της υπάρχουσας κατάστασης, την επιθυμία για θεραπεία και την διερεύνηση ποιου προγράμματος είναι περισσότερο κατάλληλο για το κάθε άτομο (Bergeret, 1982).

- **Η εξάρτηση στο κάπνισμα**

δημιουργεί προβλήματα κυρίως υγείας όπως καρκίνο στον πνεύμονα, στον λάρυγγα, τον οισοφάγο, το πάγκρεας, το στομάχι και αλλού. Είναι γνωστό πως και οι παθητικοί καπνιστές μπορούν να προσβληθούν από κάποια νόσο. Για την διακοπή του καπνίσματος χρησιμοποιούνται διάφορα προγράμματα σε κλινικές. Στις ψυχολογικές θεραπείες συμπεριλαμβάνονται πρακτικές που σχετίζονται με την εστίαση του καπνίσματος ως μιας δυσάρεστης και αηδιαστικής κατάστασης. Στην περίπτωση της γνωστικής ψυχοθεραπείας ο καπνιστής μαθαίνει να ελέγχει, να προγραμματίζει ή και να μειώνει το κάπνισμα. Άλλες θεραπείες βασίζονται στην χρήση υποκατάστατων όπως τσίχλες, αυτοκόλλητα, ή συσκευές εισπνοής, η αποτελεσματικότητας τους ωστόσο εντοπίζεται σε μικρό ποσοστό (Kring et al., 2010).

3.7.1 Διαταραχές Εθισμού – Μη Σχετιζόμενες με Ουσίες Διαταραχές

Οι μη σχετιζόμενες με ουσίες διαταραχές είναι:

- **η Παθολογική ενασχόληση με τυχερά παιχνίδια**, η οποία προκαλεί στον ασθενείς σοβαρές λειτουργικές επιπτώσεις. Οι ασθενείς σύμφωνα με το DSM-IV χαρακτηρίζονται από μια επίμονη και επαναλαμβανόμενη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά παιξίματος, ενώ η συμπεριφορά αυτή δεν σχετίζεται με μανιακό επεισόδιο. Η συννόσηση της διαταραχής αυτής με άλλες όπως αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, εξαρτήσεις σε αλκοόλ, νικοτίνη ή ουσίες, διαταραχές

διάθεσης ή άγχους και άλλες καθιστούν την αντιμετώπισή της αρκετά περίπλοκη. Η φαρμακοθεραπεία έχει δεχθεί κριτική για την αποτελεσματικότητά της, αφού ο αριθμός και η αξιοπιστία του δείγματος δεν μπορούν να θεωρηθούν έγκυρα και άρα γενικεύσιμα. Επιπλέον, η θεραπεία με βάση την ψυχοθεραπεία και συγκεκριμένα την γνωσιακή -συμπεριφορική προσέγγιση, την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, καθώς και προγράμματα (πχ. Ανώνυμοι Τζογαδόροι) και κλειστά νοσοκομειακά προγράμματα φέρουν περισσότερα αποτελέσματα (Οικονόμοι, Θεοδώρου και Παπαδημητρίου, 2015). Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ο παίκτης επιθυμεί να τιμωρήσει τον εαυτό του λόγω του άλυτου οιδιπόδειου συμπλέγματος. Ακόμα, μπορεί να εφαρμοστεί στους ασθενείς μιας ήπιας μορφής ηλεκτροσόκ κατά την διάρκεια του παιχνιδιού, προκειμένου να δημιουργηθεί αποστροφή προς τα παιχνίδια και να ενισχυθεί η μη ενασχόληση με αυτά. Ωστόσο, λόγω του πόνου που προκαλεί αποφεύγεται η μέθοδος αυτή. Από την άλλη, η γνωστική ψυχοθεραπεία εστιάζει στην κατανόηση και αναγνώριση των διαστρεβλωμένων σκέψεων και την αντικατάστασή τους με νέους τρόπους σκέψης βασισμένη σε αληθή γεγονότα. Τέλος, η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής συμβάλλει στην αλλαγή της διάθεσης ή στον περιορισμό της παρορμητικής συμπεριφοράς του ατόμου που είναι εξαρτημένο στα τυχερά παιχνίδια. Κυρίως το λίθιο, το οποίο είναι γνωστό για την αντιμετώπιση των διαταραχών διάθεσης μπορεί να ληφθεί στην περίπτωση που υπάρχει συννόσηση. Οι δύο βασικές θεραπευτικές αρχές όλων των μεθόδων είναι η αποχή και η ελεγχόμενη ενασχόληση. Η τελευταία χρησιμοποιείται κυρίως στους αμφυθιμικούς ασθενείς, οι οποίοι έχουν χαμηλό κίνητρο για την θεραπεία (Blaszczyński, 1998).

- **Η εξάρτηση στα παιχνίδια του διαδικτύου** αποτελεί μια διαταραχή που η επιστημονική κοινότητα επισημαίνει την περαιτέρω διερεύνησή της, καθώς η πλειονότητα των ερευνών προέρχονται από ασιατικές χώρες (Οικονόμου, Θεοδώρου και Παπαδημητρίου, 2015).

3.8 Σεξουαλικές Διαταραχές

Οι κατηγορίες των σεξουαλικών διαταραχών σύμφωνα με το DSM-IV είναι:

1) Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες που αφορούν στην διαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας ή στην διαταραχή με ψυχοβιολογική απόδοση. Αυτές αποτελούνται από τις:

- Διαταραχές σεξουαλικής επιθυμίας, οι οποίες διακρίνονται σε
 - Διαταραχή μειωμένης σεξουαλικής επιθυμίας
 - Διαταραχή σεξουαλικής αποστροφής
- Διαταραχές σεξουαλικής διέγερσης, οι οποίες διακρίνονται σε
 - Γυναικεία σεξουαλική διαταραχή διέγερσης
 - Ανδρική σεξουαλική διαταραχή διέγερσης
- Οργασμικές διαταραχές, οι οποίες διακρίνονται σε
 - Γυναικεία οργασμική διαταραχή
 - Ανδρική οργασμική διαταραχή
 - Πρόωρη εκσπερμάτιση
- Διαταραχές σεξουαλικού πόνου, οι οποίες διακρίνονται σε
 - Δυσπαρεύνια
 - Κολεόσπασμος
- Σεξουαλική δυσλειτουργία που οφείλεται σε γενική σωματική κατάσταση
 - Σεξουαλική δυσλειτουργία που προκαλείται από ουσίες
 - Σεξουαλική δυσλειτουργία μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (American Psychiatric Association, 1994).

Στην θεραπεία των σεξουαλικών δυσλειτουργιών συμπεριλαμβάνεται η δυαδική σεξοθεραπεία, η οποία έγινε γνωστή από τους William Masters και την Virginia Johnson και αφορά στην διερεύνηση των ψυχολογικών και φυσιολογικών εκφάνσεων του ζευγαριού, την διάγνωση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας και την εφαρμογή ασκήσεων κατά τις σεξουαλικές τους δραστηριότητες, με σκοπό την ενδυνάμωση της σχέσης των ατόμων και την διόρθωση των δυσλειτουργικών συμπεριφορών τους. Η θεραπεία του ζεύγους με συστημική αλλά και συμπεριφορική προσέγγιση μπορεί να επιλύσει ζητήματα επικοινωνίας και τελικά της σεξουαλικής επαφής. Η

πολυπλοκότητα όμως των ψυχικών διαταραχών απαιτούν τον συνδυασμό θεραπειών και τεχνικών. Για παράδειγμα, έντονο χαρακτηριστικό σύμπτωμα των ασθενών με σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι το άγχος. Επομένως, για την θεραπεία της δυσλειτουργίας θα πρέπει να συμπεριληφθεί η μείωσή του. Ακόμα, άλλες τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι ο καθοδηγούμενος αυνανισμός, οι διαδικασίες για την αλλαγή των στάσεων και των σκέψεων του ασθενή δηλαδή την αντικατάσταση των μη βοηθητικών στάσεων και σκέψεων για την σεξουαλική επαφή. Τέλος, η φαρμακευτική αγωγή και οι χειρουργικές θεραπείες σχετίζονται περισσότερο με τις σωματικές θεραπείες και φέρουν εν μέρη θετικά αποτελέσματα (Black and Andreasen, 2006).

2) Οι παραφιλίες που αποτελούνται από:

- Την Επιδειξιμανία: δηλαδή την τάση ή φαντασίωση ή συμπεριφορά έκθεσης των γεννητικών οργάνων σε ανυποψίαστα πρόσωπα (Γιωτάκος, 2004).
- Τον Φετιχισμό: σύμφωνα με το DSM-IV παρατηρούνται επαναλαμβανόμενες και επίμονες σεξουαλικές φαντασιώσεις, επιθυμίες ή συμπεριφορές που περιλαμβάνουν την χρήση αντικειμένων για 6 μήνες και πάνω και δημιουργούν μειωμένη λειτουργικότητα στην καθημερινότητα του ασθενή (American Psychiatric Association, 1994).
- Την Εφαψιομανία: το άγγιγμα δηλαδή ερωτογενών σημείων ενός αγνώστου προσώπου.
- Την Παιδοφιλία: ο σεξουαλικός εστιασμός δηλαδή σε παιδιά.
- Τον Σεξουαλικό μαζοχισμό: σεξουαλική ευχαρίστηση με πράξεις κακοποίησης ή τιμωρία από τον ερωτικό αντικείμενο.
- Τον Σεξουαλικό σαδισμό: σεξουαλική ευχαρίστηση με πράξεις κακοποίησης ή τιμωρία του ερωτικού αντικείμενου.
- Τον Παρενδυσιακό φετιχισμό: η ένδυση του προσώπου με ρούχα αντίθετου φύλου, με αποτέλεσμα την σεξουαλική διέγερση.
- Την Ηδονοβλεψία: παρακολούθηση ανυποψίαστων προσώπων που είναι γυμνά ή που επιδίδονται σε σεξουαλικές δραστηριότητες.
- Και τις Παραφιλίες μη προσδιοριζόμενες αλλιώς (Getzfeld, 2009).

Οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία των παραφυλιών σχετίζονται με την αναγνώριση της παρεκκλίνουσας σεξουαλικής συμπεριφοράς από τον ίδιο τον ασθενή, την μείωση των λανθασμένων τρόπων σκέψεων (κατά την γνωστική ψυχοθεραπεία αναφέρονται ως γνωστικές διαστρεβλώσεις (Beck, 1995)), την αύξηση της λειτουργικότητάς του στην καθημερινότητα, την διαχείριση των επιπέδων άγχους αλλά και την σεξουαλική του εκπαίδευση. Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία τονίζει την αλλαγή και αντικατάσταση των αντικειμένων διέγερσης με τις τεχνικές της αποστροφής, ευαισθητοποίησης και του κορεσμού. Στην πρώτη τεχνική, ο ασθενής μπορεί να εκτεθεί σε ένα ερέθισμα και κάθε φορά που εκφράζει την παρεκκλίνουσα συμπεριφορά δέχεται ένα ήπιο ηλεκτροσόκ. Αυτή η τεχνική έχει δεχθεί κριτική για δεοντολογικούς λόγους. Η απευαισθητοποίηση, κατά την οποία ο θεραπευτής προσθέτει σε μια σκηνή, που διαφαίνεται η συμπεριφορά του ασθενή, ένα δυσάρεστο και μη επιθυμητό γεγονός για τον ασθενή και την διαφυγή από την έκθεση. Με αυτή την μέθοδο αρκετοί ασθενείς μείωσαν την παρεκκλίνουσα σεξουαλική τους διέγερση, όχι όμως και την συμπεριφορά τους. Αντίθετα, ο κορεσμός δημιουργείται με την επαναλαμβανόμενη πρόκληση της παθολογικής συμπεριφοράς του ασθενούς και παρά την δεοντολογική κριτική που έχει δεχθεί, αρκετά αποτελέσματα ήταν θετικά για την θεραπεία. Οι βιολογικές θεραπείες, που συμπεριλαμβάνουν και την φαρμακοθεραπεία, εστιάζουν στην αφαίρεση ή την καταστολή των κέντρων του ασθενούς που είναι υπεύθυνα για τέτοιου είδους σεξουαλικές διεγέρσεις (Γιωτάκος, 2004).

3) Οι διαταραχές ταυτότητας φύλου δηλαδή την δυσφορία του ατόμου για το βιολογικό του φύλο και την επιθυμία του να αλλάξει. Αυτές είναι

- η Διαταραχή ταυτότητας του φύλου
- και η Διαταραχή ταυτότητας του φύλου μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Για τις διαταραχές του φύλου χρησιμοποιείται η αλλαγή του σώματος ή η αλλαγή της ψυχολογίας του ασθενούς, προκειμένου ο ίδιος να αισθάνεται καλά και με τα δύο. Η αλλαγή του σώματος για να ταιριάζει με το επιθυμητό φύλο του ασθενούς θα πραγματοποιηθεί με την διαδικασία της εγχείρισης. Ωστόσο, αυτή η διαδικασία μπορεί να συνοδεύεται από κάποιου είδους ψυχοθεραπεία για την στήριξή του.

Τέλος, η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία μπορεί να συμβάλλει στην τροποποίηση των συμπεριφορών που σχετίζονται με το φύλο (Kring et al., 2010).

4) Οι σεξουαλικές διαταραχές μη προσδιοριζόμενες αλλιώς είναι οι σεξουαλικές διαταραχές οι οποίες δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για να ενταχθούν στις προαναφερόμενες αλλά ούτε εμφανίζουν κάποιο σημείο διάκρισής τους από αυτές (American Psychiatric Association, 1994).

Κεφάλαιο 4: Η Εικονική Πραγματικότητα στην Ψυχοθεραπεία

Η τεχνολογία της εικονικής πραγματικότητας χρειάστηκε αρκετά χρόνια για να αναπτυχθεί ευρέως, πρόσφατα όμως οι σημαντικές βελτιώσεις που έχουν γίνει στους υπολογιστές και στις συσκευές αλλά και η μεγάλη μείωση του κόστους συνέβαλαν στην συχνότερη και ουσιαστικότερη χρήση της σε ποικίλα πεδία (Glanz et al., 2003). Σαν αποτέλεσμα αυτής της πρόσφατης τεχνολογικής ανάπτυξης, η χρήση της εικονικής πραγματικότητας έχει ενσωματωθεί και αναπτυχθεί και στο πεδίο της ψυχοθεραπείας (Carvalho et al., 2010). Η εφαρμογή αυτή είναι μία από τις αναδυόμενες και πιο αποτελεσματικές της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας (Romano, 2005) και αποτελεί πλέον ένα πολλά υποσχόμενο εργαλείο, τόσο στην θεραπεία όσο και στην αποκατάσταση (Rizzo and Kim, 2005).

Η ανάπτυξη της εφαρμογής της εικονικής πραγματικότητας στην ψυχοθεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική λόγω του ότι αντιπροσωπεύει πολλά περισσότερα από μια απλή επέκταση της υπάρχουσας τεχνολογίας υπολογιστών για ανθρώπινη χρήση. Η εικονική πραγματικότητα προσφέρει τη δυνατότητα να δημιουργηθούν συστηματικά ανθρώπινα τεστ, εκπαίδευση και ποικίλα θεραπευτικά περιβάλλοντα, ενώ επιπλέον μπορεί να αναπτυχθεί έτσι ώστε να παρουσιάζει ερεθίσματα που αξιολογούν και αποκαθιστούν την ανθρώπινη λειτουργία, και τα οποία δεν είναι εύκολα επιτεύξιμα και ελεγχόμενα στον πραγματικό κόσμο (Rizzo and Kim, 2005).

Η εικονική πραγματικότητα στην ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο για την επίτευξη τεχνικών της Γνωστικής – Συμπεριφορικής Θεραπείας, όμως ως μέσο και όχι ως αυτοτελή και ολοκληρωμένη θεραπεία. Όλοι οι θεραπευτές που ασχολούνται με αυτόν τον τύπο θεραπείας επισημαίνουν ότι δεν θα πρέπει η εικονική πραγματικότητα και τα όσα προσφέρει στην θεραπευτική διαδικασία να χρησιμοποιείται χωρίς την πλαισίωση της Γνωστικής – Συμπεριφορικής Θεωρίας σχετικά με την ανάλυση των σκέψεων και των συναισθημάτων του ασθενή και την ανάλογη διαχείρισή τους. Για το λόγο αυτό, κρίνεται απαραίτητο να γίνει αρχικά μια αναφορά στην θεωρία και στις τεχνικές της Γνωστικής – Συμπεριφορικής Θεραπείας, ώστε στη συνέχεια, η κατανόηση της Θεραπείας Εικονικής Πραγματικότητας να είναι ευκολότερη και ουσιαστικότερη.

4.1 Γνωστική – Συμπεριφορική Θεραπεία

Η Γνωστική – Συμπεριφορική Θεραπεία αναπτύχθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1950, ως αναγκαιότητα για την ύπαρξη ενός νέου ψυχοθεραπευτικού μοντέλου, πέρα από τα μέχρι τότε κυρίαρχα, το Ψυχαναλυτικό και το Συμπεριφοριστικό. Οι δύο αυτές θεωρίες φαίνεται ότι δεν ήταν επαρκείς για την αντιμετώπιση όλων των προβλημάτων και διαταραχών που τα άτομα εμφάνιζαν, ούτε ήταν από μόνες τους σε θέση να κατανοήσουν πλήρως την ανθρώπινη συμπεριφορά. Για το λόγο αυτό, άρχισαν να αναπτύσσονται οι λεγόμενες κοινωνικογνωστικές θεωρίες, οι οποίες εμπλούτισαν και εξέλιξαν τις υπάρχουσες κλασσικές θεωρίες της μάθησης και έδωσαν έμφαση στις ενσυνείδητες γνωστικές λειτουργίες με τις οποίες το άτομο προσλαμβάνει, οργανώνει, κωδικοποιεί και επεξεργάζεται τα πληροφοριακά ερεθίσματα, δημιουργώντας νέες γνωστικές δομές - τις ενδιάμεσες δηλαδή μεταβλητές ανάμεσα στο ερέθισμα και την αντίδραση (Χαρίλα, χ.χ., Dobson and Dozois, 2001).

Η Γνωστική – Συμπεριφορική Θεραπεία αποτελεί σύνθεση γνωστικών και συμπεριφορικών προσεγγίσεων. Στόχος της παρέμβασης είναι η αναγνώριση, η καταγραφή και η τροποποίηση των νοητικών συστημάτων του ατόμου έτσι ώστε να επιτευχθεί η γνωστική και συμπεριφορική αλλαγή (Ευσταθίου, χ.χ., Χαρίλα, 2007, Dobson and Dozois, 2001).

Για το λόγο αυτό, στη θεραπεία αυτή χρησιμοποιούνται τόσο συμπεριφορικές όσο και γνωστικές τεχνικές και μέθοδοι και οι οποίες ανάλογα τη φάση στην οποία η θεραπεία βρίσκεται αλλά και τους στόχους της, μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές (Ευσταθίου, χ.χ., Καλαντζή-Αζίζι, χ.χ., Χαρίλα, 2007).

Ο πυρήνας της Γνωστικής – Συμπεριφορικής Θεραπείας αποτελείται από τρεις βασικές αρχές:

1. η γνωσιακή λειτουργία επηρεάζει τη συμπεριφορά,
2. η γνωσιακή λειτουργία μπορεί να ελεγχθεί και να μεταβληθεί και

3. οι επιθυμητές αλλαγές στη συμπεριφορά μπορούν να επηρεαστούν από γνωσιακές αλλαγές.

(Ευσταθίου, χ.χ., Καλαντζή-Αζίζι, χ.χ., Dobson and Dozois, 2001)

Η διαφορά της θεραπείας αυτής σε σχέση με την παραδοσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία είναι στον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύεται η θεραπευτική βελτίωση. Ενώ στην Συμπεριφορική Θεωρία η θεραπευτική βελτίωση ερμηνεύεται μέσω των νόμων της μάθησης, στην Γνωστική ερμηνεύεται ως αποτέλεσμα αλλαγής των αντιλήψεων, των πεποιθήσεων και του τρόπου σκέψης του ατόμου. Ουσιαστικά, η Γνωστική – Συμπεριφορική προσέγγιση έχει αφομοιώσει τις συμπεριφοριστικές τεχνικές, τις χρησιμοποιεί όμως με διαφορετική συλλογιστική: εκεί που στη Συμπεριφορική παρέμβαση σκοπός είναι η ανακούφιση του συμπτώματος στη συμπεριφορά του ατόμου, στη Γνωστική παρέμβαση σκοπός είναι το άτομο, αναλύοντας τις σκέψεις που υπάρχουν πίσω από τη συμπεριφορά του, να τις διαμορφώσει με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να πάψουν να προκαλούν το σύμπτωμα (Ευσταθίου, χ.χ.).

Σήμερα, μοντέλα πρόληψης και παρέμβασης που βασίζονται στη Γνωστική – Συμπεριφορική Θεραπεία εφαρμόζονται κυρίως σε θέματα ψυχικής υγείας. Ιδιαίτερα δημοφιλής φαίνεται να έχει γίνει η θεραπεία αυτή στην αντιμετώπιση φοβιών, κατάθλιψης, αγχωδών διαταραχών όπως επίσης και σε αναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής/εφηβικής ηλικίας. Επιπλέον, στο φάσμα της παρέμβασης της θεραπείας αυτής περιλαμβάνονται οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, η χρήση εξαρτισιογόνων ουσιών, οι διαταραχές προσωπικότητας, τα προβλήματα στο ζευγάρι ή στην οικογένεια κ.α. (Καλαντζή-Αζίζι, χ.χ., Χαρίλα, 2007, Dobson and Dozois, 2001).

4.2 Θεραπεία με τη Χρήση Εικονικής Πραγματικότητας

Η εικονική πραγματικότητα αποκτά σταδιακά όλο και μεγαλύτερη αποδοχή από την κλινική κοινότητα, δεδομένου των τεράστιων δυνατοτήτων που προσφέρει. Πολλές ομάδες ερευνών έχουν ήδη αναδείξει τα πλεονεκτήματα και τις εφαρμογές της, ενώ οι δυνατότητές της φαίνεται πως καθιστούν δυνατό στο πολύ κοντινό μέλλον όλα τα κλινικά πεδία να αποκτήσουν όφελος από αυτήν την διεπαφή ανθρώπου-υπολογιστή (Botella et al., 2004).

Στην ιατρική, η εικονική πραγματικότητα εφαρμόζεται είτε ως εργαλείο προσομοίωσης είτε ως εργαλείο αλληλεπίδρασης. Για τους γιατρούς και τους χειρουργούς, η προσομοίωση υπερέχει της αλληλεπίδρασης: ο κύριος στόχος της εικονικής πραγματικότητας είναι η παρουσίαση εικονικών αντικειμένων σε όλες τις ανθρώπινες αισθήσεις με τρόπο παρόμοιο των φυσικών. Τέτοια παραδείγματα είναι η χειρουργική προσομοίωση, η πραγματοποίηση χειρουργείου με τηλεπαρουσία, η εικονική ενδοσκόπηση αλλά και η ιατρική εκπαίδευση. Αντίθετα, για τους κλινικούς ψυχολόγους και τους ειδικούς αποκατάστασης, η αλληλεπίδραση υπερέχει της προσομοίωσης: χρησιμοποιούν την εικονική πραγματικότητα για να παρέχουν ένα νέο παράδειγμα αλληλεπίδρασης ανθρώπου-υπολογιστή στο οποίο οι χρήστες δεν είναι πλέον απλοί παρατηρητές εικόνων στην οθόνη αλλά είναι ενεργοί συμμετέχοντες μέσα σε έναν τρισδιάστατο εικονικό κόσμο (Riva, 2006).

Η ιδέα να χρησιμοποιηθεί η εικονική πραγματικότητα στην αντιμετώπιση διαφόρων ψυχικών διαταραχών άρχισε να γίνεται πραγματικότητα στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Έκτοτε, η Θεραπεία Εικονικής Πραγματικότητας έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στην ειδική φοβία, την κοινωνική φοβία, τη διαταραχή μετά από μετατραυματικό στρες, στο άγχος, στις διαταραχές της διάθεσης, σε ορισμένες μορφές ψυχώσεων, στις εξαρτήσεις, στις διαταραχές πρόσληψης τροφής (North et al., 1998, Winerman, 2005). Σε επόμενο κεφάλαιο, γίνεται ανάλυση των διαταραχών στις οποίες έχει εφαρμοστεί αυτή η μορφή θεραπείας, ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση της εκάστοτε διαταραχής και τα αποτελέσματα που έχουν δείξει διάφορες έρευνες σχετικά με την επιτυχία ή όχι της θεραπείας.

Στα περισσότερα εικονικά περιβάλλοντα για κλινικούς επαγγελματίες, η εικονική πραγματικότητα χρησιμοποιείται με σκοπό να προσομοιώσει τον αληθινό κόσμο και να διασφαλίσει τον πλήρη έλεγχο του ερευνητή σε όλες τις παραμέτρους (Riva, 2006). Οι τεχνολογίες της εικονικής πραγματικότητας επιτρέπουν την δημιουργία μοντέλων του πραγματικού κόσμου που βασίζονται σε υπολογιστή και τα οποία μπορούν να αλληλεπιδράσουν με τους ανθρώπους μέσω διεπαφικών μηχανών (Eichenberg, 2011). Η εικονική πραγματικότητα αποτελεί ένα πολύ ευέλικτο εργαλείο, το οποίο καθιστά δυνατό να προγραμματιστεί μια τεράστια ποικιλία διαδικασιών παρέμβασης. Στην πραγματικότητα, η εικονική πραγματικότητα μπορεί να παίζει έναν σημαντικό ρόλο στην ψυχοθεραπεία ως ένας τύπος υποστηρικτικής

τεχνικής, προσφέροντας στην σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου, καθώς επίσης και βελτιώνοντας το θεραπευτικό περιβάλλον για τον ασθενή (Riva, 2006).

Ένα μεγάλο προσόν της εικονικής πραγματικότητας είναι η δυνατότητα που δίνει στον χρήστη να αντιμετωπίσει έναν φόβο ή να διαχειριστεί επιτυχώς μια προβληματική γι' αυτόν κατάσταση, αφού στην πραγματικότητα, τίποτα από όσα ο ασθενής ενδεχομένως φοβάται δεν μπορούν «αληθινά» να του συμβούν σε αυτό το εικονικό περιβάλλον (Hoffman, 2004, Riva, 2006). Με αυτή τη διαβεβαίωση λοιπόν, οι ασθενείς μπορούν να αντιμετωπίσουν τους φόβους τους, να εξερευνήσουν ελεύθερα, να πειραματιστούν, να βιώσουν αισθήματα ή σκέψεις (Riva, 2006). Η αντίληψη ότι αυτά τα εικονικά ερεθίσματα πυροδοτούν αληθινό άγχος, συχνά συνοδευόμενο από φυσιολογικά συμπτώματα (ανεβασμένη πίεση του αίματος, εφίδρωση, ναυτία κ.α.), έχει οδηγήσει στην ολοκλήρωση αυτών των μοντέρνων εφαρμογών στο φάσμα των τεχνικών θεραπευτικής παρέμβασης (Eichenberg, 2011).

Δύο καταστάσεις είναι απαραίτητες για να κατανοήσουμε τη σωματική και ψυχολογική εμπειρία των χρηστών στην εικονική πραγματικότητα και οι άνθρωποι να βιώσουν τα εικονικά περιβάλλοντα ως «αληθινά» και έτσι να καταστεί το περιβάλλον θεραπευτικά χρήσιμο: η «εμβύθιση» και η «παρουσία» (Eichenberg, 2011, Bailey et al., 2012).

Η αντικειμενική ανάμειξη ενός ατόμου με το εικονικό περιβάλλον χαρακτηρίζεται ως εμβύθιση. Ο οπτικός, ακουστικός και απτικός σχεδιασμός του εικονικού περιβάλλοντος δημιουργεί την τρισδιάστατη αντίληψη ότι το εικονικό περιβάλλον διευκολύνεται από συγκεκριμένες συσκευές εξόδου και ειδικές συσκευές εισόδου. Αυτές οι ειδικές συσκευές και συστήματα επιτρέπουν συγχρονισμένη δραστηριότητα και επικοινωνία με το μοντέλο ηλεκτρονικού υπολογιστή χρησιμοποιώντας κίνηση, μίμηση, γλώσσα, στάση του σώματος κλπ.

Η υποκειμενική εμπειρία του να είσαι φυσικά σε ένα εικονικό περιβάλλον και να αντιλαμβάνεσαι αυτό το περιβάλλον σαν αληθινό χαρακτηρίζεται ως παρουσία. Χαρακτηριστικά της παρουσίας είναι η αντίληψη του περιβάλλοντος ως αληθινό, το να αφήνεις έξω ερεθίσματα του αληθινού κόσμου καθώς επίσης ακούσιες και αντικειμενικά ανούσιες κινήσεις του σώματος (Eichenberg, 2011, Bailey et al., 2012).

4.3 Τύποι Εικονικής Πραγματικότητας στη Θεραπεία

Οι θεραπευτές χρησιμοποιούν κατά βάση δύο τύπους τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας στη θεραπεία, όπως επίσης και στην διδασκαλία, την εκπαίδευση και την οργανωτική συμβουλευτική. Ο πρώτος τύπος είναι αυτός της καθηλωτικής εικονικής πραγματικότητας (immersive virtual reality) στον οποίο οι άνθρωποι φοράνε γυαλιά και ακουστικά και είτε μεταφέρονται σε έναν τρισδιάστατο κόσμο που μπορεί να περιλαμβάνει εξαιρετικά ρεαλιστικές εικόνες και ήχους, καθώς επίσης και οσμές που δημιουργούνται από μηχανές παραγωγής αρωμάτων που ελέγχονται από υπολογιστές. Ο δεύτερος τύπος είναι αυτός της επίπεδης οθόνης (non-immersive, desktop environment) μέσω του οποίου μπορείς να έχεις πρόσβαση σε δημιουργημένα από υπολογιστή τρισδιάστατα περιβάλλοντα στον υπολογιστή ή την τηλεόραση (Robertson et al., 1993, Glanz et al., 2003, DeAngelis, 2012). Παρ' ότι τα συστήματα αυτά είναι αρκετά διαφορετικά, κοινό και για τα δύο χαρακτηριστικό είναι η εισαγωγή του στερεοσκοπικού βάθους, το οποίο δημιουργεί την ψευδαίσθηση ότι ο θεατής βλέπει αντικείμενα σε έναν εικονικό χώρο (Robertson et al., 1993).

4.3.1 Καθηλωτική

Όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο, στην καθηλωτική εμπύθιση οι χρήστες απομονώνονται πλήρως από το πραγματικό περιβάλλον με τη βοήθεια διαφόρων συσκευών εισόδου και εξόδου (Χαρίτος & Μαρτάκος, 1999, Jarrett, 2009). Στο τρισδιάστατο εικονικό περιβάλλον που δημιουργείται, οι χρήστες βιώνουν πλήρη ψυχική και συναισθηματική καθήλωση και αυτός ο τύπος αποτελεί τη μεγαλύτερη δυνατή εμπύθιση που μπορεί κάποιος να επιτύχει. Για την προσομοίωση του αληθινού κόσμου η καθηλωτική εμπύθιση παρέχει τη δυνατότητα άμεσης αντίδρασης του χρήστη, κάτι που είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στον τομέα της ψυχοθεραπείας (Robertson et al., 1993, Loomis et al., 1999, Jarrett, 2009).

Βασικά χαρακτηριστικά της καθηλωτικής εμπύθισης στην θεραπεία είναι ακόμα, η ικανότητα να αυξάνονται οι αισθήσεις και η φαντασία των ανθρώπων που τη χρησιμοποιούν. Μέσω της εικονικής πραγματικότητας οι ασθενείς έρχονται

αντιμέτωποι με σκηνές ή/και καταστάσεις που ενδέχεται να τροφοδοτούν αρνητικά συναισθήματα και αντιδράσεις. Το εικονικό περιβάλλον αναπαριστά την κατάσταση και προκαλεί στον ασθενή τα ίδια συναισθήματα που θα είχε και στην πραγματική ζωή. Με τον τρόπο αυτό ο θεραπευτής και ο ασθενής έχουν την δυνατότητα να δουλέψουν από κοινού στις αντιδράσεις που έχει το άτομο κατά τη διάρκεια της θεραπείας του σε πραγματικό χρόνο, όντας παράλληλα σε ένα πλήρως προστατευμένο περιβάλλον. Η εμπειρία αυτή επιτρέπει στους πελάτες να βιώσουν αρνητικά και δύσκολα συναισθήματα ελεγχόμενα, να εξασκήσουν τις δεξιότητες διαχείρισης συναισθημάτων και να κερδίσουν εμπιστοσύνη μέσα σε μια δεδομένη κατάσταση. Ο θεραπευτής έχει τη δυνατότητα να σταματήσει μια σκηνή σε μια κρίσιμη στιγμή ώστε να το συζητήσουν μαζί με τον ασθενή ή να επαναλάβουν ένα συγκεκριμένο σημείο όσες φορές κρίνεται απαραίτητο ώσπου ο ασθενής να μάθει πώς να διαφοροποιεί την αντίδρασή του σε αυτό (Jarrett, 2009, DeAngelis, 2012).

4.3.2 Μη Καθηλωτική

Η μη καθηλωτική εμπύθιση, ή αλλιώς περιβάλλον επίπεδης οθόνης, χαρακτηρίζεται από ελαφρώς λιγότερη διαδραστικότητα σε σύγκριση με την καθηλωτική (Robertson et al., 1993, Costello, 1997, Jarrett, 2009). Σε αυτήν την περίπτωση η εμπύθιση του χρήστη στο εικονικό περιβάλλον δεν είναι πλήρης, αφού δεν απομονώνεται από το πραγματικό περιβάλλον, έχει επίγνωση του φυσικού χώρου και εντάσσεται στον εικονικό κόσμο μέσω της οθόνης του υπολογιστή του (Jarrett, 2009). Παρ' όλα αυτά, καθώς ο χρήστης ελέγχει το άβαταρ και επικεντρώνεται σε αυτό, εμπυθίζεται ολοένα και περισσότερο στο εικονικό περιβάλλον. Όσο μεγαλύτερη λοιπόν η συγκέντρωση του χρήστη, τόσο μεγαλύτερη και η καθήλωση του (Robertson et al., 1993, Jarrett, 2009).

Η μη καθηλωτική εμπύθιση χρησιμοποιείται με ποικίλους τρόπους, όπως για την οργάνωση, διαχείριση και εκπαίδευση ομάδων. Όσον αφορά τη θεραπεία, η χρήση άβαταρ φαίνεται να έχει μεγάλο όφελος στην αναπαράσταση (role play), μια μέθοδος που είναι πολύ σημαντική στη θεραπεία του κοινωνικού άγχους και που χρησιμοποιείται για να βοηθήσει τους ασθενείς να μάθουν κοινωνικές δεξιότητες, να

δοκιμάσουν και να αντικρούσουν τις γνωστικές τους διαστρεβλώσεις σχετικά με τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και να βιώσουν ελεγχόμενο άγχος μπροστά σε κοινωνικές καταστάσεις. Επιπλέον, στην περίπτωση αυτή θετικό κρίνεται το γεγονός πως οι ασθενείς μπορούν να συνδεθούν στο σύστημα από οπουδήποτε και αν βρίσκονται. Έτσι, άνθρωποι που έχουν δυσκολία για οποιοδήποτε λόγο να μεταβούν στο γραφείο του θεραπευτή, μπορούν εύκολα να έχουν συνεδρίες μαζί του από το σπίτι, ακόμα και από μεγάλη απόσταση (Jarrett, 2009, DeAngelis, 2012).

Και στις δύο περιπτώσεις πάντως, η ιδέα είναι να αναδημιουργηθεί ένα πιστευτό τεχνητό περιβάλλον το οποίο θα διεγείρει στο άτομο φυσικές αποκρίσεις παρόμοιες με εκείνες που διεγείρονται σε ένα πραγματικό περιβάλλον. Η διαφορά εδώ είναι ότι οι αποκρίσεις αυτές μπορούν μεμονωμένα να ελεγχθούν, να αναπαραχθούν και να προσαρμοστούν στις εμπειρίες του ασθενή (Robertson et al., 1993, Romano, 2005, Jarrett, 2009).

Ο ασθενής έρχεται σε επαφή μόνο με περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά που μπορεί να ελέγξει αλλά και στο επίπεδο δυσκολίας, στην πολυπλοκότητα και το ποσό του ερεθίσματος που είναι σε θέση, ανάλογα πάντα με τη φύση και τη φάση της θεραπείας, να διαχειριστεί. Το περιβάλλον που δημιουργείται λοιπόν είναι εξαιρετικά επεκτάσιμο και ελεγχόμενο, κάτι που του δίνει τη δυνατότητα να προσαρμοστεί σε ποικίλες διαφορετικές καταστάσεις (Romano, 2005).

Επιπλέον, οι ασθενείς υποκινούνται από την καινοτόμα και την ψυχαγωγική φύση της εμπειρίας. Σε ορισμένες εφαρμογές οι ασθενείς έχουν την δυνατότητα να δουν τους εαυτούς τους να συμμετάσχουν σε διάφορες δραστηριότητες με εικονικούς ανθρώπους ενώ τους παρέχεται άμεση ανατροφοδότηση. Αυτό βελτιώνει δραματικά την εστίαση του ασθενούς και τη συμμόρφωση του στη θεραπεία (Romano, 2005).

4.4 Θεραπεία Έκθεσης μέσω Εικονικής Πραγματικότητας

Αυτήν την στιγμή, η μεγαλύτερη χρήση της εικονικής πραγματικότητας στα κλινικά περιβάλλοντα είναι στο πεδίο της θεραπείας έκθεσης, κυρίως γιατί η τεχνολογία

μπορεί να υποστηρίξει τις ανάγκες αυτής της κλινικής εφαρμογής (Botella et al., 2004, Fox, et al., 2009).

Η έκθεση –η εισαγωγή δηλαδή του ασθενή σε ελεγχόμενες ποσότητες του φοβικού αντικείμενου ή της φοβικής κατάστασης– αποτελεί βασικό συστατικό των περισσότερων μορφών γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας (Winerman, 2005).

Η έκθεση χωρίζεται σε δύο διαφορετικούς τύπους. Ο πρώτος τύπος είναι η πραγματική, «in vivo» έκθεση ή αλλιώς ψυχοκατακλυσμική θεραπεία. Ο ασθενής εκτίθεται κατευθείαν ή βαθμιαία στο φοβικό αντικείμενο ή στη φοβική κατάσταση, για μεγάλο χρονικό διάστημα και για πολλές φορές έως ότου αντιμετωπίσει τα συναισθήματα που του δημιουργούνται. Ο δεύτερος τύπος είναι η καθοδηγούμενη νοερή απεικόνιση ή αλλιώς συστηματική αποευσαισθητοποίηση. Εδώ ο ασθενής φαντάζεται την αγχογόνο κατάσταση σταδιακά και σε επανάληψη, από την λιγότερο στην περισσότερο αγχογόνο σκηνή, μέχρι να μην προκαλείται πια το αρνητικό συναίσθημα (Σικελιανού, 2010, Winerman, 2005). Σε κάθε περίπτωση, η τεχνική της έκθεσης χρησιμοποιείται με σημαντικά ποσοστά επιτυχίας στην αντιμετώπιση πολλών ψυχικών διαταραχών (Fox et al., 2009).

Κατά τη θεραπεία όμως, πολλοί ασθενείς δυσκολεύονται να φανταστούν την κατάσταση που τους προκαλεί το άγχος ενώ άλλοι εκφράζουν έντονη αποστροφή στο να βιώσουν την πραγματική κατάσταση που τους φοβίζει. Έτσι, στις αρχές του 1990, μερικοί θεραπευτές άρχισαν να φαντάζονται μια μέση λύση με την οποία θα μπορούσαν να δώσουν στους ασθενείς τους μια εμπειρία ρεαλιστικότερη από την φανταστική απεικόνιση αλλά ταυτόχρονα πιο βολική και ασφαλής από την in vivo έκθεση. Η τότε διαθέσιμη τεχνολογία εικονικής πραγματικότητας συνέβαλε σε αυτή τους την βλέψη (Hoffman, 2004, Winerman, 2005).

Τη δεκαετία του 1990 λοιπόν αρκετοί ψυχολόγοι και επιστήμονες υπολογιστών συνεργάστηκαν προκειμένου να δημιουργηθούν θεραπευτικά περιβάλλοντα τα οποία θα χρησιμοποιούνταν για την αντιμετώπιση διαφόρων διαταραχών. Μέσα στα επόμενα χρόνια δημοσιεύονται μελέτες σε επιστημονικά ψυχολογικά και θεραπευτικά περιοδικά οι οποίες υποστηρίζουν ότι η θεραπεία εικονικής πραγματικότητας φαίνεται να είναι ιδιαίτερα βοηθητική σε ασθενείς που πάσχουν από διάφορες ειδικές

φοβίες, όπως για παράδειγμα ο φόβος για τα ύψη ή για τα έντομα (Hoffman, 2004, Winerman, 2005).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, έκθεση μέσω εικονικής πραγματικότητας έχει αποδειχθεί ότι είναι τουλάχιστον τόσο αποτελεσματική όσο η ζωντανή έκθεση και ένα καλύτερο εργαλείο απ' ό τι η θεραπεία έκθεσης μέσω της φαντασίας (Hoffman, 2004, Romano, 2005) βοηθώντας κατ' αυτόν τον τρόπο να ξεπεραστούν τα προβλήματα και οι δυσκολίες που συνδέονται με την παραδοσιακή θεραπεία έκθεσης (North et al., 1998).

4.5 Εφαρμογές της Εικονικής Πραγματικότητας στην Κλινική Κοινωνική Εργασία

Εκτός από το θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο βασίζεται η χρήση της εικονικής πραγματικότητας για την θεραπεία και την μελέτη των συμπτωμάτων των ψυχικών διαταραχών, υπάρχουν και οι εφαρμογές που ολοκληρώνουν την χρήση της σε πρακτικό επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, αυτές που βρέθηκαν μετά από την έρευνά μας είναι η παροχή αυτού του είδους θεραπείας από ιδιωτικές κλινικές, από την αυτόβουλη αγορά του αντίστοιχου εξοπλισμού από τους ασθενείς- χρήστες, η χρήση του ηλεκτρονικού παιχνιδιού «Second Life» και η χρήση εφαρμογών μέσω smart phones.

Πιο αναλυτικά, οι *ιδιωτικές κλινικές* βρίσκονται κυρίως στο εξωτερικό. Στην Ελλάδα, όπως έχει αναφερθεί, η ύπαρξη τέτοιων κλινικών είναι περιορισμένη. Σε αυτές τις κλινικές παρέχεται ο κατάλληλος εξοπλισμός για την εμπύθιση των ασθενών, η οποία μπορεί να είναι είτε καθηλωτική είτε μη. Επιπλέον, στις κλινικές αυτές υπάρχει και το κατάλληλο εξειδικευμένο προσωπικό, όπως ψυχολόγοι, κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί αλλά και μηχανολόγοι, οι οποίοι συμβάλλουν στην διερεύνηση των αναγκών των ασθενών, την προσαρμογή της θεραπείας ανάλογα με τις ανάγκες τους, την αποκατάσταση βλαβών, σε μηχανολογικό ή σε ψυχολογικό-συναισθηματικό επίπεδο, από τους αντίστοιχους ειδικούς με σκοπό την θεραπεία τους. Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί ότι οι *δημόσιοι φορείς* μέχρι και σήμερα δεν παρέχουν αυτού του είδους θεραπεία.

Μια άλλη δυνατότητα χρήσης της εικονικής πραγματικότητας για την θεραπεία των ψυχικά ασθενών είναι μέσω της *αυτόβουλης αγοράς του αντίστοιχου εξοπλισμού* για την εμπύθιση τους σε μια εφαρμογή, η οποία υποστηρίζεται και εκτελείται με την χρήση *smart phones, tablet, ηλεκτρονικού υπολογιστή και άλλων συσκευών*. Αυτή η δυνατότητα απαιτεί την γνώση της χρήσης της εφαρμογής και των συσκευών, καθώς και την επιβάρυνση του κόστους της αγοράς του εξοπλισμού στον χρήστη. Η χρήση αυτής της εφαρμογής έχει χρησιμοποιηθεί για την θεραπεία της αραχνοφοβίας και της κοινωνικής φοβίας. Γενικότερα, δεν είναι αρκετά διαδεδομένη η χρήση τέτοιων εφαρμογών λόγω του υψηλού κόστους του εξοπλισμού, αλλά και του υποστηριζόμενου λογισμικού. Παρόλα αυτά με την πάροδο του χρόνου και της εξέλιξης του πρακτικού τομέα της εικονικής πραγματικότητας αναμένεται μεγαλύτερη χρήση τους στην θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

Ακόμα, το «*Second Life*⁹» αποτελεί ένα παιχνίδι, το οποίο προσομοιώνει τον αληθινό κόσμο. Οι χρήστες μπορούν να έχουν μια δεύτερη ζωή έχοντας μια αντιπροσωπευτική εικονική φιγούρα (*avatar*) και να εκτελούν οποιαδήποτε δραστηριότητα κάνουν και στην πραγματικότητα, όπως για παράδειγμα γνωριμία ατόμων, βόλτες, διασκέδαση σε διάφορα μέρη αλλά και σχετικά με το θέμα μας, ψυχοθεραπεία. Αυτές οι δραστηριότητες πραγματοποιούνται με την αλληλεπίδραση των *avatars*. Ένα μέρος της εφαρμογής αυτής είναι δωρεάν, ενώ ένα άλλο απαιτεί κόστος. Η πρόσβαση πραγματοποιείται μέσω διαδικτύου και όχι με την μετακίνηση σε εξωτερικό χώρο και την προσωποποιημένη εμφάνιση σε έναν ειδικό. Αυτό ωστόσο, μπορεί να ενέχει τον κίνδυνο της αξιολοπιστίας, αφού δεν υπάρχει απόδειξη για την ταυτότητα του κάθε χρήστη, αν και προσφέρει την ευκολία του να μιλήσει κάποιος χωρίς τον φόβο του στιγματισμού, εκθέτοντας τον πραγματικό του εαυτό και το πρόβλημά του.

Τέλος, οι *εφαρμογές smart phones*, οι οποίες έχουν συμβουλευτικό και υποστηρικτικό χαρακτήρα, μπορούν να λειτουργήσουν επικουρικά στην ενίσχυση του κινήτρου για την θεραπεία και του ευρύτερου θεραπευτικού πλαισίου μέσω της επικοινωνίας και της αλληλεπίδρασης μεταξύ ομοιοπαθούντων αλλά και με τον θεραπευτή, χωρίς την

⁹ Περισσότερες πληροφορίες αλλά και το πώς μπορεί κάποιος να παίξει, στην επίσημη ιστοσελίδα του παιχνιδιού: <http://secondlife.com/>

οικονομική επιβάρυνση και την μετακίνηση που απαιτεί η δια ζώσης ψυχοθεραπεία. Δεν πραγματοποιείται δηλαδή ψυχοθεραπεία αλλά αποτελούν εργαλείο για την ενίσχυση της θεραπευτικής διαδικασίας. Η πρόσβαση και η χρήση αυτών των εφαρμογών είναι σχετικά εύκολη, με την προϋπόθεση της χρήσης διαδικτύου, της γνώσης της χρήσης ενός smart phone, και ίσως το κόστος που κάποιες εφαρμογές απαιτούν. Σε σύγκριση με το εξωτερικό, η Ελλάδα υστερεί σε τέτοιες εφαρμογές αλλά παρόλα αυτά διατίθενται κάποιες. Ωστόσο, δημιουργείται ένα ζήτημα γύρω από τις εφαρμογές των smart phones διότι κάποιοι υποστηρίζουν ότι δεν αποτελούν μέρος της εικονικής πραγματικότητας αλλά γενικότερα της τεχνολογίας, αφού δεν πραγματοποιείται εμπύθιση όπως σε ένα εικονικό περιβάλλον. Από την άλλη, υποστηρίζεται ότι παρ' όλα αυτά διαθέτουν εμπυθιστικά στοιχεία με την βοήθεια των γραφικών και συσκευών όπως handsfree, joystick.

4.6 Η Εικονική Πραγματικότητα ως Νέο Θεραπευτικό Εργαλείο

Καθώς η νέα αυτή μορφή θεραπείας άρχισε να παίρνει έκταση, σταδιακά ιδρύθηκαν τόσο στην Αμερική όσο στην Αυστραλία και στην Ευρώπη εταιρείες οι οποίες ασχολήθηκαν με την ανάπτυξη και την εμπορική διανομή του λογισμικού και του εξοπλισμού της εικονικής πραγματικότητας που είναι αναγκαίος για την θεραπεία αυτού του τύπου (Winerman, 2005). Εφαρμογές της Εικονικής Πραγματικότητας μπορούν να είναι προσβάσιμες και μέσω του διαδικτύου, αλλά μόνο λίγα και στάσιμα προγράμματα υπάρχουν μέχρι τώρα (Eichenberg, 2011).

Με την πάροδο του χρόνου, οι ερευνητές εξετάζουν το κατά πόσο τα προγράμματα εικονικής πραγματικότητας μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την διαμόρφωση της θεραπείας και την βελτίωση του αποτελέσματος για τους ασθενείς, ειδικά για αυτούς που δεν ανταποκρίνονται στις παραδοσιακές μεθόδους (Hoffman, 2004). Επιπλέον, φαίνεται πως με την ανάπτυξή της, η τεχνολογία εικονικής πραγματικότητας αρχίζει να χρησιμοποιείται όχι μόνο στο κομμάτι της θεραπείας των ψυχικών διαταραχών, αλλά και σε αυτό της διάγνωσης και της αξιολόγησής τους (Riva, 1997).

Πάντως, η εμφάνιση της τεχνολογίας δεν αντιπροσωπεύει μια νέα θεωρητική προσέγγιση στην ψυχοθεραπεία. Ο στόχος, πάνω από όλα, είναι να βελτιωθούν οι

θεραπείες που υπάρχουν ήδη και να επεκταθεί η χρησιμότητα των τεχνικών που έχουν ήδη εφαρμοστεί. Τα θεμελιώδη στοιχεία της ψυχοθεραπείας, όπως η θεραπευτική σχέση και η σχετική χρήση των τεχνικών που έχουν ήδη εγκαθιδρυθεί, έχουν διατηρηθεί. Ο θεραπευτής παραμένει κριτικός και ο υπολογιστής είναι απλά ένα επιπλέον εργαλείο στην διάθεση του ειδικού (Carvalho, Freire and Nardi, 2010).

Η εστίαση δεν πρέπει να είναι στην τεχνολογία αλλά στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία, η οποία μπορεί να βελτιωθεί μέσω της χρήσης τεχνολογικών εργαλείων. Έτσι, η χρήση της εικονικής πραγματικότητας, όπως και άλλων στρατηγικών διαθέσιμων στο πεδίο της ψυχολογίας, δεν πρέπει να είναι τυχαία αλλά σε συμμόρφωση με τις ανάγκες του ασθενή. Για το λόγο αυτό οι έρευνες σε αυτό το πεδίο για το πότε η εικονική πραγματικότητα πρέπει να χρησιμοποιείται είναι πολύ σημαντικές (Carvalho et al., 2010). Καθώς όμως η τεχνολογία συνεχίζει να προοδεύει, μπορούμε να περιμένουμε ακόμα περισσότερες αξιόλογες εφαρμογές της εικονικής πραγματικότητας στα επόμενα χρόνια (Hoffman, 2004).

Κεφάλαιο 5: Θεραπεία Ψυχικών Διαταραχών με τη Χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας

5.1 Θεραπεία Αγχωδών Διαταραχών με τη Χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας

- **Η Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία και αγοραφοβία χωρίς ιστορικό πανικού**

Μια από τις πρώτες έρευνες που έγιναν σχετικά με την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Εικονικής Πραγματικότητας στην αγοραφοβία και στη διαταραχή πανικού έγινε το 1996 (Strickland et al., 1997). Στην έρευνα αυτή, το δείγμα ατόμων διασπάστηκε σε δύο ομάδες και η μία υποβλήθηκε σε θεραπεία έκθεσης μέσω διάφορων εικονικών περιβαλλόντων ενώ η άλλη δεν υποβλήθηκε σε καμία μορφή θεραπείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η ομάδα που υποβλήθηκε στη θεραπεία είχε σημαντική βελτίωση στα συμπτώματα άγχους, φόβου και πανικού έναντι της άλλης.

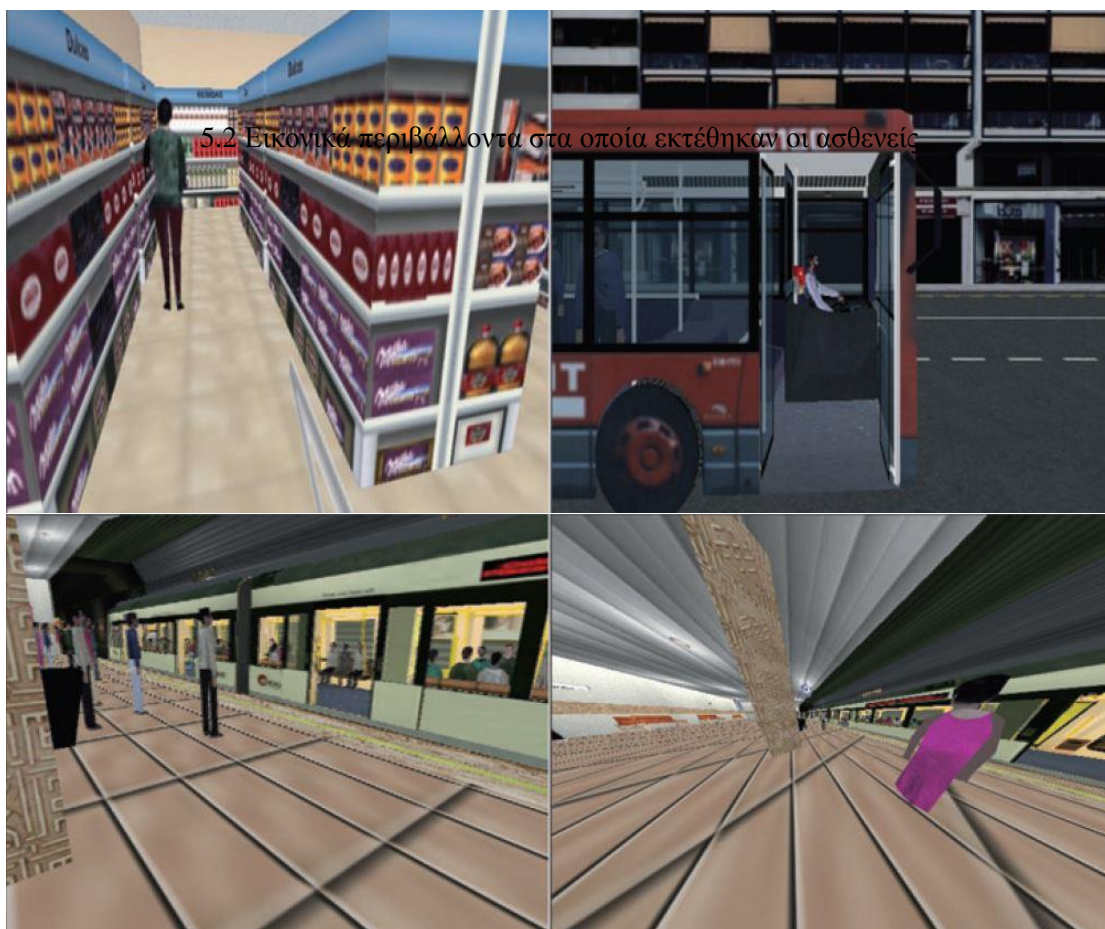
Μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς που πάσχουν από αγοραφοβία με ή χωρίς ιστορικό πανικού, υπέβαλε τους μισούς συμμετέχοντες σε θεραπεία έκθεσης μέσω εικονικής πραγματικότητας και τους άλλους μισούς σε απλή γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν στη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία επέδειξαν ίδια βελτίωση στην φοβική συμπεριφορά τους, στο άγχος, αλλά και στην αποφυγή της φοβικής κατάστασης με τους ασθενείς που εκτέθηκαν σε διάφορα εικονικά περιβάλλοντα, όπως πλατείες, υπόγειους χώρους στάθμευσης, λεωφόρους κ.α. (βλ. εικόνα 5.1), ενώ οι τελευταίοι είχαν μεγαλύτερη διατήρηση της βελτίωσης στην επανεξέταση που έγινε μετά από 3 μήνες (Pitti et al., 2008).



5.1 Εικονικά περιβάλλοντα στα οποία εκτέθηκαν οι ασθενείς

Παρόμοια αποτελέσματα είχε και μια έρευνα (Botella et al., 2007) στην οποία οι ασθενείς που πάσχουν από διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία διαχωρίστηκαν σε τρεις ομάδες: η πρώτη υποβλήθηκε σε θεραπεία έκθεσης μέσω μιας σειράς διαφόρων εικονικών περιβαλλόντων (βλ. εικόνα 5.2), η δεύτερη σε in vivo έκθεση στη φοβική κατάσταση και η τρίτη αποτέλεσε την ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ο φόβος, το άγχος, η αποφυγή αλλά και ο πανικός που συνήθως διακατείχε τα άτομα μειώθηκε σημαντικά για τις δύο πρώτες ομάδες ασθενών ενώ δεν υπήρξε καμία αλλαγή για την ομάδα ελέγχου. Από τα παραπάνω φαίνεται πως η Θεραπεία Εικονικής Πραγματικότητας στην αντιμετώπιση της αγοραφοβίας και της διαταραχής πανικού έχει τουλάχιστον την ίδια επιτυχία με την θεραπεία του γνωστικού-συμπεριφορικού μοντέλου αλλά και την in vivo έκθεση των ασθενών στη φοβική κατάσταση.

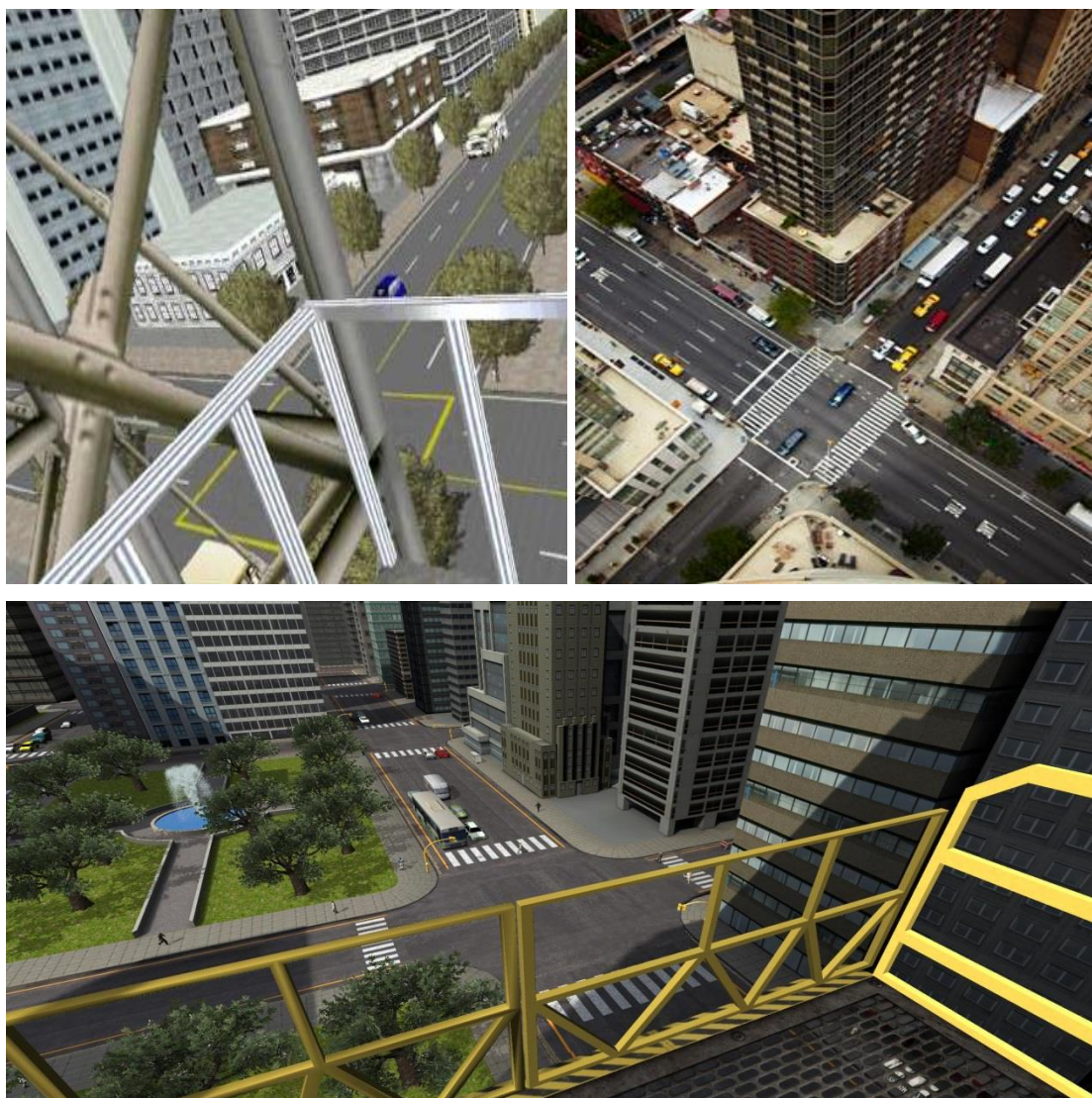
Επιπρόσθετα, μια πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σχετικά πρόσφατα (Castro et al., 2014), εξέτασε, εκτός από την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Εικονικής Πραγματικότητας, την επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής στο συνδυασμό των θεραπειών. Οι ασθενείς διαχωρίστηκαν σε τρεις ομάδες: σε αυτούς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία εικονικής πραγματικότητας, σε αυτούς που υποβλήθηκαν στην τυπική γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και σε αυτούς που ακολούθησαν απλώς φαρμακευτική αγωγή. Βέβαια, όλο το δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα έπαιρνε φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι τρεις ομάδες είχαν μείωση των συμπτωμάτων, με τη μείωση των δύο πρώτων να είναι κατά πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με τους ασθενείς που δεν εντάχθηκαν σε κάποια θεραπεία. Επιπλέον, οι ασθενείς που υποβλήθηκαν στην θεραπεία εικονικής πραγματικότητας επέδειξαν βελτίωση στις περισσότερες μεταβλητές και στην επανεξέταση που έγινε 6 μήνες αργότερα, ενώ αυτοί που υποβλήθηκαν στην γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία είχαν τα μεγαλύτερα ποσοστά εγκατάλειψης της θεραπείας.



- **Η Ειδική φοβία**

Στην ειδική φοβία συναντάται ο μεγαλύτερος όγκος ερευνών σχετικά με την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Εικονικής Πραγματικότητας. Οι έρευνες αναφέρονται σε διάφορα είδη φοβιών, τα οποία αναλύονται παρακάτω.

Μία από τις πρώτες έρευνες που έγιναν σχετικά με την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Εικονικής Πραγματικότητας με την τεχνική της έκθεσης είχε θέμα την υψοφοβία ή ακροφοβία, δηλαδή το φόβο που αισθάνεται κάποιος για τα μεγάλα ύψη και την ανικανότητα του να κοιτάει χαμηλά από μεγάλο ύψος (Hodges et al., 1995). Η έρευνα είχε στόχο να συγκρίνει τα αποτελέσματα της έκθεσης του ασθενούς στη φοβική κατάσταση μέσω της εικονικής πραγματικότητας με αυτά του ασθενούς που δεν έλαβε καμία μορφής θεραπεία. Έτσι, οι συμμετέχοντες ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: το treatment group, δηλαδή τους ασθενείς που λάβανε θεραπεία, και το wait-list control group, δηλαδή τους ασθενείς που δεν έλαβαν καμία μορφής θεραπεία. Και οι δύο ομάδες αξιολογήθηκαν πριν και μετά τη διαδικασία σχετικά με το άγχος και την αποφυγή της φοβικής κατάστασης αλλά και μιας σειράς συναισθηματικών αποκρίσεων στο ύψος. Τα περιβάλλοντα εικονικής πραγματικότητας που χρησιμοποιήθηκαν στην θεραπεία ήταν ένας ανελκυστήρας, μια σειρά από μπαλκόνια και μια σειρά από γέφυρες (βλ. εικόνα 5.3). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, στο δείγμα που έλαβε θεραπεία η διαφορά της αξιολόγησης του πριν και του μετά από αυτήν ήταν μειωμένη κατά το ήμισυ. Αντίθετα, στο δείγμα που δεν έλαβε θεραπεία δεν υπήρξε καμία σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο αξιολογήσεων.



5.3 Εικονικά περιβάλλοντα στα οποία εκτέθηκαν οι ασθενείς

Μια ακόμα μελέτη περίπτωσης της αποτελεσματικότητας αυτού του τύπου θεραπείας πραγματοποιήθηκε σε ασθενή με υψοφοβία (Rothbaum et al., 1995). Ο 19χρονος φοιτητής υποβλήθηκε σε έκθεση του στην φοβική κατάσταση μέσω εικονικών περιβαλλόντων και πιο συγκεκριμένα ενός ανελκυστήρα που έφτανε από το 0 στον 48ο όροφο. Κατά την διαδικασία ο ασθενής βαθμολογούσε το άγχος του σε κλίμακα 1-10, είχε τη δυνατότητα να παραμείνει σε κάθε στάδιο όσο χρόνο είχε ανάγκη προκειμένου να αποβάλλει τελείως τα αρνητικά του συναισθήματα ενώ παράλληλα ο θεραπευτής τον ενθάρρυνε ή τον κατεύθυνε λεκτικά όποτε και αν χρειαζόταν. Η αξιολόγηση έγινε με τον ίδιο τρόπο και τις ίδιες μεθόδους όπως στην

προαναφερθείσα έρευνα και υπήρξε και σε αυτήν την περίπτωση σημαντική μείωση στην αξιολόγηση πριν και μετά την έκθεση στο εικονικό περιβάλλον.

Από τότε και στο εξής έχουν γίνει αρκετές έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Έκθεσης Εικονικής Πραγματικότητας σε ασθενείς με υποφοβία. Μάλιστα, σε αρκετές περιπτώσεις μετρήθηκε η αποτελεσματικότητα της έκθεσης μέσω εικονικού περιβάλλοντος σε σύγκριση με την *in vivo* έκθεση. Σε μία από αυτές τις έρευνες που έγιναν (Emmelkamp et al., 2002), οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες και η μία υποβλήθηκε σε έκθεση μέσω εικονικών περιβαλλόντων ενώ η άλλη σε πραγματική έκθεση. Τα περιβάλλοντα που χρησιμοποιήθηκαν στην εικονική θεραπεία ήταν προσομοίωση αληθινών περιβαλλόντων στην πόλη του Άμστερνταμ οπότε και οι δύο ομάδες βρέθηκαν κατά τη θεραπεία στα ίδια ακριβώς μέρη. Με τον ίδιο και αυτή τη φορά τρόπο και μέθοδο αξιολόγησης, η έρευνα απέδειξε ότι η Θεραπεία Εικονικής Πραγματικότητας μέσω έκθεσης ήταν τουλάχιστον το ίδιο αποτελεσματική με την *in vivo* έκθεση, αφού υπήρξε και στις δύο περιπτώσεις βελτίωση των ασθενών πριν και μετά τη θεραπεία. Μάλιστα, τα θετικά αποτελέσματα στους ασθενείς σε σχέση με το φόβο που αντιμετώπιζαν ως προς το ύψος διατηρήθηκαν για διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών, όπου και έγινε επανεξέτασή τους με την ίδια μορφή αξιολόγησης.

Αρκετές έρευνες έχουν γίνει επίσης και σχετικά με τον φόβο της πτήσης, τη φοβία δηλαδή που διακρίνει ορισμένους ανθρώπους αναφορικά με τα αεροπλάνα και την πτήση στον εναέριο χώρο, και οι οποίες έχουν επιφέρει ελπιδοφόρα ευρήματα για την Θεραπεία Εικονικής Πραγματικότητας.

Μία από τις πρώτες έρευνες που έγιναν ήταν μια μελέτη περίπτωσης (Rothbaum et al., 1996). Μία φοβική για τις πτήσεις και τα αεροπλάνα 42χρονη γυναίκα υποβλήθηκε σε ένα πλήρες, εικονικά, ακουστικά και απτικά, ταξίδι με αεροπλάνο, συμπεριλαμβανομένων μεταβαλλόμενων καιρικών συνθηκών (βλ. εικόνα 5.4). Η ασθενής προχωρούσε με τους δικούς της ρυθμούς κατά τη θεραπεία ενώ είχε τη δυνατότητα να παραμείνει σε μία διαδικασία έως ότου να αποβάλει τελείως το άγχος της. Με το πέρας της θεραπείας, φαίνεται πως το άγχος της ασθενούς αλλά και ο φόβος της για τις πτήσεις είχε μειωθεί πολύ πάνω από το μισό, ενώ η μείωση διατηρήθηκε μέχρι και ένα μήνα αργότερα οπότε και έγινε επανεξέταση. Εκτός από

την έκθεση αυτή, η ασθενής 2 μέρες μετά τη θεραπεία πραγματοποίησε ένα αεροπορικό ταξίδι με επιστροφή κατά το οποίο αυτό-αξιολογούσε το άγχος και τα συναισθήματά της. Το ταξίδι είχε μεγάλη επιτυχία και το περισσότερο άγχος που βίωσε η ασθενής καθ' όλο το ταξίδι βαθμολογήθηκε ως 30 σε μια κλίμακα του 100.



5.4 Εικονικά περιβάλλοντα στα οποία εκτέθηκε η ασθενής

Ακόμα μία μελέτη περίπτωσης που πραγματοποιήθηκε με 4 φοβικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία έκθεσης σε αεροπορική πτήση μέσω εικονικών

περιβαλλόντων έδειξε επίσης μείωση του φόβου και της αποφυγής του φοβικού αντικειμένου, σε βαθμό περισσότερο από τα 2/3 της αρχικής αξιολόγησης. Η διαφορά στην έρευνα αυτή ήταν ότι το εικονικό περιβάλλον δεν περιορίστηκε μόνο στην πτήση αλλά σε όλη τη διαδικασία: την προετοιμασία για το ταξίδι, την αναμονή στο αεροδρόμιο και τέλος την ίδια την πτήση. Έτσι, η μέτρηση του άγχους ήταν περισσότερο ολοκληρωμένη αφού πολλοί ασθενείς βιώνουν έντονα συναισθήματα πολύ πριν την ώρα της αεροπορικής πτήσης (Banos et al., 2002).

Μια άλλη έρευνα, συνέκρινε την θεραπεία έκθεσης μέσω εικονικών περιβαλλόντων με την in vivo έκθεση αξιοποιώντας και ένα control group ασθενών που δεν έλαβε καμία μορφή θεραπείας. Και οι τρεις ομάδες ασθενών, επανεξετάστηκαν 12 μήνες μετά το πέρας της θεραπείας, έτσι η έρευνα αυτή αποτελεί την 1η που έγινε με μακρόχρονη επανεξέταση σχετικά με την θεραπεία εικονικής πραγματικότητας. Τα εικονικά περιβάλλοντα περιλάμβαναν σκηνές της διαδικασίας της πτήσης με αεροπλάνο από την αρχή έως το τέλος της ενώ στην πραγματική έκθεση οι ασθενείς, όντας σε ένα αεροπλάνο ακινητοποιημένο στην πύλη του αεροδρομίου, κλήθηκαν να φανταστούν σκηνές από τη διάρκεια μιας πτήσης. Τόσο η ομάδα που εκτέθηκε στα εικονικά περιβάλλοντα όσο και εκείνη που εκτέθηκε στο πραγματικό φοβικό αντικείμενο, στην επανεξέταση βαθμολόγησαν τον εαυτό τους πολύ θετικά στην κλίμακα αυτοβελτίωσης ενώ είχαν επίσης πολύ μεγαλύτερη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους και της συμπεριφοράς έναντι των πτήσεων από ότι η ομάδα ελέγχου, για την οποία δεν υπήρξε κάποια σημαντική μείωση. Επιπλέον, πάνω από το 90% των ασθενών και από τις δύο ομάδες θεραπείας μέχρι και την επανεξέταση 12 μήνες μετά, είχαν πετάξει κανονικά με αεροπλάνο (Rothbaum et al., 2002).

Μια επιπλέον έρευνα που πραγματοποιήθηκε συνέκρινε την θεραπεία έκθεσης μέσω εικονικής πραγματικότητας με την έκθεση μέσω νοερής απεικόνισης. Στην έρευνα αυτή μετρήθηκαν επίσης στοιχεία της φυσιολογίας των ασθενών, ενώ οι ασθενείς που υποβλήθηκαν στη θεραπεία εικονικών περιβαλλόντων διαιρέθηκαν σε δύο υπό-ομάδες η μία εκ των οποίων είχε καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας συνεχή ενημέρωση για τα δεδομένα αυτά. Στόχος της έρευνας ήταν, εκτός από το να συγκρίνει τα δύο είδη θεραπειών, να δει κατά πόσο η γνώση της μετατροπής της φυσιολογίας του ασθενούς κατά τη θεραπεία επηρεάζει την αποτελεσματικότητά της. Η μείωση των συμπτωμάτων άγχους και φοβικής συμπεριφοράς και για τις δύο

ομάδες έκθεσης μέσω εικονικής πραγματικότητας ήταν σχεδόν 5 φορές μεγαλύτερη από την μείωση στην ομάδα έκθεσης μέσω νοερής απεικόνισης. Επιπρόσθετα, 3 μήνες μετά τη θεραπεία οι ασθενείς όλων των ομάδων, ρωτήθηκαν αν είχαν μέσα σε εκείνο το διάστημα ταξιδέψει με αεροπλάνο. Από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία έκθεσης εικονικών περιβαλλόντων χωρίς να γνωρίζουν την φυσιολογία τους, το 80% είχαν ταξιδέψει χωρίς φαρμακευτική αγωγή ή κατανάλωση αλκοόλ ενώ από αυτούς που παρακολουθούσαν τις μεταβολές της φυσιολογίας τους, το 100% ταξίδεψε χωρίς φαρμακευτική αγωγή ή κατανάλωση αλκοόλ. Από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν στην θεραπεία νοερής απεικόνισης μόνο το 10% κατάφερε να ταξιδέψει χωρίς φαρμακευτική αγωγή ή κατανάλωση αλκοόλ. Από την έρευνα αυτή φαίνεται η αποτελεσματικότητα της θεραπείας έκθεσης μέσω εικονικής πραγματικότητας έναντι της θεραπείας έκθεσης μέσω νοερής απεικόνισης ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι η γνώση του ασθενή αναφορικά με τη φυσιολογία του κατά τη θεραπεία ενδέχεται να συνεισφέρει στη θεραπεία εικονικής πραγματικότητας (Wiederhold et al., 2002).

Αποτελεσματική φαίνεται να είναι η Θεραπεία Εικονικής Πραγματικότητας και στην αντιμετώπιση της κλειστοφοβίας, της φοβίας δηλαδή για τους μικρούς και κλειστούς χώρους με την οποία συχνά συνδυάζεται και η αγοραφοβία αφού σε αυτήν το άτομο αισθάνεται «παγιδευμένο» παρότι βρίσκεται σε μεγάλο τμηματικά χώρο. Μία από τις πρώτες έρευνες που έγιναν ήταν μια μελέτη περίπτωσης (Botella et al., 1998). Μία γυναίκα 43 ετών με χρόνια κλειστοφοβία υποβλήθηκε σε μια σειρά από εικονικά περιβάλλοντα τα οποία με διάφορες ρυθμίσεις διαφοροποιούσαν τον χώρο τους, πρακτικά και αισθητικά, έτσι ώστε να γίνεται κλιμακωτά όλο και περισσότερο κλειστοφοβικός. Κατά την διάρκεια της θεραπείας, ο θεραπευτής καθοδηγούσε αναλόγως και ενθάρρυνε την ασθενή να παραμείνει σε κάθε περιβάλλον όσο χρειαζόταν ώστε να μειωθεί το άγχος της. Στην αξιολόγηση που έγινε μετά το τέλος της θεραπείας φάνηκε πως το άγχος και ο φόβος της ασθενούς είχαν μειωθεί σχεδόν τελείως, γεγονός που διατηρήθηκε μέχρι και την επανεξέτασή της ένα μήνα αργότερα.

Σε μια άλλη μελέτη περίπτωσης, 4 ασθενείς με κλειστοφοβία υποβλήθηκαν σε θεραπεία έκθεσης μέσω εικονικής πραγματικότητας τα περιβάλλοντα της οποίας ήταν παρόμοια με αυτά της προαναφερθείσας έρευνας. Και σε αυτήν την περίπτωση ο

φόβος για τους κλειστούς χώρους και το άγχος των ασθενών μειώθηκε σημαντικά ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκε η αίσθηση που είχαν για τους εαυτούς τους σχετικά με το πόσο αποτελεσματικοί θα ήταν σε μια έκθεσή τους στη φοβική κατάσταση. Τα αποτελέσματα αυτά διατηρήθηκαν και 3 μήνες μετά, οπότε και έγινε επανεξέταση των ασθενών (Botella et al., 2000).

Τέλος, σε μια ακόμα έρευνα που πραγματοποιήθηκε, 6 κλειστοφοβικά άτομα «προσκαλέστηκαν» να μπουν σε 9 διαφορετικούς μικρούς ή/και κλειστούς εικονικούς χώρους (όπως ανελκυστήρες, υπόγεια, στενούς διαδρόμους κ.α.) και να παραμείνουν εκεί για όσο περισσότερο μπορούν. Μετά το πέρας της θεραπείας, το άγχος και η αίσθηση ασφυξίας και περιορισμού που βίωναν οι συμμετέχοντες της έρευνας για τους κλειστούς χώρους μειώθηκαν περισσότερο από το μισό. Επιπλέον, στην επανεξέταση που έγινε 6 μήνες αργότερα αποδείχτηκε ότι μετά τη θεραπεία οι ασθενείς ήταν σε θέση να χρησιμοποιήσουν μόνοι τους ανελκυστήρες, να μπουν σε μικρούς κλειστούς χώρους, δημόσιες τουαλέτες και διάφορα άλλα μέρη που απέφευγαν προηγουμένως (Malbos et al., 2008).

Πέρα από τις έρευνες που αναλύθηκαν παραπάνω, θετικά αποτελέσματα φαίνεται ότι έχει η Θεραπεία Εικονικής Πραγματικότητας και σε άλλους τύπους φοβιών όπως στην αραχνοφοβία (Bouchard et al., 2005), στο φόβο της οδήγησης (Walshe et al., 2003), στο φόβο για καταιγίδες (Botella et al., 2006), στη σχολική φοβία (Gutierrez-Maldonado et al., 2009). Τα τελευταία μάλιστα χρόνια πραγματοποιούνται δοκιμαστικές μελέτες και σε άλλες, λιγότερο ίσως διαδεδομένες φοβίες, όπως για παράδειγμα στην οδοντιατρική φοβία (Raghav et al., 2016). Έρευνες σχετικές με τις φοβίες έχουν γίνει επίσης αναφορικά και με την επίδραση της Θεραπείας Εικονικής Πραγματικότητας μέσα από παιχνίδια τα οποία φαίνεται πως επιφέρουν επίσης θετικά αποτελέσματα (Robillard et al., 2003).

Η ερευνητική δραστηριότητα για αυτήν την μορφή θεραπείας επεκτείνεται και στο κατά πόσο η Θεραπεία Εικονικής Πραγματικότητας είναι αποδεκτή ως μέθοδος από τους φοβικούς ασθενείς. Σε μια έρευνα που έγινε με 150 άτομα που πάσχουν από διάφορων ειδών φοβίες (φοβία για τα ζώα, κλειστοφοβία, υψοφοβία, κοινωνική φοβία), το 76% του δείγματος έδειξε προτίμηση στην Θεραπεία Έκθεσης μέσω Εικονικής Πραγματικότητας έναντι του 23% που προτίμησε την in vivo έκθεση. Η

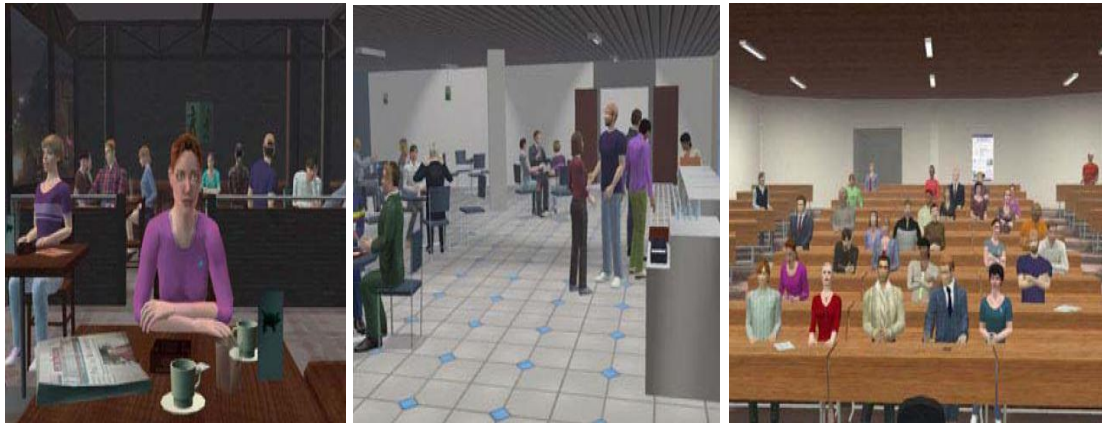
προτίμηση αυτή φαίνεται πως στηρίζεται στο φόβο των ασθενών να εκτεθούν στο πραγματικό φοβικό αντικείμενο ή στην πραγματική φοβική κατάσταση, στην πεποίθησή τους ότι θα διαχειρίζονταν δυσκολότερα το πραγματικό αντικείμενο ή κατάσταση αλλά και στην καινοτομία της θεραπείας αυτής και το ενδιαφέρον που προκαλεί στους ασθενείς (García-Palacios et al., 2007).

Τέλος, σημαντικό είναι να αναφερθεί πως η αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Εικονικής Πραγματικότητας έχει υποστηριχθεί ερευνητικά και για άτομα που αντιμετωπίζουν εκτός από φοβίες και άλλου τύπου προβλήματα. Πιο συγκεκριμένα, μια έρευνα που έγινε (Maskey et al., 2014) έδειξε πως η θεραπεία έκθεσης μέσω εικονικών περιβαλλόντων μπορεί να επιφέρει βελτίωση, όσον αφορά τη φοβία, σε παιδιά που ανήκουν στις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Στην έρευνα αυτή, 9 παιδιά ηλικίας 7 με 13 ετών που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού και παράλληλα πάσχουν από κάποια ειδική φοβία, υποβλήθηκαν σε θεραπεία με εικονικά περιβάλλοντα σχεδιασμένα μεμονωμένα για το κάθε άτομο ανάλογα με τον τύπο της φοβίας του. Μετά τη θεραπεία, 8 από τα 9 παιδιά ήταν σε θέση να αντιμετωπίσουν τη φοβία τους ενώ 4 από τα παιδιά την ξεπέρασαν τελείως. Επιπλέον, 8 από τα 9 παιδιά βαθμολόγησαν την αυτοπεποίθησή τους σε πολύ μεγαλύτερα επίπεδα από ότι πριν την έκθεσή τους στο εικονικό περιβάλλον.

- **Η Κοινωνική φοβία**

Αποτελεσματική φαίνεται να είναι η Εικονική Πραγματικότητα στην θεραπεία και της Κοινωνικής Φοβίας, παρ' ότι όλες οι έρευνες που έχουν γίνει για τη συγκεκριμένη διαταραχή είναι της τελευταίας δεκαπενταετίας. Επιπλέον, για την μέτρηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας αυτής στην κοινωνική φοβία, λαμβάνεται συνήθως σαν μέσο το άγχος που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς στη δημόσια ομιλία, αφού φαίνεται πως είναι ο κοινός και πιο αντιπροσωπευτικός παρονομαστής της διαταραχής. Τέλος, και σε αυτήν την περίπτωση, σημαντικό για την επιτυχία της θεραπείας είναι να αποδειχθεί πως το άγχος που προκαλείται κατά την έκθεση των ασθενών στην εικονική φοβική κατάσταση είναι παρόμοιο με αυτό που προκαλείται σε μια πραγματική έκθεσή τους.

Μια μελέτη περίπτωσης που πραγματοποιήθηκε σε 7 άτομα που πάσχουν από Κοινωνική Φοβία είχε ως στόχο οι συμμετέχοντες στην έρευνα να αντιμετωπίσουν και στη συνέχεια να εξοικειωθούν με το φόβο τους, και όχι να αποφεύγουν τις καταστάσεις που τους προκαλούν άγχος. Οι ασθενείς εκτέθηκαν σε 8 διαφορετικές καταστάσεις που τους προκαλούν άγχος, όπως συνέντευξη για δουλειά, συνάντηση με κάποιον σε καφετέρια ή μπαρ, λόγο σε κοινό κ.α. (βλ. εικόνα 5.5), ενώ τα άβαταρ που συμμετείχαν σε αυτά τα εικονικά περιβάλλοντα είχαν τη δυνατότητα οπτικής επαφής αλλά και να συνομιλούν με τους ασθενείς. Επιπλέον, οι ερευνητές τοποθέτησαν στους ασθενείς μια ειδική συσκευή παρακολούθησης ματιού η οποία καταγράφει την κίνηση του και το χρόνο επαφής του με τα άτομα, καθώς ήθελαν να ελέγξουν την επίδραση της θεραπείας και σε αυτήν την παράμετρο. Η έρευνα έδειξε βελτίωση των ατόμων σε κοινωνικές καταστάσεις μετά την έκθεσή τους στα εικονικά περιβάλλοντα, σημαντική μείωση του άγχους και του φόβου ενώ επιπλέον καταγράφηκε μείωση της αποφευκτικής συμπεριφοράς αλλά και της οπτικής αποφυγής και οι συμμετέχοντες μπορούσαν πλέον να έχουν άμεση οπτική επαφή με το πρόσωπο που συνομιλούν με μεγαλύτερη ευκολία απ' ότι προηγουμένως (βλ. εικόνα 5.6) (Grillon et al., 2006).



5.5 Εικονικά περιβάλλοντα στα οποία εκτέθηκαν οι ασθενείς



5.6 Αποτελέσματα οπτικής επαφής με τον συνομιλητή πριν (αριστερά) και μετά (δεξιά) από τη θεραπεία στο εικονικό περιβάλλον.

Μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε (Strickland et al., 1997), διαχώρισε τους ασθενείς στην ομάδα δοκιμής και στην ομάδα ελέγχου και τοποθέτησε τους συμμετέχοντες της πρώτης ομάδας σε ένα εικονικό αμφιθέατρο γεμάτο κόσμο ο οποίος είχε τη δυνατότητα να σχολιάζει, να χειροκροτεί, να γελάει κλπ. Η έρευνα έδειξε ότι οι ασθενείς που εκτέθηκαν στην θεραπεία εικονικής πραγματικότητας είχαν τα ίδια συμπτώματα άγχους που βιώνουν σε πραγματικές δημόσιες περιστάσεις, π.χ. ταχυπαλμία, κόμπος στο λαιμό, εφίδρωση κ.α., ενώ επίσης μετά τη συνεχή έκθεσή τους στην φοβική κατάσταση, τα συμπτώματα άγχους και φόβου μειώθηκαν και οι ασθενείς είχαν πλέον τη δυνατότητα να αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη ευκολία τις κοινωνικές καταστάσεις στη ζωή τους και να μιλάνε πιο εύκολα μπροστά σε κοινό.

Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και μια άλλη έρευνα η οποία συνέκρινε την θεραπεία εικονικής πραγματικότητας με την νοερή απεικόνιση και με μια ομάδα ελέγχου. Η έρευνα έδειξε ότι οι ασθενείς που εκτέθηκαν και μίλησαν μπροστά σε κοινό σε εικονικό αμφιθέατρο σημείωσαν μετά μικρότερο άγχος αλλά και μεγαλύτερη πρόθεση και άνεση να επικοινωνήσουν με κόσμο από τους ασθενείς που φαντάστηκαν νοερά την διαδικασία και τους ασθενείς που δεν έλαβαν καμία μορφή θεραπείας (Heuett and Heuett, 2011).

Τέλος, μια ακόμη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς που πάσχουν από Κοινωνική Φοβία δεν είχε ως στόχο τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα της εικονικής πραγματικότητας, αλλά να δει εάν το άγχος που δημιουργείται στον ασθενή κατά την ομιλία του σε κοινό επηρεάζεται από τη συμπεριφορά του κοινού απέναντί του και εάν υπάρχει διαφοροποίηση στα αποτελέσματα σε ασθενείς που συμμετέχουν

σε θεραπεία εικονικής πραγματικότητας με καθηλωτική εμπύθιση (immersive) σε σχέση με αυτά των ασθενών που συμμετέχουν με μη καθηλωτική εμπύθιση (desktop). Για το λόγο αυτό διαχώρισαν το δείγμα σε τρεις ομάδες όπου το κοινό ήταν είτε θετικό, είτε αρνητικό, είτε στατικό προς του συμμετέχοντες που έβγαζαν λόγο (βλ. εικόνες 5.7, 5.8 και 5.9 αντίστοιχα). Τα άβαταρ που εντάσσονταν στο θετικό και αρνητικό κοινό είχαν τη δυνατότητα να φωνάζουν, να γελούν, να δείχνουν βαρεμάρα, ακόμα και να αποχωρούν από το αμφιθέατρο. Επιπλέον, οι μισοί ασθενείς συμμετείχαν με καθηλωτική εμπύθιση ενώ οι άλλοι μισοί με μη καθηλωτική. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι οι ασθενείς που μίλησαν στο αρνητικό κοινό είχαν πολύ μεγαλύτερο άγχος από τους ασθενείς που μίλησαν στο θετικό ή στο στατικό κοινό, το άγχος των οποίων χαρακτηρίστηκε ως «άγχος φυσιολογικού επιπέδου». Επίσης, το άγχος των ασθενών που συμμετείχαν στην μη καθηλωτική εμπύθιση ήταν μεγαλύτερο από αυτούς που συμμετείχαν στην καθηλωτική εμπύθιση, ενώ και στην δεύτερη περίπτωση οι γυναίκες φαίνεται ότι είχαν περισσότερο άγχος από τους άντρες (Pertuab et al., 2002).



5.7 Θετικό κοινό στο εικονικό περιβάλλον



5.8 Αρνητικό κοινό στο εικονικό περιβάλλον



5.9 Στατικό κοινό στο εικονικό περιβάλλον

- **Η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (Ιδεοψυχαναγκαστική)**

Το πλήθος ερευνών για την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Εικονικής Πραγματικότητας στην αγχώδη αυτή διαταραχή δεν είναι τόσο μεγάλο και επιπλέον, ο τρόπος χρήσης της έκθεσης μέσω εικονικών περιβαλλόντων είναι κάπως διαφορετικός. Ουσιαστικά εξετάζεται το κατά πόσο, κατά τη διάρκεια έκθεσης ασθενών που πάσχουν από Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή σε κατάλληλα διαμορφωμένα εικονικά περιβάλλοντα, αυξάνεται το άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν ανάλογα τη φύση του ψυχαναγκασμού τους. Έπειτα, και αφού το εικονικό περιβάλλον αποδεικνύεται ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο πρόκλησης άγχους στους ασθενείς, ο θεραπευτής δουλεύει από κοινού μαζί τους για την σταδιακή μείωση και διαχείριση των συμπτωμάτων τους.

Μια έρευνα που υπέβαλε σε έκθεση ολοκληρωμένων εικονικών περιβαλλόντων ασθενείς με Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή και υγιή άτομα, απέδειξε ότι το άγχος των ασθενών κατά την εικονική έκθεση ήταν κατά πολύ μεγαλύτερο απ' αυτό των υγιών ατόμων. Ακόμα, η μείωση της αναλογίας του άγχους κατά την εκτέλεση των κύριων εργασιών της θεραπείας ήταν επίσης μεγαλύτερη για τους ασθενείς συμμετέχοντες (Eichenberg and Wolters, 2012).

Το ίδιο έδειξε και μια μελέτη περίπτωσης που πραγματοποιήθηκε σε 4 γυναίκες που πάσχουν Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή με κύρια συμπτώματα αυτά της μόλυνσης και της καθαριότητας. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν στην εικονική έκθεση μιας καθαρής και τακτοποιημένης κουζίνας. Εκεί, οι συμμετέχουσες έπρεπε να εκτελέσουν μια σειρά από 4 διαφορετικές δραστηριότητες που σχετίζονται με το ενδεχόμενο της μόλυνσης και την ακαθαρσία και με τις οποίες σταδιακά αυξανόταν ο βαθμός μόλυνσης και βρωμιάς στην κουζίνα. Ο θεραπευτής, προσαρμοσμένος στις ανάγκες και τις αντιδράσεις του κάθε ατόμου, έδινε κάθε φορά τις εντολές που οι ασθενείς έπρεπε να εκτελέσουν. Στο τέλος της έρευνας, φάνηκε πως η βαθμολόγηση του άγχους και της αηδίας που ένιωθαν οι ασθενείς κατά τις δραστηριότητές τους αυξανόταν όσο αυξανόταν και το επίπεδο δυσκολίας της διαδικασίας (Belloch et al., 2014).

Και οι δύο αυτές έρευνες λοιπόν επισημαίνουν πως πραγματικά η έκθεση μέσω εικονικών περιβαλλόντων μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό εργαλείο πρόκλησης άγχους και στη συνέχεια θεραπείας της Ψυχαναγκαστικής – Καταναγκαστικής Διαταραχής (Belloch et al., 2014, Eichenberg and Wolters, 2012).

- **Η Διαταραχή μετά από Μετατραυματικό Στρες**

Έχει αποδειχθεί ότι η επανέκθεση σε αναμνήσεις τραυματικών γεγονότων μέσω της θεραπείας έκθεσης νοερής απεικόνισης μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των συμπτωμάτων της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες. Η έκθεση βοηθά την εξοικείωση του ασθενούς με τις αναμνήσεις και τα έντονα συναισθήματα που συνδέονται με τις μνήμες και τα συναισθήματα του τραυματικού γεγονότος τα οποία συνήθως τα άτομα αυτά αποφεύγουν (Difede and Hoffman, 2002). Για το λόγο αυτό, πολλές έρευνες έχουν γίνει και για την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Εικονικής Πραγματικότητας στη Διαταραχή μετά από Μετατραυματικό Στρες. Μάλιστα, το

πρώτο εικονικό περιβάλλον σχεδιάστηκε για να αντιμετωπίσει διαταραχή μετά από μετατραυματικό στρες που σχετίζεται με τη μάχη του Βιετνάμ (Gerardi et al., 2010).

Μία από τις πρώτες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν για την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Εικονικής Πραγματικότητας στην αντιμετώπιση του Μετατραυματικού Στρες για βετεράνους του πολέμου ήταν μια μελέτη περίπτωσης ενός 50χρονου άνδρα που είχε υπηρετήσει ως πιλότος ελικοπτέρου στον πόλεμο του Βιετνάμ, 26 χρόνια πριν την μελέτη (Rothbaum et al., 1999). Ο ασθενής δεν είχε συμμετάσχει ξανά σε θεραπεία έκθεσης, είχε συμμετάσχει όμως σε ομαδική θεραπεία και ακολουθούσε φαρμακευτική αγωγή για τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, χωρίς να υπάρχει σημαντική βελτίωση. Τα εικονικά περιβάλλοντα στα οποία εκτέθηκε κατά τη θεραπεία ήταν μια αναπαράσταση πορείας με ελικόπτερο και μια αναπαράσταση στιγμιότυπου σε ένα ξέφωτο στο Βιετνάμ, και τα δύο εν ώρα μάχης. Μετά την πρώτη έκθεση και στα δύο περιβάλλοντα, ζητήθηκε από τον ασθενή να περιγράψει με λεπτομέρειες τα γεγονότα που συνέβαιναν τότε και ο θεραπευτής αντιστοίχιζε τις περιγραφές αυτές με τη δραστηριότητα των εικονικών περιβαλλόντων. Ο ασθενής έπρεπε να επαναλαμβάνει συγκεκριμένα σημεία της διαδικασίας έως ότου ένιωθε αρκετά εξοικειωμένος με αυτά και το άγχος του είχε μειωθεί. Μετά το τέλος της θεραπείας, φάνηκε πως ο ασθενής, αν και συνέχιζε να υποφέρει από μετατραυματικό στρες, είχε αρκετά μικρότερα επίπεδα άγχους, συμπτωμάτων της διαταραχής αλλά και κατάθλιψης, τα οποία μάλιστα διατηρήθηκαν σε γενικές γραμμές και στις επανεξετάσεις που έγιναν 3 και 6 μήνες αργότερα.

Μια άλλη έρευνα πραγματοποιήθηκε με συμμετέχοντες 10 ασθενείς μετατραυματικού στρες οι οποίοι ήταν εν ενεργεία στρατιώτες στο Ιράκ. Από αυτούς, οι 6 εκτέθηκαν σε εικονικό περιβάλλον μάχης (βλ. εικόνα 5.10) ενώ οι 4 σε *in vivo* έκθεση. Στους ασθενείς που εκτέθηκαν στο εικονικό περιβάλλον υπήρξε μετά τη θεραπεία μείωση των συμπτωμάτων τους κατά 67%, ενώ οι 5 στους 6 δεν πληρούσαν πλέον τα κριτήρια της διαταραχής. Από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πραγματική έκθεση, και οι 4 με το πέρας της θεραπείας δεν πληρούσαν τα κριτήρια της διαταραχής. Λόγω του μικρού δείγματος της έρευνας, η διαφορά ανάμεσα στις δύο θεραπείες είναι στατιστικά ίδια, φαίνεται λοιπόν πως η θεραπεία έκθεσης μέσω εικονικής πραγματικότητας είναι τουλάχιστον το ίδιο αποτελεσματική με την *in vivo* έκθεση (McLay et al., 2010).

Τέλος, μια ακόμα έρευνα που πραγματοποιήθηκε είχε ως στόχο, όχι μόνο να ελέγξει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας εικονικής πραγματικότητας σε βετεράνους πολέμου, αλλά και να τη συγκρίνει με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Έτσι, 156 ασθενείς βετεράνοι του πολέμου του Ιράκ και του Αφγανιστάν χωρίστηκαν σε 3 ομάδες από τις οποίες, στη μία χορηγήθηκε D-cycloserine, στην άλλη Alprazolam και στην άλλη Placebo φάρμακο και εκτέθηκαν σε εικονικά περιβάλλοντα. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα συμπτώματα των ασθενών και στις τρεις ομάδες βελτιώθηκαν και διατηρήθηκαν στις επανεξετάσεις που έγιναν 3, 6 και 12 μήνες αργότερα. Όσον αφορά τα φάρμακα, δεν υπήρξε διαφορά ανάμεσα στα συμπτώματα των ασθενών που τους χορηγήθηκε D-cycloserine και σε αυτούς που τους χορηγήθηκε Placebo φάρμακο, ενώ ο δείκτης συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες στην 3μηνη επανεξέταση ήταν μεγαλύτερος στους ασθενείς που τους χορηγήθηκε Alprazolam από αυτούς που τους χορηγήθηκε Placebo (Rothbaum et al., 2014).



5.10 Εικονικά περιβάλλοντα μάχης που εκτέθηκαν οι ασθενείς

Αποτελεσματικές έρευνες έχουν γίνει όμως και για μετατραυματικό στρες που δεν σχετίζεται με ενεργούς στρατιώτες και βετεράνους πολέμου. Το 2002 πραγματοποιήθηκε μια μελέτη περίπτωσης μιας 26χρονης γυναίκας, επιζήσας της τρομοκρατικής επίθεσης που έγινε στο Παγκόσμιο Κέντρο Εμπορίου στη Νέα Υόρκη στις 9 Σεπτεμβρίου του 2001 (Difede and Hoffman, 2002). Η μελέτη έγινε 4 μήνες

μετά το συμβάν και αφού η ασθενής είχε υποβληθεί σε θεραπεία έκθεσης νοερής απεικόνισης η οποία και δεν επέφερε κάποια βελτίωση στα συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες και κατάθλιψης που βίωνε. Κατά την θεραπεία, η ασθενής εκτέθηκε σε μια εικονική αναπαράσταση της τρομοκρατικής επίθεσης και κάθε γεγονός επαναλαμβανόταν έως ότου η αναστάτωση που αισθανόταν μειωνόταν τουλάχιστον κατά 50%. Στη διάρκεια της θεραπείας, η ασθενής –που τους τελευταίους μήνες απέφευγε κάθε τι σχετικό με το γεγονός και χαρακτηριζόταν από μια γενικότερη απάθεια– επανέφερε στη μνήμη της με κάθε λεπτομέρεια τα συμβάντα της ημέρας εκείνης και βίωσε ξανά όλα τα συναισθήματα που της είχε προκαλέσει. Ως αποτέλεσμα, μετά τη θεραπεία η αναστάτωση και η αποφυγή της ασθενούς είχαν μειωθεί σχεδόν ολοκληρωτικά ενώ η ίδια δεν πληρούσε πλέον τα κριτήρια της διαταραχής μετατραυματικού στρες και της κατάθλιψης.

Παρόμοια έρευνα έγινε και με ασθενείς με μετατραυματική διαταραχή λόγω της παραπάνω επίθεσης οι οποίοι ήταν πυροσβέστες, διασώστες ή απλοί πολίτες που βίωσαν το γεγονός. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, την ομάδα δοκιμής, η οποία ακολούθησε την διαδικασία που ακολουθήθηκε και στην προαναφερθείσα έρευνα, και την ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα έδειξαν μεγάλη βελτίωση των συμπτωμάτων στους ασθενείς που υποβλήθηκαν στην θεραπεία έκθεσης εικονικών περιβαλλόντων έναντι της ομάδας ελέγχου (Difede and Cukor, 2007).

Μια επιπλέον έρευνα έγινε με ασθενείς μετατραυματικού στρες, επιζήσαντες ενός μεγάλου σεισμού κατά τον οποίο τα σπίτια τους κατέρρευσαν ή οι ίδιοι παγιδεύτηκαν κάτω από συντρίμια. Η θεραπεία ήταν μόνο μίας συνεδρίας με διάρκεια μίας ώρας και οι ασθενείς εκτέθηκαν σε εικονική αναπαράσταση του σεισμού. Επιπλέον, είχαν τη δυνατότητα να διαχειρίζονται την ένταση της δόνησης μέσω ενός τηλεχειριστηρίου έτσι ώστε να έχουν την αίσθηση του ελέγχου πάνω στο σεισμό. Μετά τη θεραπεία έγιναν επανεξετάσεις των ασθενών στις 2, 4, 8 και 12 εβδομάδες και τα αποτελέσματα έδειξαν μείωση και διατήρηση των συμπτωμάτων της διαταραχής, του φόβου και του άγχους που βίωναν. Μάλιστα, 8 από τους ασθενείς δήλωσαν πως είχαν βελτιωθεί αισθητά ενώ 2 πως είχαν βελτιωθεί ελαφρώς (Başoğlu et al., 2003).

Ακόμα, μια μελέτη περίπτωσης που πραγματοποιήθηκε διερεύνησε την αποτελεσματικότητα της θεραπείας εικονικής πραγματικότητας σε έναν 29χρονο άνδρα που επέζησε από την βομβιστική τρομοκρατική επίθεση που έγινε στην Ιερουσαλήμ το 2008. Ο ασθενής εκτέθηκε κατ' επανάληψη σε εικονική αναπαράσταση της επίθεσης και μετά την θεραπεία τα συμπτώματα της διαταραχής του έπεσαν από το 79 στο 0 της κλίμακας αξιολόγησης, και παρέμειναν εκεί και στην 6 μήνες μετά επανεξέταση που έγινε (Freedman et al., 2010).

- **Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή**

Η Θεραπεία Εικονικής Πραγματικότητας χρησιμοποιείται και στην Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή με κύριο στόχο να δημιουργήσει εικονικά περιβάλλοντα στα οποία ο ασθενής θα μπορέσει να ηρεμήσει και να εξασκήσει τις τεχνικές χαλάρωσης με τη βοήθεια του θεραπευτή. Έτσι, θα είναι σε θέση να αντιμετωπίσει στη συνέχεια τα στρεσογόνα γεγονότα που του προκαλούν άγχος.

Μια τέτοια έρευνα διαχώρισε τους συμμετέχοντες ασθενείς που πάσχουν από Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα ασθενών υποβλήθηκε σε θεραπεία εικονικής πραγματικότητας και πιο συγκεκριμένα σε ένα εικονικό νησί. Στις 6 από τις 8 πρώτες συνεδρίες οι ασθενείς εκπαιδεύτηκαν σε τεχνικές χαλάρωσης. Στις 2 τελευταίες, όντας στο ίδιο νησί, εκτέθηκαν σε προσωπικά για τον κάθε ένα αγχώδη γεγονότα μέσα από λέξεις και εικόνες. Εκεί οι ασθενείς έπρεπε να αντιμετωπίσουν το άγχος που τους δημιουργήθηκε με τις τεχνικές που έμαθαν στις προηγούμενες συνεδρίες. Η δεύτερη ομάδα ασθενών υποβλήθηκε στην ίδια θεραπεία με την προηγούμενη ομάδα, με τη διαφορά ότι σε αυτήν την περίπτωση στο εικονικό περιβάλλον χρησιμοποιήθηκε και η διαδικασία της βιοανάδρασης¹⁰, με την οποία όποτε η φυσιολογική ενεργοποίηση του ασθενή μειωνόταν, το εικονικό περιβάλλον «ηρεμούσε» (π.χ. η θάλασσα ή η έκθεση των στρεσογόνων γεγονότων). Και οι δύο αυτές ομάδες, πριν υποβληθούν στην θεραπεία αυτή εξασκήθηκαν σχετικά με την χαλάρωση σε παρόμοια περιβάλλοντα μέσω μιας εφαρμογής κινητού

¹⁰ Η Βιοανάδραση είναι μια διαδικασία εκμάθησης όπου οι άνθρωποι μαθαίνουν να βελτιώνουν την υγεία τους και τις επιδόσεις τους παρατηρώντας- μέσω ηλεκτρονικών μηχανημάτων - τα βιοηλεκτρικά σήματα που προέρχονται από το σώμα τους και τροποποιώντας τα, για να οδηγηθούν στην αυτορρύθμιση των βιολογικών λειτουργιών του σώματος (Κέντρο Ψυχοσωματικής Ιατρικής, χ.χ.).

τηλεφώνου. Η τρίτη ομάδα, η ομάδα ελέγχου, δεν υποβλήθηκε σε καμία μορφή θεραπείας. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι και οι δύο ομάδες που υποβλήθηκαν στη θεραπεία εικονικής πραγματικότητας εκπαιδεύτηκαν επαρκώς στις τεχνικές χαλάρωσης και ήταν σε θέση να τις χρησιμοποιήσουν με επιτυχία στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων παραγόντων, μειώνοντας σημαντικά τα επίπεδα άγχους τους. Επιπλέον, η ομάδα που στη θεραπεία της εντάχθηκε και η βιοανάδραση είχε μεγαλύτερη μείωση του άγχους (Gorini et al., 2010).

5.2 Θεραπεία Διαταραχών Διάθεσης με τη Χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας

Για την θεραπεία των διαταραχών διάθεσης και κυρίως για την κατάθλιψη, η οποία αποτελεί το κοινό στοιχείο όλων των διαταραχών αυτών, φαίνεται να μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικά η χρήση της εικονικής πραγματικότητας, με βάση τις παρακάτω περιγραφόμενες μελέτες.

Η θεραπεία με βάση την εικονική πραγματικότητα βασίζεται στην γνωστική και συμπεριφοριστική προσέγγιση, όπως έχει αναφερθεί. Οι κλινικοί υποστηρίζουν ότι η έκθεση σε μια κατάσταση, η ανάπτυξη δεξιοτήτων, η ενστάλαξη ελπίδας και η συμπεριφοριστική αλληλεπίδραση του ασθενή σε ένα εικονικό περιβάλλον αποτελεί την καλύτερη ψυχολογική βοήθεια για τις διαταραχές διάθεσης (Lamson, 2002).

Μια σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε (Falconer et al., 2016), είχε ως στόχο να εξετάσει κατά πόσο η αυτογνωσία του ασθενή με κατάθλιψη, μπορεί να βοηθήσει τελικά στην αύξηση της εκδήλωσης της συμπόνιας προς τον εαυτό του και όχι στην εκδήλωση έντονης αυτοκριτικής. Πιο αναλυτικά, οι ασθενείς συμμετείχαν σε μια εικονικής πραγματικότητας σκηνή, κατά την οποία ένα παιδί έκλαιγε. Οι συμμετέχοντες εκδήλωναν συμπόνια προς το παιδί και στην συνέχεια αποκτούσαν ένα νέο σώμα, το σώμα του παιδιού. Έτσι, βίωναν την εμπειρία της συμπόνιας με δύο τρόπους, πρώτον τον ενεργητικό, αφού την είχαν εκδηλώσει στο παιδί και δεύτερον τον παθητικό, καθώς το σώμα του παιδιού ήταν πλέον στο δικό τους. Κατέληγαν δηλαδή να βλέπουν μέσω του καθρέφτη που υπήρχε και να ακούν από τα ακουστικά που φορούσαν, τον εαυτό τους να συμπονούν το παιδί. Βλέποντας αυτό το εικονικό

σώμα σε έναν καθρέφτη να κινείται με τον ίδιο τρόπο όπως και το σώμα τους παράγει την ψευδαίσθηση ότι αυτό είναι το δικό τους σώμα.

Η έρευνα αυτή βασίστηκε σε στοιχεία που αποδεικνύουν ότι τα άτομα μπορούν να αποκτήσουν ιδιότητες που απεικονίζονται και σε ένα εικονικό σώμα. Προτού η έρευνα αυτή πραγματοποιηθεί σε καταθλιπτικούς ασθενείς, δοκιμάστηκε σε υγιή υποκείμενα, προκειμένου να διαβεβαιωθεί η χρησιμότητα και τα αποτελέσματα της εικονικής πραγματικότητας στην θεραπεία της κατάθλιψης. Συνοψίζοντας, με βάση τα παραπάνω στοιχεία η εικονική πραγματικότητα μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στην θεραπεία των συμπτωμάτων της κατάθλιψης (Falconer et al., 2016). (βίντεο: <https://www.youtube.com/watch?v=wa6anzi4ItQ>)

Άλλη μια έρευνα που έχει διεξαχθεί, εστιάζει στο αν η κατάθλιψη συνδέεται με συγκεκριμένα γνωστικά ελλείμματα που προκύπτουν από την δυσλειτουργία του ιππόκαμπου¹¹. Η έρευνα αυτή έθετε τα υποκείμενα την πρώτη ημέρα σε μια εικονική πόλη για 20 λεπτά. Στη συνέχεια, για 30 λεπτά πλοηγήθηκαν σε διάφορους προορισμούς μέσα στην πόλη, οι προορισμοί αυτοί δίνονταν μέσω ενός συστήματος του υπολογιστή. Μετά από αυτό, τα υποκείμενα έπρεπε να βρουν τουλάχιστον τρεις προκαθορισμένους προορισμούς μέσα στην πόλη. Αν τα άτομα τα κατάφεραν, η διαδικασία τερματιζόταν σε αυτό το σημείο. Αντίθετα, αν δεν τα κατάφεραν, τους δίνονταν άλλα 30 λεπτά, προκειμένου να εξερευνήσουν την πόλη και να εξοικειωθούν περισσότερο με τις τοποθεσίες. Τρεις ημέρες αργότερα, οι συμμετέχοντες διερευνούσαν την πόλη για 20 λεπτά προκειμένου να εξοικειωθούν και πάλι με την διαδικασία. Μετά από λίγες ώρες, εξέτασαν την μνήμη τους σχετικά με τις τοποθεσίες της πόλης, βάζοντας τους όμως σε διαφορετικές αφετηρίες από αυτές που είχαν τοποθετηθεί την πρώτη φορά. Η μόνη διαφορά που έδειξαν τα αποτελέσματα ήταν ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη βρήκαν πολύ λιγότερες τοποθεσίες κατά την διάρκεια των εργασιών σε σύγκριση με τους υγιείς εθελοντές που συμμετείχαν στην έρευνα. Επομένως, φαίνεται να υπάρχει μια συσχέτιση της δυσλειτουργίας του ιππόκαμπου με το γνωστικό έλλειμμα της απώλειας της μνήμης σε καταθλιπτικούς ασθενείς, στοιχεία που αφορούν στην παρατήρηση των

¹¹ Ο ιππόκαμπος αποτελεί μέρος του εγκεφάλου και αφορά στην αποθήκευση πληροφοριών στην μακρόχρονη μνήμη. Εάν ο ιππόκαμπος υποστεί βλάβες υπάρχει αδυναμία στην συγκράτηση νέων πληροφοριών (Τέγος, 2006).

συμπτωμάτων της κατάθλιψης με την βοήθεια της εικονικής πραγματικότητας. Αν και θα πρέπει να διερευνηθεί η εμπλοκή και άλλων μερών του εγκεφάλου, προκειμένου να διατυπωθεί ένα πιο έγκυρο αποτέλεσμα (Neda et al., 2007).

Πιο πρόσφατα, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε (Li et al., 2014) εστίασε στην θεραπευτική αξία των παιχνιδιών, αφού σύμφωνα με νευροψυχολογικές έρευνες το ψηφιακό παιχνίδι προκαλεί απελευθέρωση των ορμονών που είναι υπεύθυνες για τα συναισθήματα της ευχαρίστησης και της ευημερίας, όπως για παράδειγμα οι ενδορφίνες και η ντοπαμίνη. Συγκεκριμένα, προέκυψαν τέσσερις κατηγορίες των παιχνιδιών α) η ψυχοεκπαίδευση β) η θεραπεία της έκθεσης στην εικονική πραγματικότητα γ) η εξάσκηση και δ) η διασκέδαση. Οι δύο πρώτες κατηγορίες αποτελούν και τις κυριότερες και αποτελεσματικότερες μορφές θεραπείας για την μείωση της κατάθλιψης όσον αφορά τα παιχνίδια, σύμφωνα με αυτή την έρευνα. Τα παιχνίδια αυτά που αφορούν στην ψυχοεκπαίδευση χαρακτηρίζονται με 3D γραφικά, παιχνίδια ρόλων και οπτικοακουστική αλληλεπίδραση. Από την άλλη, η παρέμβαση μέσω της έκθεσης στην εικονική πραγματικότητα εμβαθύνει τον ασθενή στα βιντεοπαιχνίδια με την βοήθεια της ενεργοποίησης όλων των αισθήσεων (όραση, αφή, όσφρηση και ακοή). Σε σύγκριση με την in vivo έκθεση, η έκθεση στην εικονική πραγματικότητα είναι περισσότερο αποτελεσματική και ελάχιστη σε έξοδα, αφού δεν προϋποθέτει την παρουσία του ασθενή σε εξωτερικό μέρος και η όλη διαδικασία είναι αρκετά ελεγχόμενη από τον θεραπευτή. Οι άλλοι δύο τύποι, η εξάσκηση και η διασκέδαση αποσκοπούν στην χαλάρωση και στην ευχαρίστηση με περισσότερα αποτελέσματα στην συμπεριφορική και γνωστική απόσπαση σε υποκείμενα με υπερβολικό άγχος.

Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί ότι παρά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας της κατάθλιψης με την χρήση της εικονικής πραγματικότητας, δημιουργούνται πολλά ζητήματα, αφού ο αριθμός των δειγμάτων μπορεί να είναι μικρός, οπότε και τα αποτελέσματα να μην μπορούν να γενικευθούν. Επομένως, απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση από την επιστημονική κοινότητα, γεγονός που επισημάνθηκε και στις προαναφερθείσες μελέτες.

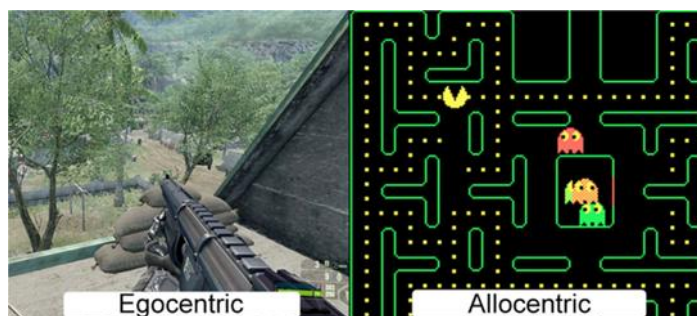
5.3 Θεραπεία Σωματόμορφων Διαταραχών με τη Χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας

Όσον αφορά τις σωματόμορφες διαταραχές, η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία χρησιμοποιείται ευρέως για την αντιμετώπισή τους, ενώ ιδιαίτερα για την υποχονδρίαση και την σωματοδυσμορφική διαταραχή χρησιμοποιείται, σε συνδυασμό με την γνωστική αναδιάρθρωση, και η τεχνική της έκθεσης του ασθενούς σε εσωτερικά ή/και εξωτερικά ερεθίσματα, σε πράγματα που φοβάται ή καταστάσεις που αποφεύγει λόγω της διαταραχής (Woolfolk and Allen, 2012). Παρ' όλα αυτά όμως, έρευνες για το εάν η Θεραπεία Εικονικής Πραγματικότητας ενδέχεται να είναι αποτελεσματική σε ορισμένους τύπους της έκθεσης αυτής δεν έχουν πραγματοποιηθεί, αν και η θεραπεία αυτή έχει αποδεχθεί, όπως φαίνεται στη συνέχεια, αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής και της δυσμορφικής εικόνας που έχουν συχνά οι ασθενείς για το σώμα τους.

5.4 Θεραπεία Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής με την Χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας

Για την θεραπεία των ψυχικών διαταραχών λήψης τροφής και κυρίως για την βουλιμία έχει φανεί περισσότερο αποτελεσματική η γνωστική -συμπεριφοριστική θεραπεία. Η εικονική πραγματικότητα μέχρι στιγμής έχει χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση και την θεραπεία της διαστρέβλωσης της εικόνας του σώματος των ασθενών. Αυτό βασίζεται στην άποψη ότι η πηγή του προβλήματος των διατροφικών διαταραχών είναι οι λανθασμένες σκέψεις και πεποιθήσεις του ατόμου που έχουν δημιουργηθεί από την συσχέτιση του με τους άλλους. Η αλλοκεντρική θεωρία (βλ. εικόνα 5.11) υποστηρίζει ότι τα άτομα με διατροφικές διαταραχές έχουν υιοθετήσει μια παθολογική συμπεριφορά διατροφής, η οποία έχει προκληθεί από τις πεποιθήσεις και τα πρότυπα των άλλων για το σώμα. Αυτές οι πυρηνικές πεποιθήσεις όπως ονομάζονται στην γνωσιακή και συμπεριφοριστική προσέγγιση, χρειάζεται να αλλάξουν και να αντικατασταθούν, προκειμένου να ακολουθηθούν υγιεινές πρακτικές διατροφής. Το εργαλείο της προσέγγισης αυτής, η εικονική πραγματικότητα δηλαδή με βάση την συγκεκριμένη μελέτη μπορεί να “ξεκλειδώσει”

την παθολογική άποψη του ατόμου για την εικόνα του σώματός του και να μην προκαλεί βουλιμικά επεισόδια, όπως συμβαίνει σε άλλες θεραπευτικές ή και όχι πρακτικές παρέμβασης. Για την καλύτερη χρήση του εργαλείου της εικονικής πραγματικότητας συμπεριλαμβάνεται και ψυχοθεραπεία με γνωστική-συμπεριφοριστική προσέγγιση (Cesa et al., 2013).



5.11 Η εγωκεντρική και η αλλοκεντρική θεωρία

Πολλά στοιχεία έχουν δείξει ότι η ενσωμάτωση σε ένα εικονικό σώμα με την διέγερση των αισθήσεων της ακοής και της αφής, μπορεί να οδηγήσει σε μια διαφορετική αντίληψη σχετικά με το σώμα και το μέγεθος του. Η παρούσα έρευνα μελετά κατά πόσο είναι αποτελεσματική η ανταλλαγή του σώματος με την χρήση της εικονικής πραγματικότητας στην τροποποίηση της μακρόχρονης μνήμης του σώματος (Serino et al., 2016). Έτσι, έγινε αξιολόγηση από τους συμμετέχοντες του πλάτους και της περιφέρειας κάποιων μερών του σώματος (ώμοι, κοιλιά και γοφούς). Έπειτα, κλήθηκαν να μεταφέρουν αυτές τις διαστάσεις σε έναν πίνακα, αλλά και να κρατήσουν στην μνήμη τους αυτές τους τις εκτιμήσεις και τελικά να τις αναπαράγουν σε ένα τρίτο εικονικό άτομο. Επιπλέον είχαν την ευκαιρία μέσω της εικονικής πραγματικότητας και των συσκευών της να αγγίζουν το εικονικό σώμα. Αυτή η ανταλλαγή ενός εικονικού σώματος σημαίνει να βιώνει κανείς την απόκτηση ενός νέου σώματος, όπως εκείνος θα το έχει επιλέξει με την βοήθεια ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή. Στην ουσία, αυτή η ψευδαίσθηση δημιουργείται μέσω της παρατήρησης του ίδιου του προσώπου και του προσφέρει την ευκαιρία να διαχωρίσει τον εαυτό του από το φυσικό του σώμα και να αντιληφθεί το μέγεθος του σώματος του διαφορετικά.

- **Ψυχογενής ανορεξία**

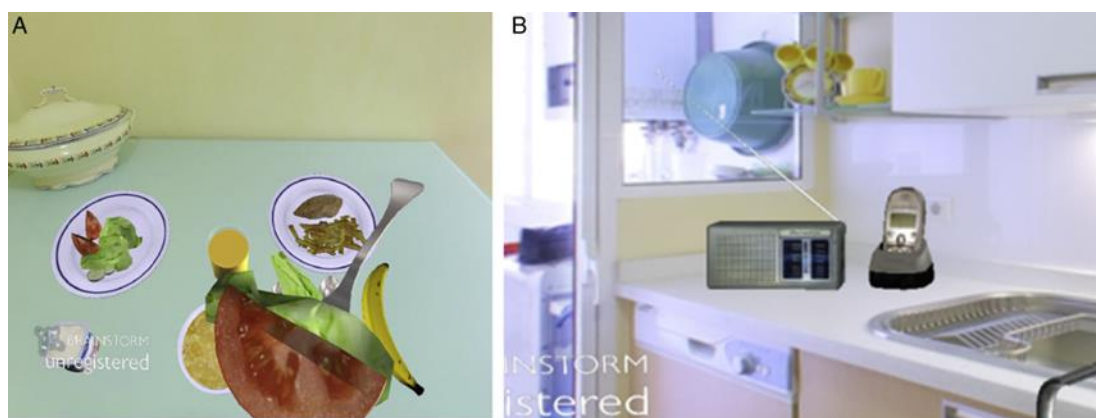
Μία άλλη μελέτη περίπτωσης που αφορά σε μια ανορεκτική ασθενή με τον ίδιο σκοπό είναι η παρακάτω. Οι θεραπευτές χρησιμοποίησαν την εικονική πραγματικότητα για να αποδείξουν ότι μια αντίληψη μπορεί να φαίνεται αληθινή αλλά στην πραγματικότητα να μην είναι. Πιο περιγραφικά, σχετικά με αυτή την μελέτη περίπτωσης, το άτομο αρχικά γνωρίζει το εικονικό περιβάλλον, βλέπει δηλαδή τα τρόφιμα και τα ποτά που υπάρχουν στο δωμάτιο και πιθανόν εκφράζει τους φόβους και τις ανησυχίες του (τα δεδομένα αυτά θα χρησιμοποιηθούν για να σχεδιαστούν οι επόμενες συνεδρίες). Έπειτα, όταν το άτομο αποφασίσει να φάει, αγγίζει τα φαγητά και με ένα πρόγραμμα υπολογίζονται οι προσλαμβάνουσες θερμίδες, ενώ ανάλογα με τις θερμίδες το εικονικό σώμα αλλάζει το μέγεθός του. Μετά από αυτό, ο ασθενής καλείται να επιλέξει ανάμεσα σε κάποιες φιγούρες, που το σώμα τους ποικίλλει από το πιο αδύνατο έως το υπέρβαρο, ποια φιγούρα θεωρεί ότι αναπαριστά το τωρινό του σώμα αλλά και ποιο το ιδανικό. Συνήθως, οι επιλογές αποκλίνουν και γι' αυτό το λόγο δημιουργείται μια συζήτηση σχετικά με το μέγεθος των σωμάτων και τις αντιλήψεις του ασθενή σχετικά με την εγκυρότητα τους. Παράλληλα, συμπληρώνει κάποια ερωτηματολόγια σχετικά με την αντίληψη της μέτρησης του μεγέθους. Συμπερασματικά, αυτή η μελέτη περίπτωσης είχε θετικά αποτελέσματα, αν και τονίζεται ιδιαίτερα ότι σημαντικό ρόλο στην θεραπευτική διαδικασία κατέχει το κίνητρο της αλλαγής από τον ασθενή, αφού από τον βαθμό ύπαρξης του εξαρτάται η πορεία και η επιτυχία της θεραπείας.

Επομένως, το θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο βασίστηκε η μελέτη αυτή είναι η λανθασμένη αξιολόγηση των ασθενών σχετικά με το μέγεθος του σώματός τους αλλά και του επιθυμητού, όταν αναφερόμαστε στους ασθενείς της νευρικής ανορεξίας. Στην επεξεργασία και την αλλαγή αυτής της αξιολόγησης και της πεποίθησης για την εικόνα του σώματος αποτελεσματικό εργαλείο αποτελεί αποδεδειγμένα, όπως ισχυρίζονται οι ερευνητές, η εικονική πραγματικότητα και η χρήση των εφαρμογών της (Wiederhold et al., 2016).

- **Ψυχογενής βουλιμία**

Σχετικά με την ψυχογενή βουλιμία μελετήθηκε η θεραπευτική συμβολή της εικονικής πραγματικότητας για την υιοθέτηση ενός πιο υγιούς μοτίβου διατροφής από τους

βουλιμικούς ασθενείς, με θετικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, σε μια μελέτη περίπτωσης που πραγματοποιήθηκε (Roncero and Perina, 2015), μια γυναίκα, η οποία αντιμετώπιζε το πρόβλημα της βουλιμίας, ξεκίνησε τις συνεδρίες με την γνωστική και συμπεριφοριστική προσέγγιση, με στόχο την απόκτηση του ελέγχου για το φαγητό, την εγκαθίδρυση νέων υγιεινών διατροφικών συνηθειών και τον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό των γευμάτων, προκειμένου να ελέγχεται και να αποφεύγεται η λαιμαργία. Κατά την θεραπεία της εικονικής πραγματικότητας η ασθενής σταδιακά εκτέθηκε σε ένα εικονικό δωμάτιο, το οποίο είχε απαγορευμένα φαγητά (βλ. εικόνα 5.12), ενώ προηγουμένως είχε μάθει να χρησιμοποιεί εναλλακτικές συμπεριφορές αλλά και να αντικαθιστά τις αρνητικές σκέψεις που της δημιουργούνται. Η ασθενής έχει ελεύθερη πρόσβαση σε τρόφιμα και μπορούσε αν ήθελε να τα κλειδώσει. Επιπλέον, μπορούσε να κάνει και άλλες ενέργειες, όπως για παράδειγμα να κάνει ένα τηλεφώνημα ή να ακούσει μουσική. Ακόμα, για την θετική ενίσχυση, το λογισμικό του εικονικού περιβάλλοντος επέτρεπε στον θεραπευτή να δείξει σε μια οθόνη τις θετικές ή τις αρνητικές συνέπειες σε περίπτωση που αποφάσιζε να φάει τελικά και τις θετικές αν συνέχιζε την αντίσταση.



5.12 Το εικονικό περιβάλλον στο οποίο εκτέθηκε η ασθενής

- **Παχυσαρκία**

Επιπλέον, έχει πραγματοποιηθεί μια συνεργασία μεταξύ των ερευνητών για την παρέμβαση στην παχυσαρκία και τις διαταραχές πρόσληψης της τροφής. Αυτή η παρέμβαση συμπεριλαμβάνει και την εικονική πραγματικότητα. Πιο συγκεκριμένα, επικεντρώθηκαν σε δυο είδη τεχνολογιών α) την επαυξημένη πραγματικότητα (Augmented reality) και β) την εικονική πραγματικότητα που εξετάζει το δυναμικό

των διαταραχών σε κλινικό επίπεδο. Για παράδειγμα, σε μία έρευνα που το avatar των χρηστών εμφανιζόταν με λιγότερα κιλά από όσο είναι στην πραγματικότητα ο ίδιος, μετέτρεψε την συμπεριφορά του τρώγοντας λιγότερο παγωτό σε μια δοκιμή γεύσεων που του τέθηκε. Παράλληλα ως ανταμοιβή αυτής του της πράξης ήταν ένα αναψυκτικό χωρίς ζάχαρη. Ακόμα και αν τα avatar δεν αναπαριστούν τελικά τους ασθενείς, η παρέμβαση έχει αποτέλεσμα στην βελτίωση της συμπεριφοράς τους προς το φαγητό. Για παράδειγμα, ένα μικρόσωμο εικονικό κατοικίδιο μπορεί να παρακινήσει τα παιδιά να καταναλώνουν λαχανικά και φρούτα. Επίσης, έχει χρησιμοποιηθεί και απτικό εικονικό περιβάλλον, προκειμένου οι χρήστες να μπορούν να αλληλεπιδράσουν με τον εικονικό παχύσαρκο άνθρωπο, ενώ άλλες έρευνες ενίσχυαν την σωματική άσκηση. (Riva et al., 2016).

Ακόμα, υποστηρίζεται ότι η βελτίωση της συμπεριφοράς σχετικά με την απώλεια βάρους μπορεί να επιτευχθεί με την μείωση της προσλαμβάνουσας ενέργειας και την αύξηση της κατανάλωσης της ενέργειας. Η έρευνα του Coons και των υπολοίπων συνεργατών του (Coons et al., 2011) έδειξε τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να βοηθήσει η εικονική πραγματικότητα. Δημιούργησαν μια εφαρμογή για smart phones με την οποία τα άτομα που πάσχουν από παχυσαρκία μπορούν να έχουν μια εικονική υποστήριξη για την τήρηση του προγράμματος της διατροφής του, με σκοπό την απώλεια βάρους. Αυτή η εφαρμογή ονομάζεται ENGAGED (E-Networks Guiding Adherence to Goals in Exercise and Diet) και παρέχει στους χρήστες βοήθεια και υποστήριξη από έναν καθηγητή και μια ομάδα με αντίστοιχο πρόβλημα, οι οποίοι λαμβάνουν ενημερώσεις για τον αυτοέλεγχο της συμπεριφοράς των άλλων χρηστών απέναντι στο φαγητό και στη τήρηση του προγράμματος. Αυτή η επικοινωνία σε πραγματικό χρόνο και με πραγματικούς ανθρώπους (τον ειδικό και τα μέλη της ομάδας) προσδίδει ενισχυτικά και ενθαρρυντικά στοιχεία στους χρήστες να συνεχίσουν τις δίαιτες τους περισσότερο από την έκθεση του χρήστη σε ένα εικονικό περιβάλλον, στο οποίο θα συνδιαλεγόταν με ένα avatar. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να μιλήσει με ομοιοπαθούντα άτομα και να συζητήσουν σχετικά με το ποια πρακτική βοήθησε περισσότερο, να προτείνουν ο ένας τον άλλον και να ενθαρρύνονται για την επίτευξη του στόχου τους. Στοιχεία που συμβάλλουν θετικά για την απώλεια βάρους και την υιοθέτηση της συμπεριφοράς εφόρου ζωής.

Η εικονική πραγματικότητα μπορεί να προσφέρει σε άτομα που υποφέρουν από διαταραχές λήψης τροφής ένα εικονικό σύστημα υποστήριξης και συγκεκριμένα τα κοινωνικά δίκτυα, στα οποία τα άτομα αυτά μοιράζονται τις ανησυχίες τους και παύουν να παραμένουν απομονωμένοι λόγω της διαφορετικότητάς τους. Ακόμα, θεωρείται ότι αυτά τα δίκτυα προσφέρουν την δυνατότητα ανάπτυξης και επέκτασης του συστήματος υγείας με στόχο την παρέμβαση και τη θεραπεία. Επιπλέον, η συμμετοχή σε αυτά τα κοινωνικά δίκτυα είναι εύκολη και λιγότερη δαπανηρή και χρονοβόρα σε σχέση με τις καθιερωμένες θεραπείες που απαιτούν την δια ζώσης παρουσία και περισσότερα έξοδα συμμετοχής (Ershow et al., 2011).

Τέλος, ο Bordnick και οι συνεργάτες του (Bordnick et al., 2011) τονίζουν ότι η θεραπεία των διατροφικών διαταραχών συσχετίζεται με την θεραπεία των εξαρτήσεων, αφού και στις δύο περιπτώσεις χρησιμοποιείται η εξάσκηση των ασθενών στην έκθεση των αντικειμένων που προκαλούν την συμπεριφορά της εξάρτησης και της παθολογικής διατροφής αντίστοιχα, την εξάσκηση των ασθενών στον τρόπο αντιμετώπισης των εκάστοτε προσομοιωμένων αντικειμένων, κατά την εικονική θεραπεία, βασιζόμενη στην γνωστική- συμπεριφοριστική προσέγγιση. Επίσης, επισημαίνεται η συνεισφορά της εκπαίδευσης σε μια συμπεριφορά υγιεινής διατροφής, την οποία οι παρούσες έρευνες βρίσκουν χρήσιμη για την θεραπεία.

5.5 Θεραπεία Διαταραχών Προσωπικότητας και Ψυχώσεων με τη Χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας

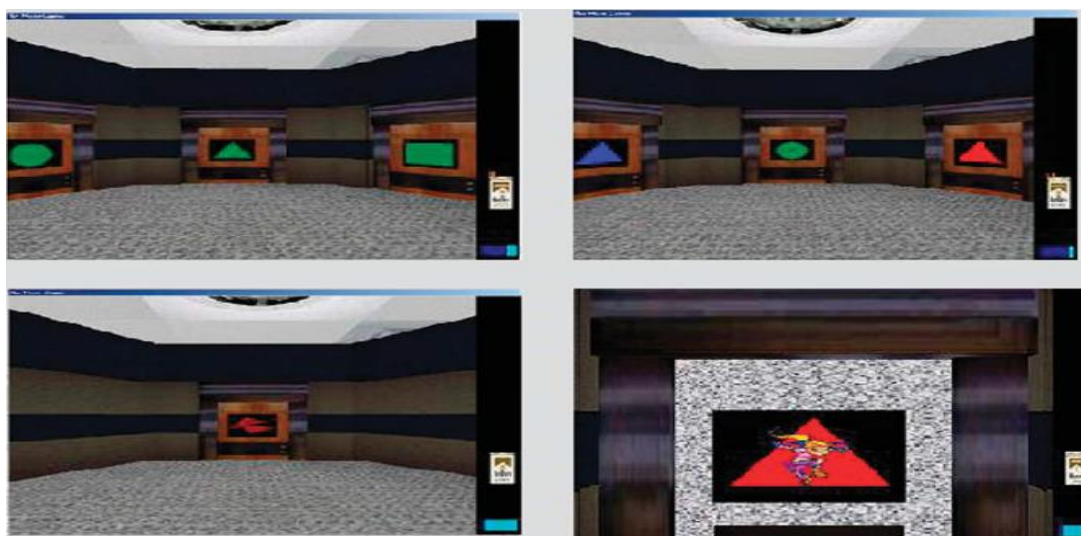
Για την θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας δεν έχει διεξαχθεί κάποια μελέτη χρησιμοποιώντας εικονική πραγματικότητα. Ωστόσο, επειδή κάποιες από τις διαταραχές προσωπικότητας, και συγκεκριμένα η παρανοειδής, η σχιζότυπη και η σχιζοειδής προσωπικότητα, σχετίζονται με τις ψυχώσεις θα μπορούσε η θεραπεία τους να συμπεριληφθεί στο πλαίσιο της θεραπείας των ψυχώσεων. Παρακάτω λοιπόν, περιγράφεται η παρατήρηση, η διάγνωση και θεραπεία των ψυχώσεων και κυρίως της σχιζοφρένειας και της παρανοϊκής σκέψης με τη χρήση της εικονικής πραγματικότητας, στοιχεία που συσχετίζονται και με στις προαναφερόμενες διαταραχές προσωπικότητας.

Αρχικά, σχετικά με την σχιζοφρένεια και την κατανόησή της είναι σημαντική η παρατήρηση των αλληλεπιδράσεων των ασθενών στην κοινωνική τους ζωή. Σύμφωνα με τα λεγόμενα του Freeman (2008) έχουν ξεκινήσει επτά εφαρμογές των εικονικών κοινωνικών περιβαλλόντων: 1) η αξιολόγηση των συμπτωμάτων, 2) η αναγνώριση των συμπτωμάτων, 3) η αναγνώριση των προφητικών παραγόντων, 4) τα τεστ των υποτιθέμενων αιτιωδών παραγόντων, 5) η έρευνα των διαφορετικών προβλεπόμενων συμπτωμάτων, 6) ο προσδιορισμός των τοξικών στοιχείων του περιβάλλοντος και 7) η ανάπτυξη της θεραπείας.

Άλλες εφαρμογές της εικονικής πραγματικότητας για την ψυχική διαταραχή της σχιζοφρένειας σύμφωνα με μία άλλη μελέτη είναι η γνωστική- συμπεριφοριστική θεραπεία, η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων και η εκπαίδευση των ασθενών στην θεραπεία. Η γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία συμβάλλει στην επεξεργασία της δυσλειτουργικής πληροφορίας, η οποία αποτελεί απόρροια της διαταραχής αυτής, δίνοντας βαρύτητα στην αντίληψη, την μνήμη και την αποκατάσταση των ασθενών. Η αντίληψη αφορά στην ικανότητα του ατόμου να κατανοεί τα συναισθήματα, τις εκφράσεις του προσώπου των άλλων και γενικότερα μια κατάσταση. Η συμβολή της εικονικής πραγματικότητας για την αντίληψη αποτελείται είτε από λεκτικά και μη λεκτικά κοινωνικά σήματα, όπως για παράδειγμα χαιρετισμοί, έκφραση, είτε από μια χαρούμενη, λυπημένη, και θυμωμένη κατάσταση, στην οποία οι ασθενείς καλούνται να αναγνωρίσουν το συναίσθημα που εκφράζεται. Στην συνέχεια, για την ενεργοποίηση της μνήμης η εικονική πραγματικότητα χρησιμοποιείται, πέραν από την χρήση των καθιερωμένων τεστ και δοκιμασιών, με την χρήση του υπολογιστή ως καθοδηγητή σε προσομοιωμένο περιβάλλον, όπως για παράδειγμα έναν περίπατο με συγκεκριμένες κατευθύνσεις και εξόδους που θα πρέπει να θυμηθούν οι ασθενείς για να πετύχουν τον στόχο τους. Ακόμα, η γνωστική αποκατάσταση πραγματοποιείται μέσα από διάφορους τρόπους εκπαίδευσης, όπως η προσοχή, η συγκέντρωση, αλλά και η εκπαίδευση λειτουργικών ικανοτήτων. Επομένως, η θεραπεία με εικονική πραγματικότητα διαχειρίζεται χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς, αφού σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς καλούνται να αλληλεπιδράσουν με avatars και την διαπροσωπική απόσταση, η οποία αποτελεί κύριο χαρακτηριστικό των ασθενών με σχιζοφρένεια (Kim et al., 2008).

Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι αποφεύγεται από τους ίδιους η επαφή με τα μάτια, όταν αλληλεπιδρούν με άλλους λόγω της αρνητικής αντίληψης που έχει προκληθεί από συναισθήματα φόβου και άγχους. Η εικονική πραγματικότητα σε αυτό το σημείο συμβάλλει στην έκφραση των συναισθημάτων σε διάφορες καταστάσεις, ενώ με την γνωστική- συμπεριφοριστική προσέγγιση γίνεται προσπάθεια για διόρθωση αυτής της αντίληψης και των συναισθημάτων. Τέλος, η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, η ανάπτυξη συζήτησης με άλλους, η επίλυση ενός κοινωνικού προβλήματος και η εκπαίδευση στην έκφραση των συναισθημάτων των ασθενών αποτελούν μέρος της θεραπείας με την χρήση της εικονικής πραγματικότητας, συμπεριλαμβάνοντας τις συσκευές της, βελτιώνοντας έτσι τα αποτελέσματα ανταπόκρισης των ασθενών σε αυτού του είδους την θεραπεία (Kim et al., 2008).

Η εικονική πραγματικότητα έχει χρησιμοποιηθεί επιπλέον για την βελτίωση της διάγνωσης της σχιζοφρένειας. Πιο περιγραφικά, σε μια έρευνα (Sorkin et al., 2006) οι ασθενείς κλήθηκαν να μπουν σε τρία διαφορετικά εικονικά δωμάτια με τρεις πόρτες, οι οποίες έδειχναν διαφορετικό σχήμα και χρώμα (βλ. εικόνα 5.13) και να ανοίξουν την σωστή πόρτα, σύμφωνα με τις οδηγίες που έπαιρναν. Οι ασθενείς σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου παρουσίασε περισσότερα λάθη και περισσότερο χρόνο στην επεξεργασία της μνήμης και της εκτέλεσης της οδηγίας. Επομένως, φαίνονται τα σημεία στα οποία οι ασθενείς σε σύγκριση με τους υγιείς έχουν ελλείμματα και άρα μπορεί πιο εύκολα να μετρηθεί και ο βαθμός εκδήλωσης των ελλειμμάτων και των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας.



5.13 Τα εικονικά δωμάτια στα οποία κλήθηκαν να μπουν οι ασθενείς

Μια άλλη έρευνα πραγματοποιήθηκε για να αξιολογήσουν τους ασθενείς με σχιζοφρένεια σε ποιο βαθμό μπορούν να φανούν λειτουργικοί κάνοντας κάποιες απλές καθημερινές πράξεις, όπως το να πάρουν το λεωφορείο, να πάνε στο παντοπωλείο, να ψωνίσουν αυτά που χρειάζονται, να πληρώσουν, να πάρουν την απόδειξη και να επιστρέψουν χρησιμοποιώντας πάλι το λεωφορείο (Ruse et al., 2014). Αυτό διεξήχθη με σε ένα εικονικό περιβάλλον, ενώ συμμετείχαν και υγιή άτομα σε παράλληλη έρευνα προκειμένου να γίνει σύγκριση των αποτελεσμάτων. Τελικά, οι ασθενείς λειτουργούσαν αρκετά αργά σε σχέση με τους υγιείς με επιτυχημένες πράξεις, δηλαδή χρειαζόταν περισσότερος χρόνος για την εκτέλεση της πληροφορίας και την επεξεργασία της μνήμης. Αυτή λοιπόν, η μελέτη δείχνει ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορούν να λειτουργήσουν στο χώρο.

Σε μία έρευνα μελετήθηκε, με την χρήση της εικονικής πραγματικότητας, η «source memory» δηλαδή η ικανότητα των ασθενών με σχιζοφρένεια να αναγνωρίζουν το πλαίσιο στο οποίο η μνήμη εκδηλώθηκε (Hawco et al., 2015). Αυτή η μνήμη είναι διαταραγμένη σε αυτά τα άτομα και σχετίζεται με τα κλινικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως οι ψευδαισθήσεις. Οι συμμετέχοντες, αφού τοποθετήθηκαν σε μια 3D εικονική πόλη, κλήθηκαν να απαντήσουν σε τέσσερις ερωτήσεις: 1) να αναγνωρίσουν ποιο πρόσωπο ταιριάζει με κάποιο αντικείμενο, 2) σε ποιο μέρος δεν υπήρχε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, 3) ποιο αντικείμενο υπήρχε στην πόλη και 4) ποιο αντικείμενο ήταν φωτεινότερο από τα άλλα. Τα αποτελέσματα που έδωσαν ήταν λιγότερο σωστά σχετικά με την ερώτηση που αφορούσε στο πρόσωπο, αλλά όχι σχετικά με το μέρος και το αντικείμενο. Σύμφωνα, με την έρευνα αυτή τα συγκεκριμένα ελλείμματα της μνήμης σχετίζονται με την γενικότερη μη λειτουργικότητα σε γνωστικό επίπεδο.

Μετά από την βιβλιογραφική ανασκόπησή μας, προέκυψε ότι η εικονική πραγματικότητα παρέχει ένα μέσο μελέτης της παρανοϊκής σκέψης σε ελεγχόμενες εργαστηριακές συνθήκες, αρχικά σε ομάδες υγιών ατόμων και έπειτα σε ασθενείς. Έχει βοηθήσει και ως περιγραφικό εργαλείο των συμπτωμάτων και των διαφορών με υγιή άτομα αλλά και για την βελτιωμένη διάγνωση. Ακόμα, η θεραπεία βασίζεται στα avatars, αφού σύμφωνα με τις παρακάτω περιγραφόμενες μελέτες δείχνουν να φέρνουν θετικά αποτελέσματα και να περιορίζουν τα παρανοϊκά συμπτώματα των ασθενών (Valmaggia et al., 2007). Τα avatars σχεδιάστηκαν αρχικά από τους

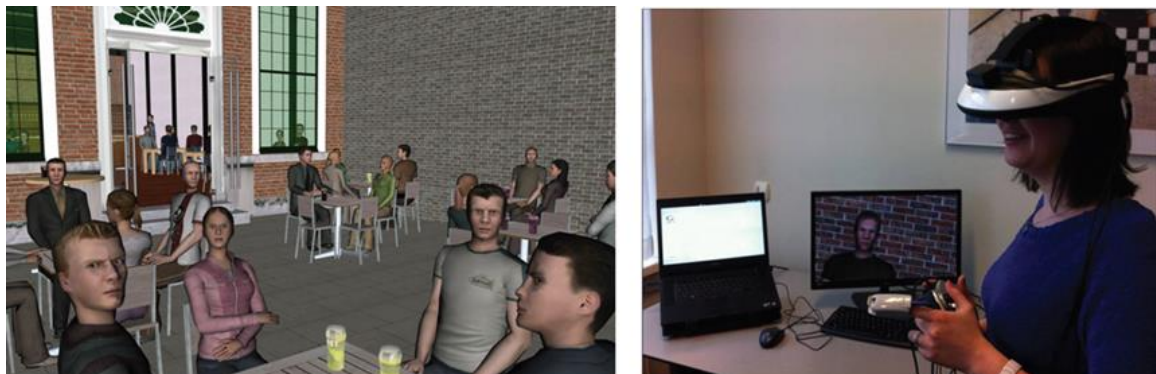
ασθενείς, προκειμένου να δοθούν οι πληροφορίες σχετικά με τις φωνές που ακούν. Έπειτα, χρησιμοποιήθηκαν και ελέγχονταν από τους θεραπευτές για να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να αντιταχθούν στις φωνές, έτσι ώστε οι φωνές σταδιακά να βρεθούν υπό τον έλεγχο των ασθενών (Leff et al., 2016).

Σχετικά με τις φωνές καταδίωξης οι ασθενείς αναφέρουν «την αίσθησης της ανικανότητας» που προκαλείται. Ωστόσο, αισθάνονται περισσότερο έλεγχο αν μπορούν να κάνουν διάλογο μαζί τους. Γι αυτό τον λόγο η θεραπεία εικονικής πραγματικότητας ενισχύει αυτή την αίσθηση με την ταύτιση των φωνών αυτών με πρόσωπα, τα οποία είτε γνωρίζουν είτε όχι. Συγκεκριμένα, σε αυτή την μελέτη χρησιμοποιούνται τα avatars και μιλούν με την φωνή, που οι ασθενείς ακούν και έχουν την μορφή που οι ίδιοι αισθάνονται άνετα ή αναπαριστούν περισσότερο την μορφή που αυτοί θεωρούν ότι το avatar έχει (βλ. εικόνα 5.14). Ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος βρίσκονται σε ξεχωριστά δωμάτια και επικοινωνούν μέσω του ηχητικού συστήματος. Η φωνή του θεραπευτή ακούγεται από το επιλεγόμενο avatar, οπότε σε πραγματικό χρόνο ο ασθενείς μπορεί μέσα από την συζήτηση που θα αναπτυχθεί να το αμφισβητήσει. Παράλληλα ο θεραπευτής μπορεί να τον καθοδηγεί και να τον ενθαρρύνει να αντιμετωπίσει το avatar, με αποτέλεσμα να έχει τελικά τον πλήρη έλεγχο και να το γενικεύσει και στις φωνές καταδίωξης. Αυτή την συζήτηση μπορούσε να την έχει ηχογραφημένη ο ασθενής και να την ακούει όποια στιγμή ήθελε εκτός των συνεδριών, ακόμα και όταν είχε τις φωνές καταδίωξης. Οι συμμετέχοντες αυτοί ωστόσο, λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή και κυρίως αντιψυχωτικά, τα οποία όμως δεν είχαν αποτελέσματα στον περιορισμό των ψευδαισθήσεων. Όσοι ακολούθησαν την συγκεκριμένη θεραπεία είχαν σταδιακή μείωση του συμπτώματος αυτού, αφού μπορούσαν πλέον να εναντιώνονται στις φωνές που άκουγαν και να τις ελέγχουν (Παράδειγμα ηχητικού αποσπάσματος <http://www.phon.ucl.ac.uk/home/geoff/avatar/demos/010-S1-clip.mp3>) (Leff et al., 2013). Επιπλέον, ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα, οι ψυχολόγοι ερευνητές έχουν την ευκαιρία να συλλέξουν πληροφορίες για τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν αυτή την κατάσταση και να τις συσχετίσουν με την ψυχική ασθένεια που αντιμετωπίζουν για την θεραπεία με καλύτερης ποιότητας αποτελέσματα (Huckvale et al., 2013).



5.14 Παραδείγματα χαρακτήρων άβαταρ

Σύμφωνα και με τον Veling και τους συνεργάτες του (Veling et al., 2014), υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι η εμπειρία της εικονικής πραγματικότητας μπορεί να δημιουργήσει συμπτώματα σχετικά με την ψύχωση. Επιπλέον, φαίνεται να προκαλούνται και παρανοϊκές σκέψεις με την έκθεση ακόμα και υγιών ατόμων σε avatars, οι οποίες σχετίζονται με τα επίπεδα άγχους, διαπροσωπική ευερεθιστότητα, διαταραχές της αντίληψης και παράνοια στην πραγματική ζωή. Ωστόσο, η πρόκληση παρενεργειών αποτελεί γεγονός. Οι παρανοϊκές παραισθήσεις μπορούν να μειωθούν με την χρήση της εξάσκησης σε εικονικά περιβάλλοντα. Άλλες μελέτες χρησιμοποίησαν την εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, όπως για παράδειγμα στον χαιρετισμό, το ξεκίνημα και την συνέχιση μιας συζήτησης με την βοήθεια των avatars (βλ. εικόνα 5.15).



5.15 Παράδειγμα εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες μέσω εικονικών περιβαλλόντων

Ακόμα, έχουν μελετηθεί μη κλινικά άτομα, από τα οποία το 1/4 αυτών είχε βιώσει μια πολύ σύντομη περίοδο ψύχωσης και η μειονότητα είχε ιστορικό ψυχικών προβλημάτων, προκειμένου να διερευνηθεί αν είναι ασφαλής η χρήση της εικονικής

πραγματικότητας σε άτομα που διατρέχουν τον κίνδυνο της ψύχωσης. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες τοποθετήθηκαν σε ένα εικονικό περιβάλλον cave, το οποίο αναπαριστούσε ένα τραίνο. Κάθε φορά που έκανε στάσεις το τραίνο επιβιβάζονταν και αποβιβάζονταν ταυτόχρονα κάποια avatars. Τελικά με το πέρας των διαδρομών και των ερωτηματολογίων, διαπιστώθηκε η κατανόηση των όρων των ιδεών καταδίωξης από την πλευρά της γνωστικής- συμπεριφορικής προσέγγισης αλλά και ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα αυτά βίωναν την εμπειρία. Με τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι όλοι οι συμμετέχοντες βίωσαν σε μέτριο βαθμό τα συμπτώματα των ψυχώσεων. Επομένως, η εικονική πραγματικότητα μπορεί να αποτελέσει ένα ερευνητικό εργαλείο αλλά και να βοηθήσει άτομα που πάσχουν από ψυχώσεις, εφόσον αυτή η κατάσταση είναι ελεγχόμενη (Valmaggia et al., 2007).

Μια παρόμοια μελέτη είναι αυτή της Kuipers και των συνεργατών της (Kuipers et al., 2006), που χρησιμοποίησαν την εικονική πραγματικότητα για την μελέτη κλινικών ασθενών, σε συνεργασία με τον Slater (καθηγητή στο University College London του Ηνωμένου Βασιλείου). Από την μελέτη αυτή προέκυψε ότι και μη ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα μπορούν να αναπτύξουν ιδέες καταδίωξης επειδή άκουγαν συνεχώς τα avatars να τους λένε πως να κινηθούν μέσα στο χώρο και τι να κάνουν. Τέλος, έχει μελετηθεί η πιστότητα της χρήσης εικονικού περιβάλλοντος και συγκεκριμένα, μια εικονικής αστικής πόλης για την ανάπτυξη ψυχωτικών εμπειριών και συμπτωμάτων, εκθέτοντας τους υγιείς συμμετέχοντες σε αυτή την πόλη. Γενικά υποστηρίχθηκε ότι η εικονική πραγματικότητα αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για τους θεραπευτές, προκειμένου να διεξάγουν συμπεριφοριστικά πειράματα με τους ασθενείς τους (Broome et al., 2013).

5.6 Θεραπεία Διαταραχών Συνδεδεμένες με Αλκοόλ και Ουσίες με τη Χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας

Η «επιθυμία» (craving) αποτελεί ένα σημαντικό διαγνωστικό κριτήριο για τις διαταραχές χρήσης ουσιών αλλά και έναν προγνωστικό παράγοντα υποτροπής (Gamito et al., 2014, Hone-Blanchet et al., 2014). Η καταστολή της με σκοπό την σταδιακή αποχή του εξαρτημένου από τις ουσίες παραμένει, παρά τις διάφορες

έρευνες που έχουν γίνει ως προς το θέμα, μια ανικανοποίητη κλινική ανάγκη. Λόγω της συνεχούς υπενθύμισης των ναρκωτικών ουσιών, του αλκοόλ και του τσιγάρου στα κοινωνικά και περιβαλλοντικά πλαίσια της καθημερινότητας του ασθενή, η επιθυμία αυτή είναι πολύ εύκολο να προκληθεί σε κάποιον. Οι τρέχουσες γνωστικές-συμπεριφορικές θεραπείες των διαταραχών χρήσης ουσιών χρησιμοποιούν ως εργαλείο την έκθεση των ασθενών σε παράγοντες που τους υπενθυμίζουν την εξάρτησή τους με σκοπό να μην επηρεάζονται όταν τους συναντούν στην καθημερινή τους ζωή. Όμως η απλή συμπεριφορική θεραπεία συχνά δεν αποδίδει λόγω της έντονης αυτής επιρροής των κοινωνικών πλαισίων στον ασθενή. Για το λόγο αυτό, η θεραπεία εικονικής πραγματικότητας κερδίζει με τα χρόνια μεγάλο ενδιαφέρον στην δημιουργία περιβαλλόντων που εκθέτουν τον ασθενή στους παράγοντες κινδύνου, ενισχύοντας την εγκυρότητα της παραδοσιακής πρόκλησης επιθυμίας αφού ταυτόχρονα γίνεται και η απαραίτητη γνωστική-συμπεριφορική δουλειά που χρειάζεται (Hone-Blanchet et al., 2014).

- **Η εξάρτηση στο αλκοόλ**

Η αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Εικονικής Πραγματικότητας φαίνεται στη θεραπεία της διαταραχής χρήσης αλκοόλ. Σε μια έρευνα, ασθενείς εθισμένοι στο αλκοόλ εκτέθηκαν σε τέσσερα εικονικά περιβάλλοντα σχετιζόμενα με το αλκοόλ – ένα μπαρ, μια κουζίνα, έναν τσακωμό και ένα πάρτι (βλ. εικόνα 5.16) –, ενώ πριν και μετά εκτέθηκαν σε ουδέτερα εικονικά περιβάλλοντα που αναπαριστούσαν ένα ενυδρείο (βλ. εικόνα 5.17). Και στα τέσσερα εικονικά περιβάλλοντα η επιθυμία για κατανάλωση αλκοόλ ήταν σημαντικά μεγαλύτερη από αυτήν στα ουδέτερα περιβάλλοντα, ενώ μεταξύ των τεσσάρων δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές. Το ίδιο συμβαίνει και με την αξιολόγηση στην βλεμματική, οσφρητική και νοητική επαφή των ασθενών αναφορικά με το αλκοόλ, και ενώ μεταξύ της όρασης και της όσφρησης δεν υπήρχε διαφορά στις τέσσερις σκηνές, διαφορά υπήρχε στην σκέψη όπου στο περιβάλλον του τσακωμού ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε σχέση με τα υπόλοιπα (Bordnick et al., 2008).

Μια δεύτερη έρευνα που δημοσιεύτηκε πρόσφατα (Son et al., 2015) αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας εικονικής Πραγματικότητας στην αντιμετώπιση ασθενών εθισμένων στο αλκοόλ με την εκτίμηση των αλλαγών που συμβαίνουν στον

μεταβολισμό του εγκεφάλου. Ασθενείς εξαρτημένοι στο αλκοόλ και υγιή άτομα που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου συμμετείχαν στην έρευνα. Οι συμμετέχοντες εκτέθηκαν αρχικά σε μια ευχάριστη κατάσταση με την παρακολούθηση ενός τοπίου προβαλλόμενου σε οθόνη προκειμένου να χαλαρώσουν. Στη συνέχεια, εκτέθηκαν σε δύο εικονικά περιβάλλοντα τα οποία είχαν οπτικά, ακουστικά και οσφρητικά ερεθίσματα: ένα που περιλάμβανε καταστάσεις σχετικές με την κατανάλωση αλκοόλ και ένα δεύτερο στο οποίο οι συμμετέχοντες παρακολουθούσαν ανθρώπους που έκαναν εμετό μετά από κατανάλωση αλκοόλ, ενώ ταυτόχρονα έπιναν Κεφίρ¹². Στην τομογραφία εγκεφάλου που πραγματοποιήθηκε στους εθισμένους ασθενείς πριν την έκθεση στα εικονικά περιβάλλοντα, ο μεταβολισμός ήταν υψηλότερος στον δεξί κροταφικό λοβό¹³ και στον φακοειδή πυρήνα¹⁴ ενώ χαμηλότερος στον πρόσθιο φλοιό του προσαγωγίου¹⁵. Αντίθετα, στην τομογραφία που πραγματοποιήθηκε μετά την θεραπεία υπήρξε μείωση σε σχέση με την αρχή στον μεταβολισμό τόσο στον δεξί κροταφικό λοβό όσο και στον φακοειδή πυρήνα. Η μείωση αυτή αποδεικνύει ότι η θεραπεία εικονικής πραγματικότητας είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της διαταραχής χρήσης αλκοόλ.

¹² Το Κεφίρ είναι ένα γαλακτοκομικό ποτό, η γεύση του οποίου μοιάζει πολύ με το ξινόγαλα. Χρησιμοποιήθηκε στην διαδικασία λόγω του ότι έχει την ιδιότητα να προκαλεί στον οργανισμό την αίσθηση του εμέτου (Son et al., 2015).

¹³ Ο κροταφικός λοβός του εγκεφάλου βρίσκεται στο πλάγιο τμήμα κάθε ημισφαιρίου, κοντά στους κροτάφους. Είναι υπεύθυνος για την ακοή, την αντίληψη σύνθετων εικόνων, την κατανόηση της ομιλίας (στο αριστερό ημισφαίριο) καθώς και συμπεριφορές που είναι υπεύθυνες για τα κίνητρα και το συναίσθημα (Wikipedia, χ.χ.).

¹⁴ Ο φακοειδής πυρήνας είναι ένας από τους πέντε ανεξάρτητους πυρήνες που αποτελούν τα βασικά γάγγλια των πρωτεύοντων πυρήνων. Είναι μια μεγάλη μάζα φαιάς ουσίας και είναι υπεύθυνος για τον καθορισμό της ταχύτητας με την οποία εκτελείται η κίνηση και για τη ρύθμιση του μεγέθους της κίνησης (Wikipedia).

¹⁵ Ο πρόσθιος φλοιός του προσαγωγίου φαίνεται ότι παίζει ρόλο σε μια ευρεία ποικιλία αυτόνομων λειτουργιών, όπως η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού, καθώς και ορθολογικά γνωστικές λειτουργίες όπως η πρόβλεψη ανταμοιβής, τη λήψη αποφάσεων, την ενσυναίσθηση, τον έλεγχο των παρορμήσεων, και το συναίσθημα (Wikipedia, χ.χ.).



5.16 Εικονικά περιβάλλοντα σχετιζόμενα με το αλκοόλ που εκτέθηκαν οι ασθενείς



5.17 Εικονικά περιβάλλοντα που αναπαριστούν ενυδρείο που εκτέθηκαν οι ασθενείς

- **Η εξάρτηση στις ναρκωτικές ουσίες**

Σχετικές έρευνες έχουν γίνει για την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Εικονικής Πραγματικότητας και στην εξάρτηση από τις ναρκωτικές ουσίες. Μια από αυτές (Saladin et al., 2006) εξέθεσε ασθενείς εξαρτημένους στην κοκαΐνη σε επτά

διαφορετικά εικονικά περιβάλλοντα σχετιζόμενα με τις ουσίες, όπως αγορά ναρκωτικών ουσιών, χρήση κ.α.. Επιπλέον, πριν και μετά από αυτές τις επτά σκηνές, οι ασθενείς εκτέθηκαν σε ουδέτερα εικονικά περιβάλλοντα που αναπαριστούσαν ένα ενυδρείο. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η επιθυμία των ασθενών για χρήση αυξήθηκε και οι ασθενείς εμφάνισαν ταχυπαλμία στις σχετιζόμενες με τις ουσίες σκηνές, ενώ η αξιολόγηση θετικών συναισθημάτων όπως π.χ. της ευτυχίας, ήταν σημαντικά χαμηλότερη στις σκηνές αυτές σε σχέση με το επίπεδο αναφοράς των ασθενών πριν την έκθεση.

Μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε, εξέθεσε ασθενείς εξαρτημένους στην κάνναβη σε ουδέτερα (βλ. εικόνα 5.18) και σχετικά με την ουσία (βλ. εικόνα 5.19) εικονικά περιβάλλοντα. Τα ουδέτερα περιβάλλοντα ήταν γκαλερί τέχνης ενώ τα σχετικά με την ουσία περιλάμβαναν ένα δωμάτιο με αντικείμενα σχετικά με τις ουσίες αλλά όχι ανθρώπους, και ένα πάρτι στο οποίο υπήρχε και η κοινωνική επαφή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η επιθυμία για χρήση αλλά και η προσοχή των ασθενών στο να βλέπουν, να μυρίζουν και να σκέφτονται την ουσία ήταν σημαντικά μεγαλύτερη κατά τα σχετιζόμενα με τις ουσίες περιβάλλοντα έναντι των ουδέτερων (Bordnick et al., 2009).



5.18 Ουδέτερο εικονικό περιβάλλον που εκτέθηκαν οι ασθενείς



5.19 Σχετικά με την κάνναβη εικονικά περιβάλλοντα που εκτέθηκαν οι ασθενείς

Τέλος, μια ακόμη έρευνα που έγινε είχε στόχο να αξιολογήσει την αυτοαξιολόγηση σχετικά με την επιθυμία για χρήση και τις φυσιολογικές αποκρίσεις των ασθενών σε ένα μοντέλο εικονικής πραγματικότητας σχετικό με την μεθεμφεταμίνη στο Second Life (Culbertson et al., 2010). Οι συμμετέχοντες της έρευνας ολοκλήρωσαν σε μια μέρα 4 συνεδρίες: 1) έκθεση σε σπίτι όπου γίνεται χρήση και διακίνηση μεθεμφεταμίνης (βλ. εικόνα 5.20), 2) έκθεση σε ουδέτερο σπίτι (βλ. εικόνα 5.21), 3) προβολή βίντεο όπου διαφημίζεται η μεθεμφεταμίνη ενώ ταυτόχρονα οι ασθενείς περιεργάζονται με τα χέρια τους σύνεργα που σχετίζονται με τη χρήση και 4) προβολή ουδέτερου βίντεο όπου κολυμπάνε τροπικά ψάρια ενώ ταυτόχρονα οι ασθενείς περιεργάζονται με τα χέρια τους ουδέτερα πράγματα. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι η επιθυμία για χρήση ήταν μηδαμινή στα ουδέτερα

περιβάλλοντα, ενώ ήταν δύο φορές πιο ψηλή στο εικονικό περιβάλλον σχετιζόμενο με τη μεθαμφεταμίνη από ότι στο αντίστοιχο βίντεο. Το ίδιο ισχύει και για την αξιολόγηση των ασθενών σχετικά με το άγχος, το ενδιαφέρον, την παραισθησιακή κατάσταση και την επίδραση που έχει πάνω τους η ουσία, ενώ το αίσθημα κατάθλιψης είναι μηδενικό σε όλες τις περιπτώσεις.



5.20 Εικονική έκθεση των ασθενών σε σπίτι όπου γίνεται χρήση και διακίνηση μεθαμφεταμίνης



5.21 Εικονική έκθεση των ασθενών σε ουδέτερο σπίτι

Με βάση τις έρευνες αυτές, η θεραπεία μέσω εικονικής πραγματικότητας φαίνεται να έχει πιθανότητα χρησιμότητας στην ανάπτυξη και τη βελτίωση της έκθεσης σε

παράγοντες κινδύνου για την διαχείριση και αντιμετώπιση της διαταραχής χρήσης και εξάρτησης ναρκωτικών ουσιών.

- **Η εξάρτηση στο κάπνισμα**

Ο μεγαλύτερος όγκος ερευνών ως προς την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Εικονικής Πραγματικότητας στις διαταραχές χρήσης ουσιών εντοπίζεται στην εξάρτηση από το κάπνισμα. Η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι η πιο διαδεδομένη διαταραχή χρήσης ουσιών (Gamito et al., 2014).

Μια από τις έρευνες που έγιναν (Choi et al., 2011), εξέθεσε τους συμμετέχοντες σε ουδέτερα εικονικά περιβάλλοντα, στα οποία δεν υπήρχαν παράγοντες κινδύνου για το κάπνισμα, και σε εικονικά περιβάλλοντα ενός μπαρ, στο ένα εκ των οποίων υπήρχαν στοιχεία που σχετίζονται με το κάπνισμα όπως τσιγάρα, τασάκια κλπ, ενώ στο άλλο υπήρχε και κοινωνική επαφή με άτομα που με κάποιο τρόπο μετέφεραν στον ασθενή την ιδέα του καπνίσματος (π.χ. τον προέτρεπαν να καπνίσει). Μετά την έρευνα φαίνεται πως η καθημερινή επιθυμία των συμμετεχόντων για κάπνισμα μειώθηκε, ενώ ψυχοφυσιολογικές αποκρίσεις που μετρήθηκαν (όπως η αντίδραση των μυών και οι χτύποι της καρδιάς) ήταν περισσότερες στα περιβάλλοντα που σχετίζονταν με το κάπνισμα, και ιδίως στο κοινωνικό περιβάλλον, από ότι στα ουδέτερα περιβάλλοντα. Επιπλέον, η ψυχοφυσιολογικές αυτές αποκρίσεις μειώθηκαν αισθητά με την επανάληψη έκθεσης των ασθενών στα εικονικά περιβάλλοντα.

Μια παρόμοια έρευνα –που εξέθεσε δηλαδή τους ασθενείς σε ουδέτερα και σχετικά με το κάπνισμα εικονικά περιβάλλοντα (βλ. εικόνα 5.22)– έδειξε επίσης σημαντική μείωση στην επιθυμία των ασθενών για κάπνισμα, ενώ παρατηρήθηκε με την επανάληψη της έκθεσης αρκετή μείωση στην προσοχή που έδιναν οι συμμετέχοντες όταν έβλεπαν, μύριζαν ή σκεφτόντουσαν το τσιγάρο (Kaganoff et al., 2011).

Αποτελέσματα που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Εικονικής Πραγματικότητας μέσω της επανάληψης έκθεσης των ασθενών σε περιβάλλοντα που περιέχουν παράγοντες κινδύνου σχετικούς με το κάπνισμα έχουν δείξει και άλλες έρευνες. Στις έρευνες αυτές φαίνεται επίσης σημαντική μείωση της επιθυμίας των ασθενών για κάπνισμα με την πάροδο των συνεδριών, ενώ μεγάλο ποσοστό ασθενών

είτε μείωσαν είτε έκοψαν τελείως το κάπνισμα μετά την θεραπεία (Culbertson et al., 2012, Pericot-Valverde et al., 2014).



5.22 Έκθεση των ασθενών σε σχετικά με το κάπνισμα εικονικά περιβάλλοντα

Τέλος, μία έρευνα η οποία συνέκρινε την παραδοσιακή γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία με την θεραπεία έκθεσης σε εικονικά περιβάλλοντα έδειξε μείωση της εξάρτησης και της επιθυμίας για κάπνισμα αλλά και των συμπτωμάτων στέρησης και στις δύο ομάδες ασθενών, χωρίς να διακρίνει σημαντικές διαφορές μεταξύ τους (Park et al., 2014). Έτσι φαίνεται πως η Θεραπεία Εικονικής Πραγματικότητας είναι τουλάχιστον το ίδιο αποτελεσματική με την παραδοσιακή γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία όσον αφορά την αντιμετώπιση της διαταραχής αυτής.

5.6.1 Θεραπεία Διαταραχών Εθισμού – Μη Σχετιζόμενες με Ουσίες Διαταραχές με τη Χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας

Έρευνες που έχουν γίνει και για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυτής στην παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια δείχνουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Ένα εικονικό περιβάλλον που εκθέτει τον ασθενή σε στοιχεία σχετικά με τον εθισμό του στα τυχερά παιχνίδια έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει την επιθυμία για ενασχόληση με αυτά, ενώ η συνεχής επανάληψη της έκθεσης σταδιακά μειώνει την επιθυμία αυτή (Giroux et al., 2013, Park et al., 2015). Παρόμοια συμπεράσματα προκύπτουν και από τις σχετικές με την εξάρτηση στα διαδικτυακά παιχνίδια έρευνες (Kim and Han, 2014, Park et al., 2016).

Η εικονική πραγματικότητα λοιπόν αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη τεχνική έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου και είναι σημαντικό μελλοντικές έρευνες να ασχοληθούν με τον συνδυασμό της θεραπείας έκθεσης μέσω εικονικής πραγματικότητας και την παραδοσιακή γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία.

5.7 Θεραπεία Σεξουαλικών Διαταραχών με τη Χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας

Η θεραπεία των σεξουαλικών διαταραχών με την χρήση του εργαλείου της εικονικής πραγματικότητας, μπορεί να χρησιμοποιείται αλλά σε μικρότερο βαθμό σε σύγκριση με άλλες και αυτό διότι πρόκειται για μια νέα μορφή θεραπείας που χρήζει πληρέστερης έρευνας. Παρακάτω περιγράφονται όσες σεξουαλικές διαταραχές έχουν μελετηθεί σχετικά με αυτή την θεραπεία.

- **Σεξουαλικές δυσλειτουργίες**

Σύμφωνα με την παρούσα βιβλιογραφία, η έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της εικονικής πραγματικότητας στη θεραπεία της σεξουαλικής δυσλειτουργίας είναι ακόμα σε ένα πειραματικό στάδιο. Σε μια μελέτη, η εικονική πραγματικότητα ενσωματώθηκε στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία για τη θεραπεία της στυτικής δυσλειτουργίας και της πρόωρης εκσπερμάτισης σε άνδρες. Η εικονική

πραγματικότητα φάνηκε να βοηθά, ενώ σταθερά παρέμειναν τα αποτελέσματα μετά από ένα χρόνο παρακολούθησης (Eichenberg and Wolters, 2012).

- **Εθισμός στο σεξ**

Σχετικά με την θεραπεία του εθισμού στο σεξ ο Cismaru-Inescu την συσχετίζει γενικά με τις εξαρτήσεις (Cismaru-Inescu et al., 2013). Πιο συγκεκριμένα, αναφέρει ότι τα άτομα που πάσχουν από εξαρτήσεις αντιδρούν σε ερεθίσματα που σχετίζονται με τον εθισμό τους, για παράδειγμα ένας εθισμένος στις ουσίες θα αντιδράσει όταν έρθει σε επαφή με βελόνες/ουσίες. Αυτή η πρακτική ονομάζεται “σήμα αντιδραστικότητας” και χρησιμοποιείται για να εκφράσουν οι ασθενείς τον εθισμό τους, προκειμένου να μετρηθούν τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές που εκδηλώνει κατά την διάρκεια της έκθεσης. Αυτό μπορεί να βοηθήσει ιδιαίτερα την διαδικασία της θεραπείας, αφού με αυτόν τον τρόπο ο θεραπευτής παρατηρεί το πως αντιδρά ο ασθενής και παράλληλα μπορεί να προσαρμόζει το εικονικό περιβάλλον ανάλογα με τις ανάγκες που δημιουργούνται. Επιπρόσθετα, η θεραπεία της εξάρτησης στο σεξ μπορεί να επιτευχθεί, συμπληρωματικά με ψυχοθεραπεία και με την χρήση αναστολέων για την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης¹⁶, όταν η παθολογική σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου σχετίζεται με ψυχαναγκαστική, καταθλιπτική και αγχώδη διαταραχή. Αντίθετα, η γνωστική- συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία εστιάζει στους παράγοντες που πυροδοτούν τον σεξουαλικό εθισμό και την παρέμβαση σε επικίνδυνες συμπεριφορές.

- **Παραφιλίες**

Μια έρευνα που αφορούσε στην μελέτη των αντιδράσεων των παιδόφιλων ανδρών έδειξε την έντονη στυτική αντίδραση σε σύγκριση με μη παιδόφιλους, μετά την σταδιακή έκθεση τους αρχικά σε ταινία σεξουαλικού περιεχομένου, έπειτα σε ένα εικονικό περιβάλλον, στο οποίο εναλλάσσονταν μια φιγούρα ουδέτερου φύλου, μια

¹⁶ Η σεροτονίνη είναι ένας νευροδιαβιβαστής του εγκεφάλου. Στον ανθρώπινο οργανισμό δρα ως ισχυρός αγγειοδιασταλτικός παράγοντας και ενισχύει τη φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου. Όταν αυτή συσσωρευθεί σε μεγάλες ποσότητες στον οργανισμό, προκαλεί έντονη νευρική και τελικά σχιζοφρένεια. Χαμηλά επίπεδα της σεροτονίνης εμπλέκονται στην εμφάνιση κατάθλιψης. Τα φάρμακα που επιλεκτικά αναστέλλουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης αυξάνουν τα επίπεδα της ελεύθερης σεροτονίνης, θεραπεύοντας έτσι την κατάθλιψη (Wikipedia, χ.χ.).

ενήλικη γυναίκα και τελικά ένα 6χρονο κορίτσι. Η στυτική αντίδραση των παιδόφιλων πραγματοποιούταν σε μικρότερο βαθμό στην έκθεση της ουδέτερης φιγούρας, μεγαλύτερη στην έκθεση του παιδιού και ακόμα μεγαλύτερη στην γυναίκα. Επιπλέον, σε σύγκριση με τους μη ασθενείς, οι παιδόφιλοι εμφάνισαν μεγαλύτερη στυτική απόκριση όταν έβλεπαν την παιδική φιγούρα. Ωστόσο, αυτή η μελέτη αφορά στην παρατήρηση της συμπεριφοράς ως διάγνωση και όχι ως θεραπεία της σεξουαλικής διαταραχής της παιδοφιλίας (Renaud et al., 2009).

Κεφάλαιο 6: Πλεονεκτήματα – Μειονεκτήματα – Ηθικοί Προβληματισμοί

6.1 Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα της Χρήσης της Τεχνολογίας της Εικονικής Πραγματικότητας στην Θεραπεία

Η θεραπεία ψυχικών διαταραχών με τη χρήση της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας είναι καινούρια, ακόμα αναδυόμενη, και δεν έχει κατοχυρωθεί πλήρως σαν θεραπευτικό εργαλείο. Για το λόγο αυτό, θεωρούμε σημαντικό να γίνει ένας σχολιασμός ως προς κάποια θετικά και αρνητικά στοιχεία που συνδέονται με την εφαρμογή της στην πράξη.

Αρχικά, όσον αφορά τη θετική συμβολή της, η εικονική πραγματικότητα έχει τη δυνατότητα να διαμορφώσει τη θεραπεία σε ένα ασφαλές περιβάλλον. Τη μετατρέπει ουσιαστικά σε κάτι ενδιάμεσο του απόλυτα ασφαλές ψυχοθεραπευτικού δωματίου και του απόλυτα απειλητικού αληθινού περιβάλλοντος, συμπεριλαμβάνοντας όμως πολλά ρεαλιστικά στοιχεία του πραγματικού κόσμου (Botella et al., 2004, Rizzo and Kim, 2005, Wiederhold, B. and Wiederhold, M., 2010). Η εικονική πραγματικότητα προσφέρει επίσης βελτιωμένη οικολογική ισχύ. Τα εικονικά περιβάλλοντα δεν δείχνουν μόνο σαν πραγματικά, αλλά ενσωματώνουν προκλήσεις που για να αντιμετωπιστούν, απαιτούν από το άτομο λειτουργικές συμπεριφορές αντίστοιχες με αυτές που θα χρησιμοποιούνταν στον πραγματικό κόσμο (Rizzo and Kim, 2005).

Οι συμμετέχοντες στη διαδικασία ασθενείς μπορούν να αντιμετωπίσουν πολύπλοκες και δύσκολες καταστάσεις, απρόσμενα γεγονότα και δραματικές συνέπειες, χωρίς στην πραγματικότητα να μπορεί να τους συμβεί τίποτα κακό. Ο ασθενής έχει την δυνατότητα να αντιμετωπίσει αυτά που τον απασχολούν με το δικό του ρυθμό, όπως θέλει και όποτε θέλει. Με πλήρη ασφάλεια και χωρίς άγχος, μπορεί να εξερευνήσει, να βιώσει, να αναβιώσει και να αισθανθεί σκέψεις και συναισθήματά του που τον προβληματίζουν, τον δυσκολεύουν, τον περιορίζουν. Όλη αυτή η διαδικασία γεννά στον ασθενή μια αίσθηση ελευθερίας η οποία κρίνεται θετική ως προς την επιτυχία της θεραπείας (Botella et al., 2004, Wiederhold, B. and Wiederhold, M., 2010).

Η τεχνολογία της εικονικής πραγματικότητας, λόγω της ευελιξίας της, μπορεί να αποτελέσει σημαντική πηγή πληροφοριών σχετικά με την αποτελεσματικότητα του ατόμου στη θεραπεία, το σχεδιασμό αυτής αλλά και για την πρόληψη δυσκολιών και αποτυχιών κατά τη διαδικασία (Botella et al., 2004, Wiederhold, B. and Wiederhold, M., 2010). Ο θεραπευτής έχει την δυνατότητα να ελέγχει συνεχώς την όλη διαδικασία, να «αιχμαλωτίζει» στιγμές και να τις αναλύει προκειμένου να καταλήξει σε σημαντικά για την θεραπεία και την πορεία του ασθενή συμπεράσματα. Η εικονική πραγματικότητα μπορεί να αναπτυχθεί έτσι ώστε να παρουσιάζει ερεθίσματα που αξιολογούν και αποκαθιστούν την ανθρώπινη φυσική, γνωστική ή/και συναισθηματική διαδικασία και τα οποία εντάσσονται σε ένα εύρος καταστάσεων που δεν είναι εύκολα ελεγχόμενο στον πραγματικό κόσμο (Rizzo and Kim, 2005). Επιπλέον, υπάρχει η δυνατότητα ανατροφοδότησης σε πραγματικό χρόνο της επίδοσης του ασθενούς στην θεραπεία, κάτι που είναι απαραίτητο στοιχείο της συγκεκριμένης μορφής θεραπείας και παίζει έναν σημαντικό ρόλο στην επιτυχία της (Rizzo and Kim, 2005, Wiederhold, B. and Wiederhold, M., 2010).

Είναι σημαντικό να τονιστεί επίσης πως με την ένταξη της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας στην ψυχοθεραπεία, τα βασικά στοιχεία της θεραπείας όπως η πίστη και τα κίνητρα για αλλαγή, οι θετικές προσδοκίες για την πορεία της διαδικασίας, η εμπιστοσύνη που δημιουργείται προς το πρόσωπο του θεραπευτή και η αντιμετώπισή του ως άτομο που εμπνέει ασφάλεια και σεβασμό, δεν μεταβάλλονται (Botella et al., 2004). Αντίθετα, η εικονική πραγματικότητα προσθέτει στην θεραπευτική συμμαχία και δίνει στον ασθενή την δυνατότητα να «επεξεργαστεί» τον πραγματικό κόσμο μέσα από τον εικονικό (Botella et al., 2004, Rizzo and Kim, 2005).

Ακόμη, η εικονική πραγματικότητα επιτρέπει τον έλεγχο της κατάστασης: ουσιαστικά, δε χρειάζεται κάποιος να περιμένει μέχρις ότου συμβεί στην πραγματικότητα ένα γεγονός ώστε ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος να δουλέψουν πάνω σε αυτό, αλλά οποιοδήποτε ζήτημα, αντιμετωπίζεται με βάση τον εκάστοτε ασθενή και τις ανάγκες και δυνατότητές του (Botella et al., 2004, Wiederhold, B. and Wiederhold, M., 2010). Επιπρόσθετα, επειδή δίνεται η δυνατότητα ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος να δουλέψουν σε πολλά και διαφορετικά σενάρια σχετικά με το εκάστοτε πρόβλημα, η εικονική πραγματικότητα μπορεί να γενικεύσει την πρόοδο

που επιτυγχάνεται στη θεραπεία. Η εικονική πραγματικότητα συχνά ξεπερνάει τον πραγματικό κόσμο και μπορεί να δημιουργήσει περιβάλλοντα που δεν είναι δυνατό να συμβούν στην πραγματικότητα, αλλά που παρ' όλα αυτά ο ασθενής φοβάται ή περιβάλλοντα που επικεντρώνονται μεμονωμένα στο πρόβλημα (Botella et al., 2004).

Επιπλέον, ορισμένες μορφές της θεραπείας εικονικής πραγματικότητας, όπως αυτή της επίπεδης οθόνης, είναι φορητή και εύκολη στη χρήση της. Οι θεραπευτές έχουν τη δυνατότητα να μεταφέρουν τον εξοπλισμό τους, για παράδειγμα στα σπίτια των ασθενών. Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για κάποιες ομάδες ασθενών, όπως τα άτομα που πάσχουν από αγοραφοβία και που λόγω αυτού αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να αφήσουν το σπίτι τους (Romano, 2005).

Τέλος, συγκριτικά με την νοερή έκθεση, η εικονική πραγματικότητα είναι περισσότερο καθηλωτική και μπορεί να φανεί ιδιαίτερα βοηθητική σε ανθρώπους που έχουν δυσκολία στο να φανταστούν τη φοβική κατάσταση. Επιπλέον, ο θεραπευτής γνωρίζει ανά πάσα στιγμή τι βλέπει ο θεραπευόμενος, και οπότε είναι σε θέση να γνωρίζει τι ακριβώς είναι αυτό που προκαλεί στον ασθενή το άγχος και την αναστάτωση. Συγκριτικά με την *in vivo* έκθεση, η εικονική πραγματικότητα μπορεί να ξεπεράσει πολλούς από τους περιορισμούς της, αφού μπορεί να δημιουργήσει περιβάλλοντα που είναι δύσκολα προσβάσιμα στον πραγματικό κόσμο. Αποτελεί μία πολύ καλή εναλλακτική λύση για τους ασθενείς που είναι διστακτικοί στο να αρχίσουν ή να ολοκληρώσουν μια *in vivo* θεραπεία έκθεσης. Ακόμη, μπορεί να προσφέρει ηθικά, λόγω του ότι παρέχει υψηλότερο επίπεδο εμπιστευτικότητας αφού ο θεραπευόμενος δεν αντιμετωπίζει το άγχος του να τον δει κάποιος την ώρα της διαδικασίας ούτε και το φόβο να μην χάσει τον έλεγχο μπροστά σε κόσμο (Botella et al., 2004, Wiederhold, B. and Wiederhold, M., 2010). Ακόμη, το *role play* σε αυτήν την περίπτωση είναι φτιαγμένο με τον κατάλληλο τρόπο για να βοηθάει και όχι για να προκαλεί τον ασθενή. Προλαμβάνει δυσκολίες που μπορεί να προκύψουν στην πραγματικότητα, όπως το να βρεθεί ο ασθενής σε δύσκολη θέση ή εκτεθειμένος σε κατάσταση που δεν είναι σε θέση να διαχειριστεί (Botella et al., 2004).

Πέρα από τα παραπάνω θετικά στοιχεία, υπάρχουν και ορισμένοι αρνητικοί παράγοντες σχετικά με την ενσωμάτωση της εικονικής πραγματικότητας στην θεραπεία. Αρχικά, οι εικονικοί κόσμοι δεν είναι ακόμα πλήρως ανεπτυγμένοι, αν και

οι ερευνητές τα τελευταία χρόνια εργάζονται για να αποκτήσουν τα εικονικά περιβάλλοντα όλο και μεγαλύτερο επίπεδο ρεαλισμού, κάτι που θα τα κάνει ακόμα πιο αποτελεσματικά στο να καθλώνουν το άτομο (Botella et al., 2004).

Ένας από τους βασικούς παράγοντες που εμποδίζουν την ευρύτερη χρήση της θεραπείας μέσω εικονικής πραγματικότητας είναι το κόστος που συνδέεται με αυτήν την μέθοδο. Ο εξοπλισμός που απαιτείται, κυρίως ώστε να βιώσει κάποιος ένα καθλωτικό περιβάλλον, δεν είναι προσιτός από το μέσο άνθρωπο ή θεραπευτή. Αυτός είναι μάλιστα και ο βασικός λόγος για τον οποίο η χρήση αυτής της θεραπείας είναι μέχρι τώρα αποκλειστικό έργο μεγάλων κλινικών τμημάτων που εξειδικεύονται σε αυτήν, και όχι ανεξάρτητων θεραπευτών. Ακόμη όμως και στα μη καθλωτικά περιβάλλοντα υπάρχουν δαπάνες που συνδέονται με την ανάπτυξη των γραφικών και του περιεχομένου του συστήματος, αν και αυτό σε γενικές γραμμές αντισταθμίζεται από τις σημαντικές εξοικονομήσεις στον τομέα της αποκατάστασης σε ευρύτερο επίπεδο (Romano, 2005).

Ωστόσο, η χρήση της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας γίνεται όλο και πιο προσιτή, χάρη στην συνεχή και ταχύτατη εξέλιξη του υλικού και του λογισμικού της (Rizzo and Kim, 2005, Romano, 2005), γεγονός που καθοδηγείται κατά βάση από τη βιομηχανία των ηλεκτρονικών παιχνιδιών στην οποία υπάρχει τεράστια ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια (Romano, 2005). Κατ' επέκταση, και όσο τα ηλεκτρονικά συστήματα γίνονται πιο προσιτά και από οικονομικής άποψης, η σχέση κόστους-απόδοσης της θεραπείας μέσω εικονικής πραγματικότητας γίνεται όλο και καλύτερη, ιδίως σε σχέση με την ιδιαίτερα χρονοβόρα, πολύπλοκη και ακριβή θεραπεία με *in vivo* έκθεση (Wiederhold, B. and Wiederhold, M., 2010). Έτσι, η εικονική πραγματικότητα γίνεται σταδιακά όλο και περισσότερο διαθέσιμη προς τους θεραπευτές, κάτι που συνεπάγεται αύξηση του αριθμού των κλινικών και των ερευνητών που θα την χρησιμοποιούν. Στο σχετικά άμεσο μέλλον ενδέχεται ότι η εφαρμογή της θεραπείας μέσω εικονικής πραγματικότητας θα καθιερωθεί ως κυρίαρχο εργαλείο αποκατάστασης (Rizzo and Kim, 2005).

Βέβαια, ορισμένοι ερευνητές εκφράζουν ανησυχία για τη θέση του κλινικού όταν εντάσσεται η τεχνολογία στη θεραπευτική διαδικασία. Παρ' όλα αυτά, οι περισσότεροι θεωρούν ότι η αποτελεσματικότητα της δεν είναι ούτως ή άλλως

βασισμένη στο τεχνολογικό πεδίο – το οποίο αποτελεί απλά το εργαλείο – αλλά στον ρόλο του κλινικού στη θεραπεία, ο οποίος και είναι κυρίαρχος για την επιτυχία της (Rizzo and Kim, 2005).

Ακόμη, κάποιοι κριτικοί εκφράζουν προβληματισμούς που σχετίζονται με την ασφάλεια και την εχεμύθεια των ασθενών, κάτι που μπορεί να είναι πρόβλημα σε ένα ανοιχτό περιβάλλον μη καθηλωτικής εμπύθισης το οποίο ενδέχεται να είναι διαθέσιμο στο ευρύ κοινό μέσω του διαδικτύου. Σε αυτήν την περίπτωση, οι άνθρωποι μπορούν να υιοθετήσουν οποιονδήποτε χαρακτήρα μέσω του άβαταρ και με ευκολία να εντάσσονται σε ένα μεγάλο εύρος ιστοσελίδων και καταστάσεων, χωρίς κανείς στην πραγματικότητα να μπορεί να εγγυηθεί για το πρόσωπο που πραγματικά κρύβεται πίσω από κάθε άβαταρ (DeAngelis, 2012).

Τέλος, σημαντικό να αναφερθεί είναι το γεγονός ότι η εικονική πραγματικότητα έχει ξεκάθαρα όρια. Το άτομο, ναι μεν έχει τη δυνατότητα να ζει την εμπειρία κατ' επανάληψη και έως ότου αισθανθεί σίγουρος, αλλά κάποια στιγμή θα επιστρέψει στην πραγματικότητα και ενδέχεται να υπάρξουν δυσκολίες ως προς αυτό. Επιπλέον, θα πρέπει να υπάρχει οριοθέτηση των πιθανών επιζήμιων συνεπειών από τυχόν λανθασμένη χρήση της εικονικής πραγματικότητας στην ψυχοθεραπεία (Botella et.al., 2004).

6.2 Ηθικοί Προβληματισμοί της Χρήσης της Τεχνολογίας της Εικονικής Πραγματικότητας στην Θεραπεία

Η χρήση της εικονικής πραγματικότητας στην θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, όπως αναφέρθηκε προσφέρει πολλά θετικά στοιχεία, αλλά συγχρόνως διαθέτει κάποιους αρνητικούς παράγοντες. Επιπλέον, έχουν αναπτυχθεί και κάποιοι ηθικοί προβληματισμοί, οι οποίοι μπορεί να σχετίζονται με παρενέργειες, θέματα επαγγελματικής πρακτικής και ανησυχίες σχετικά με τις γενικές κοινωνικές επιπτώσεις στη χρήση αυτής της τεχνολογίας.

Πιο αναλυτικά, σχετικά με τις παρενέργειες αναφέρεται ότι συνήθως προκαλούνται από τα χαρακτηριστικά εκείνα των εικονικών περιβαλλόντων που αφορούν στην

πολυδιάστατη και πολυαισθητηριακή πτυχή τους και όχι στην καθήλωση και την διαδραστική λειτουργία τους. Οι παρενέργειες που έχουν παρατηρηθεί είναι το “Cybersickness” και το “Aftereffects”. Η πρώτη παρενέργεια, δηλαδή η νόσος που έχει προκύψει από την χρήση της εικονικής τεχνολογίας, αφορά σε μια σειρά συμπτωμάτων όπως ναυτία, εμετό, καταπόνηση των ματιών, αποπροσανατολισμό, απώλεια ελέγχου των μυών, και ίλιγγο (Kennedy, Berbaum, and Drexler, 1994 στο Rizzo et.al., 2003). Το Aftereffects περιλαμβάνει διαταραχές της κίνησης, αλλαγές στη στάση του σώματος, διαταραχές της αντίληψης, αναδρομές στο παρελθόν, υπνηλία, κόπωση και μείωση της ερωτικής διέγερσης (Rolland et.al., 1995, DiZio & Lackner, 1992, Kennedy and Stanney, 1996 στο Rizzo et.al., 2003). Η εμφάνιση του Aftereffects μπορεί να οφείλεται στην προσπάθεια του χρήστη να προσαρμοστεί στις αισθητηριακές απαιτήσεις των εικονικών περιβαλλόντων, τα οποία στις περισσότερες περιπτώσεις αποτελούν ένα αντίγραφο του μη εικονικού κόσμου. Κατά την έξοδο από το εικονικό περιβάλλον, υπάρχει μια καθυστέρηση στην αναπροσαρμογή στις απαιτήσεις του μη εικονικού περιβάλλοντος και η εμφάνιση των Aftereffects μπορεί να αντανakλά αυτές τις αλλαγές. Οι προαναφερόμενες παρενέργειες προκαλούνται ανάλογα με το είδος του εικονικού περιβάλλοντος, την διάρκεια έκθεσης, εάν υπήρξε αντίστοιχη εμπειρία πριν την συγκεκριμένη χρήση, το φύλο, και την μέθοδο μέτρησης που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της εμφάνισης αυτών των παρενεργειών (Hettinger, 1992, Regan & Price, 1994 Kolasinski, 1995 στο Rizzo et.al., 2003). Έχει προταθεί ότι οι παρενέργειες μπορούν να μειωθούν μέσω της σταδιακής επαναλαμβανόμενης έκθεσης σε εικονικά περιβάλλοντα (Stanney and Kennedy, 1997 στο Rizzo et.al., 2003). Τα ζητήματα αυτά θα πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω, προκειμένου να καθοριστούν ποιες μέθοδοι είναι αποτελεσματικές στην μείωση των παρενεργειών της χρήσης της εικονικής πραγματικότητας σε κλινικούς πληθυσμούς. Ωστόσο, έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα με κάποια νευρολογική ασθένεια αλλά και υγιή άτομα έχουν τις ίδιες παρενέργειες μετά από την έκθεσή τους σε ένα εικονικό περιβάλλον.

Επιπλέον, η σχέση του θεραπευτή με τον θεραπευόμενο δεν αποτελεί την γνωστή σχέση που έχει προκύψει από την καθιερωμένη θεραπεία. Στην περίπτωση της εικονικής θεραπείας μειώνεται η μη λεκτική τους επικοινωνία, αφού και οι δυο στην ουσία “κρύβονται” πίσω από την τεχνολογία, όπως είδαμε και στις μελέτες θεραπείας

των ψυχικών διαταραχών προηγουμένως. Ωστόσο, υποστηρίζεται ότι μπορεί να συνδυαστεί με την καθιερωμένη θεραπεία, αν και με την εικονική θεραπεία ο ασθενής μπορεί να βοηθηθεί κάποιες φορές περισσότερο, καθώς με την έκθεση και την έκφραση των αντιδράσεων του, οι θεραπευτές αντιλαμβάνονται στοιχεία που μπορούν να συμβάλλουν στην κατανόηση της ασθένειάς του, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής την βιώνει. Επομένως, η εικονική πραγματικότητα θα πρέπει να θεωρείται ένα εργαλείο ενίσχυσης και συμπλήρωσης της θεραπείας και όχι μια αυτοτελή και ανεξάρτητη θεραπεία που να μπορεί να την υποκαταστήσει (Rizzo et.al., 2003).

Από την πλευρά των θεραπειών δημιουργούνται θέματα συζήτησης σχετικά με την γνώση της λειτουργίας και της εφαρμογής της θεραπείας με την χρήση της εικονικής πραγματικότητας. Για παράδειγμα, εάν κάποιος θεραπευτής δεν γνωρίζει καλά την χρήση και την λειτουργία της εφαρμογής της εικονικής πραγματικότητας, μπορεί να προκαλέσει ανακριβείς ερμηνείες και λανθασμένα συμπεράσματα, καθώς και περαιτέρω προβλήματα κατά την θεραπευτική διαδικασία στον ασθενή. Η χρήση λοιπόν, θα πρέπει να γίνεται βασισμένη στην ασφάλεια, την υγεία και την καλή διαβίωση των πολιτών. Επιπλέον, βασισμένοι στα αποτελέσματα των θεραπειών, φαίνεται ότι υπάρχει βελτίωση και θεραπεία, αφού η όλη διαδικασία αποτελεί ένα ασφαλές μέρος το οποίο προσαρμόζεται συνεχώς στις απαιτήσεις και τις ανάγκες των ασθενών σε συνεργασία με τους ειδικούς θεραπευτές (Punttil, 2015).

Με την συνεχή ανάπτυξη της τεχνολογίας παρατηρείται και η ανάπτυξη εφαρμογών για την αξιολόγηση συμπτωμάτων και την διάγνωση μιας ψυχικής ασθένειας χωρίς την βοήθεια ενός ειδικού. Αυτό όμως ενέχει τον κίνδυνο για μη έγκυρα αποτελέσματα. Επομένως, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην ανάπτυξη της τεχνολογίας και πώς αυτή παρεμβαίνει στην διάγνωση μιας ασθένειας (Rizzo et.al., 2003).

Επιπρόσθετα, δημιουργούνται ανησυχίες με κοινωνικό αντίκτυπο. Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι η χρήση των avatars μπορεί να δημιουργήσει στους χρήστες την επιθυμία συνδιαλλαγής και επικοινωνίας μαζί τους αποκλείοντας την πραγματική, ανθρώπινη επαφή. Αυτή η επιθυμία όμως, μπορεί να καταλήξει στον εθισμό της χρήσης τους με κλινικά χαρακτηριστικά, που χρήζουν θεραπευτικής παρέμβασης.

Επομένως, η χρήση θα πρέπει να γίνεται με προσοχή και με μέτρο (Rizzo et.al., 2003).

Άλλη μια κοινωνική συνέπεια που υποστηρίζεται ότι μπορεί να έχει η χρήση της εικονικής πραγματικότητας είναι η ανάπτυξη μιας αρνητικής και επιθετικής συμπεριφοράς στον πραγματικό κόσμο. Για παράδειγμα, η έκθεση σε επιθετικά γεγονότα μπορεί να αυξήσει μια τέτοιου είδους συμπεριφορά. Αυτή η συμπεριφορά θα ήταν αποτέλεσμα μιας παθητικής έκθεσης, η οποία δεν προκύπτει με την εμπύθιση σε ένα τέτοιο περιβάλλον, αφού τότε κάνουμε λόγο για ενεργητική παρουσία του ασθενή στο χώρο (Rizzo et.al., 2003).

Τέλος, παρατηρείται το λεγόμενο ψηφιακό χάσμα, δηλαδή η μειωμένη δυνατότητα πρόσβασης σε υπολογιστή αλλά και το χάσμα μεταξύ αυτών που θα μπορούν να έχουν πρόσβαση λόγω κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και αυτών που δεν θα μπορούν, καθώς ο εξοπλισμός για τα εικονικά περιβάλλοντα είναι ιδιαίτερα δαπανηρός και μόνο ιδιωτικές κλινικές μπορούν να ανταπεξέλθουν στα έξοδα και να προσφέρουν αυτού του είδους την θεραπεία. Ωστόσο, θεωρείται ότι λόγω της μεγάλης αποτελεσματικότητας της χρήσης της εικονικής θεραπείας η ζήτησή της θα αυξηθεί, άρα θα αυξηθούν και οι φορείς που θα την παρέχουν. Το ζήτημα όμως που προκύπτει, και σε αυτό πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία, είναι η δίκαιη πρόσβαση από όλους τους ασθενείς στις παρεχόμενες υπηρεσίες ανεξάρτητα από την θεραπεία (Rizzo et.al., 2003).

Με βάση τα παραπάνω, προτείνονται οι ακόλουθες κινήσεις για τους σχετικούς με την εικονική θεραπεία και συγκεκριμένα,

- Η διεξαγωγή ηθικής ανάλυσης, ενός κώδικα δεοντολογίας για την βοήθεια σε διάφορα ηθικά ζητήματα που να αφορούν στην χρήση της εικονικής πραγματικότητας.
- Εξέταση των κινδύνων της έκθεσης σε εικονικά περιβάλλοντα, αφού αυτή συσχετίζεται με παρενέργειες.
- Δημιουργία σχεδίου για τα μη προσδοκώμενα συμβάντα, την διερεύνηση δηλαδή όλων των πιθανών αρνητικών αντιδράσεων.

- Αναγνώριση και προσδιορισμός των πιο ευάλωτων ομάδων ασθενών για την παροχή των αντίστοιχων συνθηκών και στοιχείων για την επιτυχημένη θεραπεία τους.
- Προσδιορισμός της χρήσης της εικονικής πραγματικότητας, προκειμένου να αποφεύγεται η άσκοπη χρήση της.
- Επεξήγηση της χρήσης της στους ασθενείς και όχι μόνο.
- Καθορισμός των δεδομένων που πρέπει να μελετηθούν
- Καθορισμός των ευθυνών, της υπευθυνότητας και της λογοδοσίας για τις πιθανές επιπλοκές κατά τη χρήση της (Rizzo et.al., 2003).

Κεφάλαιο 7: Ερευνητικό Μέρος

7.1 Σκοπός της Έρευνας

Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε βιβλιογραφικά η χρήση της εικονικής πραγματικότητας ως θεραπευτικό εργαλείο στην κλινική κοινωνική εργασία, δηλαδή στη θεραπεία του φάσματος των ψυχικών διαταραχών. Ωστόσο, λόγω του ότι η υπάρχουσα βιβλιογραφία είναι κατά βάση ξενόγλωσση και η χρήση της στην Ελλάδα είναι ελάχιστη σε σύγκριση με χώρες του εξωτερικού, κρίθηκε σκόπιμο να διερευνηθεί η πλευρά των ελλήνων επιστημόνων.

Σκοπός λοιπόν της έρευνάς μας αποτελεί η διερεύνηση των απόψεων των κλινικών επαγγελματιών στην Ελλάδα αναφορικά με τη χρήση της εν λόγω τεχνικής στην θεραπεία ψυχικών διαταραχών.

7.2 Ερευνητικοί Άξονες και Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας είναι:

- 1) Γνωρίζουν οι κλινικοί επαγγελματίες στην Ελλάδα την χρήση της εικονικής πραγματικότητας στην θεραπεία ψυχικών διαταραχών;
- 2) Πως αξιολογούν αυτήν την μορφή θεραπείας;
- 3) Θα τη χρησιμοποιούσαν;

Για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τα ερωτήματα αυτά, τέθηκαν διάφορες ερωτήσεις στους συμμετέχοντες. Πιο αναλυτικά, ο οδηγός συνέντευξης βρίσκεται στο Παράρτημα I.

7.3 Μεθοδολογία Έρευνας

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη είναι η διερευνητική έρευνα. Λόγω του ότι σκοπός μας ήταν να συλλέξουμε πληροφορίες σχετικά με τις απόψεις των επαγγελματιών και ουσιαστικά να γίνει μια συζήτηση σχετικά με τη θεραπεία αυτή, τα δεδομένα δεν συλλέχθηκαν ποσοτικά αλλά ποιοτικά. Η ημι-δομημένη συνέντευξη αποτέλεσε το ερευνητικό μας εργαλείο.

Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ανήκει στην κατηγορία της μη πιθανοτικής δειγματοληψίας και είναι η σκόπιμη δειγματοληψία ή δειγματοληψία κατά κρίση, σύμφωνα με την οποία οι συμμετέχοντες επιλέγονται βάσει της κρίσης του ερευνητή αναλόγως με το πόσο χρήσιμοι και αντιπροσωπευτικοί είναι για τους σκοπούς της έρευνας (Babbie, 2011).

Το δείγμα που επιλέχθηκε είναι δέκα επαγγελματίες και των δύο φύλων, κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι, οι οποίοι έχουν κλινική εμπειρία στη θεραπεία διαφόρων ψυχικών διαταραχών σε ενήλικες και παιδιά. Οι επαγγελματίες αυτοί εργάζονται είτε δημόσια είτε ιδιωτικά σε υπηρεσίες και γραφεία στην Αθήνα και την Πάτρα και ανήκουν στο ευρύ φάσμα ηλικιών 21 έως 60 ετών.

Όλη η ερευνητική διαδικασία διήρκησε περίπου έναν μήνα (μέσα Ιουνίου έως μέσα Ιουλίου του έτους 2016). Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο χώρο εργασίας του εκάστοτε συμμετέχοντα. Στην αρχή της συνάντησης συλλέχθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία και απαντήθηκε το πρώτο ερευνητικό ερώτημα «Γνωρίζουν οι κλινικοί επαγγελματίες στην Ελλάδα την χρήση της εικονικής πραγματικότητας στην θεραπεία ψυχικών διαταραχών;». Στη συνέχεια παρουσιάστηκαν σε μορφή Microsoft Power Point (βλ. Παράρτημα II) τα βασικά στοιχεία της χρήσης της εικονικής πραγματικότητας στην θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, ο τρόπος θεραπείας που βρέθηκε ότι χρησιμοποιείται αλλά και βίντεο με σκοπό να γίνει πιο κατανοητή η θεωρία. Ο σκοπός της παρουσίασης αυτής ήταν να κατατοπιστούν οι επαγγελματίες ως προς το θέμα και να απαντήσουν έπειτα στα άλλα δύο ερευνητικά ερωτήματα, «Πως αξιολογούν αυτήν την μορφή θεραπείας;» και «Θα τη χρησιμοποιούσαν;».

7.4 Κωδικοποίηση και Ανάλυση των Ποιοτικών Δεδομένων

Η κωδικοποίηση και η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων που συλλέχτηκαν από τις συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του προγράμματος Microsoft Excel. Στην παρούσα έρευνα και για δική μας διευκόλυνση, έγινε θεματική κωδικοποίηση των δεδομένων. Πιο συγκεκριμένα δημιουργήθηκαν τέσσερις θεματικοί άξονες:

- 1) Δημογραφικά στοιχεία
- 2) Γνώση της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας και της χρήσης της στην ψυχοθεραπεία
- 3) Αξιολόγηση της θεραπείας αυτής
- 4) Εκπαίδευση και χρήση της θεραπείας

Κάθε μεταβλητή κωδικοποιήθηκε ανάλογα το θέμα και το περιεχόμενο της με έναν συγκεκριμένο αριθμό και τις υποκατηγορίες του, αποσκοπώντας στην διεκπεραίωση της έρευνας. Η κωδικοποίηση που δημιουργήθηκε για τα ερευνητικά ερωτήματα παρατίθεται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Κωδικοποίηση Ποιοτικών Δεδομένων Έρευνας

Περιγραφή κωδικού		Κωδικός
Επίπεδο 1	Επίπεδο 2	
Γνώση της εικονικής πραγματικότητας		1
Γνώση για τη χρήση της στη θεραπεία		2
Αξιολόγηση		3
	Θετική	3,1
	Αρνητική	3,1
Θετικά στοιχεία		4
Αρνητικά στοιχεία		5
Προθυμία των ασθενών για συμμετοχή		6
	Θετική	6,1
	Ναι, με περιορισμούς	6,2
Αποτελεσματικότητα της θεραπείας		7
	Θετική	7,1
	Δεν γνωρίζω	7,2
Αποτελεσματικότητα σε συγκεκριμένο πληθυσμό		8
Προθυμία των επαγγελματιών για χρήση		9
	Ναι	9,1
	Όχι	9,2
	Δεν γνωρίζω	9,3
	Ναι αλλά με δυσκολίες	9,4
Ένταξη στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα		10
Εκπαίδευση και χρήση της θεραπείας		11
	Ναι εκπαίδευση, όχι χρήση	11,1
	Ναι εκπαίδευση και χρήση	11,2
	Ναι με προϋποθέσεις	11,3

7.5 Παρουσίαση Αποτελεσμάτων Έρευνας

Για τη διασφάλιση του απορρήτου, δεν χρησιμοποιούνται τα πραγματικά ονόματα των υποκειμένων της έρευνας, αλλά συμβολίζονται με τους αριθμούς 1 έως 10. Ο πρώτος άξονας της έρευνας, τα δημογραφικά στοιχεία, παρατίθενται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2: Δημογραφικά Στοιχεία Υποκειμένων Έρευνας

ΣΥΜΒΟΛΙΣΜΟΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	ΠΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΦΟΡΕΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ
1	Άνδρας	31-40	Πάτρα	Κλινικός Κοινωνικός Λειτουργός	Ιδιωτικός	Άτομα με ψυχικά προβλήματα (γενικά)
2	Γυναίκα	31-40	Πάτρα	Κλινικός Ψυχολόγος	Ιδιωτικός	Άτομα με αναπηρία και σε αποκατάσταση
3	Γυναίκα	21-30	Πάτρα	Κλινικός Ψυχολόγος	Δημόσιος & Ιδιωτικός	Άτομα με ψυχικά προβλήματα (γενικά)
4	Γυναίκα	51-60	Πάτρα	Κλινικός Κοινωνικός Λειτουργός	Ιδιωτικός	Άτομα με ψυχικά προβλήματα (γενικά)
5	Γυναίκα	41-50	Πάτρα	Κλινικός Κοινωνικός Λειτουργός	Ιδιωτικός	Άτομα με ψυχικά προβλήματα (γενικά)
6	Γυναίκα	31-40	Αθήνα	Κλινικός Κοινωνικός Λειτουργός	Δημόσιος	Άτομα με εξάρτηση στις ουσίες
7	Γυναίκα	31-40	Αθήνα	Κλινικός Κοινωνικός Λειτουργός	Δημόσιος	Άτομα με εξάρτηση στις ουσίες
8	Γυναίκα	41-50	Αθήνα	Κλινικός Ψυχολόγος	Δημόσιος & Ιδιωτικός	Άτομα με ψυχικά προβλήματα (γενικά)
9	Γυναίκα	31-40	Αθήνα	Κλινικός Ψυχολόγος	Δημόσιος	Άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής
10	Άνδρας	31-40	Αθήνα	Κλινικός Ψυχολόγος	Δημόσιος & Ιδιωτικός	Άτομα με ψυχικά προβλήματα (γενικά)

Όπως φαίνεται και από τον παραπάνω πίνακα, στην έρευνα συμμετείχαν οκτώ γυναίκες και δύο άνδρες. Από αυτούς, οι έξι ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 31-40, οι δύο στην ομάδα 41-50, ένας στην ομάδα 21-30 και ένας στην ομάδα 51-60. Σχετικά με την πόλη, οι πέντε εργάζονται στην Πάτρα και οι άλλοι πέντε στην Αθήνα. Επίσης, οι πέντε είναι Κλινικοί Κοινωνικοί Λειτουργοί και οι πέντε Κλινικοί Ψυχολόγοι. Τέσσερις από τους επαγγελματίες εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, τρεις στον

δημόσιο ενώ ακόμη τρεις εργάζονται τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο. Τέλος, οι έξι στους δέκα συμμετέχοντες ασχολούνται με άτομα που πάσχουν από διάφορες ψυχικές ασθένειες, οι δύο με άτομα που είναι εξαρτημένα σε ουσίες, ένας με άτομα που πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής και ένας με άτομα με αναπηρία και άτομα που βρίσκονται σε αποκατάσταση.

Στον δεύτερο άξονα, σχετικά με τη γνώση της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας και της χρήσης της στην ψυχοθεραπεία, οι επτά συμμετέχοντες δεν γνώριζαν τι είναι η εικονική πραγματικότητα και οι άλλοι τρεις γνώριζαν λίγα πράγματα, ενώ κανένας από τους δέκα δεν γνώριζε ότι η εικονική πραγματικότητα χρησιμοποιείται στην θεραπεία.

Στον τρίτο άξονα, και αφού έγινε η παρουσίαση του θέματος, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αξιολογήσουν την θεραπεία αυτή. Πιο συγκεκριμένα, οι εννέα από αυτούς τη χαρακτήρισαν «ενδιαφέρουσα» και γενικά η πλειονότητα τη θεωρεί ένα χρήσιμο, βοηθητικό και ελκυστικό εργαλείο. Επίσης ένας από αυτούς ανέφερε *«Μου έκανε εντύπωση, θετική εντύπωση, το ότι προκαλεί τα ίδια συναισθήματα και σκέψεις με τον πραγματικό κόσμο»*. Αντίθετη άποψη είχε ένας από τους συμμετέχοντες εξέφρασε έντονους προβληματισμούς σχετικά με τη χρήση της θεραπείας, ως προς το κατά πόσο οι ασθενείς είναι σε θέση να πάρουν μια τέτοια απόφαση για τη συμμετοχή τους στη συγκεκριμένη θεραπεία.

Αναφορικά με τα θετικά στοιχεία της θεραπείας, υπήρξαν ποικίλες απαντήσεις. Οι περισσότεροι ανέφεραν ότι αποτελεί ένα πρόσθετο βοηθητικό εργαλείο στη θεραπευτική διαδικασία και ότι δημιουργεί αίσθηση ασφάλειας στον ασθενή. Επίσης, έγινε λόγος για άμεσα αποτελέσματά της στη διαχείριση συμπτωμάτων, ότι προσομοιώνει δύσκολες πραγματικές καταστάσεις, ότι δίνει τη δυνατότητα για παρατήρηση των αντιδράσεων των ασθενών, ότι δε δημιουργούνται σε μεγάλο βαθμό φαινόμενα μεταβίβασης – αντιμεταβίβασης, ότι ενδέχεται να είναι δημοφιλής στους νέους αλλά και ότι είναι ελκυστική λόγω της νέας τεχνολογίας. *«Νομίζω πως και μόνο η παρατήρηση των αντιδράσεων των ασθενών, που ανέφερες ότι γίνεται, προσφέρει πολλά στην επιστήμη και στην θεραπεία. Επιπλέον, θεωρώ ότι κάμπει τις αντιστάσεις του ασθενή γιατί έχει την αίσθηση της ασφάλειας»*.

Από την άλλη, στα αρνητικά στοιχεία, επισημάνθηκε ότι η θεραπεία αυτή δε δημιουργεί ουσιαστικές πραγματικές σχέσεις. Αντίθετα, παρατηρείται ένα σχίσμα μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Επιπλέον, ενέχει κινδύνους υποτροπής, εξάρτησης στην τεχνολογία και ενδεχομένως να είναι επίφοβη σε βαριές ψυχώσεις ή μανία, ενώ σε κάθε περίπτωση θα πρέπει πρωτίστως να ελεγχθεί η μονιμότητα των αποτελεσμάτων της. Άλλες απόψεις αναφέρονται στο τεχνικό κομμάτι. Πιο αναλυτικά, τονίζουν τη σημασία της ύπαρξης κατάλληλου εξοπλισμού και τη σημαντικότητα της εξοικείωσης με την τεχνολογία, έτσι ώστε να αποφευχθούν λάθος χειρισμοί και αντίθετα αποτελέσματα. Τέλος, η συγκεκριμένη θεραπεία φαίνεται πως αντικρούεται με τις προσεγγίσεις που χρησιμοποιούν ορισμένοι από τους θεραπευτές. Ένας από αυτούς επισήμανε σχετικά: *«Όπως σου είπα και πριν λόγω της άγνοιάς μου για το θέμα μου δημιουργούνται πολλοί φόβοι και θεωρώ έχει πολλά παρακινδυνευμένα πράγματα, όπως για παράδειγμα η χρήση των ψηφιακών μπορεί να προσθέσει φόβους και να εξαρτηθεί ο ασθενής με κάτι νέο, όπως με την τεχνολογία. Παρόλα αυτά δεν μπορώ να απαντήσω στην ερώτηση αυτή, θα ήθελα να την γνωρίζω αρκετά καλά για να εκφέρω άποψη γιατί αυτή την στιγμή με φοβίζει λόγω της άγνοιας».*

Σχετικά με το κατά πόσο οι επαγγελματίες θεωρούν ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι πρόθυμοι να συμμετάσχουν σε αυτήν την μορφή θεραπείας, κανείς από τους επαγγελματίες δεν ανέφερε ότι οι ασθενείς δεν θα τη χρησιμοποιούσαν. Συγκεκριμένα, έξι από αυτούς θεωρούν ότι εφόσον οι ασθενείς γνωρίσουν τον τρόπο λειτουργίας της τεχνικής και εμπιστευτούν τον καλά καταρτισμένο θεραπευτή, θα έμπαιναν στη διαδικασία να συμμετάσχουν. Οι υπόλοιποι τέσσερις επαγγελματίες, παρ' ότι έχουν την ίδια άποψη, διατυπώνουν προβληματισμούς σχετικά με την ελληνική κοινωνία που κατά τη γνώμη τους δεν είναι ιδιαίτερα υποστηρικτική ως προς την ψυχοθεραπεία γενικά και ως προς τις νέες τεχνολογίες ειδικότερα, επισημαίνοντας ότι η νέα γενιά πιθανόν να είναι περισσότερο δεκτική.

Ένας από τους συνεντευξιαζόμενους διατηρεί επιφυλάξεις ως προς την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυτής λόγω του πειραματικού σταδίου που βρίσκεται για κάποιες διαταραχές. Αντίθετα, οι υπόλοιποι εννέα την αξιολογούν ως αποτελεσματική ενώ συμπληρωματικά με την ερώτησή μας για το εάν θεωρούν πως η θεραπεία αυτή είναι περισσότερο αποτελεσματική σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών σε σύγκριση με έναν άλλον, οι επαγγελματίες συμφωνούν ότι αυτό ισχύει σε

διαταραχές με ήπια συμπτώματα όπως στις φοβίες, στο άγχος, στη διαταραχή μετά από μετατραυματικό στρες, στις εξαρτήσεις αλλά και στην εκπαίδευση δεξιοτήτων και στη διαχείριση συμπτωμάτων, ενώ δεν ισχύει σε έντονες ψυχώσεις και μανία. Συγκεκριμένα, ένας από αυτούς ανέφερε *«Σε ότι έχει να κάνει με φοβίες και άγχος ειδικά. Και στον εθισμό βασικά. Και εκεί θα είχε αποτέλεσμα. Και τώρα που το σκέφτομαι, θα είχε πολύ ενδιαφέρον να δει κάποιος και τη χρήση της στην εξάρτηση από τους υπολογιστές. Με το ίδιο μέσο δηλαδή να προσπαθήσεις να θεραπεύσεις τη διαταραχή»*.

Αναφορικά με το κατά πόσο οι επαγγελματίες θεωρούν ότι η ελληνική επιστημονική κοινότητα είναι πρόθυμη να εντάξει την εικονική πραγματικότητα στην θεραπευτική διαδικασία, οι πέντε απ' αυτούς απάντησαν θετικά και συγκεκριμένα επισήμαναν πως η εξέλιξη της τεχνολογίας είναι ελκυστική και συμβάλει στην δημιουργία νέων χρήσιμων τεχνικών, με αποτέλεσμα οι θεραπευτές να έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν από μεγαλύτερο αριθμό εργαλείων αυτό που τους ταιριάζει καλύτερα. Επίσης, τρεις ακόμα, αν και συμφωνούν, εντοπίζουν εμπόδια σχετικά με το κόστος αλλά και την δυσκολία άμεσης ενσωμάτωσής της στην ελληνική πραγματικότητα. Τέλος, ένας από τους συμμετέχοντες δεν έχει άποψη ως προς αυτό ενώ ένας ακόμη το θεωρεί ιδιαίτερα δύσκολο να συμβεί.

Στον τέταρτο θεματικό άξονα και σχετικά με την εκπαίδευση, εννέα στους δέκα συνεντευξιαζόμενους θεωρούν πως η τεχνική της εικονικής πραγματικότητας θα πρέπει να εμπεριέχεται στην βασική εκπαίδευση των επαγγελματιών αφού αποτελεί μία επιπλέον θεραπευτική προσέγγιση, δίνοντας τη δυνατότητα στους ίδιους αφού τη γνωρίσουν, να επιλέξουν στη συνέχεια εάν επιθυμούν να εξειδικευτούν στη χρήση της. Διαφορετική άποψη είχε ένας συνεντευξιαζόμενος ο οποίος ανέφερε συγκεκριμένα *«Όχι, δεν θα ήθελα να ενταχθεί. Βέβαια, αν έβλεπα τις έρευνες και γενικά την θεραπεία και διαπίστωνα ότι όντως είναι ένα πολύ αποτελεσματικό εργαλείο, προφανώς δεν θα είχα πρόβλημα. Αλλά φοβάμαι πολύ»*.

Ακόμη, σχετικά με το κατά πόσο οι ίδιοι οι συμμετέχοντες θα έμπαιναν στη διαδικασία να εκπαιδευτούν και να χρησιμοποιήσουν αυτή τη μέθοδο, τέσσερις από αυτούς φάνηκαν ιδιαίτερα δεκτικοί σε αυτό. Από την άλλη, τέσσερις ακόμη αν και θα εκπαιδεύονταν, δεν θα τη χρησιμοποιούσαν λόγω του ότι δε συνάδει με την

θεραπευτική διαδικασία που ακολουθούν, περιορίζει την ανθρώπινη επαφή και τα ελληνικά δεδομένα, σε αντίθεση με το εξωτερικό, δεν είναι σε θέση να υποστηρίξουν μια τόσο πολυδάπανη εκπαίδευση. Τέλος, δύο συμμετέχοντες αναφέρουν ότι θα εκπαιδεύονταν και θα την χρησιμοποιούσαν με προϋποθέσεις: «... εξαρτάται από το κόστος αν και το βρίσκω πολύ ενδιαφέρον. Θα ήθελα να την ασκήσω αλλά αυτή την χρονική περίοδο στην Ελλάδα δεν νομίζω πως αυτό γίνεται, δεν υπάρχουν οι υποδομές υποστήριξης. Επιπλέον, το γεγονός ότι δεν είναι αρκετά γνωστή στην χώρα μας κάνει τους ασθενείς πιο δύσπιστους για την αποτελεσματικότητά της. Ακόμα, σκέφτομαι και τα αρνητικά στοιχεία που μπορεί να κρύβονται πίσω από την χρήση της και κατά πόσο εύκολο είναι να παρακαμφτούν» και «Γενικά εγώ δεν τα πάω καλά με ότι «κόβει» την αμεσότητα. Για το λόγο αυτό δεν μου αρέσει και η θεραπεία από απόσταση, μέσω skype. Δεν θα είναι ποτέ πρώτη μου επιλογή κάτι έμμεσο. Ακόμη, λειτουργώ συστημικά όχι γνωστικο-συμπεριφορικά, άρα δεν μπορώ να ξέρω. Ενδεχομένως αν λειτουργούσε και σε κάποιες πτυχές του δικού μου τρόπου να έμπαινα στη διαδικασία, είναι όμως πολύ υποθετικό αυτό, δεν μπορώ να σου απαντήσω με σιγουριά».

Κλείνοντας, δεν εντοπίστηκαν αποκλίσεις στις απαντήσεις των επαγγελματιών αναφορικά με το φύλο, τον φορέα και τον πληθυσμό απασχόλησης. Σχετικά με την ηλικία, παρατηρήθηκε ότι ο επαγγελματίας που ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 51-60 εξέφρασε περισσότερες αμφιβολίες ως προς την γενικότερη χρήση της εικονικής πραγματικότητας σε σύγκριση με τους επαγγελματίες που ανήκουν στις μικρότερες ηλικιακές ομάδες. Τέλος, μία ακόμα διαφοροποίηση φαίνεται να υπάρχει μεταξύ των συμμετεχόντων των δύο πόλεων, με αυτούς που εργάζονται στην Αθήνα να είναι περισσότερο ενθουσιώδεις και πρόθυμοι σε σχέση με αυτούς που εργάζονται στην Πάτρα, που δείχνουν πιο συγκρατημένοι.

7.6 Περιορισμοί Έρευνας

Κατά την διεξαγωγή της έρευνας, υπήρξαν ορισμένοι περιορισμοί που διαμόρφωσαν τη διαδικασία και το αποτέλεσμα. Ο βασικότερος από αυτούς είναι το χρονικό διάστημα στο οποίο πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Η μορφή της εργασίας αυτής δεν μπορούσε να υποστηρίξει μεγαλύτερο εύρος χρόνου για το ερευνητικό κομμάτι από

αυτό που χρησιμοποιήθηκε και κατ' επέκταση, ο αριθμός του δείγματος δεν θα μπορούσε να ήταν μεγάλος. Δεν υπήρχε η δυνατότητα να γίνουν συνεντεύξεις με περισσότερους επαγγελματίες ενώ και σε αυτές που έγιναν υπήρξε δυσκολία ως προς την ευελιξία, τόσο τη δική μας όσο και των συμμετεχόντων. Τέλος, υπήρξε δυσκολία και ως προς την εύρεση επαγγελματιών για να συμμετάσχουν στην έρευνα, αφού έπρεπε να έχουν οπωσδήποτε κλινική εμπειρία.

Για όλα τα παραπάνω, η εν λόγω έρευνα δεν μπορεί να είναι αντιπροσωπευτική ως προς τον πληθυσμό και συνεπώς ως προς τα αποτελέσματά της. Ωστόσο, είναι μια πιλοτική έρευνα η οποία μπορεί να αποτελέσει κινητήριο έναυσμα για μετέπειτα διερεύνηση του θέματος.

Κεφάλαιο 8: Συμπεράσματα

Τα τελευταία χρόνια η χρήση της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας έχει επεκταθεί στο πεδίο της ψυχοθεραπείας. Σε χώρες του εξωτερικού, περίπου από το 1990 και μετά η τεχνολογία αυτή ενσωματώθηκε στην θεραπευτική διαδικασία και πλέον αποτελεί ένα νέο εργαλείο της γνωστικής – συμπεριφορικής προσέγγισης. Στην Ελλάδα, η χρήση της εικονικής πραγματικότητας είναι περισσότερο διαδεδομένη κυρίως στον ψυχαγωγικό τομέα και λιγότερο στον εκπαιδευτικό, ενώ στον θεραπευτικό βρίσκεται ακόμη σε πολύ πρωταρχικό στάδιο. Άλλωστε και η υπάρχουσα βιβλιογραφία πάνω σε αυτό το αντικείμενο είναι – αν και πλούσια, κυρίως ηλεκτρονικά – μόνο ξενόγλωσση. Το ίδιο ισχύει και για τις εφαρμογές της, καθώς λειτουργούν περισσότερες κλινικές εξειδικευμένες στην χρήση αυτής της τεχνικής στο εξωτερικό απ’ ότι στην Ελλάδα, όπου λειτουργεί μόνο μία. Σε κάθε περίπτωση πάντως οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από ιδιωτική πρωτοβουλία, με τον δημόσιο φορέα να είναι απών.

Όλα τα παραπάνω, αν και διεύρυναν την αναζήτηση και τις γνώσεις μας για χώρες με πολύ διαφορετικό πολιτισμικό και κοινωνικό υπόβαθρο, μας προκάλεσαν προβληματισμούς σχετικά με την αργή και περιορισμένη εξέλιξη αλλά και την μη σωστή ενσωμάτωση στα ελληνικά δεδομένα νέων θεραπευτικών μεθόδων. Ειδικότερα, οι έρευνες αποτελεσματικότητας της θεραπείας αφορούν διάφορες χώρες ανά τον κόσμο, καμία όμως δεν αναφέρεται στην δική μας. Λόγω του διαφορετικού υποβάθρου κάθε περιοχής, θεωρούμε κρίσιμο να πραγματοποιηθούν μελέτες βασισμένες στην ελληνική πραγματικότητα προτού η τεχνική αυτή εισχωρήσει στην θεραπευτική προσέγγιση των ελλήνων θεραπευτών.

Ένα ακόμη σημαντικό ζήτημα που προέκυψε, τόσο από την βιβλιογραφική μας ανασκόπηση όσο και από τις απόψεις των επαγγελματιών που συμμετείχαν στην έρευνα μας, είναι το υψηλό κόστος διανομής και αγοράς του απαραίτητου λογισμικού και εξοπλισμού που συνδέεται με τη χρήση αυτής της τεχνολογίας στην ψυχοθεραπεία. Παρ’ όλα αυτά, η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας συμβάλει στην σταδιακή μείωση του κόστους, γεγονός που επηρεάζει την δυνατότητα χρήσης. Επιπλέον, φαίνεται πως σε πολλές περιπτώσεις η χρήση αυτής της τεχνικής ενδέχεται να αποφέρει κέρδος στο έμμεσο μέλλον, αφού η βραχεία μορφή της θεραπείας σε

συνδυασμό με τη διατήρηση των αποτελεσμάτων της στο χρόνο, δημιουργούν ευνοϊκές συνθήκες για οικονομική απόσβεση.

Γενικά, η προσέγγιση αυτή είναι ατομική. Το άτομο αποτελεί το κατ' εξοχήν υποκείμενο της θεραπευτικής διαδικασίας, συμμετέχοντας ενεργά σε αυτήν και προσαρμόζοντάς την ανάλογα με τις ανάγκες του. Παρ' ότι το περιβάλλον στο οποίο εμβυθίζεται ο ασθενής είναι τεχνητό, ο ίδιος το αντιμετωπίζει ως πραγματικό, αφού βιώνει συναισθηματικές αποκρίσεις παρόμοιες με αυτές που βιώνει σε ένα αληθινό περιβάλλον. Αυτό του προσφέρει ασφάλεια, εφόσον ουσιαστικά δεν κινδυνεύει, ενώ ταυτόχρονα έχει την βοήθεια και την υποστήριξη του θεραπευτή στην όλη διαδικασία. Πάντως, και βιβλιογραφικά αλλά και από την έρευνά μας, γίνεται ξεκάθαρο πως η χρήση της, τουλάχιστον αυτήν την χρονική στιγμή, είναι στην Γνωστική – Συμπεριφορική Θεραπεία. Το αν και κατά πόσο μπορεί να προσαρμοστεί και σε άλλες θεωρητικές προσεγγίσεις είναι ένα ζήτημα που θα πρέπει να ελεγχθεί προσεκτικά από τους ερευνητές και τους θεωρητικούς στους τομείς αυτούς.

Από την έρευνά μας, προέκυψε το γεγονός ότι κανένας από τους συμμετέχοντες δεν γνώριζε τι ακριβώς είναι η εικονική πραγματικότητα αλλά ούτε και πως χρησιμοποιείται στην θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Αυτό συνδέεται με το ότι δεν υπάρχει για το θέμα αυτό διαθέσιμη ελληνική ή μεταφρασμένη στα ελληνικά βιβλιογραφία, ούτε και διδάσκεται στην πανεπιστημιακή εκπαίδευση της χώρας. Κατά συνέπεια, ο επαγγελματίας είναι δύσκολο να μάθει για αυτήν, περιορίζοντάς τον μόνο σε προσωπική αναζήτηση και ενημέρωση. Ωστόσο, το γεγονός ότι η τεχνική αυτή δεν βρίσκεται πλέον σε πειραματικό στάδιο αλλά έχει εγκαθιδρυθεί ως θεραπευτικό εργαλείο, θα έπρεπε να παρακινήσει την ελληνική επιστημονική κοινότητα για την ενσωμάτωσή της στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα σπουδών και τελικά στη χρήση της. Άλλωστε, είναι σημαντικό για μια επιστήμη όπως αυτή της ψυχοθεραπείας που ασχολείται με τους ανθρώπους να συμβαδίζει με τις εξελίξεις της κοινωνίας, να τις προσαρμόζει και να προσαρμόζεται σε αυτές ώστε να είναι πιο ολοκληρωμένη και περισσότερο αποτελεσματική.

Σύμφωνα με τις απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα, φαίνεται πως η πλειονότητα των επαγγελματιών τη θεωρεί ένα χρήσιμο και βοηθητικό εργαλείο γιατί προσθέτει στη θεραπευτική διαδικασία ενώ γενικά την χαρακτήρισαν ως ιδιαίτερα

ενδιαφέρουσα. Αντιμετωπίζεται ως ένα νέο είδος προσέγγισης και αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών βασισμένο στην συνεχώς εξελισσόμενη τεχνολογία, γεγονός που την καθιστά περισσότερο οικεία και εύχρηστη στη νέα γενιά θεραπευτών αλλά και ασθενών, η οποία βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με τα τεχνολογικά επιτεύγματα. Επιπλέον, τονίζονται διάφορες ανησυχίες που προκύπτουν κυρίως λόγω της άγνοιας τους για το θέμα, της απόστασης που δημιουργείται στη σχέση θεραπευτή – θεραπευόμενου αλλά και τεχνικών δυσκολιών που ενδέχεται να προκύψουν. Σε γενικές γραμμές οι αμφιβολίες που εξέφρασαν οι συμμετέχοντες εντοπίζονται και βιβλιογραφικά στους ηθικούς προβληματισμούς σχετικά με την χρήση της εικονικής πραγματικότητας στη θεραπεία.

Κατά βάση θεωρήθηκε ότι υπάρχει αποτελεσματικότητα της τεχνικής αυτής σε ήπιες ψυχικές διαταραχές και όχι σε πιο πολύπλοκες, όπως για παράδειγμα στις διαταραχές προσωπικότητας ή σε έντονες ψυχώσεις. Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται και από την βιβλιογραφική μας ανασκόπηση, αφού στις προαναφερθείσες διαταραχές υπάρχουν κυρίως μελέτες παρατήρησης συμπεριφοράς και αντιδράσεων των ασθενών και όχι θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων θεωρεί πως ένα σημαντικό μέρος της ελληνικής επαγγελματικής κοινότητας είναι πρόθυμο να την εντάξει στην παρέμβασή του, τονίζοντας όμως περιορισμούς όπως το κόστος αλλά και την συντηρητική σε ορισμένες περιπτώσεις αντιμετώπιση της ψυχοθεραπείας από την ελληνική κοινωνία. Αν και όλοι οι επαγγελματίες με τους οποίους μιλήσαμε θα ήθελαν να ενημερωθούν και ενδεχομένως να εκπαιδευτούν στην τεχνική αυτή, περίπου οι μισοί παραδέχονται πως δεν θα την χρησιμοποιούσαν εύκολα, λόγω των ανησυχιών που αναφέρθηκαν παραπάνω. Τα στοιχεία αυτά αντικατοπτρίζουν και την προσωπική μας άποψη σχετικά με τους λόγους που η Ελλάδα δεν ακολουθεί την ίδια εξελικτική πορεία που ακολουθούν άλλες χώρες.

Ακόμα, οι συμμετέχοντες επισημαίνουν πως εφόσον ο επαγγελματίας που χρησιμοποιεί αυτήν την προσέγγιση είναι καλά καταρτισμένος, ο ασθενής δεν θα έχει λόγο να μην τον εμπιστευτεί και να μην συμμετάσχει στην εν λόγω θεραπεία, κάτι που συνάδει με τα ευρήματα της βιβλιογραφικής μας ανασκόπησης.

Γενικότερα, οι απόψεις και οι ανησυχίες των επαγγελματιών συνάδουν με τις δικές μας αλλά και με την υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με την χρήση της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας στην ψυχοθεραπεία. Όσον αφορά την κατάσταση στην Ελλάδα, η ενημέρωση των επαγγελματιών αλλά και οι περαιτέρω έρευνες για το θέμα αυτό, προσαρμοσμένες στα δικά μας δεδομένα, κρίνονται απαραίτητες ώστε να μπορέσει να διερευνηθεί το εάν η χώρα είναι πρόθυμη και έτοιμη να εντάξει την τεχνική αυτή στην παρέμβασή της. Καθώς επικρατεί μία κοινή αντίληψη του ότι ο ασθενής ακολουθεί τον θεραπευτή του εφόσον υπάρχει εμπιστοσύνη, η προσοχή θα πρέπει να δοθεί στους θεραπευτές περισσότερο από ότι στους θεραπευόμενους. Το συγκεκριμένο εργαλείο απαιτεί, πέρα από το θεωρητικό υπόβαθρο, και τεχνολογικές γνώσεις, ώστε να χρησιμοποιηθεί σωστά και να περιοριστούν όσο το δυνατόν λανθασμένοι χειρισμοί και σφάλματα. Για το λόγο αυτό οι επαγγελματίες θα πρέπει να εκπαιδεύονται πολύ καλά προτού το χρησιμοποιήσουν στην παρέμβασή τους.

Τέλος, τα ηθικά ζητήματα τα οποία προκύπτουν από τη χρήση της θεραπείας αυτής θα πρέπει να απασχολήσουν όχι μόνο την επιστημονική κοινότητα αλλά και τους ασθενείς. Οι τελευταίοι μπορούν να συμβάλλουν καθοριστικά στον περιορισμό και την αντιμετώπιση των ζητημάτων αυτών, με την εκδήλωση των αναγκών τους. Από την άλλη, η επιστημονική κοινότητα θα βοηθήσει με το να δείξει ενσυναίσθηση, να «ακούσει» δηλαδή τους ασθενείς και να ανταποκριθεί στις θεραπευτικές αλλά και στις ανθρώπινες απαιτήσεις τους.

Κλείνοντας, τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από την παρούσα μελέτη και πιο συγκεκριμένα το γεγονός ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνά μας εκδήλωσε μεγάλο γνωστικό ενδιαφέρον για την χρήση της εικονικής πραγματικότητας στην θεραπεία, θα μπορούσε ενδεχομένως να αποτελέσει έναυσμα για μελλοντική παρόμοια έρευνα στους επαγγελματίες της χώρας μας. Φυσικά το εύρος της έρευνας θα πρέπει να είναι πολύ μεγαλύτερο, προκειμένου τα αποτελέσματα να μην περιορίζονται από το μικρό δείγμα αλλά να μπορούν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά. Αυτό θα επιφέρει μια ουσιαστική γνώση για το αν και κατά πόσο οι έλληνες επαγγελματίες είναι πρόθυμοι και έτοιμοι να εντάξουν στην θεραπευτική τους παρέμβαση αυτό το νέο τεχνολογικό εργαλείο. Επιπλέον, η μικρή αλλά υπαρκτή χρήση της θεραπείας αυτής στην Ελλάδα θα μπορούσε να αξιοποιηθεί ερευνητικά, ώστε να διαφανούν τα θετικά και τα αρνητικά αποτελέσματά της, οι

δυσκολίες της και η λειτουργία της, αναπτύσσοντας με αυτόν τον τρόπο το ενδιαφέρον και την συζήτηση για αυτήν σε επιστημονικό και όχι μόνο επίπεδο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Αγγελόπουλος, Ν. Β. (2009) *Ιατρική Ψυχοπαθολογία-Μια σύγχρονη Ψυχιατρική*, Τόμος Β, ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Βασιλοπούλου, Κ. (2015) *Σωματόμορφες Διαταραχές*.

Βλαχώνη, Γ. Γ. (2007) *Υλοποίηση εικονικών χαρακτήρων σε εκπαιδευτικό εικονικό περιβάλλον*. Ph.D. Thesis, Πανεπιστήμιο Πατρών.

Γιωτάκος, Ο. (2004) *Σεξουαλική επιθετικότητα και Παραφιλίες. Αιτιολογία -Εκτίμηση -Αντιμετώπιση*, Αθήνα: ΒΗΤΑ.

Δελγιάννης, Κ. (2012) Εικονική πραγματικότητα «αντίδοτο» στις ψυχικές διαταραχές, *Η Καθημερινή*, 6 Αυγούστου 2012 <http://www.kathimerini.gr/77377/article/tecnologia/diadiiktyo/eikonikhpragmatikothta-antidoto-stis-gyxikes-diataraxes> [πρόσβαση στις 19 Μαρτίου 2016]

Ευθυμίου, Κ., Σιδέρη, Χ., και Παυλάτου, Ε., (2006) *Κοινωνική Φοβία*. Απόσπασμα από το βιβλίο: Ευθυμίου, Κ. Μαυροειδή, Α. Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α. (2006). *Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας: Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπιση τους*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ευσταθίου, Γ. (2005) *Διαταραχές Προσωπικότητας*, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.

Ευσταθίου, Γ. (2008) *Σωματόμορφες Διαταραχές* http://cvt.edu.gr/arxeia/swmatomorfes_diataraxes.pdf [πρόσβαση στις 30 Απριλίου 2016].

Ευσταθίου, Γ. (χ.χ.) *Μέθοδοι και τεχνικές στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία ενηλίκων*, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.

Ίδρυμα

Ευγενίδου,

<http://www.eugenfound.edu.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=NODE&cnode=1>

[πρόσβαση στις 19 Μαρτίου 2016].

Ίδρυμα

Μείζονος

Ελληνισμού,

<http://www.ime.gr/fhw/index.php?lg=1&state=pages&id=82> [πρόσβαση στις 19

Μαρτίου 2016].

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (χ.χ.) *Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία*, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.

Καλλινικάκη, Θ. (1998) *Κοινωνική Εργασία: Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*, Αθήνα; Ελληνικά Γράμματα.

Καλπάλογλου, Θ. (1997) *Άγχος και Πανικός: γνωσιακή θεωρία και θεραπεία*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καρπέτης, Γ. (2008) *Κλινική κοινωνική εργασία ψυχοδυναμικής έμπνευσης με γονείς παιδιών που εμφανίζουν κυρίως συμπτώματα της διαταραχής άγχους αποχωρισμού*, αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/17326#page/1/mode/2up> [πρόσβαση στις 9 Μαρτίου 2016].

Κέντρο Διάδοσης Επιστημών & Μουσείο Τεχνολογίας «NOESIS», (χ.χ.) <http://www.noesis.edu.gr/> [πρόσβαση στις 26 Αυγούστου 2016]

Κέντρο Ψυχοσωματικής Ιατρικής, (χ.χ.) <http://www.kepsi.gr/vioanadrasi> [πρόσβαση στις 22 Ιουλίου 2016]

Κίμογλου, Δ. (2015) *Clinical hipnosis/VR therapy*. <http://www.counseling.gr/index.html> [πρόσβαση στις 25 Απριλίου 2016].

Κομματάς, Ν., Μιχοπούλου, Γ. και Φορτούνη, Τ. (επιμ.). *ΤΠΕ Εκπαίδευσης: Συνδυάζοντας Εικονικά Περιβάλλοντα Μάθησης Και Σύγχρονες Διδακτικές Μεθόδους: Δυναμικά Εκπαιδευτικά Εργαλεία Για Μαθητές Δημοτικού*, σελ.: 475-484 <http://www.etpe.gr/custom/pdf/etpe1879.pdf> [πρόσβαση στις 19 Απριλίου 2016].

Κουλουβάρη, Μ. και Ευθυμίου, Κ. (2006) *Κατάθλιψη*, Απόσπασμα από το βιβλίο: Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Α. Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α. (2006). Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μπαμπινιώτης, Γ. (2009) *Ετυμολογικό Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*, Αθήνα; Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε.

Μπίνα, Χ. Ε. (2007) *Μελέτη της σχέσης αλληλεπίδρασης και αίσθησης παρουσίας σε εκπαιδευτικά εικονικά περιβάλλοντα*. Ph.D. Thesis, Πανεπιστήμιο Πατρών.

Μυτσκίδου, Π., *Αγοραφοβία*, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς <http://ibrt.gr/edu/node/118> [πρόσβαση στις 28 Απριλίου 2016]

Οικονόμου, Δ. (2006) *Θέματα Σχεδιασμού Εικονικών Συνεργατικών Περιβαλλόντων*, Πανεπιστήμιο Αιγαίου <http://karagian.users.uth.gr/cscl/16-Economou.pdf> [πρόσβαση στις 19 Απριλίου 2016]

Οικονόμου, Μ., Θεοδώρου, Β.Ν., Παπαδημητρίου Γ.Ν., (2015) Η ψυχοπαθολογία των τυχερών παιχνιδιών: Σύγχρονα διαγνωστικά, αιτιολογικά και θεραπευτικά δεδομένα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2016, 33(2), σελ.: 165-179.

Πατελάρος, Ε. και Γουλιανός, Α. (2004) *Αγοραφοβία με κρίσεις πανικού ή διαταραχή πανικού με αγοραφοβία: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας και παρουσίαση των στοιχείων του Κ.Ψ.Υ. Καβάλας* <http://www.encephalos.gr/full/42-4-04g.htm> [πρόσβαση στις 29 Απριλίου 2016]

Πύλη για την Ελληνική γλώσσα, (χ.χ.) http://www.greek-language.gr/greekLang/modern_greek/tools/lexica/triantafyllides/search.html?lq=%CF%83%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%B5%CF%8C%CF%82&dq [πρόσβαση στις 22 Ιουλίου 2016]

Σικελιανού, Δ. (2010) *Κλινική Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων*, Αθήνα: Διόνικος.

Σπανού, Β., Καζάνη, Ι. και Τριπόδης, Ν. (2008) *Διαταραχές Προσωπικότητας: Παράξενος-Εκκεντρικός*, Αθήνα

Τέγος, Σ. (2006) *Η νευρογέννηση στον ιππόκαμπο του ενήλικα εγκεφάλου και ο ρόλος στις διαδικασίες μνήμης-μάθησης* http://www.neurocare.gr/gr/03_subpages/neurogenesis.pdf [πρόσβαση στις 29 Μαΐου 2016]

Χαρίλα, Ν. (2007) *Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία: Θεωρητικό υπόβαθρο – βασικές αρχές – ψυχοθεραπευτικές δεξιότητες και τεχνικές*, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.

Χαρίτος Δ. και Μαρτάκος Δ. (1999) *Εικονική Πραγματικότητα*, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών, Β' Εξάμηνο, Τμήμα Πληροφορικής Πανεπιστημίου Αθηνών.

Χριστοδούλου, Γ. Ν. *Η κλινική έκφραση των συναισθηματικών διαταραχών*, στο: Κοινωνία και Υγεία IV, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα, σελ.: 231- 237

Ξένη

American Board of Examiners in Clinical Social Work (2002) *Professional Development and Practice Competencies in Clinical Social Work*, American Board of Examiners in Clinical Social Work. <https://www.abecsw.org/images/Competen.PDF> [πρόσβαση στις 9 Μαρτίου 2016].

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington, DC.

Austrian, S. G. (2005) *Mental Disorders, Medications, and Clinical Social Work*, 3rd edition, New York; Columbia University Press.

Bailey, J., Bailenson, J. N., Won, A.S., Flora, J., and Armel, K.C (2012) Presence and memory: Immersive virtual reality effects on cued recall. *Proceedings of the International Society for Presence Research Annual Conference*, October 24-26, Philadelphia, Pennsylvania, USA.

- Balaguer, F. and Mangili, A. (1991) *Virtual Environments*. Switzerland. http://infoscience.epfl.ch/record/102452/files/Balaguer_Mangili_New_Trend_Animation_91.pdf [πρόσβαση στις 19 Απριλίου 2016].
- Banos, R., Botella, C., Perpina, C., Alcaniz, M., Lozano, J., Osma, J. and Gallardo, M. (2002) Virtual reality treatment of flying phobia. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 6(3), σελ.: 206-212.
- Başoğlu, M., Livanou, M. and Şalcıoğlu, E. (2003) A Single Session With an Earthquake Simulator for Traumatic Stress in Earthquake Survivors. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), σελ.: 788-790.
- Beier, K. P. (2001) *Virtual Reality - A Short Introduction*. <http://www-VRL.umich.edu> [πρόσβαση στις 19 Απριλίου 2016].
- Belloch, A., Cabedo, E., Carrió, C., Lozano-Quilis, J., Gil-Gómez, J. and Gil-Gómez, H. (2014) Virtual reality exposure for OCD: Is it feasible? [Exposición mediante realidad virtual para el TOC: ¿Es factible?]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), σελ.: 37.
- Bisman, C. (2014) *Social Work: Value-Guided Practice for a Global Society*, New York; Columbia University Press.
- Bordnick, P. S., Carter, B. L. and Taylor, A. C. (2011) What Virtual Reality Research in Addictions Can Tell Us about the Future of Obesity Assessment and Treatment. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 5(2), σελ.: 265–271.
- Bordnick, P., Copp, H., Traylor, A., Graap, K., Carter, B., Walton, A. and Ferrer, M. (2009) Reactivity to Cannabis Cues in Virtual Reality Environments. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41(2), σελ.: 105-112.
- Bordnick, P., Traylor, A., Copp, H., Graap, K., Carter, B., Ferrer, M. and Walton, A. (2008) Assessing reactivity to virtual reality alcohol based cues. *Addictive Behaviors*, 33(6), σελ.: 743-756.
- Botella, C., Banos, R., Garcia Palacios, A., Riva, G., Quero, S. and Perpina, C. (2004) Virtual reality and psychotherapy. *Cybertherapy*, 99(3), σελ.: 37-54.

Botella, C., Banos, R., Guerrero, B., Garcia-Palacios, A., Quero, S. and Alcaniz, M. (2006) Using a flexible virtual environment for treating a storm phobia. *PsychNology Journal*, 4(2), σελ.: 129-144.

Botella, C., Baños, R., Perpiñá, C., Villa, H., Alcañiz, M. and Rey, A. (1998) Virtual reality treatment of claustrophobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), σελ.: 239-246.

Botella, C., Baños, R., Villa, H., Perpiñá, C. and García-Palacios, A. (2000) Virtual reality in the treatment of claustrophobic fear: A controlled, multiple-baseline design. *Behavior Therapy*, 31(3), σελ.: 583-595.

Botella, C., García-Palacios, A., Villa, H., Baños, R., Quero, S., Alcañiz, M. and Riva, G. (2007) Virtual reality exposure in the treatment of panic disorder and agoraphobia: A controlled study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(3), σελ.: 164-175.

Bouchard, S., Cote, S., St-Jacques, J., Robillard, G. and Renuad, P. (2005) Effectiveness of virtual reality exposure in the treatment of arachnophobia using 3D games. *Technology and Health Care*, 14, σελ.: 19-27.

Broome, R. M. Zányi, E. Hamborg, T. Selmanovic, E. Czanner, S. Birchwood, M. Chalmers, A. and Singh, S. P. (2013) A High-Fidelity Virtual Environment for the Study of Paranoia Schizophrenia. *Research and Treatment*.

Carvalho, M., Freire, R. and Nardi, A. (2010) Virtual reality as a mechanism for exposure therapy. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(2-2), σελ.: 220-230.

Castro, W., Roca Sánchez, M., Pitti González, C., Bethencourt, J., de la Fuente Portero, J. and Marco, R. (2014) Cognitive-behavioral treatment and antidepressants combined with virtual reality exposure for patients with chronic agoraphobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), σελ.: 9-17.

Center for Clinical Social Work (2007α) *Brief Definition of Clinical Social Work*,
Center for Clinical Social Work.

<https://www.abecsw.org/images/news/BrfDefClinicalSocialWork.pdf> [πρόσβαση στις 9 Μαρτίου 2016].

Center for Clinical Social Work (2007β) *Clinical Social Work Described*, Center for Clinical Social Work. <http://www.acswa.org/wp-content/uploads/CtrCSWDescribedFeb071.pdf> [πρόσβαση στις 12 Μαρτίου 2016].

Cesa, G. L., Manzoni, G. M., Bacchetta, M., Castelnuovo, G., Conti, S., Gaggioli, A., Mantovani, F., Molinari, E., Cardenas- Lopez, G. and Riva, G. (2013) Virtual Reality for Enhancing the Cognitive Behavioral Treatment of Obesity With Binge Eating Disorder: Randomized Controlled Study With One-Year Follow-up. *Journal of Medical Internet Research*, 15(6), σελ.: 113.

Choi, J., Park, S., Lee, J., Jung, H., Lee, H., Jin, C. and Kang, D. (2011) The Effect of Repeated Virtual Nicotine Cue Exposure Therapy on the Psychophysiological Responses: A Preliminary Study. *Psychiatry Investigation*, 8(2), σελ.: 155.

Cismaru-Inescu, A. Andrianne, R. Triffaux, J. (2013) Virtual Reality as a Complementary Therapy to Sexual Addiction Treatment. *International Journal of Advanced Computer Science*, 3(7).

Clinical Social Work Association (χ.χ.) *CSWA Code of Ethics*, Clinical Social Work Association. <http://www.clinicalsocialworkassociation.org/CSWA-Ethics> [πρόσβαση στις 12 Μαρτίου 2016].

Coble, J., North, M. and North, S. (1998) Virtual Reality Therapy: An Effective Treatment for Phobias στο: G. Riva, B. Wiederhold and E. Molinari, ed., *Virtual Environments in Clinical Psychology and Neuroscience: Methods and Techniques in Advanced Patient-Therapist Interaction*, 1st ed. Amsterdam: IOS Press, σελ.: 112-119.

Coons, M. J., Roehrig, M. and Spring, B. (2011) The Potential of Virtual Reality Technologies to Improve Adherence to Weight Loss Behaviors. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 5(2).

Costello, P. J. (1997) *Health and Safety Issues associated with Virtual Reality- A Review of Current Literature*, Advanced VR Research Centre, Dept. of Human Sciences Loughborough University, Loughborough, Leicestershire.

Cruz-Neira, C., Sandin, D., and D. Defanti, T. A. (1993) *Surround-Screen Projection-Based Virtual Reality: The Design and Implementation of the CAVE*. Proceedings of ACM SIGGRAPH, σελ.: 135-142.

Culbertson, C., Nicolas, S., Zaharovits, I., London, E., La Garza, R., Brody, A. and Newton, T. (2010) Methamphetamine craving induced in an online virtual reality environment. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 96(4), σελ.: 454-460.

Culbertson, C., Shulenberger, S., De La Garza, R., Newton, T. and Brody, A. (2012) Virtual reality cue exposure therapy for the treatment of tobacco dependence. *Journal of Cyber Therapy and Rehabilitation*, 5(1), σελ.: 57-64.

Curs, (2012) *Virtual Reality: Input devices. Technologies for the direct interaction*, <http://www.cs.upc.edu/~virtual/RVA/CourseSlides/03.%20VR%20Input%20Hardware.pdf> [πρόσβαση στις 19 Απριλίου 2016].

DeAngelis, T. (2012) A second life for practice? *American Psychological Association*. 43(3), σελ.: 48.

Difede, J. and Cukor, J. (2007) Virtual Reality Exposure Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Following September 11, 2001. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(11), σελ.: 1682-1689.

Difede, J. and Hoffman, H. (2002) Virtual Reality Exposure Therapy for World Trade Center Post-traumatic Stress Disorder: A Case Report. *CyberPsychology & Behavior*, 5(6), σελ.: 529-535.

Dobson, K. and Dozois, D. (2001) Historical and Philosophical Bases of the Cognitive-Behavioral Therapies στο: K. Dobson, ed., *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, 1st ed. New York: Guilford Press, σελ.: 3-38.

Dorfman, R.A. (1988) Clinical Social Work: The Development of a Discipline. In Dorfman, R.A., ed. *Paradigms of Clinical Social Work*, New York: BRUNNER/MAZEL, INC., σελ.: 3-24.

Eichenberg, C. (2011) Application of Virtual Realities in Psychotherapy: Possibilities, Limitations and Effectiveness στο: J. Kim, ed., *Virtual Reality*, 1st ed. India: Intechweb.org.

Eichenberg, C. and Wolters, C. (2012) Virtual Realities in the Treatment of Mental Disorders: A Review of the Current State of Research στο: C. Eichenberg, ed., *Virtual Reality in Psychological, Medical and Pedagogical Applications*, 1st ed. InTech, σελ.: 35-64.

Ellis, S. R. (1991) Nature and Origins of Virtual Environments: A Bibliographical Essay. *Computing Systems in Engineering: Great Britain*, 2(4), σελ.: 321-347

Emmelkamp, P., Krijn, M., Hulsbosch, A., de Vries, S., Schuemie, M. and van der Mast, C. (2002) Virtual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40(5), σελ.: 509-516.

Encyclopedia Britannica Company, (χ.χ.)
<http://www.learnersdictionary.com/definition/three%E2%80%93dimensional>
[πρόσβαση στις 22 Ιουλίου 2016]

Ershow, A. G., Peterson, M. C., Riley, W. T., Rizzo, A. and Wansink, B. (2011) Virtual Reality Technologies for Research and Education in Obesity and Diabetes: Research Needs and Opportunities. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 5(2).

Falconer, C. J. Rovira, A. King, J. A. Gilbert, P. Antley, A. Fearon, P. Ralph, N. Slater, M. and Brewin, C. B. (2016) Embodying self-compassion within virtual reality and its effects on patients with depression, *BJPsych*, σελ.: 74–80.

Fox, J., Arena, D. and Bailenson, J. (2009) Virtual Reality. *Journal of Media Psychology*, 21(3), σελ.: 95-113.

Freedman, S., Hoffman, H., Garcia-Palacios, A., (Tamar) Weiss, P., Avitzour, S. and Josman, N. (2010) Prolonged Exposure and Virtual Reality–Enhanced Imaginal Exposure for PTSD following a Terrorist Bulldozer Attack: A Case Study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), σελ.: 95-101.

Freeman, D. (2008) Studying and Treating Schizophrenia Using Virtual Reality: A New Paradigm. *Schizophrenia Bulletin*, 34(4), σελ.: 605–610.

Gamito, P., Oliveira, J., Baptista, A., Morais, D., Lopes, P., Rosa, P., Santos, N. and Brito, R. (2014) Eliciting Nicotine Craving with Virtual Smoking Cues. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(8), σελ.: 556-561.

Garcia-Palacios, A., Botella, C., Hoffman, H. and Fabregat, S. (2007) Comparing Acceptance and Refusal Rates of Virtual Reality Exposure vs. In Vivo Exposure by Patients with Specific Phobias. *CyberPsychology & Behavior*, 10(5), σελ.: 722-724.

Gerardi, M., Cukor, J., Difede, J., Rizzo, A. and Rothbaum, B. (2010) Virtual Reality Exposure Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder and Other Anxiety Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 12(4), σελ.: 298-305.

Gigante, M. A. (1995) *Virtual Systems*, 3η έκδοση, London: Academic Press.

Giroux, I., Faucher-Gravel, A., St-Hilaire, A., Boudreault, C., Jacques, C. and Bouchard, S. (2013) Gambling Exposure in Virtual Reality and Modification of Urge to Gamble. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(3), σελ.: 224-231.

Glanz, K., Rizzo, A. and Graap, K. (2003) Virtual reality for psychotherapy: Current reality and future possibilities. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(1-2), σελ.: 55-67.

Gorini, A., Gaggioli, A., Vigna, C. and Riva, G. (2008) A Second Life for eHealth: Prospects for the Use of 3-D Virtual Worlds in Clinical Psychology. *Journal of Medical Internet Research*, 10(3), σελ.: 21.

Gorini, A., Pallavicini, F., Algeri, D., Repetto, C., Gaggioli, A. and Riva, G. (2010) Virtual reality in the treatment of generalized anxiety disorders. *Studies in health technology and informatics*, 154, σελ.: 38-43.

Grillon, H., Riquier, F., Herbelin, B. and Thalmann, D. (2006) Virtual reality as a therapeutic tool in the confines of social anxiety disorder treatment. *International Journal on Disability and Human Development*, 5(3).

Gutierrez-Maldonado, J., Magallon-Neri, E., Rus-Calafell, M. and Penaloza-Salazar, C. (2009) Virtual reality exposure therapy for school phobia. *Anuario de Psicología*, 4(2), σελ.: 223-236.

Hawco, C., Buchy, L., Bodnar, M., Izadi, S., Dell'Elce, J., Messina, K., Joobar, R., Malla, A. and Lepage, M. (2015) Source retrieval is not properly differentiated from object retrieval in early schizophrenia: An fMRI study using virtual reality. *NeuroImage: Clinical*, 7, σελ.: 336–346.

Hepworth, D. H., Rooney, R. H., Rooney, G. D., Strom-Gottfried, K. and Larsen, J. (2010) *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*, 8th edition, Canada: Brooks/Cole and Cengage Learning.

Heuett, B. and Heuett, K. (2011) Virtual reality therapy a means of reducing public speaking anxiety. *International Journal of Humanities and Social Science*, 1(16).

Hodges, L., Kooper, R., Meyer, T., Rothbaum, B., Opdyke, D., de Graaff, J., Williford, J. and North, M. (1995) Virtual environments for treating the fear of heights. *Computer*, 28(7), σελ.: 27-34.

Hoffman, H. (2004) Virtual-Reality Therapy. *Scientific American*, 291(2), σελ.: 58-65.

Hone-Blanchet, A., Wensing, T. and Fecteau, S. (2014) The Use of Virtual Reality in Craving Assessment and Cue-Exposure Therapy in Substance Use Disorders. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8.

Huckvale, M., Leff, J. and Williams, G. (2013) *Avatar therapy: an audio-visual dialogue system for treating auditory hallucinations*, Interspeech 2013, Lyon, France.

International Association of Schools of Social Work (2014) *Global Definition of Social Work*, International Association of Schools of Social Work. <http://www.iasw->

aiets.org/global-definition-of-social-work-review-of-the-global-definition/ [πρόσβαση στις 8 Μαρτίου 2016].

International Federation of Social Workers (2014) *Global Definition of Social Work*, International Federation of Social Workers. <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/> [πρόσβαση στις 8 Μαρτίου 2016].

Iovine, J. (1995) *Step Into Virtual Reality*, USA: Windcrest.

Jarrett, C. (2009) Get a Second Life. *The Psychologist*, 22 (6), 490-493.

Kaganoff, E., Bordnick, P. and Carter, B. (2011) Feasibility of Using Virtual Reality to Assess Nicotine Cue Reactivity During Treatment. *Research on Social Work Practice*, 22(2), σελ.: 159-165.

Keppel, M. and Macpherson, C. (1997) *Is the Elephant Really There? - Virtual Reality in Education*.

Kim, S. and Han, D. (2014) Virtual reality therapy for internet gaming disorder. *Alcohol and Alcoholism*, 49(1), σελ.:19.

Kim, S. I. Ku, J. Han, K. Lee, H. Park, J. Kim, J. and Young Kim, I. (2008) Virtual Reality Applications for Patients with Schizophrenia. *Journal of CyberTherapy & Rehabilitation*, 1(1), Virtual Reality Medical Institute.

Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Dunn, G. and Bebbington, P. (2006) Cognitive, Emotional, and Social Processes in Psychosis: Refining Cognitive Behavioral Therapy for Persistent Positive Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), σελ.: 24-31.

Lambert, M. (2002) *Clinical social work: beyond generalist practice with individuals, groups, and families*, California; Brooks/Cole

Leff, J., Williams, G., Huckvale, M., Arbuthnot, M. and Leff, A. P. (2013) Avatar Therapy for persecutory auditory hallucinations: What is it and how does it work?, *Psychosis*, 6(2), σελ.: 166-176.

Li, J., Theng, Y. and Foo, S. (2014) Game-Based Digital Interventions for Depression Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis., *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 17.

Loomis, J., Blascovich, J. and Beall, A. (1999). Immersive virtual environment technology as a basic research tool in psychology. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 31(4), σελ.: 557-564.

Malbos, E., Mestre, D., Note, I. and Gellato, C. (2008) Virtual Reality and Claustrophobia: Multiple Components Therapy Involving Game Editor Virtual Environments Exposure. *CyberPsychology & Behavior*, 11(6), σελ.: 695-697.

Maskey, M., Lowry, J., Rodgers, J., McConachie, H. and Parr, J. (2014) Reducing Specific Phobia/Fear in Young People with Autism Spectrum Disorders (ASDs) through a Virtual Reality Environment Intervention. *PLoS ONE*, 9(7).

Mazuryk, T. and Gervautz, M. (1996) *Virtual Reality: History, Applications, Technology and Future*. Vienna University of Technology, Austria. <https://www.cg.tuwien.ac.at/research/publications/1996/mazuryk-1996-VRH/TR-186-2-96-06Paper.pdf> [πρόσβαση στις 19Απριλίου 2016]

McLay, R., McBrien, C., Wiederhold, M. and Wiederhold, B. (2010). Exposure Therapy with and without Virtual Reality to Treat PTSD while in the Combat Theater: A Parallel Case Series. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), σελ.: 37-42.

Mizrahi, T., Davis, L. E. (2008) *Encyclopedia of Social Work*, 20th edition, Washington and New York; NASW Press and Oxford University Press, Inc.

Multimedia and graphics glossary, (χ.χ.) <http://whatis.techtargt.com/definition/3D-mouse> [πρόσβαση στις 22 Ιουλίου 2016]

Munson, C. E. (2002) *Handbook of Clinical Social Work Supervision*, 3rd edition, New York; The Haworth Press.

National Association of Social Workers (2005) *NASW Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice*, National Association of Social Workers.

<http://www.naswdc.org/practice/standards/NASWClinicalSWStandards.pdf>

[πρόσβαση στις 9 Μαρτίου 2016]

Neda F., Gould, N.F., Holmes, K.M., Fantie, B.D., Luckenbaugh, D.A., Pine, D.S., Gould, T. D., Burgess, N., Manji, H.K. and Zarate, C.A. (2007) *Performance on a Virtual Reality Spatial Memory Navigation Task in Depressed Patients*. *The American Journal of Psychiatry*, 164, σελ.: 516–519.

Nintendo-wikia, (χ.χ.) http://nintendo.wikia.com/wiki/Virtual_Boy [πρόσβαση στις 22 Ιουλίου 2016]

Novák-Marcinčin, J. (2010) *Hardware devices used in virtual reality technologies*. Prof.dr.ing., Technical University of Košice.

Oxford Dictionaries <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/clinical> [πρόσβαση στις 17 Μαρτίου 2016]

Park, C., Choi, J., Park, S., Lee, J., Jung, H., Seol, J., Hwang, J., Gwak, A. and Kwon, J. (2014) Comparison of the Effectiveness of Virtual Cue Exposure Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Nicotine Dependence. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(4), σελ.: 262-267.

Park, C., Park, S., Gwak, A., Sohn, B., Lee, J., Jung, H., Choi, S., Kim, D. and Choi, J. (2015).The effect of repeated exposure to virtual gambling cues on the urge to gamble. *Addictive Behaviors*, 41, σελ.: 61-64.

Park, S., Kim, S., Roh, S., Soh, M., Lee, S., Kim, H., Lee, Y. and Han, D. (2016) The effects of a virtual reality treatment program for online gaming addiction. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 129, σελ.: 99-108.

Pericot-Valverde, I., Secades-Villa, R., Gutierrez-Maldonado, J. and Garcia-Rodriguez, O. (2014) Effects of Systematic Cue Exposure Through Virtual Reality on Cigarette Craving. *Nicotine & Tobacco Research*, 16(11), σελ.: 1470-1477.

Pertaub, D., Slater, M. and Barker, C. (2002) An Experiment on Public Speaking Anxiety in Response to Three Different Types of Virtual Audience. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 11(1), σελ.: 68-78.

Pitti, C., Penate, W., Bethencourt, J., de la Fuente, J. and Gracia, R. (2008) The effects of a treatment based on the use of virtual reality exposure and cognitive-behavioral therapy applied to patients with agoraphobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), σελ.: 5-22.

Puntil, M. (2015) *A Look Into The Ethics of Virtual Reality Therapy*, University of Pittsburgh, Swanson School of Engineering 2015-11-03.

Raghav, K., Van Wijk, A., Abdullah, F., Islam, M., Bernatchez, M. and De Jongh, A. (2016) Efficacy of virtual reality exposure therapy for treatment of dental phobia: a randomized control trial. *BMC Oral Health*, 16(1).

Renaud, P., Chartier, S., Rouleau J., Proulx, J., Decarie, J., Trottier, D., Bradford, J.P., Fedoroff, P. and Bouchard, S. (2009) Gaze behavior nonlinear dynamics assessed in virtual immersion as a diagnostic index of sexual deviancy: preliminary results. *Journal of Virtual Reality and Broadcasting*, 6(3)

Riva, G., Wiederhold, B. K. Molinari, E. (1998) Experiential cognitive therapy: A VR based approach for the assessment and treatment of eating disorders. *Virtual Environments in Clinical Psychology and Neuroscience*, Ios Press: Amsterdam, Netherlands.

Riva, G. (1997). Virtual Reality as Assessment Tool in Psychology. *Studies in health technology and informatics*, 44, σελ.: 71-79.

Riva, G. (2006) Virtual Reality. *Wiley Encyclopedia of Biomedical Engineering*, 4, σελ.: 117.

Riva, G. Gutierrez-Maldonado, J. Wiederhold, B. K. (2016) Virtual Worlds versus Real Body: Virtual Reality Meets Eating and Weight Disorders. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(2).

Rizzo, A. (2015) *Improving lives through virtual reality therapy*, τις ερωτήσεις έθεσε: Hamilton, A στο: Speaking of Psychology, American Psychological Association, 12 January 2015.

Rizzo, A. and Kim, G. (2005) A SWOT Analysis of the Field of Virtual Reality Rehabilitation and Therapy. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 14(2), σελ.: 119-146.

Rizzo, A., Schultheis, M. T. and Rothbaum, B. O. (2003) *Ethical Issues for the Use of Virtual Reality in the Psychological Sciences* στο: Ethical Issues in Clinical Neuropsychology. Eds: Bush, S.S. & Drexler, M.L., Lisse, NL: Swets & Zeitlinger Publishers, σελ.: 243-280.

Robertson, G., Card, S., Mackinlay, J. (1993) Non-Immersive Virtual Reality. *Computer*, 26(2), σελ.: 79-83

Robillard, G., Bouchard, S., Fournier, T. and Renaud, P. (2003) Anxiety and Presence during VR Immersion: A Comparative Study of the Reactions of Phobic and Non-phobic Participants in Therapeutic Virtual Environments Derived from Computer Games. *CyberPsychology & Behavior*, 6(5), σελ.: 467-476.

Romano, D. (2005) Virtual Reality Therapy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(9), σελ.: 580.

Roncero, M. and Perpina, C. (2015) Normalizing the eating pattern with virtual reality for bulimia nervosa: a case report. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, σελ.: 152-159.

Rothbaum, B., Hodges, L., Alarcon, R., Ready, D., Shahar, F., Graap, K., Pair, J., Hebert, P., Gotz, D., Wills, B. and Baltzell, D. (1999) Virtual reality exposure therapy for PTSD Vietnam veterans: A case study. *Journal of Traumatic Stress*, 12(2), σελ.: 263-271.

Rothbaum, B., Hodges, L., Anderson, P., Price, L. and Smith, S. (2002) Twelve-month follow-up of virtual reality and standard exposure therapies for the fear of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), σελ.: 428-432.

Rothbaum, B., Hodges, L., Kooper, R., Opdyke, D., Williford, J. and North, M. (1995) Virtual reality graded exposure in the treatment of acrophobia: A case report. *Behavior Therapy*, 26(3), σελ.: 547-554.

Rothbaum, B., Hodges, L., Watson, B., Kessler, G. and Opdyke, D. (1996) Virtual reality exposure therapy in the treatment of fear of flying: a case report. *Behaviour Research and Therapy*, 34(5-6), σελ.: 477-481.

Rothbaum, B., Price, M., Jovanovic, T., Norrholm, S., Gerardi, M., Dunlop, B., Davis, M., Bradley, B., Duncan, E., Rizzo, A. and Ressler, K. (2014) A Randomized, Double-Blind Evaluation of d -Cycloserine or Alprazolam Combined With Virtual Reality Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Iraq and Afghanistan War Veterans. *American Journal of Psychiatry*, 171(6), σελ.: 640-648.

Ruse, S., Harvey, P., Davis, V., Atkins, A., Fox, K. and Keefe, R. (2014). Virtual reality functional capacity assessment in schizophrenia: Preliminary data regarding feasibility and correlations with cognitive and functional capacity performance. *Schizophrenia Research: Cognition*, 1(1), σελ.: e21-e26.

Saladin, M., Brady, K., Graap, K. and Rothbaum, B. (2006) A preliminary report on the use of virtual reality technology to elicit craving and cue reactivity in cocaine dependent individuals. *Addictive Behaviors*, 31(10), σελ.: 1881-1894.

Second Life, <http://secondlife.com/> [πρόσβαση στις 12 Απριλίου 2016]

Serino, S. Pedroli, E. Keize, A. Triberti, S. Dakanalis, A. Pallavicini, F. Chirico, A. Riva, G. (2016) Virtual Reality Body Swapping: A Tool for Modifying the Allocentric Memory of the Body. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 19(2).

Son, J., Lee, S., Seok, J., Kee, B., Lee, H., Kim, H., Lee, T. and Han, D. (2015) Virtual Reality Therapy for the Treatment of Alcohol Dependence: A Preliminary Investigation With Positron Emission Tomography/Computerized Tomography. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 76(4), σελ.: 620-627.

Sorkin, A., Weinshall, D., Modai, I. and Peled, A. (2006) Improving the Accuracy of the Diagnosis of Schizophrenia by Means of Virtual Reality. *The American Journal of Psychiatry*, 163, σελ.: 512–552.

Space Engineers Wiki, (χ.χ.) http://www.spaceengineerswiki.com/Space_Ball [πρόσβαση στις 22 Ιουλίου 2016]

Strean, H.S. (1996) *Applying Psychoanalytic Principles to Social Work Practice: An Historical Review*, στο: Edward, J. and Sanville, J., (επιμ.). *Fostering Healing and Growth: A Psychoanalytic Social Work Approach*, New Jersey: Jason Aronson Inc., σελ.: 1-23

Strickland, D., Hodges, L., North, M. and Weghorst, S. (1997) Overcoming phobias by virtual exposure. *Communications of the ACM*, 40(8), σελ.: 34-39.

Stuart, P.H. (2013) *Social Work Profession: History*, Encyclopedia of Social Work, <http://socialwork.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-623?print=pdf> [πρόσβαση στις 12 Μαρτίου 2016]

The Editors of Encyclopedia Britannica, (2016) <http://www.thefreedictionary.com/theoretical+account> [πρόσβαση στις 22 Ιουλίου 2016]

Tripodi, T. (1994) *A Primer on Single-Subject Design for Clinical Social Workers*, Washington; *The National Association of Social Workers*

Valmaggia, L.R., Freeman, D., Green, C., Garety, P., Swapp, D., Atley, A., Prescott, C., Fowler, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Slater, M., Broome, M. and McGuire, P.K. (2007) Virtual reality and paranoid ideations in people with an 'at-risk mental state' for psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 191(51), σελ.: 63-68.

Veling, W. Moritz, S. and Gaag, M. (2014) *Brave New Worlds—Review and Update on Virtual Reality Assessment and Treatment in Psychosis*, *Schizophrenia Bulletin* 40(6), σελ.: 1194–1197, Oxford University Press on behalf of the Maryland Psychiatric Research Center.

Vince, J. (2004) *Introduction to Virtual Reality*, London: Springer Verlag.

Virtual Reality Society. <http://www.vrs.org.uk/virtual-reality/history.html> [πρόσβαση στις 12 Μαρτίου 2016].

Virtual Reality Society. <http://www.vrs.org.uk/virtual-reality-environments/cave.html> [πρόσβαση στις 8 Ιουνίου 2016].

Walshe, D., Lewis, E., Kim, S., O'Sullivan, K. and Wiederhold, B. (2003) Exploring the Use of Computer Games and Virtual Reality in Exposure Therapy for Fear of Driving Following a Motor Vehicle Accident. *CyberPsychology & Behavior*, 6(3), σελ.: 329-334.

Watkins, C. and Marenka, S. (1994) *Virtual Reality: Excursions With Programs in C*, London: Academic Press.

Wiederhold, B. and Wiederhold, M. (2010) Virtual Reality Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Due to Motor Vehicle Accident. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), σελ.: 21-27.

Wiederhold, B.K., Riva, G. and Gutierrez-Maldonado, J. (2016) Virtual Reality in the Assessment and Treatment of Weight-Related Disorders. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 19(2).

Wiederhold, B., Jang, D., Gevirtz, R., Kim, S., Kim, I. and Wiederhold, M. (2002) The treatment of fear of flying: a controlled study of imaginal and virtual reality graded exposure therapy. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 6(3), σελ.: 218-223.

Wikipedia, (χ.χ. α) https://en.wikipedia.org/wiki/Jaron_Lanier [πρόσβαση στις 12 Μαρτίου 2016]

Wikipedia, (χ.χ. β) https://en.wikipedia.org/wiki/Google_Street_View [πρόσβαση στις 22 Ιουλίου 2016]

Wikipedia, (χ.χ. γ) <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A7%CE%B5%CE%B9%CF%81%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%AE%CF%81%CE%B9%CE%BF> [πρόσβαση στις 22 Ιουλίου 2016]

Wikipedia, (χ.χ. δ) https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CF%81%CE%BF%CF%84%CE%B1%CF%86%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82_%CE%BB%CE%BF%CE%B2%CF%8C%CF%82 [πρόσβαση στις 22 Ιουλίου 2016]

Wikipedia, (χ.χ. ε)
https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%92%CE%B1%CF%83%CE%B9%CE%BA%CE%AC%CE%B3%CE%AC%CE%B3%CE%B3%CE%BB%CE%B9%CE%B1#CE.91.CE.BD.CE.B1.CF.84.CE.BF.CE.BC.CE.B9.CE.BA.CE.AD.CF.82_.CF.85.CF.80.CE.BF.CE.B4.CE.B9.CE.B1.CE.B9.CF.81.CE.AD.CF.83.CE.B5.CE.B9.CF.82
[πρόσβαση στις 22 Ιουλίου 2016]

Wikipedia, (χ.χ. στ) https://en.wikipedia.org/wiki/Anterior_cingulate_cortex
[πρόσβαση στις 22 Ιουλίου 2016]

Wikipedia, (χ.χ. ζ)
<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CE%B5%CF%81%CE%BF%CF%84%CE%BF%CE%BD%CE%AF%CE%BD%CE%B7> [πρόσβαση στις 22 Ιουλίου 2016]

Winerman, L., (2005) A virtual cure. *Monitor on Psychology*, 36(7), σελ.: 87.

Woolfolk, R. and Allen, L. (2012) Cognitive Behavioral Therapy for Somatoform Disorders στο: I. De Oliveira, ed., *Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy*, 1st ed. InTech, σελ.:118-144.

World Health Organization (1994) *Lexicon of alcohol and drug terms*, England.

Μεταφρασμένα

Arfeldorfer G. (1995) *Ανορεξία, Βουλιμία, Παχυσαρκία (επιμ.)*. Μετάφραση: Βιδάλη, Π. (1997) Εκδόσεις Τραυλός, Π. Κωσταράκη, Ε.

Babbie, E., (2008) *Εισαγωγή στην Κοινωνική Έρευνα*. Μετάφραση: Βογιατζής, Γ. (2011), Αθήνα: Κριτική.

Beck, J. S. (1995) *Εισαγωγή στην Γνωστική Θεραπεία*. Μετάφραση: Δαλαγδή, Κ. Δερμεντζόγλου, Μ. Καβάση, Ε. (2013) 7^η, Αθήνα: Πατάκη.

Bergeret, J. (1982) *Τοξικοεξάρτηση και προσωπικότητα (επιμ.)*. Μετάφραση: Βερβερίδης, Α. (1999) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Black, D. W. and Andreasen, N. C. (2006) *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*, στο: Κανδύλης, Δ. Γ. και Καπρίνης, Σ. Γ. (επιμ.). Μετάφραση: Ράντης, Κ., Καραμανάβης, Δ., Ανδρεουλάκης, Η., Παπαδόπουλος, Ι., Τσίρκα, Ε., Σιαμούλη, Μ., Σοκολάκη, Σ., Μαγειρία, Σ., Καρακούτας, Δ., 4^η, Αθήνα: Παρισιάνου.

Blaszczynski, A. (1998) *Τζόγος. Ξεπερνώντας το πάθος για τα τυχερά παιχνίδια*, στο: Καλαντζή -Αζίζι (2003), Μετάφραση: Βουλαλάς, Ν. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Getzfeld, A.R. (2009) *Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας*, στο: Μεσσήνης, Λ. (επιμ.). Μετάφραση: Παπαχρονοπούλου, Β. Πάτρα: Gotsis.

Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M. and Johnson, S.L. (2007) *Ψυχοπαθολογία*, Μετάφραση: Καραμπά, Θ. Αθήνα: Gutenberg.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα Ι: Οδηγός Ημι-δομημένης Συνέντευξης

Δημογραφικά στοιχεία:

Φύλο

A) Άνδρας: B) Γυναίκα:

Ηλικία

A) 21-30: B) 31-40: Γ) 41-50: Δ) 51-60:

Τόπος

A) Πάτρα: B) Αθήνα:

Ειδικότητα

A) Ψυχολόγος: B) Κλινικός Κοινωνικός Λειτουργός:

Φορέας απασχόλησης

A) Ιδιωτικός: Δημόσιος:

Πληθυσμός απασχόλησης:

Ερευνητικό ερώτημα 1: *Γνωρίζουν οι κλινικοί στην Ελλάδα την χρήση της εικονικής πραγματικότητας στην θεραπεία ψυχικών διαταραχών;* (Πριν την παρουσίαση)

Ερωτήσεις:

- Έχετε ακούσει για την εικονική πραγματικότητα;
- Γνωρίζετε ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την θεραπεία;
- Αν ναι, με ποιον τρόπο;

Ερευνητικό ερώτημα 2: Πως αξιολογούν αυτή τη μορφή της θεραπείας;

Ερωτήσεις:

- Πως την κρίνετε; Γιατί;

- Τι ευκολίες και θετικά στοιχεία θεωρείτε ότι υπάρχουν;

- Τι δυσκολίες και αρνητικά στοιχεία θεωρείτε ότι υπάρχουν;

- Θεωρείτε ότι είναι αποτελεσματική; Αν ναι/όχι, γιατί;

- Θεωρείτε ότι θα είναι περισσότερο αποτελεσματική σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό σε σύγκριση με έναν άλλον; Και γιατί;

- Θεωρείτε ότι η Ελληνική επιστημονική κοινότητα είναι πρόθυμη να την εντάξει στην παρέμβαση;

- Θεωρείτε ότι θα ήταν πρόθυμοι οι ψυχικά ασθενείς να συμμετάσχουν σε αυτή την μορφή θεραπείας;

Ερευνητικό ερώτημα 3: Θα την χρησιμοποιούσαν ;

Ερωτήσεις:

- Θεωρείτε ότι θα έπρεπε να ενταχθεί στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των κλινικών; Γιατί;

- Θα μπαίνατε στην διαδικασία εσείς να εκπαιδευτείτε και να ασκήσετε την θεραπεία αυτή; Γιατί;

Παράρτημα II: Παρουσίαση Θέματος

Η παρακάτω παρουσίαση που έγινε με το Microsoft Power Point αποτελεί μέρος της διαδικασίας της συνέντευξης, με σκοπό την διεξαγωγή της έρευνας μας.



Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 και μετά η τεχνολογία της Εικονικής Πραγματικότητας έχει ενταχθεί πολύ δυναμικά – πέρα από την εκπαίδευση, την ψυχαγωγία, την ιατρική – και στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία.

Για το λόγο αυτό, σκοπός μας είναι να διερευνήσουμε τις αντιλήψεις κλινικών επαγγελματιών στην Ελλάδα αναφορικά με την χρήση της Εικονικής Πραγματικότητας στη Θεραπεία διαφόρων ψυχικών διαταραχών.

ΕΙΚΟΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ:

«Ένα αλληλεπιδραστικό, τρισδιάστατο περιβάλλον, φτιαγμένο από υπολογιστή, στο οποίο μπορεί κάποιος να εμβυθιστεί»



Lanier Jaron, 1989

βελτιώσεις σε υπολογιστές + συσκευές

+ μείωση του κόστους

=

ενσωμάτωση της εικονικής πραγματικότητας
στο πεδίο της ψυχοθεραπείας

επίτευξη τεχνικών της
**Γνωστικής – Συμπεριφορικής
Θεραπείας**



ΠΡΟΣΟΜΟΙΩΣΗ ΤΟΥ ΑΛΗΘΙΝΟΥ ΚΟΣΜΟΥ



ένα πιστευτό τεχνητό περιβάλλον που διεγείρει στο άτομο φυσικές αποκρίσεις παρόμοιες με εκείνες που διεγείρονται σε ένα πραγματικό περιβάλλον

⇒ έλεγχος

⇒ αναπαραγωγή

⇒ προσαρμογή

Ο χρήστης έχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει έναν φόβο ή να διαχειριστεί επιτυχώς μία προβληματική κατάσταση, χωρίς τίποτα να μπορεί «αληθινά» να του συμβεί στο εικονικό περιβάλλον

έρχεται σε επαφή με τα περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά που μπορεί να ελέγξει

- στο επίπεδο δυσκολίας
 - στην πολυπλοκότητα
 - το ποσό του ερεθίσματος
- } που μπορεί να διαχειριστεί.

δύο τύποι τεχνολογίας της εικονικής
πραγματικότητας στη θεραπεία:

⇒ καθηλωτική

⇒ μη καθηλωτική

ΚΑΘΗΛΩΤΙΚΗ ΕΜΒΥΘΙΣΗ

Πλήρης απομόνωση από το
πραγματικό περιβάλλον

μέσω συσκευών
εισόδου και εξόδου



βιώνουν πλήρη ψυχική
και συναισθηματική
καθήλωση

ΜΗ ΚΑΘΗΛΩΤΙΚΗ ΕΜΒΥΘΙΣΗ

Όχι πλήρης απομόνωση από το πραγματικό περιβάλλον

επίγνωση του φυσικού χώρου



ένταξη στον εικονικό κόσμο μέσω οθόνης του υπολογιστή με τη χρήση ενός χαρακτήρα avatar

Αυτή τη στιγμή, η μεγαλύτερη χρήση της εικονικής πραγματικότητας στα κλινικά περιβάλλοντα είναι στο πεδίο της θεραπείας έκθεσης.



πιο αναλυτικά...

Η εικονική πραγματικότητα στην θεραπεία των ψυχικών διαταραχών

Αγχώδεις διαταραχές

- Έκθεση στην αγχώδη/φοβική κατάσταση ενός εικονικού περιβάλλοντος για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της διαταραχής
- Avatar για την πλήρη αναπαράσταση μιας φοβικής κατάστασης
- Μελέτη για το αν η έκθεση με την χρήση της εικονικής πραγματικότητας ενεργοποιεί τα ίδια ερεθίσματα, που θα ενεργοποιούνταν με την in vivo έκθεση.

Στην συνέχεια, παρουσιάστηκε στους συμμετέχοντες της έρευνας το παρακάτω οπτικοακουστικό βίντεο, το οποίο αναπαριστά την χρήση της εικονικής πραγματικότητας για την θεραπεία της φοβίας των αραχνών.

Βίντεο: <https://www.youtube.com/watch?v=kUxIML47kFE>

Επίσης, είχαν την ευκαιρία να παρακολουθήσουν και το επόμενο βίντεο, στο οποίο διαφαίνεται η χρήση της εικονικής πραγματικότητας για την θεραπεία του Μετατραυματικού Στρες, αλλά και για την εκπαίδευση των στρατιωτών στην Αμερική.

Βίντεο: <https://www.youtube.com/watch?v=nrgUPVfY44o>

Η εικονική πραγματικότητα στην θεραπεία των ψυχικών διαταραχών

Διαταραχές διάθεσης

(κυρίως κατάθλιψη)

→ Έκθεση σε εικονική σκηνή για την ανάπτυξη συμπόνιας

→ Μελέτες για την συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις αντιδράσεις των ασθενών αλλά και με την ανάπτυξη των ευχάριστων συναισθημάτων και κοινωνικών δεξιοτήτων με την χρήση ψηφιακών παιχνιδιών.

Και σε αυτό το σημείο, παρουσιάστηκε ένα ακόμη βίντεο, το οποίο δείχνει τον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιείται η ανάπτυξη συμπόνιας στον καταθλιπτικό ασθενή με την χρήση της τεχνικής εικονικής πραγματικότητας.

Βίντεο: <https://www.youtube.com/watch?v=emkBa24yCeQ>

Η εικονική πραγματικότητα στην θεραπεία των ψυχικών διαταραχών

Διαταραχές λήψης τροφής

(ψυχογενής βουλιμία και ψυχογενής ανορεξία)

→ Έκθεση σε εικονικά περιβάλλοντα για την υιοθέτηση ενός υγιούς μοντέλου διατροφής

→ Άβαταρ προκειμένου να αντιληφθεί ο ασθενής τον λανθασμένο τρόπο συσχέτισης με το σώμα του

Η εικονική πραγματικότητα στην θεραπεία των ψυχικών διαταραχών

Ψυχώσεις

- Έκθεση και άβαταρ για τον έλεγχο των ακουστικών ψευδαισθήσεων
- Ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων
- Μελέτες για την συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις ψευδαισθήσεις των ασθενών

Έπειτα, παρουσιάστηκε ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται ο έλεγχος στις ακουστικές ψευδαισθήσεις με την χρήση της εικονικής πραγματικότητας.

Βίντεο: <https://www.youtube.com/watch?v=aYfG53fgwXc>

Η εικονική πραγματικότητα στην θεραπεία των ψυχικών διαταραχών

Σεξουαλικές διαταραχές

- Μελέτη της στυτικής δυσλειτουργίας και πρόωρης εκσπερμάτισης
- Μελέτη της εξάρτησης εθισμού
- Μελέτη παιδόφιλων με την χρήση της έκθεση

Η εικονική πραγματικότητα στην θεραπεία των ψυχικών διαταραχών

*Διαταραχές συνδεόμενες με αλκοόλ,
ναρκωτικές ουσίες και νικοτίνη, αλλά και
εθισμού μη σχετιζόμενου με ουσίες*

→ Έκθεση και έλεγχος στην επιθυμητή ουσία ή
κατάσταση, με σκοπό την απεξάρτησή τους από αυτήν

Η εικονική πραγματικότητα στην θεραπεία των ψυχικών διαταραχών

Δεν υπάρχουν μελέτες θεραπείας για τις:

Σωματόμορφες διαταραχές

Διαταραχές προσωπικότητας

ΣΥΝΟΨΗ

Η εμφάνιση της τεχνολογίας δεν αντιπροσωπεύει μια νέα θεωρητική προσέγγιση στην ψυχοθεραπεία.

Ο στόχος, πάνω από όλα, είναι να βελτιωθούν οι θεραπείες που υπάρχουν ήδη και να επεκταθεί η χρησιμότητα των τεχνικών που έχουν ήδη εφαρμοστεί.

Καθώς η τεχνολογία συνεχίζει να προοδεύει, μπορούμε να περιμένουμε ακόμα περισσότερες αξιόλογες εφαρμογές της εικονικής πραγματικότητας στα επόμενα χρόνια – όχι μόνο στο κομμάτι της θεραπείας των ψυχικών διαταραχών, αλλά και σε αυτό της διάγνωσης και της αξιολόγησής τους.

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΑΣ!!!**

Παράρτημα III: Καταγραφή Συνεντεύξεων

Οι συνεντεύξεις διεξήχθησαν δια ζώσης με την συγκατάθεση των συμμετεχόντων. Αρχικά, επισημάνθηκε η χρήση του απορρήτου για τα λεγόμενά τους. Στην συνέχεια, η διαδικασία των συνεντεύξεων ξεκινούσε με την αναφορά στο θέμα της πτυχιακής μας εργασίας αλλά και του σκοπού της έρευνάς μας. Έπειτα, παρουσιάζονταν τα βασικά στοιχεία της χρήσης της θεραπείας της εικονικής πραγματικότητας στις ψυχικές διαταραχές (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II) και τέλος, διεξάγονταν οι ερωτήσεις. Η συνολική διάρκεια της κάθε συνάντησης ήταν περίπου 45 λεπτά.

Συμμετέγων 1

Φύλο: Άνδρας

Ηλικία: 31-40

Τόπος: Πάτρα

Ειδικότητα: Κλινικός Κοινωνικός Λειτουργός

Φορέας απασχόλησης: Ιδιωτικός

Πληθυσμός απασχόλησης: Ενήλικες με ψυχικά προβλήματα

E: Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας είναι «Εικονική Πραγματικότητα στην Κλινική Κοινωνική Εργασία» και ουσιαστικά έχουμε προσανατολίσει το περιεχόμενό της στη χρήση της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας στην θεραπεία διαφόρων ψυχικών διαταραχών. Αρχικά, έχετε ακούσει ποτέ για την εικονική πραγματικότητα; Τι είναι;

A: Όχι, μόνο για την χρήση της τεχνολογίας στην θεραπεία. Κυρίως δηλαδή για την χρήση του skype.

E: Ούτε γνωρίζετε ότι χρησιμοποιείται για την θεραπεία και πως μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε αυτήν;

A: Όχι, δεν το γνωρίζω.

(αφού έγινε η παρουσίαση...)

E: Πως σας φάνηκε;

A: Φαίνεται πολύ ενδιαφέρουσα θεραπεία και θεωρώ ότι μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο και αρκετά λειτουργικό εργαλείο σε βραχύχρονες θεραπείες.

E: Μπορείτε να πείτε αν έχει κάποια θετικά στοιχεία ή γενικότερα κάποιες ευκολίες;

A: Θεωρώ ότι μπορεί να έχει άμεσα αποτελέσματα σε θεραπείες που έχουν σχέση με την διαχείριση συμπτωμάτων, όπως στις φοβίες.

E: Και δυσκολίες ή αρνητικά στοιχεία θεωρείτε ότι εμπεριέχει;

A: Αρχικά, νομίζω πως δημιουργείται ένα σχίσμα στην σχέση του θεραπευτή και του θεραπευόμενου. Γεγονός που αντικρούεται με την δική μου προσέγγιση στην θεραπεία, η οποία δίνει βάση στο πραγματικό και στο «ποιος είμαι εγώ» και στο τι μου συμβαίνει εδώ και τώρα.

E: Θεωρείτε ότι σαν θεραπεία είναι αποτελεσματική;

A: Θεωρώ πως είναι περισσότερο αποτελεσματική στην διαχείριση των συμπτωμάτων μόνο των φοβιών.

E: Δηλαδή σε ποιούς ψυχικά ασθενείς πιστεύετε ότι θα ήταν περισσότερο αποτελεσματική σε σύγκριση με κάποιους άλλους;

A: Στους φοβικούς διότι προσφέρει μια επανορθωτική εμπειρία και εκεί στην ουσία δουλεύονται τα επιφανειακά συμπτώματα του φόβου.

E: Θεωρείτε ότι θα ήταν πρόθυμοι οι ψυχικά ασθενείς να συμμετάσχουν σε αυτή την μορφή θεραπείας;

A: Ναι και θα ήταν κυρίως ασθενείς που θα ήθελαν γρήγορα αποτελέσματα και θα έβρισκαν αυτού του είδους θεραπεία ελκυστική, αλλά και γενικά άτομα που ασχολούνται με την τεχνολογία.

E: Θεωρείτε ότι η ελληνική επιστημονική κοινότητα είναι έτοιμη να εντάξει τη θεραπεία αυτή στην παρέμβασή της;

A: Δεν μπορώ να έχω άποψη γι' αυτό.

E: Πιστεύετε ότι θα έπρεπε να ενταχθεί στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των κλινικών;

A: Ναι γιατί όχι. Σίγουρα αποτελεί ένα ακόμη χρήσιμο εργαλείο και θα ήταν καλό να το γνωρίζουμε.

E: *Εσείς προσωπικά θα μπαίνατε στη διαδικασία να εκπαιδευτείτε πάνω σε αυτήν την θεραπεία και στη συνέχεια να την χρησιμοποιήσετε;*

A: Ναι, θα έμπαينا στην διαδικασία να εκπαιδευτώ και να την γνωρίσω αλλά δεν θα την χρησιμοποιούσα διότι αντικρούεται με την άποψη μου σχετικά με την ψυχοθεραπευτική διαδικασία και την σχέση του θεραπευτή και θεραπευόμενου, η οποία αντανακλά ένα θεραπευτικό σχήμα από μόνο του. Σε αντίθεση, με την εικονική πραγματικότητα που από ό,τι βλέπω παρεμβαίνει σε αυτή την σχέση και φοβάμαι πως την καθιστά λιγότερο λειτουργική και χρήσιμη για την ψυχοθεραπευτική διαδικασία.

Συμμετέγων 2

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 31-40

Τόπος: Πάτρα

Ειδικότητα: Ψυχολόγος

Φορέας απασχόλησης: Ιδιωτικός- Ελεύθερος Επαγγελματίας

Πληθυσμός απασχόλησης: Παιδιά, ενήλικες, ζευγάρια, άτομα με αναπηρία, με χρόνιες ασθένειες και γενικά άτομα σε αποκατάσταση.

E: *Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας είναι «Εικονική Πραγματικότητα στην Κλινική Κοινωνική Εργασία» και ουσιαστικά έχουμε προσανατολίσει το περιεχόμενό της στη χρήση της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας στην θεραπεία διαφόρων ψυχικών διαταραχών. Αρχικά, έχετε ακούσει ποτέ για την εικονική πραγματικότητα; Τι είναι;*

A: Όχι, δεν γνωρίζω κάτι για την εικονική πραγματικότητα.

E: *Ούτε γνωρίζετε ότι χρησιμοποιείται για την θεραπεία και πως μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε αυτήν;*

A: Όχι, δεν το γνωρίζω.

(αφού έγινε η παρουσίαση...)

E: *Πως σας φάνηκε;*

A: Την θεωρώ ένα ελκυστικό και βοηθητικό εργαλείο γιατί γενικά αυτό το έχει η τεχνολογία. Στην Ελλάδα έχει προφανώς λιγότερη απόδοση σε σύγκριση με τις άλλες προσεγγίσεις, όχι μόνο επειδή δεν την γνωρίζουμε αλλά και επειδή η ψυχοθεραπεία είναι γενικότερα υποβαθμισμένη.

E: *Μπορείτε να πείτε αν έχει κάποια θετικά στοιχεία ή γενικότερα κάποιες ευκολίες;*

A: Φαντάζομαι ότι μπορεί να γίνει περισσότερο δημοφιλής στους νέους. Επίσης, προσομοιώνουν καταστάσεις που είναι δύσκολο και επικίνδυνο να εκτεθούν στην πραγματικότητα. Ακόμα, δεν δημιουργούνται σε μεγάλο βαθμό τα φαινόμενα μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης στην σχέση του θεραπευόμενου με τον θεραπευτή.

E: *Μάλιστα. Δυσκολίες ή αρνητικά στοιχεία θεωρείτε ότι εμπεριέχει;*

A: Μμμ...αρνητικό μπορεί να είναι το γεγονός ότι αν δεν υπάρχει ο κατάλληλος εξοπλισμός δεν μπορεί να λειτουργήσει η θεραπεία αυτή και γενικά να είναι δύσχρηστη. Επίσης, πρέπει να έχει εξοικιωθεί και ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος για την χρήση και την μείωση των πιθανοτήτων για λάθη. Και σίγουρα μειώνεται η προσωπική επαφή των δυο αυτών.

E: *Θεωρείτε ότι σαν θεραπεία είναι αποτελεσματική;*

A: Εφόσον, χρησιμοποιείται λογικά θα είναι.

E: *Μπορείτε να φανταστείτε σε ποιους ψυχικά ασθενείς θα ήταν περισσότερο αποτελεσματική σε σύγκριση με κάποιους άλλους;*

A: Ναι, κυρίως στις φοβίες διότι η συμπεριφορά ελέγχεται.

E: *Θεωρείτε ότι θα ήταν πρόθυμοι οι ψυχικά ασθενείς να συμμετάσχουν σε αυτή την μορφή θεραπείας;*

A: Τα ελληνικά δεδομένα δεν υποστηρίζουν την ψυχοθεραπεία αλλά οι νέοι θα μπορούσαν πιο εύκολα να πουν ναι διότι τους εντριγκάρει ό,τι έχει σχέση με την τεχνολογία.

E: *Μιας και το θίξατε..θεωρείτε ότι η ελληνική επιστημονική κοινότητα είναι έτοιμη να εντάξει τη θεραπεία αυτή στην παρέμβασή της;*

A: Χρειάζεται αρκετός χρόνος για να συμβεί αυτό. Γενικά είμαστε ένας παραδοσιακός λαός που η ψυχοθεραπεία θεωρείται ταμπού ακόμα και δεν αξιοποιούνται οι ψυχολόγοι.

E: *Εσείς παρόλα αυτά πιστεύετε ότι θα έπρεπε να ενταχθεί στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των κλινικών;*

A: Ναι αλλά πληροφοριακά και ίσως η εξειδίκευση να έμπαινε σε μεταπτυχιακό επίπεδο, προκειμένου να το επιθυμεί και να το επιλέξει κανείς. Καλό θα ήταν δηλαδή να μην είναι υποχρεωτικό. Αρχικά, να υπάρξει ενημέρωση για την δυνατότητα της χρήσης, προκειμένου να δει αν ταιριάζει στις επιλογές του και στην προσέγγισή του και έπειτα να αποφασίσει αν θέλει να την χρησιμοποιήσει.

E: *Εσείς προσωπικά θα μπαίνατε στη διαδικασία να εκπαιδευτείτε πάνω σε αυτήν την θεραπεία και στη συνέχεια να την χρησιμοποιήσετε;*

A: Θα ήθελα να ενημερωθώ γι' αυτήν αλλά όχι να την χρησιμοποιήσω εδώ διότι θεωρώ ότι όλο αυτό το κόστος που θα απαιτεί η εκπαίδευση δεν θα αξιοποιούταν στην Ελλάδα. Αν βρισκόμουν στο εξωτερικό θα το έκανα σίγουρα.

Συμμετέγων 3

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 21-30

Τόπος: Πάτρα

Ειδικότητα: Ψυχολόγος

Φορέας απασχόλησης: Ιδιωτικός & Δημόσιος

Πληθυσμός απασχόλησης: Ενήλικες με ψυχικά προβλήματα.

E: *Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας είναι «Εικονική Πραγματικότητα στην Κλινική Κοινωνική Εργασία» και ουσιαστικά έχουμε προσανατολίσει το περιεχόμενό της στη χρήση της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας στην θεραπεία διαφόρων ψυχικών διαταραχών. Αρχικά, έχετε ακούσει ποτέ για την εικονική πραγματικότητα; Τι είναι;*

A: Όχι, δεν γνωρίζω κάτι για την εικονική πραγματικότητα αλλά γενικά για την τεχνολογία.

E: *Ούτε γνωρίζετε ότι χρησιμοποιείται για την θεραπεία και πως μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε αυτήν;*

A: Όχι, δεν το γνωρίζω.

(αφού έγινε η παρουσίαση...)

E: *Πως σας φάνηκε;*

A: Φαίνεται χρήσιμη και καινοτόμα. Είναι καλό που η τεχνολογία εντάσσεται στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία αλλά με μέτρο.

E: *Μπορείτε να πείτε αν έχει κάποια θετικά στοιχεία ή γενικότερα κάποιες ευκολίες;*

A: Φαίνεται ελκυστική λόγω της νέας τεχνολογίας και μπορεί να κάνει πράγματα που για τον άνθρωπο είναι δύσκολα.

E: *Δυσκολίες ή αρνητικά στοιχεία θεωρείτε ότι εμπεριέχει;*

A: Νομίζω πως ό,τι έχει σχέση με την τεχνολογία κυρίως, υπάρχει η πιθανότητα λάθος χειρισμού των τεχνικών κομματιών που ίσως είναι δύσκολο να ελεγχθεί, ενώ σκέφτομαι ότι δημιουργεί θέματα απόστασης στην σχέση του θεραπευτή με τον θεραπευόμενο.

E: *Θεωρείτε ότι σαν θεραπεία είναι αποτελεσματική;*

A: Δεν μπορώ να το γνωρίζω αυτό, φαντάζομαι να εφόσον χρησιμοποιείται.

E: *Μπορείτε να φανταστείτε σε ποιους ψυχικά ασθενείς θα ήταν περισσότερο αποτελεσματική σε σύγκριση με κάποιους άλλους;*

A: Στις φοβίες γιατί εκεί δεν διαχειρίζονται βαθύτερα ζητήματα του εαυτού αλλά διαχείριση συμπτωμάτων.

E: Θεωρείτε ότι θα ήταν πρόθυμοι οι ψυχικά ασθενείς να συμμετάσχουν σε αυτή την μορφή θεραπείας;

A: Δύσκολο στην Ελλάδα γιατί δεν χρησιμοποιείται η ψυχοθεραπεία γενικά. Ίσως όσοι θα ήθελαν μειωμένη επαφή με τον θεραπευτή και την όλη διαδικασία.

E: *Παρόλο αυτά θεωρείτε ότι η ελληνική επιστημονική κοινότητα είναι έτοιμη να εντάξει τη θεραπεία αυτή στην παρέμβασή της;*

A: Δύσκολο για τους λόγους που σου είπα πριν. Επιπλέον, το κόστος του εξοπλισμού φαντάζομαι πως θα είναι μεγάλο. Άρα χρειάζεται ενίσχυση και υποστήριξη από το κράτος, που αυτή την στιγμή λόγω της οικονομικής κατάστασης της χώρας δεν νομίζω ότι υπάρχει περίπτωση για ένταξη ή τουλάχιστον ένταξη με σωστή χρήση.

E: *Εσείς όμως πιστεύετε ότι θα έπρεπε να ενταχθεί στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των κλινικών;*

A: Ναι, θα ήταν καλό να εκπαιδευτεί κάποιος και να γνωρίζει ένα επιπλέον εργαλείο.

E: *Εσείς προσωπικά θα μπαίνατε στη διαδικασία να εκπαιδευτείτε πάνω σε αυτήν την θεραπεία και στη συνέχεια να την χρησιμοποιήσετε;*

A: Αρχικά, εξαρτάται από το κόστος αν και το βρίσκω πολύ ενδιαφέρον. Θα ήθελα να την ασκήσω αλλά αυτή την χρονική περίοδο στην Ελλάδα δεν νομίζω πως αυτό γίνεται, δεν υπάρχουν οι υποδομές υποστήριξης. Επιπλέον, το γεγονός ότι δεν είναι αρκετά γνωστή στην χώρα μας κάνει τους ασθενείς πιο δύσπιστους για την αποτελεσματικότητά της. Ακόμα, σκέφτομαι και τα αρνητικά στοιχεία που μπορεί να κρύβονται πίσω από την χρήση της και κατά πόσο εύκολο είναι να παρακαμφούν.

Συμμετέγων 4

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 51-60

Τόπος: Πάτρα

Ειδικότητα: Κλινική Κοινωνική Λειτουργός

Φορέας απασχόλησης: Ιδιωτικός

Πληθυσμός απασχόλησης: Άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

E: *Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας είναι «Εικονική Πραγματικότητα στην Κλινική Κοινωνική Εργασία» και ουσιαστικά έχουμε προσανατολίσει το περιεχόμενό της στη χρήση της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας στην θεραπεία διαφόρων ψυχικών διαταραχών. Αρχικά, έχετε ακούσει ποτέ για την εικονική πραγματικότητα; Τι είναι;*

A: Όχι, δεν έχω ακούσει.

E: *Ούτε γνωρίζετε ότι χρησιμοποιείται για την θεραπεία και πως μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε αυτήν;*

A: Όχι, δεν ξέρω τι θεωρείται εικονική πραγματικότητα. Το μόνο που σκέφτομαι αυτή την στιγμή είναι ίσως ότι μπορεί να συμπεριλαμβάνει την προτροπή να σκεφτώ κάτι φαντασιακά, να σκεφτώ μια πραγματική εικόνα στο μυαλό μου. Αν είναι αυτό τότε ναι έχω ακούσει.

E: Θα δείτε αμέσως τώρα τι είναι η εικονική πραγματικότητα και πως περίπου χρησιμοποιείται στις ψυχικές διαταραχές.

(αφού έγινε η παρουσίαση ...)

E: *Πως σας φάνηκε;*

A: Δεν σου κρύβω πως από την αρχή της παρουσίασης μου δημιουργήθηκαν πολλοί προβληματισμοί σχετικά με την χρήση της και πρέπει να επισημάνω ότι οι ασθενείς που θα συμμετάσχουν σε αυτό θα πρέπει να έχουν αποδεχθεί το πρόβλημά τους και αφού γνωρίσουν πως γίνεται η θεραπεία να την επιλέξουν.

E: Σαφώς ναι.

A: Αλλά ανησυχώ κατά πόσο οι άνθρωποι αυτοί λόγω της ασθένειάς τους είναι σε θέση να πάρουν μια τέτοια απόφαση. Επομένως, μου φαίνεται να κρύβει κάποιους κινδύνους.

E: Μάλιστα. Μπορείτε να διακρίνετε αν έχει κάποια θετικά στοιχεία ή γενικότερα αν δημιουργεί κάποιες ευκολίες;

A: Νομίζω πως το θετικό που δημιουργεί είναι ότι αφού ο ασθενής συμμετέχει σε αυτή την θεραπεία θέλει να γίνει καλά. Προσφέρει δηλαδή άλλη μια δυνατότητα θεραπείας.

E: Δυσκολίες ή αρνητικά στοιχεία θεωρείτε ότι εμπεριέχει;

A: Κοίταξε εγώ γενικά είμαι αντίθετη με την χρήση της τεχνολογίας γιατί φοβάμαι πως έτσι απομακρύνονται οι άνθρωποι και απουσιάζουν οι πραγματικές σχέσεις. Ακόμα, φοβάμαι ότι επειδή αναβιώνουν μια σκηνή που τους πονάει ή τους φοβίζει υπάρχει ο κίνδυνος υποτροπής του ή και την δημιουργία άλλω φοβιών.

E: Θεωρείτε ότι σαν θεραπεία είναι αποτελεσματική;

A: Δεν μπορώ να ξέρω αλλά νομίζω ότι έχει πολλούς κινδύνους και επειδή, όπως ανέφερες στην παρουσίασή σου, σε πολλές διαταραχές βρίσκεται στο στάδιο της μελέτης ακόμα, δεν θέλω να σκέφτομαι ότι πειραματίζονται σε ανθρώπους.

E: Μάλιστα. Δηλαδή δεν φαντάζεστε αν σε κάποιους ψυχικά ασθενείς θα ήταν περισσότερο αποτελεσματική σε σύγκριση με κάποιους άλλους;

A: Όχι, δεν μπορώ να το ξέρω αυτό αν δεν δω μελέτες.

E: Θεωρείτε ότι θα ήταν πρόθυμοι οι ψυχικά ασθενείς να συμμετάσχουν σε αυτή την μορφή θεραπείας;

A: Μμμ..νομίζω πως ναι και κυρίως από περιέργεια. Άλλοι βέβαια, μπορεί να φοβούνται επειδή δεν θα ξέρουν ακριβώς τι είναι και πως λειτουργεί, όπως και εγώ άλλωστε.

E: Παρόλο αυτά θεωρείτε ότι η ελληνική επιστημονική κοινότητα είναι πρόθυμη να την εντάξει στην παρέμβασή της;

A: Ναι, πιθανότατα ναι λόγω της τεχνολογίας είναι πιο ελκυστική προσέγγιση.

E: Εσείς όμως πιστεύετε ότι θα έπρεπε να ενταχθεί στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των κλινικών;

A: Όχι, δεν θα ήθελα να ενταχθεί. Βέβαια, αν έβλεπα τις έρευνες και γενικά την θεραπεία και διαπίστωνα ότι όντως είναι ένα πολύ αποτελεσματικό εργαλείο, προφανώς δεν θα είχα πρόβλημα. Αλλά φοβάμαι πολύ.

E: *Εσείς προσωπικά θα μπαίνατε στη διαδικασία να εκπαιδευτείτε πάνω σε αυτήν την θεραπεία και στη συνέχεια να την χρησιμοποιήσετε;*

A: Αυτό που σου είπα πριν, θα ήθελα πολύ να δω αν έχει θετικά αποτελέσματα και αν έχει θα ήθελα να εκπαιδευτώ. Για να την χρησιμοποιήσω δύσκολο διότι θεωρώ ότι σίγουρα η ανθρώπινη επαφή περιορίζεται.

Συμμετέγων 5

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 41-50

Τόπος: Πάτρα

Ειδικότητα: Κλινική Κοινωνική Λειτουργός

Φορέας απασχόλησης: Ιδιωτικός

Πληθυσμός απασχόλησης: Άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

E: *Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας είναι «Εικονική Πραγματικότητα στην Κλινική Κοινωνική Εργασία» και ουσιαστικά έχουμε προσανατολίσει το περιεχόμενό της στη χρήση της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας στην θεραπεία διαφόρων ψυχικών διαταραχών. Αρχικά, έχετε ακούσει ποτέ για την εικονική πραγματικότητα; Τι είναι;*

A: Όχι.

E: *Ούτε γνωρίζετε ότι χρησιμοποιείται για την θεραπεία και πως μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε αυτήν;*

A: Όχι, την συνδυάζω με νοερή σκέψη μιας εικόνας στο μυαλό. Θέλω να δω όμως τι είναι ακριβώς γιατί πιστεύω ότι δεν είναι αυτό.

E: Θα δείτε αμέσως τώρα τι είναι η εικονική πραγματικότητα και πως περίπου χρησιμοποιείται στις ψυχικές διαταραχές.

(αφού έγινε η παρουσίαση ...)

E: Πως σας φάνηκε;

A: Την βρίσκω πολύ ενδιαφέρουσα, δεν είχα ξανα ακούσει όπως σου είπα και πριν αλλά με έβαλε σε πολλές σκέψεις και θέλω να μάθω περισσότερα γι' αυτήν. Όμως, λόγω της άγνοιάς μου για το θέμα αυτό μου δημιουργούνται πολλές επιφυλάξεις.

E: Μάλιστα. Μπορείτε να διακρίνετε όμως αν έχει κάποια θετικά στοιχεία ή γενικότερα αν δημιουργεί κάποιες ευκολίες;

A: Νομίζω πως και μόνο η παρατήρηση των αντιδράσεων των ασθενών, που ανέφερες ότι γίνεται, προσφέρει πολλά στην επιστήμη και στην θεραπεία. Επιπλέον, θεωρώ ότι κάμπει τις αντιστάσεις του ασθενή γιατί έχει την αίσθηση της ασφάλειας.

E: Δυσκολίες ή αρνητικά στοιχεία θεωρείτε ότι εμπεριέχει;

A: Όπως σου είπα και πριν λόγω της άγνοιάς μου για το θέμα μου δημιουργούνται πολλοί φόβοι και θεωρώ έχει πολλά παρεκινδυνεμένα πράγματα, όπως για παράδειγμα η χρήση των ψηφιακών μπορεί να προσθέσει φόβους και να εξαρτηθεί ο ασθενής με κάτι νέο, όπως με την τεχνολογία. Παρόλα αυτά δεν μπορώ να απαντήσω στην ερώτηση αυτή, θα ήθελα να την γνωρίζω αρκετά καλά για να εκφέρω άποψη γιατί αυτοί την στιγμή με φοβίζει λόγω της άγνοιάς μου.

E: Θεωρείτε ότι σαν θεραπεία είναι αποτελεσματική;

A: Φαντάζομαι πως ναι, εφόσον χρησιμοποιείται.

E: Θεωρείτε ότι θα είναι περισσότερο αποτελεσματική σε κάποιους ψυχικά ασθενείς σε σύγκριση με κάποιους άλλους;

A: Ίσως σε ήπιες ψυχικές διαταραχές και περιπτώσεις, όπως στις φοβίες και όχι στην ένταση των συμπτωμάτων, όχι δηλαδή σε άτομα που βιώνουν την έντονη μανία ή ψύχωση.

E: Θεωρείτε ότι θα ήταν πρόθυμοι οι ψυχικά ασθενείς να συμμετάσχουν σε αυτή την μορφή θεραπείας;

A: Ναι, νομίζω πως θα ήταν άτομα που θα χρειαζόντουσαν συμβουλευτική ή σε φοβίες, σε ήπιες διαταραχές.

E: Παρόλο αυτά θεωρείτε ότι η ελληνική επιστημονική κοινότητα είναι πρόθυμη να την εντάξει στην παρέμβασή της;

A: Ναι, θα ήταν κυρίως η νέα γενιά επειδή γνωρίζουν περισσότερα πράγματα σχετικά με την τεχνολογία και έχουν περισσότερο όρεξη να ψαχτούν σε νέα εργαλεία.

E:Εσείς θεωρείτε ότι θα έπρεπε να ενταχθεί στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των κλινικών;

A: Θα πρέπει να αναφέρεται όπως όλες οι προσεγγίσεις για να επιλέξει ο θεραπευτής αν θέλει να εξειδικευτεί. Υπάρχουν πλέον τόσες πολλές προσεγγίσεις και εργαλεία που πρέπει να τα γνωρίζουμε και να επιλέγει ο καθένας τι του ταιριάζει και αν μπορεί να τα εντάξει στην παρέμβασή του.

E: Εσείς θα μπαίνατε στη διαδικασία να εκπαιδευτείτε πάνω σε αυτήν την θεραπεία και στη συνέχεια να την χρησιμοποιήσετε;

A: Ναι, θα ήθελα πάρα πολύ να μάθω τι είναι και πως χρησιμοποιείται αλλά στην φάση που είμαι τώρα δεν θα την χρησιμοποιούσα. Όμως αν εκπαιδευόμουν και έβλεπα ότι μπορώ να το κάνω καλά και μπορώ να βοηθήσω τους ανθρώπους θα τη χρησιμοποιούσα.

Συμμετέχοντες 6 και 7 (η συνέντευξη σε αυτή την περίπτωση έγινε ταυτόχρονα σε δύο επαγγελματίες)

A

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 31-40

Τόπος: Αθήνα

Ειδικότητα: Κοινωνικός Λειτουργός

Φορέας απασχόλησης: Δημόσιος

Πληθυσμός απασχόλησης: Εθισμένοι στις ουσίες

B

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 31-40

Τόπος: Αθήνα

Ειδικότητα: Κοινωνικός Λειτουργός

Φορέας απασχόλησης: Δημόσιος

Πληθυσμός απασχόλησης: Εθισμένοι στις ουσίες

E: *Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας είναι «Εικονική Πραγματικότητα στην Κλινική Κοινωνική Εργασία» και ουσιαστικά έχουμε προσανατολίσει το περιεχόμενό της στη χρήση της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας στην θεραπεία διαφόρων ψυχικών διαταραχών. Αρχικά, έχετε ακούσει ποτέ για την εικονική πραγματικότητα; Τι είναι;*

A + B: Όχι, ποτέ.

E: *Ούτε γνωρίζετε ότι χρησιμοποιείται για την θεραπεία και πως μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε αυτήν;*

A: Όχι, εγώ δεν έχω ιδέα ότι γίνεται.

B: Ούτε και εγώ.

(αφού έγινε η παρουσίαση...)

E: *Πως σας φάνηκε;*

A: Ωραία παρουσίαση, κατατοπιστικότατη. Και η θεραπεία μου φάνηκε πολύ ενδιαφέρουσα!

B: Ναι, και σε μένα!

A: Είναι κάτι καινούριο και απ' ό,τι φαίνεται πολλά υποσχόμενο. Είναι ωραίο το ότι δίνει τη δυνατότητα να εκτεθούν οι ασθενείς και με αυτόν τον τρόπο εκτός από τους κλασσικούς. Και όντως δείχνει αρκετά ασφαλέστερο από την πραγματική έκθεση.

B: Συμφωνώ απόλυτα. Και χρησιμοποιείται σχεδόν σε όλες τις κατηγορίες των διαταραχών, κάτι αρκετά δύσκολο!

E: *Τι δυσκολίες και αρνητικά στοιχεία θεωρείτε ότι εμπεριέχει;*

A: Δυσκολίες... Αυτό που με προβληματίζει είναι κυρίως η δημιουργία του εικονικού κόσμου που αντικαθιστά τον πραγματικό, όπως σε αυτό το παιχνίδι που ανέφερες. Εκεί νομίζω ότι θα υπάρχει μεγάλο πρόβλημα. Πόσο ο καθένας θα χάνεται στον ψεύτικο κόσμο και θα ξεχνάει τον φυσικό.

B: Καλά ναι, εκεί θα δημιουργείται μεγάλη νοσηρότητα. Πόσα περιστατικά έχουμε ακούσει για ανθρώπους που εθίζονται στα βιντεοπαιχνίδια ή γενικά στον υπολογιστή και στο διαδίκτυο και ξεχνάνε να φάνε, να κοιμηθούν... Αλλά αν υπάρξει τέτοια ανάπτυξη υποθέτω ότι θα ληφθούν και ισχυρότερα μέτρα.

A: Ε ναι, και εγώ έτσι πιστεύω. Θα πρέπει επίσης και να ελεγχθεί το κατά πόσο μετά από αυτήν την θεραπεία υπάρχει μονιμότητα στα αποτελέσματά της. Αλλά αυτό γίνεται ούτως ή άλλως σε κάθε νέα τεχνική...

B: Ναι, όντως. Εφόσον τα αποτελέσματα διατηρούνται για μεγάλο διάστημα... Έχουν γίνει τέτοιες μελέτες;

E: Ναι, έχουν γίνει μελέτες με follow up σε χρόνο παραπάνω από 1 έτος μετά την θεραπεία.

B: Τότε πολύ καλά. Μου φαίνεται όμως αρκετά κατευθυντική. Δηλαδή ότι πρέπει οπωσδήποτε να χρησιμοποιηθεί στην γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία και όχι σε άλλα ψυχοθεραπευτικά μοντέλα.

A: Κατευθυντική γιατί; Δεν νομίζω πως είναι. Χρησιμοποιείται στην προκειμένη στην τεχνική της έκθεσης, αυτό δε σημαίνει ότι δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί και με άλλους τρόπους ή σε άλλα ψυχοθεραπευτικά μοντέλα, ιδιαίτερα στο ψυχαναλυτικό. Θεωρώ πως έχει αυτήν την δυνατότητα εάν υπάρξει εξέλιξή της.

B: Ναι, μάλλον έχεις δίκιο σε αυτό.

E: *Θεωρείτε ότι σαν θεραπεία είναι αποτελεσματική;*

A: Από αυτά που άκουσα νομίζω πως ναι. Όχι μόνη της φυσικά η τεχνολογία αυτή, μαζί με ψυχοθεραπεία.

E: Γενικότερα η τεχνολογία της εικονικής πραγματικότητας χρησιμοποιείται ως βοηθητική σε τεχνικές της θεραπείας, μαζί με την ανάλογη πάντα θεραπευτική δουλειά.

B: Λογικό αυτό. Πως θα σταθεί μόνη της;

A: Φαντάζομαι όπως θα γινόταν και στην περίπτωση της νοερής έκθεσης, έτσι;

E: Ναι, ακριβώς.

A: Ε τότε ακούγεται πολύ καλό. Σίγουρα βέβαια εκτός από σχετικές θεωρητικές μελέτες θα πρέπει να υπάρχει και το ανάλογο πρακτικό κομμάτι. Υπάρχει;

E: Ναι, υπάρχει. Στην Αμερική, στην Ευρώπη, στην Αυστραλία, υπάρχουν θεραπευτικά κέντρα που παρέχουν αυτήν την τεχνική θεραπείας.

B: Αλήθεια; Πολύ ενδιαφέρον!

E: *Πιστεύετε ότι ενδεχομένως αυτή η θεραπεία θα ήταν περισσότερο αποτελεσματική σε κάποια συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή;*

A: Ναι, σίγουρα στις φοβίες, στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, στην διαταραχή μετά από μετατραυματικό στρες... Νομίζω πως θα ταίριαζε πολύ και θα είχε θετικά αποτελέσματα.

B: Και στο δικό μας το κομμάτι νομίζω θα ήταν αποτελεσματική, παρ' ότι εμείς εδώ δεν χρησιμοποιούμε ιδιαίτερα τη γνωσιακή... Στις εξαρτήσεις γενικά, ακούστηκε πολύ καλή.

A: Συμφωνώ, θα είχε ενδιαφέρον.

E: *Θεωρείτε ότι οι ασθενείς θα ήταν πρόθυμοι να συμμετάσχουν σε αυτή τη μορφή θεραπείας;*

A: Ναι, γιατί να μην είναι; Είναι κάτι καινούριο και δεν το ξέρουν, αλλά αυτό γίνεται λίγο – πολύ σε κάθε διαφορετικό μοντέλο και τεχνική. Νομίζω πως έχει να κάνει με τον θεραπευτή. Εάν αυτός είναι εξοικειωμένος με την τεχνική αυτή, πιστεύει στην αποτελεσματικότητά της και την υποστηρίζει, ο ασθενής θα μπορέσει να συμμετάσχει.

B: Ε ναι. Αυτό γίνεται πάντα άλλωστε. Εφόσον ο θεραπευτής είναι καλά καταρτισμένος στην θεραπεία και στην τεχνική που χρησιμοποιεί και εμπνέει εμπιστοσύνη και ασφάλεια στον ασθενή, ο ασθενής θα τον ακολουθήσει σε αυτό που θα προτείνει.

E: *Θεωρείτε ότι η ελληνική επιστημονική κοινότητα είναι έτοιμη να εντάξει τη θεραπεία αυτή στην παρέμβασή της;*

A: Θα μπορούσε, ναι. Ειδικά αν υποθέσουμε ότι το τεχνικό κομμάτι με τις συσκευές και όλα αυτά δεν ήταν πρόβλημα, θα μπορούσε να ενταχθεί στην θεραπεία. Το καινούριο είναι πάντα καλό, με την προϋπόθεση φυσικά ότι έχουν γίνει πρωτίστως μελέτες.

B: Συμφωνώ. Άλλωστε, δεν ταιριάζουν όλες οι θεραπείες και όλες οι τεχνικές ούτε με όλους τους θεραπευτές, ούτε με όλους τους ασθενείς.

A: Και ούτε είναι το ίδιο αποτελεσματικές για κάθε μία διαταραχή. Όσο πιο πολλές επιλογές έχει κάποιος τόσο το καλύτερο!

B: Σίγουρα. Και ο καθένας επιλέγει αυτό που του ταιριάζει και αυτό που είναι καλύτερο για την κάθε περίπτωση.

E: *Πιστεύετε ότι θα έπρεπε να ενταχθεί στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των κλινικών;*

A: Βεβαίως. Από τη στιγμή που είναι μια τεχνική που χρησιμοποιείται, θα πρέπει οι επαγγελματίες να τη μάθουν ώστε να μπορούν στη συνέχεια να τη χρησιμοποιούν.

B: Ε ναι. Θα πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι πάνω στην συγκεκριμένη θεραπεία.

A: Εσείς το γνωρίζατε αυτό για την εικονική πραγματικότητα στη θεραπεία; Ενωώ το είχατε κάνει όταν κάνατε για τα ψυχοθεραπευτικά μοντέλα στη σχολή;

E: Όχι, δεν το είχαμε κάνει σε κάποιο μάθημα. Ελληνική βιβλιογραφία δεν υπάρχει άλλωστε. Το ακούσαμε πρώτη φορά όταν αναλάβαμε την πτυχιακή.

A: Όντως; Κοίτα να δεις... Κάνω μεταπτυχιακό πάνω στην Κοινωνική Εργασία τώρα και έχω περιέργεια να δω αν θα υπάρχει στη δική μας εκπαίδευση, που έχουμε αρκετή ξενόγλωσση βιβλιογραφία.

E: *Εσείς προσωπικά θα μπαίνατε στη διαδικασία να εκπαιδευτείτε πάνω σε αυτήν την θεραπεία και στη συνέχεια να την χρησιμοποιήσετε;*

A: Εγώ ναι, θα έμπαινα.

B: Και εγώ θα ήθελα. Μου φάνηκε ενδιαφέρουσα.

A: Άλλωστε ο τρόπος που δουλεύουμε εμείς είναι σύγχρονος και παρμένος από το εξωτερικό.

B: Ενταγμένος στα ελληνικά δεδομένα βέβαια.

A: Ναι, εννοείται. Οπότε νομίζω πως θα ήταν ωραία ιδέα να δούμε και αυτό το κομμάτι.

B: Συμφωνώ!

Συμμετέγων 8

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 41-50

Τόπος: Αθήνα

Ειδικότητα: Ψυχολόγος

Φορέας απασχόλησης: Δημόσιος & Ιδιωτικός

Πληθυσμός απασχόλησης: Όλη η γκάμα διαταραχών που σχετίζονται με παιδιά και εφήβους & κυρίως αυτισμός, ΔΕΠ-Υ και μαθησιακές δυσκολίες

E: *Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας είναι «Εικονική Πραγματικότητα στην Κλινική Κοινωνική Εργασία» και ουσιαστικά έχουμε προσανατολίσει το περιεχόμενό της στη χρήση της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας στην θεραπεία διαφόρων ψυχικών διαταραχών. Αρχικά, έχετε ακούσει ποτέ για την εικονική πραγματικότητα; Τι είναι;*

A: Περίπου ναι, αλλά θα ήθελα να μου πεις.

E: *Θα σας πω. Γνωρίζετε ότι χρησιμοποιείται για την θεραπεία και πως μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε αυτήν;*

A: Δεν είμαι σίγουρη... Έχει καμία σχέση με το skype και τη θεραπεία αυτού του είδους;

E: Όχι δεν έχει. Θα σας εξηγήσω...

(αφού έγινε η παρουσίαση...)

E: *Πως σας φάνηκε;*

A: Ενδιαφέρουσα γενικά, ειδικά σε κάποια σημεία. Κατάλαβα την τεχνική, είναι συμπεριφορική θεραπεία. Και όντως φαίνεται κατάλληλη για διαταραχές όπως οι αγχώδεις ή η κατάθλιψη. Διατηρώ όμως τις επιφυλάξεις μου.

E: Δηλαδή;

A: Δηλαδή φοβάμαι ότι σε διαταραχές όπως οι βαριές ψυχώσεις ή η μανία ίσως είναι επικίνδυνο και ενδεχομένως να μην θεραπεύσει αλλά αντίθετα, να επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα. Δεν πιστεύω ότι είναι τόσο εύκολο να ελέγξεις και να διαχειριστείς όλες τις αντιδράσεις κάποιου, ειδικά σε τέτοιο επίπεδο. Επιπλέον, όσο καλά δημιουργημένο και αν είναι, δεν παύει να είναι τεχνητό. Η πραγματικότητα είναι πολύ διαφορετική. Και όταν ο άνθρωπος έρθει σε επαφή με τον αληθινό κόσμο δεν είμαι σίγουρη κατά πόσο θα μπορεί να ανταπεξέλθει.

E: Θετικά στοιχεία που πιστεύετε ότι μπορεί να έχει αυτή η θεραπεία;

A: Νομίζω ότι στις φοβίες, στην μετατραυματική, σε ότι έχει γενικά να κάνει με το στρες θα έκανε δουλειά. Φαίνεται ότι ταιριάζει στην θεραπεία τους. Και γενικότερα, μαζί με θεραπευτική διαδικασία πιστεύω ότι μπορεί να αποτελέσει ένα πολύ βοηθητικό εργαλείο.

E: Θεωρείτε ότι η ελληνική επιστημονική κοινότητα είναι έτοιμη να εντάξει τη θεραπεία αυτή στην παρέμβασή της;

A: Αυτήν την περίοδο; Δεν ξέρω... Αυτό που με απασχολεί κυρίως είναι το κόστος. Εκτός αυτού, νομίζω πως ναι.

E: Θεωρείτε ότι οι ασθενείς θα ήταν πρόθυμοι να συμμετάσχουν σε αυτή τη μορφή θεραπείας;

A: Χμμ δεν είμαι σίγουρη... Νομίζω πως ο ελληνικός λαός είναι κάπως... πώς να το πω, στερεότυπος. Δεν αποδέχεται εύκολα το καινούριο, αυτό που δεν γνωρίζει. Βέβαια, το πρόβλημα θα ήταν πιστεύω περισσότερο με τους μεγαλύτερους που είναι στα πάντα πιο επιφυλακτικοί. Οι νέοι θα το αποδέχονταν πολύ πιο εύκολα, όπως γίνεται σχεδόν σε όλα.

E: Πιστεύετε ότι θα έπρεπε να ενταχθεί στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των κλινικών;

A: Ίσως. Δηλαδή, εφόσον χρησιμοποιείται δεν βρίσκω το λόγο οι επαγγελματίες να μην είναι ενημερωμένοι ως προς αυτό.

E: Εσείς προσωπικά θα μπαίνατε στη διαδικασία να εκπαιδευτείτε πάνω σε αυτήν την θεραπεία και στη συνέχεια να την χρησιμοποιήσετε;

A: Μμμ... Γενικά εγώ δεν τα πάω καλά με ότι «κόβει» την αμεσότητα. Για το λόγο αυτό δεν μου αρέσει και η θεραπεία από απόσταση, μέσω skype. Δεν θα είναι ποτέ πρώτη μου επιλογή κάτι έμμεσο. Ακόμη, λειτουργώ συστημικά όχι γνωστικο-

συμπεριφορικά, άρα δεν μπορώ να ξέρω. Ενδεχομένως αν λειτουργούσε και σε κάποιες πτυχές του δικού μου τρόπου να έμπαινα στη διαδικασία, είναι όμως πολύ υποθετικό αυτό, δεν μπορώ να σου απαντήσω με σιγουριά.

Συμμετέγων 9

Φύλο: Γυναίκα

Ηλικία: 31-40

Τόπος: Αθήνα

Ειδικότητα: Ψυχολόγος

Φορέας απασχόλησης: Δημόσιος

Πληθυσμός απασχόλησης: Διατροφικές Διαταραχές

E: Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας είναι «Εικονική Πραγματικότητα στην Κλινική Κοινωνική Εργασία» και ουσιαστικά έχουμε προσανατολίσει το περιεχόμενό της στη χρήση της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας στην θεραπεία διαφόρων ψυχικών διαταραχών. Αρχικά, έχετε ακούσει ποτέ για την εικονική πραγματικότητα; Τι είναι;

A: E, πάνω-κάτω... Λίγα πράγματα όμως.

E: Γνωρίζετε ότι χρησιμοποιείται για την θεραπεία και πως μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε αυτήν;

A: Όχι βασικά...

(αφού έγινε η παρουσίαση...)

E: Πως σας φάνηκε;

A: Ενδιαφέρουσα τεχνική. Είναι βέβαια καθαρά τεχνική της γνωστικής – συμπεριφορικής θεραπείας, αυτό είναι ξεκάθαρο. Αλλά μου φαίνεται αρκετά χρήσιμο εργαλείο.

E: *Τι θετικά στοιχεία πιστεύετε ότι μπορεί να έχει αυτή η θεραπεία;*

A: Πιστεύω πως θα είναι αποτελεσματική σε ασθενείς με φοβίες ή άγχος. Επίσης, νομίζω ότι θα είναι πολύ καλή στην εκπαίδευση δεξιοτήτων και διαχείρισης συναισθημάτων.

E: *Ενώ στα αρνητικά, τι θα βάζατε;*

A: Το μεγαλύτερο θέμα που μου γεννάται, είναι ότι με αυτήν την τεχνική χάνεται το αυθόρμητο μέρος της θεραπείας. Η μεταβίβαση – αντιμεταβίβαση για παράδειγμα της ψυχαναλυτικής, δεν μπορεί να δημιουργηθεί σε αυτήν την περίπτωση. Γι' αυτό είπα ότι είναι πολύ συγκεκριμένα γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία.

E: *Θεωρείτε ότι είναι αποτελεσματική;*

A: Ναι, έτσι πιστεύω. Μου φαίνεται ταιριαστή και έξυπνη στη χρήση της για την γνωστική – συμπεριφορική. Και γενικότερα, θεωρώ ότι ενδεχομένως να έχει μεγάλη δύναμη λόγω της εικόνας, η οποία έχει μια δικιά της αμεσότητα προς τον δέκτη.

E: *Θεωρείτε ότι η ελληνική επιστημονική κοινότητα είναι έτοιμη να εντάξει τη θεραπεία αυτή στην παρέμβασή της;*

A: Για την πλειονότητα των επαγγελματιών δεν ξέρω, αλλά ένα κομμάτι της σίγουρα. Είναι κάτι καινούριο και πρέπει να ληφθεί υπόψη. Μπορεί άλλωστε να επιφέρει μειωμένο κόστος και πιο γρήγορα αποτελέσματα, οπότε ο επαγγελματίας που έχει γνώμονα αυτά νομίζω θα καλυπτόταν.

E: *Θεωρείτε ότι οι ασθενείς θα ήταν πρόθυμοι να συμμετάσχουν σε αυτή τη μορφή θεραπείας;*

A: Εφόσον οι ασθενείς εμπιστεύονται το θεραπευτή και ο θεραπευτής είναι καλά καταρτισμένος σε αυτήν την τεχνική, φυσικά. Δεν θα έχουν λόγο να μην συμμετάσχουν.

E: *Πιστεύετε ότι θα έπρεπε να ενταχθεί στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των επαγγελματιών;*

A: Ναι, εννοείται. Από τη στιγμή που αποτελεί ένα θεραπευτικό εργαλείο, επιβάλλεται να εντάσσεται στην εκπαίδευση. Όχι εξειδικευμένα, απλά σαν εργαλείο. Αυτός που θέλει να το χρησιμοποιήσει και να το δουλέψει, θα εξειδικευτεί σε

μεταγενέστερη φάση. Αυτό άλλωστε συμβαίνει λίγο – πολύ με όλα στην ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση.

E: *Εσείς προσωπικά θα μπαίνατε στη διαδικασία να εκπαιδευτείτε πάνω σε αυτήν την θεραπεία και στη συνέχεια να την χρησιμοποιήσετε;*

A: Ναι. Εάν δούλευα γνωστικά – συμπεριφορικά, ναι. Πραγματικά πιστεύω πως σε αυτό ταιριάζει πολύ. Και επιπλέον, όσο περισσότερα εργαλεία έχει κάποιος τόσο το καλύτερο. Ο κάθε επαγγελματίας τα προσαρμόζει στις ανάγκες του και στις ανάγκες των ασθενών του, αυτό είναι σίγουρο.

Συμμετέγων 10

Φύλο: Άνδρας

Ηλικία: 31-40

Τόπος: Αθήνα

Ειδικότητα: Ψυχολόγος

Φορέας απασχόλησης: Δημόσιος & Ιδιωτικός

Πληθυσμός απασχόλησης: Όλη η γκάμα διαταραχών που σχετίζονται με παιδιά και εφήβους

E: *Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας είναι «Εικονική Πραγματικότητα στην Κλινική Κοινωνική Εργασία» και ουσιαστικά έχουμε προσανατολίσει το περιεχόμενό της στη χρήση της τεχνολογίας της εικονικής πραγματικότητας στην θεραπεία διαφόρων ψυχικών διαταραχών. Αρχικά, έχετε ακούσει ποτέ για την εικονική πραγματικότητα; Τι είναι;*

A: Ε ναι, κάποια πράγματα τα ξέρω.

E: *Γνωρίζετε ότι χρησιμοποιείται για την θεραπεία και πως μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε αυτήν;*

A: Εε δεν είμαι σίγουρος... Δεν έχει να κάνει με το skype και αυτά πάντως, έτσι;

E: Όχι, δεν έχει.

(αφού έγινε η παρουσίαση...)

E: Πως σας φάνηκε;

A: Πολύ ενδιαφέρον μου φάνηκε. Μου έκανε εντύπωση, θετική εντύπωση, το ότι προκαλεί τα ίδια συναισθήματα και σκέψεις με τον πραγματικό κόσμο. Είναι ξεκάθαρα βέβαια τεχνική της γνωστικής – συμπεριφορικής, αλλά όπως και να χει είναι ενδιαφέρουσα η χρήση και η λειτουργία της.

E: Τι θετικά στοιχεία πιστεύετε ότι μπορεί να έχει αυτή η θεραπεία;

A: Κυρίως το ότι ο ασθενής δεν εκτίθεται στο πραγματικό πρόβλημα, οπότε υπάρχει αυτή η ασφάλεια. Είναι σημαντικό αυτό.

E: Αρνητικά;

A: Ενώ στη γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία ταιριάζει, δε νομίζω ότι προσαρμόζεται στην συστημική ή στην οικογενειακή θεραπεία για παράδειγμα. Οπότε αυτός που θα τη χρησιμοποιήσει θα πρέπει να ναι γνωστικός – συμπεριφορικός θεραπευτής, ή έστω και τέτοιος.

E: Θεωρείτε ότι σαν θεραπεία είναι αποτελεσματική;

A: Ναι, έτσι μου φαίνεται. Σε ότι έχει να κάνει με φοβίες και άγχος ειδικά. Και στον εθισμό βασικά. Και εκεί θα είχε αποτέλεσμα. Και τώρα που το σκέφτομαι, θα είχε πολύ ενδιαφέρον να δει κάποιος και τη χρήση της στην εξάρτηση από τους υπολογιστές. Με το ίδιο μέσο δηλαδή να προσπαθήσεις να θεραπεύσεις τη διαταραχή.

E: Ναι όντως, αυτό θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Έχουν γίνει φυσικά και σε αυτό το κομμάτι κάποια πράγματα, όχι πολλά όμως.

E: Θεωρείτε ότι η ελληνική επιστημονική κοινότητα είναι έτοιμη να εντάξει τη θεραπεία αυτή στην παρέμβασή της;

A: Ναι, γιατί όχι; Τα τελευταία χρόνια υπάρχει όντως μια μεγάλη εξέλιξη στην τεχνολογία και στη χρήση της ως βοηθητική στη θεραπεία. Εμείς ας πούμε, χρησιμοποιούμε τους υπολογιστές και διάφορα προγράμματα σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ με σκοπό να εστιάσουν την προσοχή τους. Άρα και αυτή η τεχνική θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σταδιακά από τους επαγγελματίες.

E: Πιστεύετε ότι θα έπρεπε να ενταχθεί στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των επαγγελματιών;

A: Ναι, εφόσον χρησιμοποιείται θα πρέπει και να διδάσκεται. Ειδικά αφού η τεχνολογία συνεχώς προοδεύει και εξελίσσεται, που σημαίνει ότι δεν είναι κάτι στατικό.

E: Εσείς προσωπικά θα μπαίνατε στη διαδικασία να εκπαιδεύεστε πάνω σε αυτήν την θεραπεία και στη συνέχεια να την χρησιμοποιήσετε;

A: Ναι, αν ασχολιόμουν με γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία. Αλλά μου κίνησες την περιέργεια να το ψάξω, πως μπορεί να χρησιμοποιηθεί στα δικά μας πλαίσια εδώ, στο νοσοκομείο. Έχει ενδιαφέρον.