

Ψυχιατρική θεραπευτική

II. Ψυχοθεραπείες

- Ψυχανάλυση και ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία
- Ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς
- Γνωσιακή ψυχοθεραπεία
- Συστημική - Οικογενειακή ψυχοθεραπεία
- Ο ρόλος των εκφραστικών ψυχοθεραπειών στην αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών.
Δραματοθεραπεία και εικαστική ψυχοθεραπεία
- Νευροβιολογία και ψυχοθεραπεία
- Εικονική θεραπεία και εικονική δράση

Ψυχανάλυση και ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία

Γρ. Βασιλαματζής, Χ. Καραμανωλάκη, Δ. Αναγνωστόπουλος

1. Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον ιδρυτή της Σίγκμουντ Φρόιντ, η ψυχανάλυση συγκροτείται ως ένας επιστημονικός κλάδος που διερευνά τη φυσιολογική και παθολογική ψυχική λειτουργία και χρησιμοποιεί αυτή τη διερεύνηση προκειμένου να αντιμετωπίσει θεραπευτικά τις ψυχικές διαταραχές.

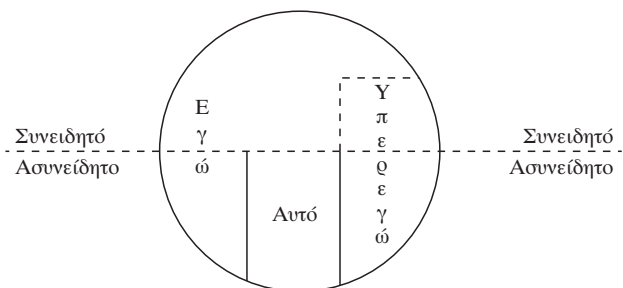
Ο Φρόιντ συνέλαβε τις βασικές θεωρητικές αρχές και τη θεραπευτική μέθοδο της ψυχανάλυσης όταν προσπάθησε, κατ' αρχήν, να κατανοήσει τις αιτίες και να θεραπεύσει συμπτώματα που εμφάνιζαν οι υστερικές ασθενείς του, τα οποία έμοιαζαν με ανάλογα νευρολογικών διαταραχών (παράλυσεις, σπασμοί κ.ά.), και αργότερα συμπτώματα άλλων ασθενών, κυρίως νευρωσικών. Από τότε έως σήμερα, η ψυχανάλυση, αλλά και οι βασισμένες σε αυτήν μέθοδοι θεραπείας, με κυριότερη την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, συνεχίσαν να αναπτύσσονται και να εμπλουτίζονται στηριζόμενες σε παρατηρήσεις της κλινικής πράξης, τόσο από τη θεραπεία παιδιών όσο και από τη θεραπεία των επονομαζόμενων «δύσκολων» ασθενών, όπως οριακών, ναρκισσιστικών και ψυχωσικών ασθενών. Παρά τη σημαντική εξέλιξη, οι δύο αρχικές θεμελιώδεις προτάσεις του Φρόιντ παραμένουν ισχυρές και σήμερα: το ασυνείδητο και η μεταβίβαση.

2. Βασικές θεωρητικές έννοιες

Βασική αρχή της ψυχαναλυτικής θεωρίας είναι ότι μεγάλο μέρος της ψυχικής ζωής είναι ασυνείδητο. Εκεί επικεντρώνεται η θεραπεία με στόχο την αποκάλυψη των ψυχικών συγκρούσεων, οι οποίες έχουν απωθηθεί επειδή το περιεχόμενό τους είναι μη αποδεκτό από ένα μέρος του ίδιου του ψυχοισμού, το οποίο ονομάζουμε Υπερεγώ. Οι κυριότεροι τρόποι πρόσβασης στο ασυνείδητο είναι οι ελεύθεροι συνειρμοί και η ανάλυση των ονείρων.

Αρχικά (1900), ο Φρόιντ πρότεινε ένα τοπογραφικό μοντέλο (topographic) που στηρίζεται στη διάκριση του ασυνείδητου από το συνειδητό και από μια ενδιάμεση ζώνη, το προσυνείδητο (*preconscious*). Το ασυνείδητο (*unconscious*) για τον Φρόιντ είναι ένα είδος δεξαμενής, όπου στα προϋπάρχοντα από τη γέννηση περιεχόμενα έρχεται να προστεθεί ό,τι δυναμικά απωθείται από τη συνείδηση ως μη αποδεκτό. Για να επιστρέψει μέρος των περιεχομένων αυτών στη συνείδηση μέσω της ψυχαναλυτικής θεραπείας, θα πρέπει υποχρεωτικά να διέλθει μέσω του προσυνείδητου (*preconscious*), ενός κατά κάποιον τρόπο προθαλάμου της συνείδησης. Σήμερα, η ύπαρξη του ασυνείδητου έχει επιβεβαιωθεί από τα ευρήματα των νευροεπιστημών, όχι ως μιας εντοπισμένης τοπικά δεξαμενής, αλλά ενός τρόπου ψυχικής λειτουργίας.

Αργότερα (1923), ένα άλλο μοντέλο κατανόησης του ψυχοισμού, το δομικό (*structural*) (σχήμα 1), ήρθε να προστεθεί στην ψυχαναλυτική θεωρία. Σύμφωνα με αυτό, ο Φρόιντ διαιρούσε το ψυχικό όργανο σε Εγώ (*ego*), Υπερεγώ (*superego*) και Αυτό ή Εκείνο (*id*). Το Εγώ, το οποίο κατά ένα μέρος είναι ασυνεί-



Σχήμα 1. Το δομικό μοντέλο (Εγώ, Αυτό, Υπερεγώ, Συνειδητό/Ασυνείδητο).

Σημείωση: Το προσυνείδητο δεν απεικονίζεται για λόγους απλοποίησης. Πηγή: Γκλεν Ο. Γκάμπαραντ. *Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία μακράς διάρκειας*, Εκδόσεις Συνάψεις, 2010.

δητο και κατά ένα άλλο μέρος συνειδητό, αποτελεί τον συνδετικό παράγοντα και τον «διαιτητή» ανάμεσα στο Υπερεγώ, το Αυτό και τον εξωτερικό κόσμο. Στις συνειδητές πλευρές του ανήκουν η επεξεργασία των αντιληπτικών δεδομένων και η δυνατότητα λήψης αποφάσεων. Στη σφαίρα του ασυνειδήτου ανήκουν οι αμυντικοί μηχανισμοί του Εγώ που κινητοποιούνται ενάντια στις ενστικτικές ενορμήσεις του Αυτό, οι οποίες αν έρχονταν στη συνείδηση θα διατάρασσαν την ψυχική ισορροπία και τη λειτουργικότητα του ατόμου. Το Υπερεγώ, κατά το μεγαλύτερο μέρος ασυνείδητο, είναι ο χαραγμένος μέσα μας κώδικας ηθικών αξιών, που προέρχεται από τους γονείς και τα άλλα σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντός μας. Είναι αυτό που υπαγορεύει τι απαγορεύεται στο άτομο να κάνει και επιβάλλει τι οφείλει να κάνει. Διαπλέκεται με το ιδεώδες του εγώ (ego ideal), το οποίο σχηματίζεται από τις ταυτίσεις του παιδιού με τις εξιδανικευμένες εικόνες των γονέων του. Ενώ το Εγώ υπακούει στο Υπερεγώ από φόβο για τιμωρία, υποτάσσεται στο ιδεώδες του εγώ από αγάπη. Τέλος το Αυτό, αποκλειστικά ασυνείδητο, περιέχει τις βασικές ενορμήσεις (drives) της σεξουαλικότητας και της επιθετικότητας. Ενώ το Αυτό διέπεται από την αρχή της απόλαυσης, το Εγώ διέπεται από την αρχή της πραγματικότητας (πίνακας 1).

Η συνεχής τάση του Αυτό να ικανοποιηθούν οι ενορμήσεις μέσω της έκφρασης και της εκφόρτισης τους έχει ως αποτέλεσμα οι τρεις παράγοντες του δομικού μοντέλου να βρίσκονται σε μια συνεχή ψυχική σύγκρουση (mental conflict). Η σύγκρουση προκαλεί ένα άγχος-σήμα, το οποίο κινητοποιεί τις άμυνες που θα εμποδίσουν την ικανοποίηση των ενορμήσεων. Η διαδικασία αυτή καταλήγει στη δημιουργία του συμπτώματος που για την ψυχανάλυση αποτελεί έναν συμβιβαστικό σχηματισμό (compromise formation), δηλαδή ενώ εμποδίζει την έκφραση μιας επιθυμίας,

ταυτόχρονα μέσω του συμπτώματος την ικανοποιεί σε μια μεταμφιεσμένη μορφή.

Η πολυπλοκότητα των ψυχικών φαινομένων και η ψυχαναλυτική εργασία με ασθενείς που βρίσκονται πέραν του πεδίου της νεύρωσης, συνετέλεσαν ώστε το ψυχικό σύμπτωμα να κατανοείται σήμερα όχι μόνο ως αποτέλεσμα μιας ψυχικής σύγκρουσης, σύμφωνα με το δομικό μοντέλο, αλλά σε κάποιους ασθενείς ως έκφραση ελλειμματικότητας του ψυχισμού τους.

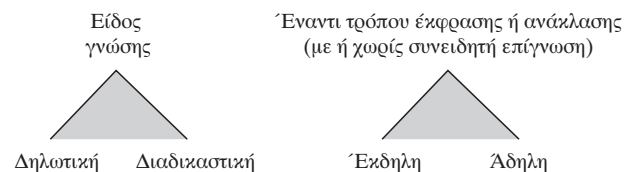
Η ψυχανάλυση στηρίζεται στην αρχή ότι το παιδικό παρελθόν διαμορφώνει την ενήλικη ζωή, ενώ ένα από τα αποτελέσματα της ψυχαναλυτικής θεραπείας είναι η αποκατάσταση της συνέχειας και της ενότητας ανάμεσα στο παρόν και το παρελθόν, στην ενήλικη ζωή και στην παιδική ηλικία. Με αυτόν τον τρόπο, όχι μόνο γνωρίζουμε την ιστορία μας ως ανθρώπινα υποκειμένα, αλλά της προσδίδουμε ένα πληρέστερο νόημα.

Η σημασία των παιδικών εμπειριών για τη διαμόρφωση του ψυχισμού αναδεικνύεται και από τα ευρήματα των νευροεπιστημών για τον διαφορετικό τρόπο που αποθηκεύονται οι αναμνήσεις ανάλογα με το είδος της γνώσης (σχήμα 2), αλλά και από τον τρόπο που αυτές ανακαλούνται με ή χωρίς συνειδητή επίγνωση. Τα γεγονότα ή οι γνώσεις γενικού περιεχομένου συνιστούν τη δηλωτική μνήμη (declarative memory), ενώ οι δεξιότητες τη διαδικαστική (implicit). Εάν η ανάκληση της ανάμνησης γίνεται με συνειδητή επίγνωση ονομάζεται άμεση, αλλιώς η μνήμη είναι άδηλη. Η άδηλη μνήμη επηρεάζει τη συναισθηματική κατάσταση ή τη συμπεριφορά του ατόμου, χωρίς να το γνωρίζει συνειδητά. Τα ευρήματα αυτά οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ο «τρόπος» που το άτομο σχετίζεται με τους άλλους πρώιμα εσωτερικοποιείται βάσει της αρχικής του εμπειρίας και επαναλαμβάνεται κατόπιν με αυτόματο τρόπο χωρίς να υπάρχει συνειδητή επίγνωση του ότι συνιστά επανάληψη.

Πίνακας 1. Ψυχαναλυτικά μοντέλα του ψυχισμού (mind).

Το *τοπογραφικό μοντέλο* (topographic) για την κατανόηση του ψυχισμού στηρίζεται στη διάκριση του ασυνειδήτου από το συνειδητό και από μια ενδιάμεση ζώνη την οποία ο Φρόιντ ονόμασε προσυνειδητό

Στο *δομικό μοντέλο* (structural) διαίρεται το ψυχικό όργανο σε Εγώ (ego), Υπερεγώ (superego) και Αυτό ή Εκείνο (id). Το Εγώ, το οποίο κατά ένα μέρος είναι ασυνείδητο και κατά ένα άλλο μέρος συνειδητό, αποτελεί τον ενδιάμεσο ανάμεσα στο Υπερεγώ και το Αυτό, αλλά και τον συνδετικό παράγοντα με τον εξωτερικό κόσμο



Σχήμα 2. Είδος γνώσης [δηλωτική (γεγονότα) και διαδικαστική (δεξιότητες)] έναντι τρόπου ανάκλησης (με ή χωρίς συνειδητή επίγνωση) άμεση (κατηγορηματική) ή έμμεση (άδηλη).

Πηγή: Γκλεν Ο. Γκάμπραρντ. *Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία μακράς διάρκειας*, Εκδόσεις Συνάψεις, 2010.

3. Φάσεις ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης και η σημασία του αντικειμένου για τη διαμόρφωση του ψυχιζμού

Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες για τη διαμόρφωση του ψυχιζμού έχουν δομικό χαρακτήρα και διακρίνουν ψυχολογικά στάδια που το ένα διαδέχεται και προϋποθέτει το άλλο (πίνακας 2). Τα στάδια αυτά αρχικά περιγράφηκαν από τον Φρόιντ, κατ' αντιστοιχία των διαφορετικών ηλικιακών αναπτυξιακών φάσεων της σωματικής και γνωστικής ανάπτυξης του παιδιού, δίνοντας έμφαση στην ενορμητική επένδυση των ερωτογόνων ζωνών.

Ο πρώτος χρόνος της ζωής συμπίπτει με το *στοματικό στάδιο* (*oral phase*). Βασική ψυχική λειτουργία του είναι η ενσωμάτωση του αντικειμένου, που θεωρείται το πρότυπο μιας θεμελιώδους διεργασίας εσωτερίκευσης, της ταύτισης (*identification*).

Το *πρωκτικό στάδιο* (*anal phase*) ακολουθεί κατά τον δεύτερο χρόνο και χαρακτηρίζεται από την αμφιθυμία (*ambivalence*) ως προς το αντικείμενο. Τα αισθήματα αμφιθυμίας κατανοούνται ως αντίθεση ανάμεσα σε δύο βασικά ψυχικά στοιχεία, του παθητικού και του ενεργητικού.

Τα δύο αυτά προγεννητικά στάδια τα διαδέχεται το *γεννητικό ή φαλλικό στάδιο* (*genital-phallic phase*) από τον τρίτο έως τον πέμπτο χρόνο. Είναι η περίοδος εμφάνισης και επίλυσης του *οιδιπόδειου συμπλέγματος* (*oedipal complex*). Η δυαδική σχέση παιδιού (υποκει-

μενο) και μητέρας (αντικείμενο) μετατρέπεται σε τριαδική (παιδί-μητέρα-πατέρας). Χαρακτηρίζεται από την επιθυμία για τον γονέα του αντιθέτου φύλου και από το μίσος-φόβο προς τον γονέα του ίδιου φύλου. Η επιτυχής επίλυση αυτής της σύγκρουσης θέτει τις βάσεις για την απόκτηση της ταυτότητας του φύλου και της ηθικής συνείδησης με τον σχηματισμό του Υπερεγώ, ολοκληρώνοντας έτσι τη θεμελιακή εμφάνιση και των τριών συστατικών του ψυχικού οργάνου (*mental apparatus*), Αυτό, Εγώ, Υπερεγώ. Αντίθετα, η αποτυχία εξόδου από το οιδιπόδειο σύμπλεγμα ενοχοποιείται για τη δημιουργία των νευρώσεων του ενήλικα.

Το στάδιο της *λανθάνουσας περιόδου* (*latent phase*) καλύπτει τα πέντε χρόνια μέχρι την προεφηβεία (10–11 ετών). Στο διάστημα αυτό η παιδική σεξουαλικότητα υποχωρεί και η ψυχική ενέργεια του παιδιού διαμέσου των μηχανισμών άμυνας του Εγώ (κυρίως διά της μετουσίωσης), που εν τω μεταξύ έχουν σχηματισθεί, επενδύεται από το ενδιαφέρον για τα πρόσωπα της οικογένειας στο εξωτερικό περιβάλλον (συνομηλίκους, δασκάλους, περιέργεια για μάθηση κ.λπ.).

Το στάδιο της *εφηβείας* αποτελεί τη μεταβατική περίοδο από την παιδική οργάνωση του ψυχιζμού στη διαμόρφωση της τελικής ενήλικης προσωπικότητας. Αυτή ή περίοδος διακρίνεται από ρευστότητα και η ψυχική ισορροπία διαταράσσεται. Η οιδιπόδεια σύγκρουση αναβιώνει προκειμένου να οριστικοποιηθεί η επίλυσή της και οι σχέσεις με το αντικείμενο χαρακτηρίζονται από την κινητοποίηση μηχανισμών άμυνας που στοχεύουν στην προστασία του εφήβου από τις εξαρτητικές και αιμομικτικές φαντασιώσεις προς τους γονείς. Οι κυριότεροι μηχανισμοί είναι η μετάθεση της ψυχικής ενέργειας, η αναστροφή του συναισθήματος, η στροφή προς τον εαυτό και η παλινδρομηση. Η επιτυχής κατάληξη αυτών των διεργασιών οδηγεί στην απόκτηση σταθερής ταυτότητας εαυτού και φύλου, καθώς και στην εμπέδωση του αισθήματος της ανεξαρτησίας-αυτονομίας του υποκειμένου.

Εκτός της ανωτέρω κλασικής φροϋδικής θεώρησης, σημαντικές είναι και οι θεωρητικές συνεισφορές των M. Klein, D.W. Winnicott, M. Mahler και J. Lacan.

Η M. Klein υποστηρίζει ότι το Εγώ υπάρχει από τη γέννηση του παιδιού. Το πρώτο εξάμηνο της ζωής το υποκείμενο βρίσκεται στην *παρανοειδή-σχιζοειδή θέση* (*paranoid-schizoid position*). Οι σχέσεις με τη μητέρα είναι πρωτόγονες και μερικές (π.χ. το μητρικό στήθος ως μερικό αντικείμενο, *part object*) και κινούνται στο δίπολο «κακό» αντικείμενο-«ιδανικό» καλό αντικείμενο. Μετά τον έκτο μήνα το υποκείμενο εισέρχεται στην *καταθλιπτική θέση* (*depressive*

Πίνακας 2. Κοινά σημεία των ψυχαναλυτικών θεωριών ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης.

1. Όλες προϋποθέτουν την ύπαρξη σταδίων στα οποία η ψυχική ανάπτυξη παίρνει ειδικές μορφές
2. Στο πρώτο διάστημα (0–12 μήνες) της ζωής το παιδί-υποκείμενο εξαρτάται για τη βιολογική και ψυχολογική του επιβίωση από τη μητέρα-αντικείμενο. Δεν κάνει διάκριση εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας και δεν έχει σαφή αίσθηση των ορίων ανάμεσα σ' αυτό και το περιβάλλον
3. Το ψυχικό όργανο δεν είναι δεδομένο κατά τη γέννηση και ο ψυχιζμός δομείται κατά τα πρώτα πέντε χρόνια. Στο τέλος, υπό φυσιολογικές συνθήκες το ψυχικό όργανο και τα συστήματα Εγώ-Αυτό-Υπερεγώ έχουν δομηθεί επαρκώς
4. Οι ψυχικές συγκρούσεις και τα αμφιθυμικά συναισθήματα δημιουργούν ψυχικά συμπλέγματα, εκ των οποίων το οιδιπόδειο είναι αποδεκτό από όλους ως το πλέον σημαντικό
5. Διαταραχές στη σχέση μητέρας-παιδιού, καθώς και ανεπαρκής φροντίδα κατά το μέγιστο, έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και την ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου

position) όπου το βρέφος αποκτά τη δυνατότητα να αντιλαμβάνεται τη μητέρα ως ολόκληρο αντικείμενο (whole object). Κατά το στάδιο αυτό διαμορφώνονται τα τελικά στοιχεία της προσωπικότητας και η διάρκειά του εκτείνεται ουσιαστικά σε ολόκληρη τη ζωή.¹

Ο D.W. Winnicott είναι ο πρώτος που επικέντρωσε στη σημασία της *σχέσης* καθ' αυτής ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί και τον ρόλο της στην ανάπτυξη της προσωπικότητας. Μία από τις σημαντικότερες συνεισφορές του στην κατανόηση των σχέσεων αντικειμένου είναι οι έννοιες του *μεταβατικού αντικειμένου* (transitional object) και των *μεταβατικών φαινομένων* (transitional phenomena). Πέρα από την εξωτερική και εσωτερική πραγματικότητα υπάρχει μια ενδιάμεση περιοχή της εμπειρίας που προέρχεται και από τις δύο χωρίς να ταυτίζεται με καμιά. Π.χ. το αντικείμενο που παίρνουν τα παιδιά μαζί τους προκειμένου να κοιμηθούν αντιπροσωπεύει αυτή την ενδιάμεση περιοχή. Το μεταβατικό αντικείμενο δημιουργείται από το ίδιο το παιδί και παρέχεται από το περιβάλλον του.

Η M. Mahler υποστηρίζει ότι η ψυχολογική γέννηση του ατόμου δεν συμπίπτει με τη βιολογική του γέννηση. Διακρίνει τις παρακάτω φάσεις στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής. Η *φυσιολογική αντιστική φάση* καλύπτει τις πρώτες εβδομάδες της ζωής. Σ' αυτή δεν υπάρχει κανενός είδους διαφοροποίηση των ερεθισμάτων, καθώς και ανάμεσα στον εαυτό και τον μη-εαυτό. Η *φυσιολογική συμβιωτική φάση* από τον δεύτερο μήνα μέχρι τον έκτο, όπου το βρέφος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τη μητέρα του ως εξωτερικό αντικείμενο και συμβιώνει μαζί της στο πλαίσιο ενός κοινού εξωτερικού πλαισίου που περιλαμβάνει και τους δύο. Η *φάση αποχωρισμού-ατομικοποίησης* (separation-individuation) διακρίνεται σε υποστάδια. Ολοκληρώνεται στον τρίτο χρόνο με τη σταθεροποίηση της ατομικότητας και της συναισθηματικής μονιμότητας του αντικειμένου.

Τέλος, ο J. Lacan έδωσε ιδιαίτερη σημασία στη συμπεριφορά του παιδιού μπροστά στον καθρέφτη. Το στάδιο του καθρέφτη, από τους έξι έως τους δεκαοκτώ μήνες, χρησιμεύει στο παιδί για την απόκτηση της ψυχικής μονιμότητας του Εγώ μέσω της εγκατάστασης μιας σχέσης ανάμεσα στο υποκείμενο με την πραγματικότητά του, δηλαδή ανάμεσα στην εσωτερική και εξωτερική πραγματικότητα.

¹ Οι όροι «παρανοειδής-σχιζοειδής» και «καταθλιπτική» θέση δεν αναφέρονται σε διαγνώσεις, αλλά περιγράφουν ενδο-ψυχικές λειτουργίες με τις οποίες το βρέφος ταξινομεί και εγγράφει τις πρώτες εμπειρίες του.

4. Ψυχανάλυση: Εφαρμογή στην κλινική πράξη

Η ψυχανάλυση (ονομάζεται και κλασικό αναλυτικό πλαίσιο) και η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία είναι οι βασικές μέθοδοι θεραπευτικής παρέμβασης. Και οι δύο βασίζονται στις ίδιες θεωρητικές αρχές, δηλαδή στην ψυχαναλυτική θεωρία, και χρησιμοποιούν παρόμοια εν πολλοίς τεχνική.

Στην *ψυχανάλυση* ο αναλυόμενος χρησιμοποιεί το ντιβάνι, ενώ ο ψυχαναλυτής ευρίσκεται εκτός του οπτικού του πεδίου. Τη διάταξη αυτή εισήγαγε στην τεχνική ο Φρόιντ, με σκοπό να διευκολύνει τη χρήση του ελεύθερου συνειρμού. Η βασική αρχή συνίσταται στο ότι ο αναλυόμενος καλείται να μιλήσει για ό,τι «του έρχεται στο μυαλό» (σκέψεις, φαντασίες, όνειρα, αναμνήσεις κ.ά.) χωρίς να αυτολογοκρίνεται. Η διαδικασία ενθαρρύνεται από το γεγονός ότι ο αναλυόμενος δεν βλέπει τον ψυχαναλυτή, και από το είδος, τη συχνότητα των παρεμβάσεων, καθώς και την ουδετερότητα του ψυχαναλυτή. Η συχνότητα των συνεδριών είναι 3–5 την εβδομάδα. Η ψυχανάλυση απευθύνεται σε ασθενείς οι οποίοι ανήκουν κυρίως στο φάσμα των νευρώσεων, όπου με τα σημερινά ταξινομητικά συστήματα περιλαμβάνονται οι αγχώδεις διαταραχές, η δυσθυμία, οι σωματόμορφες διαταραχές και οι ήπιες διαταραχές προσωπικότητας. Μεταξύ των κριτηρίων επιλογής είναι η δυνατότητα ενδοσκόπησης, η δυνατότητα χρήσης της μεταφοράς και του συμβολισμού στον λόγο, καθώς και μια τέτοια συγκρότηση του Εγώ που να αντέχει τα άγχη με τα οποία μας φέρνει αντιμετώπους η ψυχαναλυτική διαδικασία.

Η ανάγκη να διευρυνθεί το φάσμα όσων μπορούν να επωφεληθούν από την ψυχαναλυτική θεραπεία, όπως π.χ. τα παιδιά και οι έφηβοι, αλλά και οι «νέες» παθολογίες με τις οποίες ήρθε αντιμέτωπη η Ψυχιατρική τις τελευταίες δεκαετίες, μέσω π.χ. των οριακών και των ψυχοσωματικών ασθενών, οδήγησαν στην τροποποίηση της ψυχαναλυτικής τεχνικής και στη δημιουργία της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας. Και οι δύο θεραπευτικές παρεμβάσεις απαιτούν ο θεραπευτής να έχει ολοκληρωμένη ψυχαναλυτική εκπαίδευση που περιλαμβάνει προσωπική ψυχανάλυση, σεμινάρια και εποπτείες.

Η *ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία* χρησιμοποιεί τη διάταξη «πρόσωπο με πρόσωπο», δηλαδή ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος κάθονται σε δύο πολυθρόνες έχοντας οπτική επαφή, ενώ η συχνότητα των συνεδριών είναι συνήθως δύο φορές την εβδομάδα. Απευθύνεται σε έναν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, οι οποίοι μπορεί να

ευρίσκονται πέραν του πεδίου της νευρώσεως, δηλαδή ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας, όπως μεθοριακή και ναρκισσιστική, σοβαρές καταθλίψεις κ.ά. Οι ασθενείς αυτοί πολύ συχνά δεν έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν εξ αρχής τον ελεύθερο συνειρμό, ενώ η οπτική επαφή με τον θεραπευτή, καθώς και οι παρεμβάσεις του δεύτερου, βοηθούν τη συγκράτηση έντονων και διαλυτικών αγχών. Ενίοτε, μετά από μια περίοδο ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να προχωρήσει σε μια κλασική ψυχαναλυτική θεραπεία με μεγαλύτερη εβδομαδιαία συχνότητα, καθώς και τη χρήση του ντιβανιού.

Στις θεραπευτικές παρεμβάσεις που στηρίζονται στην ψυχαναλυτική θεωρία εντάσσονται και οι *βραχείες ψυχοδυναμικές θεραπείες*. Πρόκειται για παρεμβάσεις που διαρκούν πολύ λιγότερο από ό,τι η ψυχανάλυση και η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, και συνήθως εστιάζονται στην επεξεργασία μιας κεντρικής σύγκρουσης ή μιας «κρίσης» που πυροδοτήθηκε από γεγονότα ζωής, όπως μια απώλεια. Πολλές φορές ο λόγος που επιλέγεται μια ολιγόμηνη ψυχαναλυτικής έμπνευσης θεραπεία είναι κυρίως η ανάγκη των υπηρεσιών υγείας να προσφέρουν ψυχοθεραπεία σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών που τη χρειάζονται.

5. Βασικές κλινικές ψυχαναλυτικές έννοιες

Η μεταβίβαση (transference) και η αντιμεταβίβαση (counter transference) αποτελούν θεμελιώδεις έννοιες της ψυχανάλυσης. Η συνειδητοποίησή τους, μιας και πρόκειται για ασυνείδητα φαινόμενα, η κατανόηση και η ανάλυσή τους, συνιστούν τη βάση της ψυχαναλυτικής τεχνικής. Η θεωρητική σύλληψη και των δύο εννοιών οφείλεται στον Φρόιντ, ο οποίος έφθασε σε αυτές μέσω της εργασίας με τους ασθενείς του. Ιδιαίτερα η επεξεργασία της έννοιας της μεταβίβασης διατρέχει το έργο του, με αποτέλεσμα από εμπόδιο, όπως τη θεώρησε αρχικά, να την αντιμετώπισει αργότερα ως ένα πολύτιμο θεραπευτικό εργαλείο.

Η *μεταβίβαση* ορίζεται ως μια διεργασία μέσω της οποίας οι ασυνείδητες επιθυμίες επανενεργοποιούνται και αποκτούν υπόσταση επίκαιρου γεγονότος. Για τον σκοπό αυτόν χρησιμοποιούν αντικείμενα τα οποία επενδύονται σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο σχέσεων, με πρώτο και κυριότερο το πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης. Πρόκειται για την επανάληψη προτύπων της παιδικής ζωής, τα οποία βιώνονται στο «εδώ και τώρα» με ένα αίσθημα έντονης επικαιρότητας.

Σε κάθε σχέση ασυνείδητα μεταβιβάζονται σκέψεις, συναισθήματα, άλλες ψυχοσυγκρούσεις από τις

σημαντικές σχέσεις της παιδικής ηλικίας. Ουσιαστικά ό,τι μεταβιβάζεται αφορά στην ψυχική πραγματικότητα, δηλ. όχι ό,τι ακριβώς συνέβη (εξωτερική πραγματικότητα), αλλά τις ασυνείδητες επιθυμίες και φαντασιώσεις που συνδέθηκαν με αυτό. Το πλαίσιο της ψυχανάλυσης και της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας ευνοεί την ανάπτυξη της μεταβίβασης. Ο θεραπευόμενος νιώθει θετικά και αρνητικά συναισθήματα για τον θεραπευτή του και σχετίζεται μαζί του με τον τρόπο που έχει σχετισθεί με τα σημαντικά πρόσωπα της παιδικής του ηλικίας, κυρίως τους γονείς του. Η κατανόηση και η ανάλυση από τον θεραπευτή αυτών των συναισθημάτων, ώστε να συνδεθούν με την πηγή προέλευσής τους, το παρελθόν, αποτελεί τον θεμέλιο λίθο της ψυχαναλυτικής τεχνικής. Βέβαια δεν είναι όλες οι πλευρές στη σχέση θεραπευτική-θεραπευόμενου επανάληψη του παρελθόντος. Η ίδια η θεραπευτική σχέση συνιστά μια νέα εμπειρία, όπου ταυτόχρονα το παρελθόν διαμορφώνει το παρόν, αλλά και το παρόν αναδρομικά επιδρά στην παρελθούσα εμπειρία, ώστε να επέλθει ψυχική αλλαγή.

Η θεραπευτική σχέση αποτελεί «συνάντηση» δύο ανθρώπων και είναι προφανές ότι δεν είναι δυνατόν μόνο ο ένας (θεραπευόμενος) να έχει συναισθήματα για τον άλλο. Τα συναισθήματα και οι φαντασιώσεις του θεραπευτή για τον θεραπευόμενο ορίζονται ως *αντιμεταβίβαση*. Για κάποιους ψυχαναλυτές η αντιμεταβίβαση περιορίζεται στα συναισθήματα που δημιουργεί η μεταβίβαση του θεραπευόμενου. Για τους περισσότερους αφορά στο σύνολο των συναισθημάτων που έχει ο θεραπευτής για τον θεραπευόμενό του, τα οποία δεν έχουν πηγή προέλευσης μόνο τον δεύτερο, αλλά τις άλλες συγκρούσεις, τα τραύματα και την προσωπική ιστορία του πρώτου. Ο Φρόιντ θεωρούσε την αντιμεταβίβαση ως ένα εμπόδιο στη θεραπευτική διαδικασία, το οποίο έπρεπε να ξεπεραστεί. Αργότερα θα γινόταν κατανοητό ότι αποτελεί πηγή πολύτιμων πληροφοριών, μιας και συνιστά εν μέρει την αντανάκλαση της προσωπικότητας του θεραπευόμενου στον ψυχισμό του θεραπευτή. Πάντως σήμερα θεωρείται ότι τα φαινόμενα της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης είναι συνεχώς παρόντα στη θεραπευτική σχέση, αλληλεπιδρώντας και καθορίζοντας την εξέλιξη της ψυχαναλυτικής διαδικασίας. Η συνεχής προσπάθεια συνειδητοποίησης και ανάλυσής τους αποτελεί τη βάση της τεχνικής. Ο ψυχαναλυτής είναι ένας συμμετέχων παρατηρητής, δηλαδή ενώ αναπόφευκτα συμμετέχει στη σχέση, χρειάζεται να έχει την ικανότητα να παρατηρεί συνεχώς όχι μόνο τον ασθενή, αλλά και τον εαυτό του. Αυτή η ικανότητα διασφαλίζει την αντικειμενικότητα και την ουδετερότητά του.

Η ψυχαναλυτική θεραπεία προκαλεί άγχος και ψυχικό πόνο στον ασθενή, ιδιαίτερα όταν στην προσπάθεια «το ασυνείδητο να καταστεί συνειδητό» τον φέρνει σε επαφή με άλυτες ψυχικές συγκρούσεις ή πρώιμα ψυχικά τραύματα. Παρ' ότι μπορεί συνειδητά η ψυχική αλλαγή να είναι επιθυμητή, είναι δυνατόν, ασυνείδητα, να εγείρονται έντονες αντιστάσεις σε αυτή. Κάθε άνθρωπος έχει τους δικούς του αμυντικούς μηχανισμούς, με τους οποίους αντιμετωπίζει τις ψυχικές συγκρούσεις και τα δυσάρεστα συναισθήματα. Η ενεργοποίηση των μηχανισμών αυτών στη θεραπεία γίνεται μέσω της εμφάνισης αντιστάσεων. Οι αντιστάσεις μπορεί να πάρουν διάφορες μορφές, όπως καθυστέρηση ή αναβολή συνεδριών, μεγάλες σιωπές σε αυτές, αφήγηση γεγονότων χωρίς να υπάρχει συναισθηματική συμμετοχή, γενικεύσεις, το να ξεχνάει κανείς ό,τι συζητείται στις συνεδρίες, το να ξεχνάει να τις πληρώσει κ.ά. Η σύγχρονη ψυχαναλυτική αντίληψη δεν αντιμετωπίζει την *αντίσταση* απλώς ως ένα εμπόδιο που χρειάζεται να ξεπεραστεί, αλλά θεωρεί ότι συχνά ο τρόπος αντίστασης συνιστά αναπαράσταση του τρόπου που σχετιζόμαστε με τα σημαντικά πρόσωπα του παρελθόντος μας. Η διερεύνηση μαζί με τον ασθενή των αντιστάσεών του στη θεραπεία μπορεί να μας οδηγήσει στην αποκάλυψη αυτού του τρόπου.

6. Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία: σκοποί, τρόποι δράσης και λειτουργίες του ψυχοθεραπευτή

Ο σκοπός της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας πηγάζει πέραν της ανακούφισης από το σύμπτωμα και τον ψυχικό πόνο. Η ανακούφιση ή η μείωση των συμπτωμάτων αποτελούν μετρήσιμες μεν αλλαγές σε μια ψυχοθεραπεία αλλά θεωρούνται, από ψυχαναλυτικής άποψης, ως αλλαγές στα επιφανόμενα και όχι στον εσωτερικό ψυχικό κόσμο. Ειδικά μάλιστα αν οι αλλαγές αυτές έχουν πραγματοποιηθεί χωρίς να έχει εγκατασταθεί η ψυχαναλυτική διαδικασία και η ανάπτυξη αληθινής εναισθησίας. Τότε θεωρείται το αποτέλεσμα ως πρόσκαιρο ή επιφανειακό, αποτέλεσμα «μεταβιβαστικής ίασης», δηλαδή ικανοποίησης ασυνείδητων φαντασιώσεων του ασθενούς στην επαφή του με έναν καλό, ιδανικό ή και παντοδύναμο θεραπευτή-γονέα.

Ψυχαναλυτική διαδικασία και εναισθησία αποτελούν τις βασικές επιδιώξεις του θεραπευτή που ταυτόχρονα θεωρούνται και οι τρόποι δράσης της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας. Επί τη βάση αυτών των χαρακτηριστικών ορίζεται η ιδιαιτερότητα της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας.

Η ψυχαναλυτική διαδικασία (process), ως θεμελιώδης έννοια της ψυχαναλυτικής πρακτικής, περιλαμβάνει τρία τουλάχιστον στοιχεία: (α) τον χρονικό παράγοντα και τις φάσεις της θεραπείας, (β) τη μείωση των εσωτερικών αναστολών και την ανάπτυξη στοχαστικής λειτουργίας στον ασθενή, με όνειρα, φαντασιώσεις, ελεύθερους συνειρμούς, και (γ) την εκτύλιξη της μεταβίβασης του ασθενούς στο πρόσωπο του αναλυτή και την αντιμεταβιβαστική αντίδραση του αναλυτή. Ο ψυχαναλυτής παρεμβαίνει με διάφορους τρόπους και κυρίως ερμηνεύει με βάση την κατανόησή του επί της διαδικασίας. Κατανοεί το νόημα των συνειρμών, ονείρων κ.λπ., καθώς και τη μεταβίβαση του ασθενούς, λαμβάνοντας υπ' όψιν τη στιγμή της θεραπείας και τη δική του συναισθηματική αντίδραση (αντιμεταβίβαση).

Η εναισθησία ή αναγνώριση (insight). Η εναισθησία, δηλαδή η επίγνωση της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου, προκύπτει αφενός από εσωτερικές διαδικασίες που επιτρέπουν στον ασθενή να αντιλαμβάνεται διαφορετικά τα προβλήματά του, και αφετέρου από την ερμηνευτική λειτουργία του αναλυτή.

Οι λειτουργίες του ψυχαναλυτή είναι κυρίως πέντε: Ενσυναίσθηση, Διευκρίνιση, Αντιπαράθεση, Ερμηνεία, Ουδετερότητα. Χρησιμοποιούνται σε διαφορετικές αναλογίες, που εξαρτώνται από την ευαλωτότητα του Εγώ του ασθενούς, την επιλογή θεραπευτικής μεθόδου και την υποκειμενική στάση του αναλυτή σε σχέση με το θεωρητικό μοντέλο του. Οι ψυχαναλυτές δεν ακολουθούν όλοι τις ίδιες τεχνικές ούτε εφαρμόζουν συγκεκριμένες οδηγίες.

Η *ενσυναίσθηση (empathy)* είναι η ικανότητα να μπορείς να κατανοείς και να μοιράζεσαι τα συναισθήματα του άλλου. Μόνο αν ο θεραπευτής έχει την ικανότητα να «μπαίνει στη θέση» του θεραπευόμενου μπορεί όχι μόνο να κατανοεί πώς εκείνος νιώθει, αλλά και να «περιέχει» τα άγχη του.

Η *διευκρίνιση (clarification)*, όπως και η *αντιπαράθεση (confrontation)*, συνιστούν τους κύριους μη ερμηνευτικούς τρόπους παρεμβάσεων. Με την πρώτη διευκρινίζονται ζητήματα που είναι ασαφή ή ανακεφαλιώνονται κάποια σημαντικά σημεία μέσω μιας αναδιατύπωσής τους. Με την αντιπαράθεση γίνεται μια προσπάθεια να έρθει με ήπιο τρόπο ο ασθενής αντιμέτωπος με κάτι που συνήθως συνειδητά αποφεύγει. Κάποιες φορές μπορεί να αποσκοπεί στην οριοθέτηση ενός ασθενούς, ο οποίος λόγω της ψυχοπαθολογίας του έχει δυσκολίες με την τήρηση των ορίων.

Η *ερμηνεία* (interpretation) αποτελεί στην ψυχαναλυτική θεραπεία το κύριο εργαλείο του θεραπευτή. Μέσω αυτής αποδίδεται νόημα σε κάτι που ως τότε ήταν ασυνείδητο, ή συνδέονται φαινόμενα τα οποία έως τότε παρέμεναν ασύνδετα. Με αυτόν τον τρόπο προάγεται η εναισθησία του θεραπευόμενου και αποκαθίσταται η συνέχεια παρελθόντος και παρόντος.

Τέλος, η *ουδετερότητα* (neutrality) είναι η λειτουργία του θεραπευτή η οποία του επιτρέπει να μην είναι επικριτικός ή κατευθυντικός με τον θεραπευόμενό του, ώστε ο δεύτερος να μπορέσει να ανακαλύψει ποιος πραγματικά είναι και όχι να γίνει, ίσως, αυτός που ο θεραπευτής του θα επιθυμούσε να είναι. Δεν είναι μόνο απαραίτητο ο θεραπευτής να μπορεί να «μπαίνει στη θέση» του θεραπευόμενου μέσω της ενσυναίσθησης, αλλά και να μπορεί να παίρνει μια απόσταση από αυτόν, ώστε να είναι

δυνατή η παρατήρηση και η νοηματοδότηση του τρόπου λειτουργίας του ψυχιισμού του.

7. Επίλογος

Η ψυχαναλυτική οπτική της θεραπευτικής σχέσης δεν είναι αυτή μιας σχέσης μεταξύ ενός υγιούς και ενός ασθενούς, αλλά μεταξύ δύο ανθρώπων που ο καθένας έχει την ιστορία του, τις συγκρούσεις του, τα άγχη, τις άμυνές του. Μόνο η συνεχής παρατήρηση και κατανόηση από τον θεραπευτή τόσο του ψυχιισμού του θεραπευόμενου όσο και αυτών που κατά την αναλυτική διαδικασία συμβαίνουν στον δικό του ψυχιισμό, θα του επιτρέψουν να προαγάγει αυτή τη διαδικασία και να επιτύχει τους σκοπούς της ψυχαναλυτικής θεραπείας.

Κύρια Σημεία

- Ο ψυχιισμός σύμφωνα με τον Φρόιντ χωρίζεται σε τρεις περιοχές: το *ασυνείδητο*, το *προσυνείδητό* και το *συνείδητό*.
- Στο δομικό μοντέλο του ψυχιισμού το ψυχικό όργανο αποτελείται από τρεις δομές: το *Εγώ*, το *Αυτό* ή *Εκείνο* (id) και το *Υπερεγώ*. Οι αμυντικοί μηχανισμοί που χρησιμοποιεί το Εγώ για να διευθετεί τις ψυχικές συγκρούσεις και να αντιμετωπίζει τις ενοχημίσεις είναι ασυνείδητοι.
- Η ψυχική ανάπτυξη συντελείται στα πρώτα χρόνια της ζωής μέσω της αλληλεπίδρασης του βρέφους (κυρίως των ενοχημίσεών του, που αναζητούν την ικανοποίηση) και του γονεϊκού περιβάλλοντος. Για την ψυχανάλυση, οι διαταραχές σε αυτή την αλληλεπίδραση οδηγούν σε ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις στην ενήλικη ζωή.
- Οι θεμελιώδεις έννοιες της ψυχαναλυτικής θεραπείας είναι: η *μεταβίβαση*, δηλαδή η επανενεργοποίηση των παιδικών ασυνείδητων συγκρούσεων και προτύπων σχέσεων του ασθενούς στην αναλυτική σχέση, και η *αντιμεταβίβαση* (δηλαδή η συναισθηματική αντίδραση του αναλυτή και η δική του ψυχική ιστορία που ενεργοποιείται στη σχέση με τον ασθενή).
- Ο ψυχαναλυτής πρέπει να έχει την ικανότητα της ενσυναίσθησης. Να μπορεί να ακούει και να κατανοεί τον θεραπευόμενό του μπαίνοντας στη θέση του, και να μπορεί να κρατά και να περιέχει τα άγχη του.
- Η ουδετερότητα του αναλυτή αποτελεί μια θεραπευτική λειτουργία που τον καθιστά ικανό αφενός να συναισθάνεται τον ασθενή, κρατώντας παράλληλα απόσταση, και αφ' ετέρου να αποφεύγει να γίνεται κατευθυντικός ή επικριτικός.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

- Gabbard GO. *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: a Basic Text*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2004. Ελληνική έκδοση (Επιμ) *Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία Μακρός Διαρκείας*. (Συντ) Χρ. Ιωαννίδης, Χ. Καραμανωλάκη. Εκδόσεις Συναΐψεις, 2010
- Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. 4th ed. American Psychiatric Publishing. (Ελλ. έκδ) *Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην Κλινική Πράξη*. (Συντ.) Θ. Υφαντής. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 2005
- Hinshelwood R. *The dictionary of Kleinian thought*, Free Association Books. (Ελλ. Έκδ) *Λεξικό της Κλαϊνικής σκέψης*. (Συντ.) Γρ. Μανιαδάκης, Γ. Χαλκιά. Νοόγραμμα Εκδοτική, London 2008
- Laplanche J, Pontalis B. *Vocabulaire de la Psychoanalyse*, Paris, PUF. (Ελλ. έκδ) *Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης*. Εκδόσεις Κέδρος, 1995, 1981
- Μαρκίδης Μ, Βασιλαματζής Γρ. *Ψυχανάλυση και οι Ψυχαναλυτικές Έμπνευσης Ψυχοθεραπείες*. (Συντ.) ΓΝ Χριστοδούλου και συν Στο: *Ψυχιατρική*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις 768–776, 2000
- Ελληνική Εταιρεία Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας. *Συλλογική Έκδοση. Η ψυχανάλυση στον 21ο αιώνα*. Εκδόσεις Παπαζήση, 2003.

Ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς

Ι.Α. Λιάππας, Χ. Παπαγεωργίου, Ν. Βαϊδάκης

1. Εισαγωγή

Ψυχοθεραπεία: Είναι η θεραπεία με ψυχολογικά μέσα. Μια διαδικασία κατά την οποία δίδεται η δυνατότητα σ' ένα πάσχον άτομο να αποφασίζει παραπέρα ενότητες δράσης. Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία περιλαμβάνει ποικιλία διαφορετικών (αλληλοεπικαλυπτόμενων) λειτουργιών: πληροφόρηση, συμβουλή, καθοδήγηση, υποστήριξη.

Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία (Behavioral psychotherapy) απαριτώνει την πείρα της εφαρμογής και έρευνας των θεωριών της μάθησης.

Η παρούσα προσέγγιση δεν φιλοδοξεί να εξαντλήσει όλα τα ζητήματα που σχετίζονται με τις αρχές, τις μεθόδους και τις συνέπειες της εφαρμογής της ψυχοθεραπείας συμπεριφοράς. Επιχειρείται η συνοπτική περιγραφή των βασικών θεωρητικών αρχών σε συνάφεια με τις κύριες κλινικές εφαρμογές.

Το συμπεριφορικό μοντέλο ζωής προτείνει σε αδρή διατύπωση ότι: η «έννοια» του κόσμου (πραγματικότητα) εξαρτάται από το πώς δομούμε και αντιλαμβανόμαστε τις εμπειρίες μας.

Ειδικότερα, το συμπεριφορικό μοντέλο περιλαμβάνει το ακόλουθο σύμπλοκο: *S-O-R-K-C*

S (Stimulus)=Ερεθίσματα (φυσικά, κοινωνικά, εσωτερικά, εξωτερικά)

O (Organism)=Οργανισμικές συνιστώσες (βιολογική υποδομή, προσωπικότητα)

R (Reaction)=Αντιδράσεις κινητικές, γνωσιακές, ψυχοφυσιολογικές

K (Kontigent)=Οι ενδεχόμενες σχέσεις οι οποίες υφίστανται μεταξύ της συμπεριφοράς και των επιπτώσεών της, και οι οποίες περιλαμβάνουν κάθε συνθήκη σχετική με την ενίσχυση (θετική η αρνητική) της συμπεριφοράς.

C (Consequence)=Οι επιπτώσεις των επιπτώσεων και οι οποίες μπορεί να είναι (η και ενδέχεται να γίνουν) θετικές η αρνητικές, αυτορυθμιζόμενες ή ετερο- και αλληλο-καθοριζόμενες.

2. Βασικές αρχές θεραπειών συμπεριφοράς

Υποστηρίζεται ότι η παθολογική συμπεριφορά μαθαίνεται ή και διατηρείται με τις ίδιες διεργασίες που υπόκεινται της φυσιολογικής συμπεριφοράς.

1. Για την εγκατάσταση της φυσιολογικής και παθολογικής συμπεριφοράς, θεωρείται ότι εμπλέκονται οι ίδιες αρχές μάθησης.
2. Η συμπεριφορά (μορφοποιημένη μέσω των αρχών μάθησης) υπηρετεί προσαρμοστικούς σκοπούς.
3. Προβληματική συμπεριφορά μορφοποιείται μέσω «θετικών» ή/και «αρνητικών» ενισχυτών συνειρμικής ή επεμβατικής μάθησης.
4. Η ανάλυση των υποκείμενων εξωτερικών και εσωτερικών συνθηκών που εκλύουν και συντηρούν την παθολογική συμπεριφορά, επιτρέπει τόσο την κατανόησή της όσο και την επιτυχή εφαρμογή θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Με βάση τη συγκεκριμένη προσέγγιση, υποστηρίζεται ότι δεν υπάρχουν νόσοι αλλά συμπτώματα, τα οποία περιορίζουν την προσαρμοστικότητα του ατόμου. Δεν υπάρχουν νόσοι αλλά άτομα που έχουν συγκεκριμένα προβλήματα.

Σταδιακά, οι θεραπείες συμπεριφοράς δέχτηκαν τη σχετική θεωρητική και πρακτική τροποποίηση, έτσι που σε κάθε συμπεριφορική τεχνική εξετάζεται πλέον και η γνωσιακή διάσταση.

Οι θεραπείες συμπεριφοράς αποσκοπούν στην εξάλειψη των συμπτωμάτων αυτών εδώ και τώρα. Αποφεύγουν να ασχοληθούν με καταστάσεις που δεν εκφράζονται με αντικειμενικά αξιολογούμενες συμπεριφορές. Τέλος, βασίζονται στη συμπεριφορική ανάλυση.

3. Συμπεριφορική ανάλυση

Πρόκειται για μια συνεχή διαδικασία από την έναρξη της θεραπείας μέχρι την ολοκλήρωσή της, η οποία αποσκοπεί στην ανάλυση του συμπτώματος και την εξατομίκευση της θεραπείας μέσω των εξής –συγκεκριμένων κάθε φορά– σταδίων: (α) Επισημαίνονται τα συμπτώματα-συμπεριφορές (π.χ. φοβίες, τελετουργίες) και οι περιβαλλοντικές συνθήκες κάτω από τις οποίες συνή-

θως εκλύονται τα συμπτώματα αυτά. (β) Τα συμπτώματα ιεραρχούνται ως προς τη συχνότητα, τη διάρκεια και την έντασή τους, με τη βοήθεια ειδικών κλιμάκων, και καταγράφεται η εξελικτική τους πορεία. (γ) Παράλληλα συνεκτιμώνται προσεκτικά οι δορυφορικές προς τα συμπτώματα καταστάσεις (διακυμάνσεις, σχέσεις με το συγγενικό ή το επαγγελματικό περιβάλλον, προσαρμογή, γεγονότα ζωής). (δ) Συζητώνται με τον θεραπευόμενο οι βασικοί στόχοι της θεραπείας και οι προσδοκίες του (πίνακας 1).

Η μέτρηση και αξιολόγηση των συμπτωμάτων, καθώς και η λειτουργική τους ανάλυση (κλινικά, ψυχομετρικά, ψυχοφυσιολογικά).

Η λειτουργική ανάλυση συνήθως περιλαμβάνει την καταγραφή όλων εκείνων των καταστάσεων που προηγούνται των συμπτωμάτων, καθώς και των επιπτώσεών τους. Επίσης, κατά το στάδιο αυτό καταγράφονται η προσωπικότητα και στοιχεία των διαπροσωπικών σχέσεων και των γνωσιακών δυνατοτήτων του θεραπευόμενου.

Ακολουθεί η επιλογή της θεραπευτικής τεχνικής που θα χρησιμοποιηθεί. Η επιλογή αυτή είναι συνάρτηση:

- α. Του είδους της συμπεριφοράς-συμπτώματος (υπερβολική ή ελλειμματική).
- β. Της φύσης της συμπεριφοράς-συμπτώματος (παθητική αποφυγή, π.χ. φοβία, ενεργητική αποφυγή, π.χ. τελετουργία).
- γ. Της ικανότητας από πλευράς προσωπικότητας του θεραπευόμενου να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις του θεραπευτικού προγράμματος.

Εφόσον επιλεγεί κάποια από τις συμπεριφορικές τεχνικές που ακολουθούν, θα πρέπει να συζητηθούν όλες οι επιμέρους λεπτομέρειες της τεχνικής, έτσι που να μπορεί ο εξεταζόμενος να κατανοήσει ποιες υποχρεώσεις ακριβώς αναλαμβάνει και με ποιον ακριβώς τρόπο θα διεξαχθεί η όλη θεραπευτική διεργασία.

Ακολουθεί η εκτίμηση της θεραπευτικής προόδου. Απολογισμός-ανακεφαλαίωση της μέχρι τότε θεραπευτικής κατάστασης.

Τέλος, η ανάλυση ουσιαστικά ολοκληρώνεται με την αξιολόγηση της συνολικής θεραπείας κατά τη μεταθεραπευτική παρακολούθηση, και εξετάζεται, εφόσον απαι-

Πίνακας 1. Φάσεις συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας.

Διάκριση φάσεων	Στόχοι	Χαρακτηριστικές δραστηριότητες
1. Εισαγωγική φάση	Οριοθέτηση θεραπευτικού έργου (θεραπευτική συμμαχία)	Ορισμός των ρόλων του θεραπευτή και του θεραπευόμενου Επισκόπηση των ενοχλημάτων και των προβληματικών περιοχών ζωής Αναζήτηση αφηγηματικών παρεμβάσεων
2. Φάση κινήτρου	Δόμηση κινήτρου	Ενίσχυση υγιών στάσεων ζωής Αποδόμηση αποθαρρυντικών αποφευκτικών στάσεων «Συν-ζήτηση» αλλαγής στόχων και στρατηγικών για την επίτευξή τους
3. Φάση λειτουργικής θεραπευτικής σύζευξης	Ερμηνεία της εξέλιξης και συντήρησης των προβλημάτων με βάση τις αρχές της μάθησης	Ανάλυση συμπεριφορών σε επίκαιρες προβληματικές καταστάσεις Παρατήρηση και οριοθέτηση της εμφάνισης τρόπων συμπεριφοράς Ανάλυση βιογραφικών προβλημάτων
4. Εγκατάσταση των θεραπευτικών στόχων	Αντικειμενικοί στόχοι για τα επιμέρους προβλήματα	Αποσαφήνιση προσδοκιών Ανάλυση στόχων σε συνάφεια με τη σπουδαιότητά τους και το εφικτό της υλοποίησής τους
5. Ειδική παρέμβαση	Εφαρμογή της βέλτιστης τεχνικής	Σχεδιασμός ειδικών ρυθμίσεων με βάση τις φάσεις 1-4 Εγκατάσταση θεραπευτικής συνέχειας Παροχή γνώσεων αναφορικά με την τεχνική
6. Αξιολόγηση	Αποτίμηση των θετικών εκβάσεων της προηγηθείσας θεραπείας	Διαρκής διαγνωστική αναζήτηση επικεντρωμένη στον ασθενή Στάθμιση (πριν-μετά) Ανατροφοδότηση με τον ασθενή
7. Καταληκτική φάση	Σταθεροποίηση «μεταβίβασης»	Διάδοση μαθημένων ικανοτήτων σε άλλες περιοχές ζωής Αποστασιοποίηση από παράγοντες (συνθήκες) κινδύνου Ενίσχυση ικανοτήτων αυτοβοήθειας
8. Κατανόηση	Αποτίμηση επιτυχίας και κινδύνων	Πραγματοποίηση της πριν-μετά εκτίμησης

τηθεί, η παραπέρα παραπομπή σε άλλης μορφής παρεμβάσεις (άλλες ψυχοθεραπείες, χορήγηση φαρμάκων).

4. Συμπεριφορικές θεραπευτικές στρατηγικές (τεχνικές)

4.1. Στρατηγικές που βασίζονται στην αρχή της αντενεργού εξάρτησης

Η αρχή αυτή υποστηρίζει, σε αδρές γραμμές, ότι δεν είναι δυνατόν να συνυπάρχουν δύο διαμετρικά αντίθετες συμπεριφορές (άγχος-χαλάρωση, προτίμηση-απέχθεια κ.λπ.). Εδώ ανήκουν δύο κυρίως θεραπευτικές τεχνικές:

1. Η «*συστηματική απευαισθητοποίηση*» (desensitization), κατά την οποία, αφού το άτομο μαθαίνει να χαλαρώνει μέσα από ειδική εξάσκηση, χρησιμοποιεί τη χαλάρωση όταν έρχεται αντιμέτωπο με αγχογόνες καταστάσεις (π.χ. φοβίες).
2. Η «*θεραπεία αποστροφής*» (aversive), η οποία αποσκοπεί στη σύνδεση μιας παθολογικής αλλά ευχάριστης συμπεριφοράς (π.χ. κάπνισμα) με μια δυσάρεστη ή ανεπιθύμητη κατάσταση (π.χ. προβολή διαφανειών καρκίνου των πνευμόνων).

4.2. Στρατηγικές που βασίζονται στην αρχή της απόσβεσης

Η αρχή αυτή υποστηρίζει σε αδρές γραμμές ότι, αν στερήσει κανείς σε μια συμπεριφορά τις ενισχυτικές της ιδιότητες, τότε η συμπεριφορά αυτή σταδιακά θα παύει να υφίσταται (π.χ. αν σταματήσω το φιλοδώρημα σε έναν υποκλινόμενο κατά την παρουσία μου θυρωρό, τότε αυτός θα πάψει να υποκλίνεται σε μένα και, κατά προέκταση, αν πάψω να αποφεύγω κάτι που με ενοχλεί, τότε αυτό θα πάψει να με ενοχλεί). Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι παρακάτω τεχνικές:

α. Η στρατηγική της *έκθεσης*, κατά την οποία, με το να εκθέτει κάποιος τον εαυτό του σε καταστάσεις που προκαλούν άγχος (και επομένως αποφυγή), οδηγείται σε «αγχο-μείωση», δεδομένου ότι δεν ενισχύεται το άγχος με την αποφυγή, ενώ με την επανάληψη επέρχεται εξοικείωση, οπότε σταματά να εκλύεται το άγχος.

Η στρατηγική (τεχνική) αυτή αποβλέπει στο να ενθαρρυνθεί ο ασθενής να έλθει αντιμέτωπος με την κατάσταση που του προκαλεί άγχος και πανικό (π.χ. αγοραφοβία) ή με την έντονη επιθυμία του να ελέγξει κάτι ή να πλυθεί. Παραμένοντας στην κατάσταση αυτή και διατηρώντας για αρκετή ώρα τη δυσφορία, οδηγείται προοδευτικά στην εξοικείωση ή στη διάψευση των καταστροφολογικών του σκέψεων.

Πολλοί ασθενείς, ιδίως με διαταραχή πανικού, παρουσιάζουν έναν ιδιόμορφο τύπο αποφυγών. Αποφεύγουν δραστηριότητες και καταστάσεις που εκλύουν διάφορες σωματοψυχικές αισθήσεις, όπως τις απότομες κινήσεις, την ορθοστασία, το περπάτημα χωρίς υποστήριξη, ακόμη και τη λήψη των συνιστώμενων φαρμάκων κ.ά., με τον ενδόμυχο φόβο ότι η έκθεσή τους σ' αυτές θα προκαλέσει κρίση άγχους ή πανικού.

Δείκτες επιτυχούς πορείας της θεραπείας έκθεσης είναι τα παρακάτω:

1. Η ψυχοφυσιολογική αντίδραση και ο υποκειμενικός φόβος πρέπει να εκλυθούν κατά την έκθεση.
2. Οι αντιδράσεις του φόβου πρέπει προοδευτικά να μειώνονται κατά τη διάρκεια της έκθεσης (εξοικείωση μέσα στη συνεδρία).
3. Η αντίδραση φόβου στην αρχή κάθε νέας συνεδρίας έκθεσης να ελαττώνεται από συνεδρία σε συνεδρία (εξοικείωση μεταξύ των συνεδριών).

β. Η *παρεμπόδιση απάντησης* ή *αποτρεπτική στρατηγική*, κατά την οποία παρεμποδίζεται για ορισμένο χρονικό διάστημα κάθε συμπεριφορά αποφυγής σε μια αγχογόνο ή προβληματική συμπεριφορά.

4.3. Τεχνικές που βασίζονται στην αρχή της συντελεστικής μάθησης

Σύμφωνα με την αρχή αυτή, κάθε συμπεριφορά μαθαίνεται μεν γιατί συνδέεται με κάποια παρόμοια επιθυμητή, όμως διαιωνίζεται επειδή ενισχύεται κατά τρόπο συστηματικό (π.χ. η συστηματικά καλή βαθμολόγηση διαιωνίζει τη συνεπή απόδοση στα μαθήματα ή, σύμφωνα με τα προηγούμενα, το συνεπές φιλοδώρημα του υποκλινόμενου θυρωρού διαιωνίζει τη «συμπεριφορά υπόκλισης»). Στην κατηγορία αυτή υπάγονται οι παρακάτω θεραπευτικές τεχνικές:

1. Η *εκλεκτική ενίσχυση*, κατά την οποία ενισχύονται επιλεκτικά ορισμένες επιθυμητές συμπεριφορές.
2. Η *μίμηση προτύπου*, κατά την οποία ο θεραπευόμενος καλείται να μιμηθεί τη συμπεριφορά κάποιου σημαντικού ή αγαπητού προσώπου.
3. Η *εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες*.
4. Οι διάφορες *στρατηγικές αυτοδιαχείρισης*.

4.4. Συμπεριφορικές-γνωσιακές θεραπευτικές στρατηγικές

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν αρκετές τεχνικές που συνδυάζουν τις θεωρητικές αρχές της μάθησης με τις αρχές της γνωσιακής ψυχολογίας. Οι τεχνικές αυτές αποσκοπούν όχι μόνο στη μεταβολή της έκδηλης συ-

μπεριφοράς, αλλά και σε τροποποίηση των «γνωσιακών σχημάτων», των πεποιθήσεων, των συναισθηματικών στάσεων και των προτιμήσεων του ατόμου.

4.5. Στρατηγικές που βασίζονται στον βιο-αναδραστικό έλεγχο σωματικών αντιδράσεων

Βασίζονται στην αρχή ότι πολλές σωματικές λειτουργίες και οι διαταραχές τους (μυϊκός τόνος, θερμοκρασία δέρματος, έκκριση ιδρώτα, αρτηριακή πίεση, καρδιακός ρυθμός κ.λπ.) είναι αυτοματοποιημένες και γίνονται χωρίς την ενσυνείδητη γνώση του ατόμου.

Με τη χρήση της βιοανάδρασης (biofeedback) (π.χ. παρακολουθώντας ο ασθενής σε οθόνη τις μεταβολές της αρτηριακής πίεσης) μπορεί να μάθει μέσω της «αρχής δοκιμή-λάθος» να προσαρμόζει τη σκέψη του και άλλες νοητικές λειτουργίες, έτσι ώστε να ελέγχει τις αυτόνομες (ακούσιες) σωματικές λειτουργίες όπως αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία, γαστρεντερική λειτουργία, εγκεφαλική ηλεκτροφυσιολογική δραστηριότητα.

5. Συμπεριφορική Ιατρική

Στα πλαίσια του βιο-ψυχο-κοινωνικού μοντέλου των νοσημάτων που κυριαρχεί τα τελευταία χρόνια, έχει αναπτυχθεί ένας νέος κλάδος της θεραπείας συμπεριφοράς που τιτλοφορείται «Συμπεριφορική Ιατρική» (Behavioral Medicine) και ορίζεται ως «η εφαρμογή της βιοσυμπεριφορικής επιστήμης στην κατανόηση, πρόληψη και θεραπεία των ιατρικών νοσημάτων». Ο όρος συμπεριλαμβάνει όχι μόνο τη συμπεριφορική θεραπεία και πρόληψη, αλλά και την έρευνα των μηχανισμών των διαταραχών υπό το πρίσμα της συμπεριφορικής θεώρησης.

Το πεδίο αυτό προέκυψε ως αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεων διαφόρων επιστημονικών τομέων.

Επιδημιολογικές μελέτες στις ΗΠΑ έχουν δείξει ότι εδώ και αρκετά χρόνια οι πιο κοινές αιτίες θανάτου στις ΗΠΑ δεν είναι πια οι μολυσματικές ασθένειες αλλά χρόνια νοσήματα, όπως τα καρδιακά νοσήματα, ο καρκίνος και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Οι μελέτες αυτές επισημαίνουν ότι αρκετοί από τους παράγοντες επικινδυνότητας των χρονίων αυτών νοσημάτων είναι ουσιαστικά συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση φαγητού (συμπεριλαμβανομένων των πολύ λιπαρών φαγητών), η ελάχιστη σωματική άσκηση, η αυξημένη λήψη άλατος, και το στρες.

Εφόσον για την καλύτερη αντιμετώπιση και πρόληψη των νοσημάτων αυτών απαιτούνται διαδικασίες για την τροποποίηση συμπεριφορών επικινδυνότητας, η θερα-

πεία συμπεριφοράς αποτελεί τη βάση για ό,τι έχει γίνει γνωστό ως «παρεμβάσεις στον τρόπο διαβίωσης» (lifestyle interventions). Μια σημαντική προσπάθεια της βιοσυμπεριφορικής επιστήμης είναι η διερεύνηση των μηχανισμών μέσω των οποίων οι παράγοντες επικινδυνότητας παρεμβαίνουν στις διεργασίες της νόσησης. Για παράδειγμα, μία από τις πρώτες εφαρμογές της έρευνας της συμπεριφορικής ιατρικής είναι η ιδιοπαθής υπέρταση.

Τρεις κύριες προσεγγίσεις στη θεραπεία και, σε κάποιον βαθμό, στην πρόληψη, έχουν αναδυθεί τα τελευταία χρόνια: (1) η εκπαίδευση στη χαλάρωση, (2) βιοαναδραστικές τεχνικές, και (3) τεχνικές διαχείρισης του σωματικού βάρους.

6. Ενδείξεις των θεραπειών συμπεριφοράς

Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία έχει ευρεία εφαρμογή: (α) σε πλήθος ψυχιατρικών διαταραχών (αγχώδης διαταραχή, κατάχρηση ουσιών, σχιζοφρένια) (β) ψυχολογικά προβλήματα (άρνηση σχολείων, στρες), και (γ) ιατρικά προβλήματα (προσαρμογή σε χρόνια νόσο, συμμόρφωση σε θεραπευτικό πρόγραμμα, συμπεριφορά υγιεινής) (πίνακας 2).

Χρησιμοποιείται κατά την υπολειμματική φάση σε χρόνιους ασθενείς, ενώ σημαντική είναι η συμβολή της σε προγράμματα αποκατάστασης (απο-αυτολοποίησης).

Αξιοσημείωτο είναι ότι από τις διάφορες συμπεριφορικές τεχνικές έχουν δοκιμασθεί προγράμματα ρύθμισης των ενισχύσεων μέσω ανταμοιβής, με σκοπό τη

Πίνακας 2. Θεραπευτικοί στόχοι θεραπείας συμπεριφοράς.

Νοσολογικές οντότητες	Θεραπευτικοί στόχοι
Κρίσεις πανικού	Σωματικές καταστάσεις ψυχοφυσιολογικής υπερεγρήγορης
Αγοραφοβία	Εγκατάλειψη οικείων χώρων
Σύνδρομο μετατραυματικού στρες	Τραυματικές μνήμες
Οξύ στρες	Εγκατάλειψη χώρων, ανθρώπων, δραστηριοτήτων
Ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά	Ιδεοληψίες, εκλυτικά ερεθίσματα ψυχαναγκαστικών συμπεριφορών
Κοινωνική φοβία	Αποφυγή κοινωνικών εκδηλώσεων
Διαταραχή γενικευμένου άγχους	Εκδηλώσεις άγχους (ανησυχία)
Ειδική φοβία	Φοβικά ερεθίσματα («ύψος», αράχνες, φίδια κ.λπ.)

βαθμιαία κινητοποίηση των ασθενών και τον έλεγχο ελλειμμάτων της συμπεριφοράς (αρνητικά συμπτώματα).

Αρκετά καλά αποτελέσματα έχουν εξασφαλισθεί με τα διάφορα προγράμματα εκπαίδευσης για απόκτηση δεξιοτήτων, με τη βοήθεια μαγνητοσκοπημένων συμπεριφορών (του ασθενούς αλλά και των άλλων), ενώ με την υιοθέτηση δεδομένου ρόλου (σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο) καθίσταται εφικτή η τροποποίηση της κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου.

Είναι αξιοσημείωτο ότι –όχι σπάνια– η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία παρέχεται από τους ειδικούς όχι κατ' ανάγκη σε ψυχιατρικά ιδρύματα. Το γεγονός αυτό φαίνεται ότι μειώνει το κόστος υγείας, ενώ συμβάλλει αποφασιστικά στη μείωση-εξάλειψη των συμπτωμάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η θεραπεία συμπεριφοράς έχει δυνατότητα εφαρμογής σε πάσχοντες όλου του ηλικιακού φάσματος (παιδιά, έφηβοι, ενήλικοι, υπερήλικες).

Είναι αναγκαίο κάθε φορά να συνεκτιμάται το πλαίσιο στο οποίο ζει ο/η πάσχων/ουσα (κοινωνικό, πολιτισμικό, εξελεγκτικό). Για παράδειγμα, η θεραπεία παιδιών δίνει προτεραιότητα στο γνωσιακό στάδιο εξέλιξης που βρίσκεται το παιδί, και ταυτόχρονα προϋποθέτει τη συμπεριφορά γονέων και δασκάλων. Ανοίκοι υπερήλικες μπορούν να ενεργοποιηθούν εάν οι φροντιστές υγείας εκπαιδεύουν στη χρήση των κανόνων συμπεριφορικής κινητοποίησης.

Αναγκαία κάθε φορά είναι η συνεκτίμηση του πολιτισμικού πλαισίου και της γλώσσας, δεδομένης της συμβολής του τόσο στη διαγνωστική εκτίμηση όσο και στο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

7. Αποτελεσματικότητα ψυχοθεραπείας

Γενικές επιστημονικές με επιπτώσεις στη θεωρία, την έρευνα και την κλινική πρακτική.

Συμπεριφορικές ψυχοθεραπείες που υποβλήθηκαν σε επιστημονικό έλεγχο έδειξαν σαφές όφελος για τους ασθενείς όταν η σύγκριση έγινε προς τους μη θεραπευθέντες ή τους αντιμετωπισθέντες με placebo. Το όφελος κυμαίνεται από 40% έως 70% και αφορά τόσο στην ύφεση των συμπτωμάτων όσο και στη βελτίωση της λειτουργικότητας. Τέτοιου είδους ποσοτικοποιήσεις διευκολύνουν θεραπευτικούς σχεδιασμούς καθώς και πολιτικές αποφάσεις.

7.1. «Διάρκεια» αποτελεσμάτων ψυχοθεραπείας

Παρότι είναι δύσκολο να αποτιμηθεί η συγκεκριμένη διάσταση, υφίστανται ενδείξεις που πιστοποιούν ότι

υφίσταται διατήρηση και παγίωση του αποτελέσματος και μετά τη διακοπή της θεραπείας. Εντούτοις διαπιστώνονται και περιπτώσεις με βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα.

Επίσης, η φύση και η βαρύτητα των εκάστοτε προβλημάτων συμπεροσδιορίζει είτε τη διάρκεια της θεραπείας είτε τον ρυθμό των θεραπευτικών συνεδριών (απλές φοβίες απαιτούν βραχύβιες θεραπείες, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή κατά κανόνα προϋποθέτει θεραπείες μεγαλύτερης διάρκειας). Η θεραπεία ουσιοεξαρτημένων στην αρχική φάση ελέγχου της εξάρτησης προϋποθέτει συστηματικές συνεδρίες, ενώ η φάση της πρόληψης υποτροπών προϋποθέτει λιγότερο συχνές συνεδρίες.

7.2. «Δόση» ψυχοθεραπείας

Σε οξείες φάσεις της συμπτωματολογίας έχει απόλυτη προτεραιότητα η εφαρμογή των ενδεικνυομένων σωματικών (συμπτωματικών) μεθόδων θεραπείας, π.χ. φαρμακοθεραπεία.

Όταν επέρχεται η ύφεση των σωματικών συμπτωμάτων, η ψυχοθεραπεία μπορεί να αναλαμβάνει πρωτεύοντα ρόλο.

Η «δοσολογία» της παρεχόμενης σωματικής θεραπείας ή της ψυχοθεραπείας εξαρτάται κατά κανόνα από την ένταση της προβαλλόμενης συμπτωματολογίας.

Είναι χρήσιμο να υπενθυμίσουμε ότι οι θεραπευτικοί στόχοι οφείλουν να εξατομικεύονται με γνώμονα την ουσιαστική θεραπεία του πάσχοντος (πίνακας 3).

Η θεραπεία αποσκοπεί: (α) στην ώριμη διαμόρφωση της ζωής, (β) στη βελτίωση της φυσικής και επαγγελματικής απασχόλησης, (γ) στην αποφυγή των συνθηκών που επάγουν την υποτροπή, (δ) στη μειωμένη χρήση δευτερογενούς οφέλους σχετιζόμενου με τον ρόλο του ασθενούς και (ε) στην ενίσχυση της ικανότητας να προσαρμόζεται ο ασθενής στην ύπαρξη της νόσου.

7.3. Ποιες μορφές ψυχοθεραπείας υπερτερούν

Υποστηρίζεται ότι η συμπεριφορική, η γνωσιακή και η βασιζόμενη σε εκλεκτικά μίγματα αυτών θεραπειών, υπερτερούν των παραδοσιακών μορφών ψυχοδυναμικής αφετηρίας με τις παραλλαγές τους (βλέπε κρίσεις πανικού, φοβίες, ψυχαναγκασμοί, παιδική επιθετικότητα, ψυχωσική συμπεριφορά).

Πίνακας 3. Φάσεις και περιεχόμενο μιας τυπικής θεραπείας συμπεριφοράς σε ιδεοψυχαναγκαστικό ασθενή (έκθεση σε ερεθίσματα με αναστολή αντιδράσεων).

Γνωσιακή προετοιμασία και ενίσχυση κινήτρου για την «έκθεση»	Ψυχοεκπαίδευση ως προς το άγχος (Η λειτουργική αποστολή του άγχους, η τυπική πορεία της αγχώδους αντίδρασης)	Συναλλαγή με την αμφιθυμία απέναντι στην έκθεση Αποτύπωση ελλειμματικών εναλλακτικών για την έκθεση στα ερεθίσματα, με αναστολή αντιδράσεων
Διαμόρφωση μιας ιεραρχίας άγχους	Συγκέντρωση συγκεκριμένων αγχωδών εκδηλώσεων και ιεραρχική κωδικοποίηση με βάση την ένταση του άγχους (0–10)	Άγγιγμα χωρίς γάντια του πόμολου της πόρτας τουαλέτας (10) και της πόρτας γραφείου (7)
Πρόσκληση στον ασθενή να περιγράψει την πορεία του αναμενόμενου άγχους	Θεραπευτής: «Πόσο θα αυξηθεί το άγχος κατά την έκθεση; Για πόσο θα παραμείνει σ' αυτό το επίπεδο;»	Ασθενής: «Το άγχος θα ενταθεί πολύ γρήγορα και θα μειωθεί όταν θα έχω πλύνει τα χέρια»
Επανάληψη της γνωσιακής προετοιμασίας	Δυνητική αμφιβήτηση των πλεονεκτημάτων-μειονεκτημάτων της θεραπευτικής έκθεσης (από τον ασθενή) Αναζήτηση εναλλακτικών στάσεων Εκλογίκευση των καταστροφικών φόβων του ασθενούς	Ισχυρή αμφιθυμία από την πλευρά του ασθενούς Φόβοι με καταστροφικές συνέπειες λόγω της έκθεσης (φόβοι ότι δεν θα αντέξει το άγχος) Με βάση την έντονη ενόγληση-δυσφορία –με την ελπίδα για μείωση των συμπτωμάτων– τελικά συμμετέχουν στη θεραπευτική έκθεση
Πραγματοποίησή της	Γραφική απεικόνιση του επιπέδου του άγχους (κάθε 1–3 min). Εμποδισμός (αναστολή) γνωσιακών στρατηγικών αποφυγής κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής έκθεσης	Αρχικά έντονο άγχος που ξεκινά να μειώνεται μετά από 15–20 min Μετά από 30 min είναι αισθητή η μείωση του άγχους και της συνοδού έντασης (Σε εκσεσημασμένες κλινικές περιπτώσεις η διάρκεια φθάνει μέχρι και ώρες μέχρι να εξοικειωθεί ο ασθενής με την αγχώδη αντίδραση)
Αξιολόγηση της εφαρμοσθείσας θεραπευτικής έκθεσης	Στη συνέχεια κεντρικό ζήτημα είναι η σύγκριση της προβλεπόμενης πορείας του άγχους κατά τη θεραπευτική έκθεση αναφορικά με την παρατηρηθείσα	Διατύπωση αποριών από μέρος του/της ασθενούς αναφορικά με τη διακύμανση του άγχους
Ανάθεση της «έκθεσης» στην υπευθυνότητα του/της ασθενούς	Επειδή η παρουσία του θεραπευτή παρέχει θεραπευτική ασφάλεια, η έκθεση να λάβει χώρα χωρίς τον θεραπευτή	Αναλαμβάνει ο ασθενής

8. Ψυχοφυσιολογικά ισοδύναμα και προγνωστικοί δείκτες της συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας

Σύγχρονες μεθοδολογικές προσεγγίσεις παρέχουν πληροφορίες αναφορικά με την επίπτωση της συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας σε επίπεδο λειτουργικής επίδοσης των νευρωνικών κυκλωμάτων του εγκεφάλου. Κατά κανόνα η λειτουργική επίδοση αποτιμάται με την καταγραφή του τοπικού εγκεφαλικού μεταβολισμού ή της ηλεκτρομαγνητικής εγκεφαλικής δραστηριότητας, μέσω απεικονιστικών ή ηλεκτρομαγνητικών μεθόδων αντίστοιχα.

Ενδεικτικά, έχει παρατηρηθεί μείωση της εγκεφαλικής δραστηριότητας στον κερκοφόρο πυρήνα των ιδεοψυχαναγκαστικών ασθενών, με αίσια έκβαση κατόπιν

υποβολής σε συμπεριφορικού τύπου ψυχοθεραπεία. Αξιοσημείωτο είναι ότι ανάλογη εικόνα τοπικού εγκεφαλικού μεταβολισμού παρέχει και η ευνοϊκή ανταπόκριση στα ψυχοφάρμακα (αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης).

Άλλα ενδεικτικά παραδείγματα είναι η μείωση της δραστηριότητας του προσαγωγίου φοβικών ασθενών κατόπιν επιτυχούς θεραπευτικής αντιμετώπισης με συμπεριφορική ψυχοθεραπεία.

Στους καταθλιπτικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε συμπεριφορικού τύπου ψυχοθεραπεία παρατηρείται (με το πέρας της ευνοϊκής ανταπόκρισης) μειωμένος τοπικός εγκεφαλικός μεταβολισμός σε φλοιικές περιοχές, κατά κανόνα στη ραχιαία περιοχή του μετωπιαίου λοβού, όπως και στον προ-μετωπιαίο λοβό. Αντίθετα, η

φαρμακοθεραπεία (με το πέρας της ευνοϊκής ανταπόκρισης) συνοδεύεται από αυξημένο τοπικό εγκεφαλικό μεταβολισμό σε υποφλοιώδεις σχηματισμούς και στο μεταχιαμακό σύστημα.

Η απόπειρα να συνδυαστούν τα ευρήματα αυτά σε μια ολοκληρωμένη εικόνα ικανή να βρoσκειται σε συμφωνία με τα συμπτώματα υποκειμενικού και συμπεριφορικού επιπέδου, δεν είναι απλή υπόθεση.

Με δεδομένο ότι για τη δημιουργία και τη συντήρηση της κατάθλιψης συζητώνται η δυσλειτουργία των κέντρων αμοιβής και τιμωρίας σε επίπεδο κεντρικού νευρικού συστήματος ή η δυσλειτουργία των συστημάτων εγρήγορης-αναστολής σε επίπεδο νευρωνικών κυκλωμάτων αγωγής και επεξεργασίας πληροφοριών, αδρά θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι τα μεν ψυχοφάρμακα ασκούν τη δράση τους σε κεντρομόλα τμήματα του συστήματος επεξεργασίας πληροφοριών (Bottom-up inhibition), ενώ η συμπεριφορικού τύπου ψυχοθεραπεία ασκεί μια δράση από το κέντρο προς την περιφέρεια (top-down effect) που αφορά στα μετωπο-μεταιχμακά κυκλώματα, με συνέπεια τον αποδοτικότερο μεταβολισμό των συναισθηματικών πληροφοριών και τη μετάθεση της προσοχής σε ρεαλιστικούς στόχους ζωής και στρατηγικές.

Η μειωμένη δραστηριότητα του προσαγωγίου (Cingulate), σε συνδυασμό με την αυξημένη δραστηριότητα της αμυγδαλής (Amygdala) σε προκλητά ερεθίσματα αρνητικής συναισθηματικής φόρτισης (λεκτικά σήματα), σηματοδοτούν δείκτες ευνοϊκής ανταπόκρισης καταθλιπτικών ασθενών σε συμπεριφορικού τύπου ψυχοθεραπεία. Ανάλογη ευνοϊκή έκβαση επιδεικνύουν καταθλιπτικοί ασθενείς που παρουσιάζουν έντονη ψυχοφυσιολογική απαντητικότητα σε θετικά ερεθίσματα κατά την οξεία φάση της νόσου.

9. Περιορισμοί, επιπλοκές και αντενδείξεις

Κατά καιρούς έχουν εγερθεί επιφυλάξεις για την εφαρμογή μαθησιακών αρχών για τον έλεγχο της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Σε ειδικές καταστάσεις είναι αναγκαίο ο θεραπευτής να εξετάσει ηθικά ζητήματα που αναδύονται από την εφαρμογή της θεραπείας συμπεριφοράς, όπως κατά την εφαρμογή της θεραπείας αποτροφής.

Η συγκεκριμένη μέθοδος εφαρμόζεται μόνο όταν υφίστανται σοβαρά συμπτώματα, ικανά να βλάψουν

τον πάσχοντα ή άλλους ανθρώπους, και ο πάσχων δεν ανταποκρίνεται σε εναλλακτικές θεραπείες.

Στην προκειμένη περίπτωση, το θεραπευτικό πρόγραμμα διαμορφώνεται από όλη τη θεραπευτική ομάδα, συμπεριλαμβανομένου του παθολόγου, ο οποίος αποτιμά κάθε δυνητική οργανική επιπλοκή ή κίνδυνο. Τυπικά, προϋποτίθεται η έγγραφη συγκατάθεση του ασθενούς.

Εάν η θεραπεία απόσβεσης δεν εφαρμοσθεί κατάλληλα, μπορεί να επιφέρει άγχος και να δημιουργήσει επιπλοκές και παρενέργειες. Παρότι οι σχετικές επιπλοκές και παρενέργειες είναι σχετικά σπάνιες, είναι αναγκαίο η θεραπευτική παρέμβαση να προϋπολογίζει τις αντενδείξεις της θεραπείας απόσβεσης (π.χ. ο ασθενής έχει νόσο στην οποία αντενδείκνυται η υπερεγρήγορη, ή ο ασθενής δεν μπορεί να αντέξει το στρες).

Οι επικριτές της θεραπείας συμπεριφοράς χρησιμοποιούν επίσης το επιχείρημα ότι η προσαρμογή στις προδιαγραφές του ασθενούς, στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του και στις διαγνωστικές διαφορές είναι «προκρούστεια» αντιμετώπιση, ενώ συμπληρώνουν ότι διαπροσωπικοί, κοινωνικοί και συναισθηματικοί παράγοντες προβάλλουν σαν καθοριστικοί παράγοντες για τη βελτίωση των ασθενών.

10. Επίλογος

Οι αρχές και οι τεχνικές της ψυχοθεραπείας συμπεριφοράς εκπορεύονται από τις θεωρίες της μάθησης. Σ' αυτό το πλαίσιο, η ισχύς της ψυχοθεραπείας συμπεριφοράς προϋποθέτει την ταυτοποίηση της συμπεριφοράς-στόχου που πρέπει να αλλάξει, τους θεραπευτικούς σκοπούς που πρέπει να επιτευχθούν και τις μετρήσεις που θα αξιολογήσουν τη θεραπευτική έκβαση.

Κάθε θεραπευτικό πρόγραμμα εξατομικεύεται. Η ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς θεωρείται η θεραπεία επιλογής για πλειάδα ψυχικών διαταραχών, καθότι υφίστανται συγκλίνουσες ενδείξεις που συνηγορούν για την αποτελεσματικότητά της, την αξιοπιστία της, και την ευνοϊκή σχέση οφέλους/κόστους που διαθέτει.

Αυτό που χαρακτηρίζει τις θεραπείες συμπεριφοράς είναι ο έλεγχος της αποτελεσματικότητάς τους με ομάδες ελέγχου. Ένα άλλο χαρακτηριστικό τους είναι η μελέτη των μηχανισμών των προβληματικών συμπεριφορών, η οποία προσφέρει νέες γνώσεις και ευνοεί την ανάπτυξη νέων στρατηγικών αντιμετώπισης των ψυχολογικών προβλημάτων και των ψυχικών διαταραχών.

Οι εργασίες αυτές οδήγησαν στην αναγνώριση παραγόντων επικινδυνότητας διαφόρων διαταραχών και

στη δυνατότητα τροποποίησής τους μέσω των στρατηγικών συμπεριφοράς.

Έτσι, η θεραπεία συμπεριφοράς διασυνδέεται με τις επιστήμες συμπεριφοράς για την καλύτερη κατανόηση της αιτιολογίας των ψυχικών διαταραχών.

Μια άλλη σημαντική εξέλιξη είναι η δημιουργία θεραπευτικών εγχειριδίων. Τα εγχειρίδια αυτά εξυπηρετούν τόσο την έρευνα και τη βελτίωση των στρατηγικών συμπεριφοράς, όσο και την κλινική εφαρμογή τους.

Κύρια Σημεία

- Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία απαρτιώνει την πείρα της εφαρμογής και έρευνας των θεωριών της μάθησης. Ειδικότερα, προϋποθέτει ότι προβληματική «νοσηρή» συμπεριφορά μορφοποιείται μέσω «θετικών» ή/και «αρνητικών» ενισχυτών συνειρμικής ή επεμβατικής μάθησης. Τέλος, βασίζεται στη συμπεριφορική ανάλυση.
- Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει διακριτές συμπεριφορικές στρατηγικές «τεχνικές».
- Στρατηγικές που βασίζονται στην αρχή της αντενεργού εξάρτησης. Εδώ ανήκουν δύο κυρίως θεραπευτικές τεχνικές: (1) Η συστηματική απευαισθητοποίηση, και (2) η θεραπεία αποτροφής.
- Στρατηγικές που βασίζονται στην αρχή της απόσβεσης. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι παρακάτω τεχνικές: (1) Η στρατηγική της «έκθεσης» και (2) η «παρεμπόδιση απάντησης» ή «αποτρεπτική στρατηγική».
- Τεχνικές που βασίζονται στην αρχή της συντελεστικής μάθησης. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται θεραπευτικές τεχνικές: (1) Η «εκλεκτική ενίσχυση», (2) η «μίμηση προτύπου», (3) η «εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες» και (4) οι διάφορες στρατηγικές «αυτοδιαχείρισης».
- Στρατηγικές που βασίζονται στον βιο-αναδραστικό έλεγχο σωματικών αντιδράσεων.
- Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία έχει ευρεία εφαρμογή: (α) σε πλήθος ψυχικών διαταραχών (αγχώδης διαταραχή, κατάχρηση ουσιών, σχιζοφρένεια), (β) σε διάφορα ψυχολογικά προβλήματα (άρνηση σχολείων, στρες), και (γ) σε ιατρικά προβλήματα (προσαρμογή σε χρόνια νόσο, συμμόρφωση σε θεραπευτικό πρόγραμμα, συμπεριφορά υγιεινής).
- Συμπεριφορικές ψυχοθεραπευτικές τεχνικές που υποβλήθηκαν σε εμπειρικό έλεγχο έδειξαν σαφές όφελος για τους ασθενείς όταν η σύγκριση έγινε προς τους μη θεραπευθέντες ή αντιμετωπισθέντες με placebo.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

- Arolt V, Kersting A. *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Springer, Berlin, 2010
- Fuchs T, Birbaumer N, Lutzenberger W, Gruzelier JH, Kaiser J. Neurofeedback treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder in children: a comparison with methylphenidate. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2003, 28:1-12
- Lambert JM, Bergin EA, Garfields LS (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th edition. John Wiley & Sons, Inc. New York, 2004

- Popov T, Jordanov T, Rockstroh B, Elbert T, Merzenich MM, Miller GA. Specific cognitive training normalizes auditory sensory gating in schizophrenia: a randomized trial. *Biol Psychiatry* 2011, 69:465-471
- Stanley AM, Beidel CD. Behavior Therapy. In: Sadock JB, Sadock AV, Ruiz P (eds) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Lippincott Williams & Wilkins. New York, 2009: 2781-2803

Γνωσιακή ψυχοθεραπεία

Ι.Γ. Παπακώστας, Α. Πεχλιβανίδης, Ι. Μιχόπουλος

1. Εισαγωγή

Η καθιερωμένη γνωσιακή ψυχοθεραπεία (ΓΨΘ) –όπως διατυπώθηκε από τον Beck– είναι μια δομημένη παρέμβαση, εστιασμένη, με προκαθορισμένους στόχους, ευδιάκριτη μορφή και περιεχόμενο. Συνήθως εφαρμόζεται ως βραχεία θεραπεία για τις περισσότερες διαταραχές του άξονα Ι κατά DSM-IV-TR, με εβδομαδιαίες κατά κανόνα συνεδρίες, διάρκειας 50 min η κάθε μία, συνολικά κυμαινόμενες από 15 έως 30.

Η ανίχνευση (μαιευτική) και αντιμετώπιση (έλεγχος) δυσλειτουργικών νοητικών κατασκευών (constructs) ή «γνωσιών» (cognitions) που θεωρείται ότι συμμετέχουν στην αιτιοπαθογένεια της συγκεκριμένης ψυχοπαθολογίας, αποτελούν την πεμπτούσια της παρέμβασης. Ασθενής και θεραπευτής συνεργάζονται για την ανάδειξη των πεποιθήσεων-γνωσιών του πρώτου και την επεξεργασία τους ως «υποθέσεων εργασίας». Ακολούθως, εξετάζεται κατά πόσον αυτές συμμετέχουν πιθανόν στην πρόκληση ψυχοπαθολογίας. Μέσα από αυτή την επεμβατική διαδικασία αναμένεται τροποποίηση των δυσλειτουργικών γνωσιών που, συμπαρασύροντας και τις άλλες ψυχοπαθολογικές παραμέτρους (σωματικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές), θα οδηγήσει σε ουσιαστική βελτίωση, αλλά και πρόληψη των υποτροπών. Τα μέχρι τώρα ερευνητικά δεδομένα είναι ενθαρρυντικά.

2. Νοητικές κατασκευές ή γνωσίες

Στην κλινική πρακτική, ως «νοητικές κατασκευές» ή «γνωσίες» θεωρούνται όλες εκείνες οι νοητικές δραστηριότητες που παρεμβάλλονται μεταξύ των ερεθισμάτων και των απαντήσεων, κατά το σχήμα «ερέθισμα-γνωσίες-απάντηση». Οι γνωσίες σχηματοποιούνται στο τρίπτυχο:

2.1. Περιεχόμενο σκέψης (αυτόματες σκέψεις)

Πρόκειται για το χωρίς διακοπή εξελισσόμενο ρεύμα των νοητικών δραστηριοτήτων (stream of thought), άλλοτε «ψυχρού» (cold cognitions) και άλλοτε «έμφορτου» συναισθημάτων (hot cognitions), το οποίο μας αποκαλύπτει την τωρινή κατάσταση του ατόμου, αναφορικά με τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον. Πλην των ευδιάκριτων, αναγνωρίσιμων και προς

«δημοσία χρήση» στοιχείων του, υπάρχει επίσης και το λιγότερο αναγνωρίσιμο, το αυτονόητο, μη-λογοκρομένο, «προσωπικής χρήσης» στοιχείο της σκέψης, αυτό που ο Beck αποκάλεσε «αυτόματες σκέψεις» (automatic thoughts). Η συστηματική καταγραφή των αυτόματων σκέψεων στην κλινική πρακτική, μετά από κατάλληλη εκπαίδευση του θεραπευόμενου, αποτελεί βασική επιδίωξη της γνωσιακής ψυχοθεραπείας.

2.2. Διεργασίες (μηχανισμοί) της σκέψης

Εξετάζοντας προσεκτικά τις αυτόματες σκέψεις σε συνάρτηση με τα συμβάντα που τις πυροδότησαν, μπορούν να εξαχθούν οι κανόνες που χρησιμοποίησε το άτομο κατά την επεξεργασία αυτών των συμβάντων, όπως π.χ. υποτίμηση των θετικών, εξαγωγή αυθαιρέτων συμπερασμάτων κ.λπ.

2.3. Δομή σκέψης: Πεποιθήσεις-σχήματα

Οι γνωσίες αυτές, που αναφέρονται ως «πυρηνικές» πεποιθήσεις ή σχήματα, συνήθως ασυνείδητες ή σε κάποιον βαθμό συνειδητές, συνιστούν τις μονιμότερες πλευρές των νοητικών δραστηριοτήτων. Παράγωγα πρώιμων εμπειριών, συνεχώς αναδομούμενα σε μικρό ή μεγάλο βαθμό από αυτές, αποτελούν ταυτόχρονα τα νοητικά «εργαλεία» επεξεργασίας και οργάνωσης της τρέχουσας εμπειρίας του ατόμου (π.χ. ένα άτομο που μεγάλωσε σε περιβάλλον συναισθηματικής φτώχειας, αναπτύσσει την πεποίθηση ότι δεν είναι άξιος να αγαπηθεί από τους άλλους). Σ' αυτή τη διεργασία επεξεργασίας και οργάνωσης των διαφόρων συμβάντων «αφήνουν» τα «αποτυπώματά» τους (γνωσιακές διεργασίες και αυτόματες σκέψεις), μέσα από τα οποία είναι δυνατή η ιχνηλάτησή τους. Μπορούν να διατυπωθούν ως «τελεσίδικες» προτάσεις, π.χ. «είμαι ανάξιος», «ο κόσμος είναι μια ζούγκλα», ή ως ενδιάμεσες πεποιθήσεις, π.χ. «αν τους ευχαριστήσω όλους, τότε θα με αγαπήσουν». Η σχετικά σταθερή παρουσία τους εξασφαλίζει στο άτομο την αίσθηση της ταυτότητας (το τωρινό άτομο μοιάζει με το χθεσινό) και της ιδιαιτερότητας (το άτομο Α διαφέρει από το άτομο Β).

3. Ρόλος των γνωσιών στην ψυχοπαθολογία

Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, γνωσιακές παράμετροι (δομής, λειτουργίας και περιεχομένου) συμβάλλουν

στην αιτιοπαθογενετική αλυσίδα που οδηγεί στην κλινική εκδήλωση της εκάστοτε διαταραχής (πίνακας 1).

Με βάση την παραπάνω σχηματοποίηση, το γνωσιακό προφίλ της κατάθλιψης διαμορφώνεται ως ακολούθως (πίνακας 2).

Κάθε ψυχική διαταραχή έχει το δικό της γνωσιακό προφίλ και τις σχετικές επεμβατικές στρατηγικές που κατοχυρώνονται κάτω από τις γενικές αρχές της γνωσιακής ψυχοθεραπείας. Το ιδιαίτερο δυσλειτουργικό γνωσιακό προφίλ των κυριότερων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, εστιαζόμενο κυρίως στις φαινομενολογικές πλευρές των γνωσιών:

Κατάθλιψη: Στην κατάθλιψη το άτομο δομεί αρνητικά τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον (αρνητική τριάδα κατάθλιψης). Κεντρικό στοιχείο αποτελεί η απώ-

λεια. Απώλειες (loses), ιδίως πρώιμες, φυσικές (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου) ή συμβολικές (απώλεια αυτοεκτίμησης), οξείες (μονήρεις;) ή «αθροιστικές» (accumulated), συμβάλλουν στη δημιουργία των πεποιθήσεων αυτών.

Μανία: Αποτελεί το κατοπτρικό γνωσιακό είδωλο της κατάθλιψης, με θετικό όμως πρόσημο: ακραία αισιοδοξία στη δόμηση του εαυτού «σπουδαίος», του κόσμου «των απεριόριστων ευκαιριών» και του μέλλοντος «λαμπρού».

Αυτοκτονικότητα: Έλλειψη προοπτικών ή ελπίδων (hopelessness), και ελλείμματα στη σκέψη αναφορικά με την επίλυση προβλημάτων (problem solving) και την εξεύρεση εναλλακτικών λύσεων (alternatives).

Αγχώδεις διαταραχές: Η νοητική δόμηση του εαυτού συντελείται κάτω από πλαίσια απειλής (threat) κατά του εαυτού ή των επιμέρους «συστατικών» του (σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό) που μεγιστοποιείται, ενώ η ικανότητα αντιμετώπισής της ελαχιστοποιείται. Η νοητική αυτή διεργασία, που αποκαλείται «καταστροφολογία» (catastrophizing), χαρακτηρίζει το σύνολο των αγχώδων διαταραχών.

Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής: Στη δόμηση της αξίας του «εαυτού», το βάρος (και η εικόνα) του σώματος παίζουν πρωταρχικό ρόλο, εξ ου και οι απέλπιδες προσπάθειες του ασθενούς να διασφαλίσει το δυσλειτουργικό «σχήμα αξίας και βάρους».

Σχιζοφρενικές και άλλες ψυχώσεις: Τα διάφορα «παρωγικά» συμπτώματα (νεολογισμοί, ψευδαισθήσεις, παραληρήματα) θεωρούνται δευτεροπαθή, απότοκα διαταραχών των γνωσιακών συστημάτων επεξεργασίας των πληροφοριών (information processing), στην επιλογή, διερμηνεία και χρήση της σκέψης.

Διαταραχές προσωπικότητας: Οι δύσκαμπτοι τρόποι στην αντίληψη, στη σκέψη και στη σχέση που χαρακτηρίζουν τους πάσχοντες –χαρακτηριστικά που οδηγούν σε χρόνια προσωπική δυσφορία και δυσλειτουργικότητα– αποδίδονται στη δημιουργία πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων, αναφορικά με τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον.

4. Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία στην πράξη

4.1. Εισαγωγή στη θεραπεία

Δημιουργία κατάλληλης ψυχοθεραπευτικής σχέσης: Πριν από τη σκιαγράφηση των κυριότερων «συμβάντων» στις αλληλοδιάδοχες φάσεις της γνωσιακής παρέμβασης, θεωρείται σκόπιμη η υπενθύμιση της μεγάλης σημασίας της θεραπευτικής σχέσης και των ειδικών δεξιοτήτων που θα πρέπει να κατέχει ο θεραπευτής.

Πίνακας 1. Γνωσιακή αιτιοπαθογενετική συμβολή στην κατάθλιψη.

Προδιάθεση	Δημιουργία πρώιμων δυσπροσαρμοστικών σχημάτων από εμπειρίες αποστορφής (π.χ. απώλειες) και άλλες βιοψυχοκοινωνικές επιρροές
Πυροδότηση	Με την ευκαιρία στρεσογόνων ερεθισμάτων –συμβατών με το περιεχόμενο των σχημάτων, π.χ. απώλεια εργασίας ή σχέσης– τα σε λανθάνουσα ή ημι-λανθάνουσα κατάσταση σχήματα δραστηριοποιούνται, με αποτέλεσμα επιλεκτική (αρνητική) επεξεργασία της εμπειρίας, αρνητικές αυτόματες σκέψεις και συναισθήματα, και δυσλειτουργικές συμπεριφορές
Παράταση	Η αλληλεπίδραση αρνητικών αυτόματων σκέψεων, καταθλιπτικών συναισθημάτων και συμπεριφορών, προκαλεί αρνητική ανατροφοδότηση, επίταση και διαιώνιση της διαταραχής (φαύλος κύκλος κατάθλιψης)

Πίνακας 2. Παράδειγμα γνωσιακού προφίλ ασθενούς με κατάθλιψη.

Αυτόματες σκέψεις	Αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό «είμαι αποτυχημένος», τον κόσμο «δύσκολος, απορριπτικός» και το μέλλον «χωρίς ελπίδα»
Γνωσιακές διεργασίες	Υποτίμηση θετικών «πέρασα τις εξετάσεις από τύχη» και υπερέτιμηση αρνητικών συμβάντων «η επιτυχία μου είναι σταγόνα μέσα στον ωκεανό των αποτυχιών μου»
Γνωσιακές δομές (πεποιθήσεις-σχήματα)	«Είμαι ελαττωματικός και αναξιόλογος»

Συναισθηματική κατανόηση ή ενσυναϊσθήση (empathy), δηλαδή ικανότητα να «βλέπει» συναισθηματικά και νοητικά τον «κόσμο» μέσα από τα μάτια του ασθενούς, χωρίς όμως να ξεχνά ότι δεν είναι ο ασθενής.

Θετικότητα (assertiveness) θεωρείται η ικανότητα να μην «αντιδρά» στις προκλήσεις που συχνά αναφύονται στη διάρκεια της θεραπείας, αλλά να «προσχεδιάζει» και να «απαντά» με νηφαλιότητα, αφενός προάγοντας τη θεραπευτική διαδικασία και αφετέρου προστατεύοντας τα δικαιώματα του ασθενούς και τα δικά του.

Συνεργατικότητα. Η έννοια αυτή αποτυπώνεται κατάλληλα στη ρήση του Beck «μην με εμπιστεύεσαι, δοκίμασέ με» “don’t trust me, test me”. Σύμφωνα με τη ρήση αυτή, το μήνυμα του θεραπευτή προς τον θεραπευόμενο αναφορικά με τη σχέση τους είναι του τύπου «βάζοντας στο εξεταστικό μας τραπέζι το πρόβλημα που σε απασχολεί, εσύ και εγώ θα συνεργαστούμε στην επίλυσή του» (Collaborative empiricism). Για την εμπέδωσή της ο θεραπευτής φροντίζει αφενός με αμφίδρομες ανατροφοδοτήσεις μεταξύ τους να εξομαλύνει φαινόμενα, όπως μεταβίβαση, αντιστάσεις, αντιμεταβίβαση, και αφετέρου, με την ανάθεση εργασίας στο σπίτι, τον πειραματικό έλεγχο των υποθέσεων.

Γνωσιακή αναδιατύπωση (case reformulation): Ερχόμενος αντιμέτωπος με μια κλινική περίπτωση, ο θεραπευτής καλείται αρχικά να απαντήσει –τουλάχιστον προκαταρκτικά– σε τρία ερωτήματα: Ποια είναι η κλινική (φαινομενολογική) εικόνα, ποια τα πιθανά της αίτια και ποιοι ψυχοπαθολογικοί μηχανισμοί συνεργάστηκαν για την εκδήλωσή της.

– *Κλινική εικόνα.* Περιλαμβάνει την εμπεριστατωμένη καταγραφή όλων των παρατηρήσεων, συμπτωμάτων, κλινικών σημείων και παρακλινικών ευρημάτων, όπως προκύπτουν από την κλινική εξέταση αλλά και από το ιστορικό, τα οποία συντελούν με σημαντικό βαθμό αξιοπιστίας στη φαινομενολογική εικόνα ή κατάσταση του ασθενούς. Η καθιέρωση διαφόρων διαγνωστικών συστημάτων (DSM και ICD) διευκολύνει το έργο της αξιόπιστης καταγραφής και αξιολόγησης της συμπτωματολογίας.

– *Αιτιολογία:* Από ένα ολιστικό ή βιοψυχοκοινωνικό (biopsychosocial) σημείο θεώρησης, ο γνωσιακός ψυχοθεραπευτής αναζητεί όλους εκείνους τους παράγοντες που πιθανώς συμμετέχουν στην αιτιοπαθογενετική αλυσίδα μιας συγκεκριμένης ψυχοπαθολογικής διαταραχής, από την προδιάθεση και την πυροδότηση («αφορμές» που «αφυπνίζουν» τη διαταραχή) μέχρι τους παράγοντες που την επιτείνουν ή τη δικαιώνουν (πίνακας 3).

Πίνακας 3. Διαξονική καταγραφή αιτιοπαθογένειας.

	Προδιάθεση	Πυροδότηση	Παράταση
Βιολογικά			
Ψυχολογικά			
Κοινωνικά			

– *Μηχανισμοί μεσολάβησης:* Αυτό είναι το ερώτημα που κυρίως διαφοροποιεί την κάθε σχολή. Ένας βιολογικά προσανατολισμένος ερευνητής θα αναζητήσει περισσότερο τις βιολογικές εξηγήσεις και μηχανισμούς μεσολάβησης (όπως διαταραχές από τους νευροδιαβιβαστές κ.ο.κ.), ενώ στη γνωσιακή προσέγγιση ο θεραπευτής θα εστιάσει στις γνωσιακές παραμέτρους. Θα πρέπει βεβαίως να επισημανθεί ότι οι επιδιώξεις της μιας κατεύθυνσης δεν είναι ασύμβατες με τις επιδιώξεις της άλλης, αφού κινούνται σε διαφορετικό επίπεδο μελέτης του ίδιου φαινομένου, εξ ου και η δυνατότητα συνδυασμού των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Σύγκλιση απόψεων θεραπευτή-θεραπευόμενου: Από τις σπουδαιότερες προτεραιότητες του θεραπευτή είναι να καταγράψει τον βαθμό επίγνωσης ή «εναισθησίας» του ασθενούς, όσον αφορά στη φύση των προβλημάτων του «από τι νομίζετε ότι πάσχετε;», την υποτιθέμενη αιτιολογία τους «πού νομίζετε ότι οφείλεται;», και τέλος το είδος της αγωγής που ενδεχομένως προσδοκά ή φοβάται «τι είδους επέμβαση νομίζετε ότι απαιτείται;».

Η τριπλή αυτή «ιατρική» επικέντρωση –που αποτελεί σταθερό και κοινό σεναριογράφο της ενασχόλησης κάθε ιατρού και κάθε ασθενούς– θα πιστοποιήσει τη συμβατότητα ή μη των νοητικών χαρτογραφήσεων μεταξύ τους. Εξυπακούεται ότι όσο περισσότερο διαίστανται οι μεταξύ τους απόψεις, τόσο πιθανότερη είναι η δυσκολία επίτευξης θεραπευτικής συμμαχίας (therapeutic alliance), πρόβλημα που είναι δυνατόν να οδηγήσει στην ακαταλληλότητα της περίπτωσης για ψυχοθεραπεία ή, αργότερα, σε προβλήματα συμμόρφωσης (compliance) του ασθενούς με τις επεμβατικές διαδικασίες. Είναι επομένως ζωτικής σημασίας η εντόπιση και η αντιμετώπιση αυτών των αποκλίσεων πριν από την εισαγωγή της κυρίως θεραπείας. Στις περιπτώσεις αυτές ένα είδος προ-εκπαίδευσης και εξοικείωσης των ασθενών με τη διαταραχή τους, τα αίτιά της και την προτεινόμενη παρέμβαση –στην περίπτωση αυτή γνωσιακή ψυχοθεραπεία– κρίνεται «εκ των ων ουκ άνευ». Στο τέλος της διαδικασίας αυτής ο θεραπευτής συνοψίζει τον «ιατρικό χάρτη» του θεραπευόμενου και

τον σχολιάζει για να σιγουρευτεί ότι οι προσδοκίες του θεραπευόμενου είναι σε αγαστή συμφωνία με τους γνωσιακούς ψυχοθεραπευτικούς στόχους.

Εξοικείωση:

– *Με τη διαταραχή:* Συχνά είναι πολύ ανακουφιστικό για τους ασθενείς να γνωρίζουν ότι υπάρχει ένα όνομα γι' αυτό από το οποίο πάσχουν (π.χ. κοινωνική φοβία, διαταραχή πανικού) και πως δεν είναι οι μόνοι που εκδηλώνουν τη διαταραχή. Πέρα από την επίγνωση μειώνεται και η αίσθηση του στίγματος.

– *Με την αιτιοπαθογένεια:* Ο ασθενής μπει στη λεγόμενη «πολυπαράγοντική» (multi-factorial) αιτιολογία, κατά την οποία βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί και πιθανόν πνευματικοί (spiritual) (δηλαδή αυτοί που έχουν σχέση με τη θρησκευτική ή μεταφυσική ενασχόληση) παράγοντες συμβάλλουν στην αλωσίδα της προδιάθεσης, πυροδότησης (εκδήλωσης) και παράτασης (διαιώνισης) της νόσου. Οι πληροφορίες αυτές αίρουν τις συνήθως μονοδιάστατες εξηγήσεις για τα προβλήματά τους και τις μομφές που απευθύνουν στους άλλους, συνήθως γονείς (ετερομομφή), ή στους εαυτούς τους (αυτομομφή). Επιπλέον, η πολυπαράγοντική θεώρηση των αιτιών νομιμοποιεί τη θεραπευτική αξίωση των διαφόρων προσεγγίσεων (φαρμακευτικών ή ψυχο-κοινωνικών).

– *Με τη γνωσιακή ψυχοθεραπεία:* Μολονότι αυτή συντελείται προοδευτικά κατά την εξελισσόμενη θεραπευτική διαδικασία, εντούτοις από την αρχή ο ασθενής ενημερώνεται για ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά της, όπως:

Τη διάρκεια των συνεδριών, τη συχνότητά τους και τον κατά προσέγγιση συνολικό τους αριθμό.

Τον ενεργότερο –σε σχέση με τις παραδοσιακές ψυχοθεραπείες– ρόλο του θεραπευτή στον κοινό στόχο εκμείυσης και ελέγχου των νοητικών κατασκευών, στόχοι που επιδιώκονται με τη βοήθεια διαφόρων στρατηγικών συμπεριφορικής και γνωσιακής έμπνευσης.

Την ανάγκη μιας συνεργατικής σχέσης που στοχεύει στην ανάδειξη δυσλειτουργικών νοητικών κατασκευών (μειωτική) που συνοδεύουν ή συνδράμουν τις προβληματικές καταστάσεις, και την εν συνεχεία –συνήθως εμπειρική– διερεύνησή τους (έλεγχος).

Αναπόσπαστο όμως συστατικό της θεραπευτικής παρέμβασης θεωρείται η εξω-συνεδριακή και προ-αποφασισμένη δραστηριότητα που αναλαμβάνει ο ασθενής, η λεγόμενη «εργασία στο σπίτι» (homework). Η στρατηγική αυτή –που σηματοδοτεί μια ριζικά διαφορετική πρακτική από τις παραδοσιακές θεραπείες–

υπόσχεται σημαντικά οφέλη: Εξασφαλίζει μια συνεχή και όχι διακοπτόμενη προσπάθεια που εκδηλώνεται και στον φυσικό του χώρο (οικολογική εγκυρότητα της θεραπείας), με συνέπεια την ταχύτερη και ουσιαστικότερη βελτίωση, κάνοντας έτσι εφικτή τη συντόμευση της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης.

4.2. Συμπεριφορική και γνωσιακή ανάλυση

Στην αμέσως επόμενη φάση, ασθενής και ιατρός συνεργάζονται για τη συστηματική καταγραφή των φανερών εκδηλώσεων και συμπεριφορών (συμπεριφορική ανάλυση), αλλά και των συγκαλυμμένων νοητικών δραστηριοτήτων (γνωσιακή ανάλυση).

Στις συμπεριφορικές καταγραφές σημειώνονται οι τρόποι αντιμετώπισης, όπως προσφυγές (π.χ. για καθισχυασμό), αποφυγές, διαφυγές, ή χρήση συμπεριφορών ασφαλείας (π.χ. να έχει μαζί του ένα ηρεμιστικό).

Η σε ωριαία βάση καταγραφή των ημερήσιων δραστηριοτήτων του ασθενούς για μία εβδομάδα, είναι απαραίτητη για την απόκτηση «βασικών δεδομένων» (baseline data), όπως π.χ. για την κατάθλιψη. Τα δεδομένα αυτά μελετώνται αναφορικά με την προνοσηρή δραστηριότητα του ασθενούς, και συγκρίνονται με τη μετα-θεραπευτική (τερματισμό) του δραστηριότητα. Επιπλέον, η καταγραφή αυτή είναι χρήσιμη στις διάφορες φάσεις σχεδιασμού και ανάθεσης νέων ευχάριστων (pleasure) ή δημιουργικών (mastery) δραστηριοτήτων.

Μια συχνή και απλουστευμένη καταγραφική μέθοδος γνωσιών είναι η λεγόμενη τριπλή στήλη. Σε σημαντικά περιστατικά, ο ασθενής εκπαιδεύεται στην καταγραφή του περιστατικού στην πρώτη στήλη, τις απαντήσεις του (συναισθήματα, συμπεριφορές) στην τρίτη στήλη, και τις σκέψεις του (εκτιμήσεις, ερμηνείες, προβλέψεις) στην ενδιάμεση (δεύτερη) στήλη.

Εννοείται ότι οι καταγραφείσες συμπεριφορές δεν θεωρούνται από μόνες τους ψυχοπαθολογικές, αλλά η υπερβολική τους χρήση (υπερβολικό πλύσιμο χεριών), η ακατάλληλη χρήση τους (κατανάλωση οινοπνευματωδών για αγχώλυση), ή η μη χρήση τους (αποφυγή ενός αντικειμενικά «αθώου» ερεθίσματος), μπορεί να τους δίνει παθολογικό χαρακτήρα. Το ίδιο ισχύει και για τις καταγραφείσες γνώσεις που η δυσλειτουργικότητά τους ή μη θα αξιολογηθεί μετά από κατάλληλο έλεγχο. Η αξιολογική διαδικασία ολοκληρώνεται με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων και κλιμάκων, σύνομων αυτοβιογραφικών σημειωμάτων με τα κυριότερα γεγονότα ζωής ή τα συμβάντα αποστροφής του ατόπου ή εγγύς παρελθόντος.

4.3. Προϊμεις «συμπεριφορικές» παρεμβάσεις

Είναι γνωστό ότι στην κατάθλιψη η απραξία και η κλινοφιλία ευνοούν τα αρνητικά συναισθήματα και τις απαισιόδοξες σκέψεις, που με τη σειρά τους ενισχύουν περισσότερο την απραξία και την κλινοφιλία σε μια διεργασία φαύλου κύκλου. Η διακοπή του φαύλου κύκλου μιας διαταραχής, αποτελεί κύριο θεραπευτικό στόχο που θα προκαλεί, έστω και προσωρινή, ανακούφιση, αίσθηση ελέγχου της κατάστασης και θετική ανατροφοδότηση από το περιβάλλον, ενώ προετοιμάζει τον ασθενή για την επόμενη ουσιαστικότερη γνωσιακή φάση. Στους συχνότερους χειρισμούς της φάσης αυτής συγκαταλέγονται η εκπαίδευση για την απόκτηση ποικίλων δεξιοτήτων, όπως σωματικών (σε μια αγχώδη π.χ. κατάσταση, μυοχαλάρωση ή αναπνευστική επανεκπαίδευση), επαγγελματικών (επίλυση προβλήματος: problem solving), διαπροσωπικών («θετικότητας»: assertiveness) και κοινωνικών (social skills training). Σημαντική στρατηγική αποτελεί η «έκθεση» (exposure) του ατόμου σε μια κατάσταση στρες (νοητικά ή σε πραγματικές συνθήκες) για την απόσβεση δυσλειτουργικής συμπεριφοράς. Άλλος στόχος της έκθεσης είναι η «εκμείευση» γνωσιών συναισθηματικά φορτισμένων (hot cognitions), ώστε σε μια δεύτερη φάση να σχεδιαστεί ο «έλεγχος» της εγκυρότητάς τους (hypothesis testing through experimentation). Η διαδικασία αυτή επιδιώκεται πιο συστηματικά στην επόμενη φάση της γνωσιακής αναδόμησης.

4.4. Όψιμες «γνωσιακές» παρεμβάσεις, γνωσιακή αναδόμηση

Ενώ η προηγούμενη φάση είχε στόχο τη διακοπή του φαύλου κύκλου της διαταραχής σε επίπεδο κυρίως των φανερών του στοιχείων, στη φάση αυτή στόχο αποτελεί η διακοπή του «γνωσιακού φαύλου κύκλου», μέσα από την αναδόμηση των γνωσιών (αυτόματων σκέψεων-διεργασιών και σχημάτων) που συμβάλλουν στην αλυσίδα της διαταραχής. Η εκμείευση των γνωσιών επιχειρείται: κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ή εξω-συνεδριακά, μετά από απροσχεδίαστα και συναισθηματικά έντονα φορτισμένα συμβάντα, μετά από προσχεδιασμένες ή προκλητές δοκιμασίες, και κυρίως κατά την έκθεση του ασθενούς σε ερεθίσματα σχετικά ή συμβατά με τις δυσλειτουργικές του γνωσίες. Ο έλεγχος των γνωσιών πραγματοποιείται με τους τρόπους που περιγράφηκαν στο γενικό μέρος (λογικός, εμπειρικός, εναλλακτικός, πραγματιστικός). Εξυπακούεται ότι το κατάλληλο «πείραμα» δεν είναι προκαθορισμένο αλλά εξαρτάται από τις περιστάσεις και την επινοητικότητα θεραπευτή και θεραπευόμενου. Η

μετατροπή μιας πεποίθησης σε υπόθεση για πειραματικό έλεγχο αποτελεί το κυριότερο «εργαλείο», συμβατό με τη φιλοσοφία του «πειραματικού εργαστηρίου» που επικαλείται η γνωσιακή παρέμβαση.

4.5. Τερματισμός

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία έχει έναν μαθησιακό χαρακτήρα και στο τέλος της παρέμβασης φιλοδοξεί να καταστήσει τον θεραπευόμενο, θεραπευτή του εαυτού του! Η όποια βελτίωση δεν αποτελεί από μόνη της κριτήριο τερματισμού της θεραπείας. Υπάρχει πιθανότητα ότι «μη ειδικά» ή «κοινά» για κάθε επεμβατικό πλαίσιο θεραπευτικά συστατικά (μεταξύ των οποίων και «εικονικά»: placebo), ή αστάθμητοι εξωγενείς παράγοντες, να συνέβαλαν καταλυτικά στη βελτίωση, γεγονός που δεν εγγυάται τη διάρκειά της. Επομένως, πλην του θεραπευτικού απολογισμού, η φάση αυτή περιλαμβάνει και τη διερεύνηση του προβληματισμού αυτού που επιδιώκεται με τη διατύπωση ερωτημάτων, όπως:

- Ποια ήταν τα συμπτώματα ή τα προβλήματα του ασθενούς πριν την είσοδό του στη θεραπεία;
- Ποια είναι η κλινική του εικόνα κατά την παρούσα φάση της τερματικής προετοιμασίας;
- Ποιοι ουσιαστικοί (όχι περιστασιακοί) παράγοντες κατά τη γνώμη του ασθενούς έπαιξαν ρόλο για τη σημειωθείσα αλλαγή και τι δεξιότητες απέκτησε στη θεραπεία;
- Θα ήταν ο ασθενής σε θέση, με τους αποκτηθέντες τρόπους, να αντιμετωπίσει μελλοντικές προκλήσεις (και αν ναι, πώς;);
- Θεωρεί επίκαιρη τη διαδικασία δοκιμαστικής απεμπλοκής του από τη θεραπεία (π.χ. με την προοδευτική αραίωση της συχνότητας των συνεδριών, ως τις αναμνηστικές συνεδρίες).

Συνοψίζοντας, η βελτίωση της κλινικής εικόνας, αλλά και η διαπίστωση απόκτησης νέων δεξιοτήτων –συμπεριφορικών και γνωσιακών– απομακρύνουν την πιθανότητα υποτροπής.

5. Επιστημονικό status της θεραπείας: Ενδείξεις και αποτελεσματικότητα

Η γνωσιακή θεωρείται ως η πιο δοκιμασμένη και ως η πιο προτυποποιημένη επέμβαση (golden standard) σε κλινικό επίπεδο, χωρίς ωστόσο να παύει να ανανεώνεται και να βελτιώνεται με τη συσσώρευση ερευνητικής γνώσης και κλινικής πείρας. Σε κλινικό επίπεδο, αποτελεί τη θεραπεία πρώτης επιλογής για πλειάδα ψυχικών και ψυχοσωματικών νοσημάτων. Η αποτελεσματικότητά της είναι εφάμιλλη των ψυχοφαρμάκων,

με μειονέκτημα, έναντι εκείνων, τη βραδύτητα εμφάνισης βελτίωσης και πλεονέκτημα την προφυλακτική της δράση μετά την αποδρομή της διαταραχής και τη διακοπή της θεραπείας.

Τα υπάρχοντα δεδομένα πιστοποιούν την αποτελεσματικότητά της στη μονοπολική, μη ψυχωσική κατάθλιψη, και στην πλειονότητα των αγχωδών διαταραχών. Εμφανίζει μέτρια αποτελεσματικότητα στο πλαίσιο συμβουλευτικής του ζεύγους, στον ανεξέλεγκτο θυμό, στις σωματικές αιτιάσεις των παιδιών, και ακόμη λιγότερη σε άτομα με σεξουαλικές παρεκκλίσεις (παραιφιλίες). Προκαταρκτικές, μη ελεγχόμενες μελέτες διαπίστωσαν την αποτελεσματικότητά της στην ψυχογενή βουλιμία και ως συμπλήρωμα της φαρμακοθεραπείας στη θεραπεία της διπολικής συναισθηματικής διαταραχής (περισσότερο στην καταθλιπτική, παρά στη φάση μανίας) και στη σχιζοφρένεια. Στη θεραπευτική των σωματόμορφων διαταραχών (somatoform disorders), η γνωσιακή υπερέχει έναντι των άλλων ψυχοθεραπειών, μολονότι η αποτελεσματικότητά της υπολείπεται σε σύγκριση με την αντίστοιχη αποτελεσματικότητά της στις

αγχώδεις διαταραχές. Η θεραπεία σχημάτων (schema therapy), που είναι μια τροποποιημένη μακροπρόθεσμη γνωσιακής έμπνευσης θεραπεία, φαίνεται να αποτελεί μια αισιόδοξη προοπτική σε ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας.

6. Επίλογος

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, ως μια παραδειγματική ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, έχει τύχει ευρείας αποδοχής και πρωτοστατεί ερευνητικά, κλινικά και ακαδημαϊκά. Στον χώρο της υγείας γίνεται αποδεκτή ως ένα ψυχοθεραπευτικό «εργαλείο» που είναι ευαίσθητο απέναντι στις ιατρικές προϋποθέσεις και τα ιατρικά πρότυπα, αλλά και απέναντι στις προσδοκίες των πασχόντων. Κατά την παρούσα φάση της «ενηλικίωσης», το μείζον ενδιαφέρον έχει αποσυρθεί πλέον από το ζήτημα της αποτελεσματικότητας –που έχει τεκμηριωθεί με σωρεία ερευνών, συχνά ελεγχόμενων και τυχαιοποιημένων (Randomized Control Trials, RCTs)– και έχει επικεντρωθεί αφενός στην περαιτέρω εξειδίκευση των θεραπευτικών της παρεμβάσεων και αφετέρου στον μηχανισμό δράσης της.

Κύρια Σημεία

- Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία (ΓΨΘ) είναι δομημένη παρέμβαση εστιασμένη σε προκαθορισμένους στόχους. Συνήθως εφαρμόζεται ως βραχεία θεραπεία με εβδομαδιαίες συνεδρίες.
- Γνωσίες θεωρούνται όλες εκείνες οι νοητικές δραστηριότητες που παρεμβάλλονται μεταξύ ερεθισμάτων και απαντήσεων, αναφέρονται στο περιεχόμενο της σκέψης (αυτόματες σκέψεις), στους μηχανισμούς (διεργασίες) και στη δομή της σκέψης (πεποιθήσεις-σχήματα) και συμβάλλουν στην αιτιοπαθογενετική αλυσίδα που οδηγεί στην κλινική εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών.
- Ο θεραπευτής χαρακτηρίζεται από δεξιότητες συναισθηματικής κατανόησης, θετικότητας και συνεργατικότητας. Η δημιουργική συνεργασία επιτυγχάνεται με την από κοινού διαμόρφωση της γνωσιακής αναδιατύπωσης.
- Χρησιμοποιούνται συμπεριφορικές τεχνικές, πρωίμες και όψιμες γνωσιακές παρεμβάσεις. Ο τερατισμός της θεραπείας προβλέπει τη διαπίστωση της απόκτησης δεξιοτήτων για τη συνέχιση της παρέμβασης στο μέλλον από τον ίδιο τον θεραπευόμενο.
- Η αποτελεσματικότητα της ΓΨΘ έχει κατοχυρωθεί στη μονοπολική μη ψυχωσική κατάθλιψη και στην πλειονότητα των αγχωδών διαταραχών. Τελευταία, η έρευνα προσανατολίζεται στην περαιτέρω εξειδίκευση των θεραπευτικών παρεμβάσεων για πολλές ψυχιατρικές διαταραχές, καθώς και στην τεκμηρίωση του μηχανισμού δράσης της.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York, Guilford Press, 1979
- Enright SJ. Cognitive behaviour therapy-clinical applications. *BMJ* 1997, 314:1811–1816
- Friendman ES, Thase ME, Wright JH. Cognitive and behavioral therapies. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Maj M (eds) *Psychiatry*. 3rd ed. John Wiley & Sons Ltd, NY, 2008:1920–1947

- Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. *Cognitive-behavioural treatment for psychiatric disorders. A practical guide*. Oxford, Oxford University Press, 1989

- Παπακόστας Ι. *Γνωσιακή ψυχοθεραπεία: θεωρία και πράξη*. Ινστιτούτο Έρευνας της Συμπεριφοράς, Αθήνα, 1994

- Pehlivanidis A, Papanikolaou K, Politis A et al. The screening role of an introductory course in cognitive therapy training. *Acad Psychiatry* 2006, 30:196–199

- www.cognitivepsychotherapies.gr

Συστημική – Οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Βλ. Τομαράς, Β.-Μ. Πομίνι, Ρ. Γουρνέλλης

1. Εισαγωγή

Η συστημική (systemic) ψυχοθεραπεία (ΣΨΘ), αν και έλκει την καταγωγή της από την κίνηση συμβουλευτικής για θέματα παιδιού (child guidance) (Ackerman N., δεκαετία '30), τη συμβουλευτική ζεύγους, την ομαδική θεραπεία (δεκαετία '50) και την έρευνα για τη σχιζοφρένεια (Bateson G., δεκαετία '50), στηρίζεται στο μεγαλύτερο μέρος του εννοιολογικού της πλαισίου στη γενική θεωρία συστημάτων (general systems theory) (Wiener N, von Bertalanffy L.) και στις θεωρίες της επικοινωνίας (communication theory) (Watzlawick P.). Η γενική θεωρία συστημάτων προσπαθεί να απαντήσει στο ερώτημα πώς ένα σύστημα είναι κάτι περισσότερο από το σύνολο των μερών του, αλλά και πώς τα συστήματα επιτυγχάνουν την ομοιόστασή τους (homeostasis) ή την προσαρμογή τους σε νέες καταστάσεις χρησιμοποιώντας ρυθμιστικούς μηχανισμούς που λειτουργούν μέσω κυκλωμάτων ανάδρασης (feedback). Σε αντίθεση λοιπόν με την καρτεσιανή-γραμμική αντίληψη που αναλύει το αντικείμενο στα μέρη του (προσπαθώντας να απαντήσει στο ερώτημα «τι είναι το αντικείμενο»), η συστημική μεθοδολογία θεωρεί το αντικείμενο ως σύνολο, εισάγοντας την κυκλική αιτιότητα, σύμφωνα με την οποία η ανατροφοδότηση (ανάδραση) της πληροφορίας και η αλληλεπίδραση των στοιχείων του συστήματος αποκλείουν τη διάκριση αιτίου-αποτελέσματος.

Σύμφωνα με τις αρχές της γενικής θεωρίας συστημάτων, η οικογένεια αποτελεί σύστημα με όρια και υποσυστήματα. Τα όρια που τη διαχωρίζουν από τον εξωτερικό κόσμο πρέπει να είναι ημι-διαπερατά, επιτρέποντας την προσαρμογή και την επιβίωση. Η συμπεριφορά κάθε μέλους καθορίζεται από τις σχέσεις και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας. Μέσα στα οικογενειακά συστήματα υπάρχουν διαδικασίες που αναστέλλουν την αλλαγή (μορφόσταση ή ομοιόσταση) (morphostasis) ή την προάγουν (μορφογένεση) (morphogenesis). Αν η οικογένεια δεν έχει επαρκή «μορφογενετικά» αποθέματα, ανθίσταται στην

αλλαγή και τότε μπορεί να αναπτυχθεί προβληματική συμπεριφορά σε κάποιο μέλος της. Η οικογένεια και τα ανθρώπινα συστήματα είναι ανοιχτά, οι σχέσεις μεταξύ των μελών πολύπλοκες και τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων σε αυτά, εν πολλοίς, μη προβλέψιμα.

Η ανθρώπινη επικοινωνία είναι μια σύνθετη διαδικασία. Κάθε συμπεριφορά περιέχει ένα μήνυμα. Στις διαπροσωπικές σχέσεις είναι αδύνατον για οποιονδήποτε «να μην επικοινωνεί». Έτσι, η απουσία, η σιωπή ή η απόσυρση είναι ισχυρά μηνύματα. Η ανθρώπινη επικοινωνία γίνεται τόσο μέσω του λόγου (ψηφιακή, digital) όσο και με εξωλεκτρικούς τρόπους (αναλογική, analogic). Κάθε επικοινωνία έχει δύο πλευρές: Αυτή του περιεχομένου και αυτή της σχέσης. Η δεύτερη κατηγοριοποιεί την πρώτη, αποτελώντας ταυτόχρονα και μια μετα-επικοινωνία (meta-communication). Ο δάσκαλος, π.χ., που λέει στους μαθητές «κλείστε τα βιβλία» εκπέμπει μεν μια οδηγία, αλλά σε ένα μετα-επικοινωνιακό επίπεδο στέλνει και το μήνυμα ότι είναι ιεραρχικά ανώτερος. Επιπλέον, όλες οι επικοινωνιακές συναλλαγές είναι είτε συμμετρικές (symmetrical) (από ίση θέση), είτε συμπληρωματικές (complementary) (από άνιση θέση). Τέλος, η φύση μιας σχέσης καθορίζεται από τον τρόπο που τα άτομα θέτουν σίξη στην επικοινωνία τους.

Σύμφωνα λοιπόν με τη ΣΨΘ, κάθε συμπεριφορά-φυσιολογική ή παθολογική- είναι αποτέλεσμα μιας διαδικασίας επικοινωνίας, πάντα μέσα σε κάποιο κοινωνικό πλαίσιο σχέσεων (context). Το σύμπτωμα, ως εκ τούτου, δεν αντιμετωπίζεται ως ξένος και ακατανόητος εισβολέας στον ψυχισμό του υποκειμένου, αλλά νοηματοδοτείται ως μήνυμα προς σημαντικούς άλλους, ως ρυθμιστής σχέσεων σε κρίσιμη φάση, κ.ά. Σήμερα, η ΣΨΘ έχει εμπλουτισθεί από πληθώρα νέων προσεγγίσεων τις οποίες αξιοποιεί στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία (family therapy), στην ψυχοθεραπεία ζεύγους (couple therapy, marital therapy), σε ομάδες φροντιστών χρονίως ψυχικά πασχόντων, αλλά ακόμη και στην ατομική ψυχοθεραπεία.

2. Οι κυριότερες «σχολές» της συστημικής σκέψης

Ο Murray Bowen, ιδρυτής της *διαγενεακής* (transgenerational) προσέγγισης (δεκαετία '50) έδωσε έμφαση στην επιρροή των προηγούμενων γενεών στα χαρακτηριστικά της οικογένειας. Για τον λόγο αυτόν μελετούσε το *γενεόγραμμα* (genogram) στο οποίο καταγράφονται γεγονότα-σταθμοί, καθώς και άλλες πληροφορίες που αφορούν στο οικογενειακό δένδρο. Τα οικογενειακά πρότυπα έχουν την τάση να επαναλαμβάνονται («μεταβιβάζονται») από γενεά σε γενεά. Περιέγραψε το *τριγωνο* ως το «μύριο» κάθε συναισθηματικού συστήματος, δηλαδή ως το μικρότερο σταθερό σύστημα σχέσεων, εν αντιθέσει με τη *δυάδα* που τη θεώρησε ασταθές σύστημα. Σε συνθήκες στρες η *δυάδα* προστρέχει στη σταθερότητα του τριγώνου. Η *τριγωνοποίηση* (triangulation) είναι φαινόμενο κατά το οποίο ένας τρίτος –συνήθως ένα παιδί– καλείται να συμμαχήσει ή να διαιτητεύσει στη σχέση των δύο (συνήθως γονέων). Το τριγωνοποιημένο μέλος βρίσκεται σε δύσκολη θέση και γίνεται ευάλωτο στην εκδήλωση συμπτωμάτων.

Η *στρατηγική-συστημική σχολή* (Jackson D, Haley J, Weakland J, Watzlawick P, δεκαετία '60) καθιέρωσε μια βραχεία παρέμβαση στην οικογένεια εστιασμένη στο πρόβλημα για το οποίο αυτή προσέρχεται, επιδιώκοντας τη διάσπαση του «συμπτωματικού κύκλου συμπεριφοράς». Σε ένα ζεύγος π.χ. το οποίο έχει παραπεμφθεί για υπερβολική ζηλοτυπία του ενός συζύγου παρατηρείται η εξής κυκλική συμπεριφορά: Ο «ζηλότυπος» σύζυγος «ανακρίνει» με επίμονες ερωτήσεις τον άλλο, που με τη σειρά του γίνεται πιο λιγόλογος, επιφυλακτικός και «κουμπωμένος». Η συμπεριφορά του ενισχύει την καχυποψία του πρώτου, ο οποίος γίνεται ακόμη πιο πιεστικός, κ.ο.κ. Ο θεραπευτής έχει ως στόχο να αλλάξει τη δυσλειτουργική αλληλουχία των συμπεριφορών που συντηρούν και ενισχύουν το συγκεκριμένο πρόβλημα (σύμπτωμα). Κύριες τεχνικές των στρατηγικών θεραπευτών υπήρξαν η *αναπλασίωση* (reframing) και οι *παράδοξες παρεμβάσεις* (paradoxical interventions). Ο J. Haley και άλλοι συστημικοί θεραπευτές έχουν περιγράψει τις φάσεις και τους σταθμούς στον κύκλο ζωής της οικογένειας (family life cycle) (πίνακας 1). Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τη μετάβαση από τη μία φάση στην άλλη η πολυπλοκότητα του συστήματος αυξάνει, ενώ ταυτόχρονα απαιτούνται αλλαγές για την προσαρμογή στη νέα φάση. Η μετάβαση προκαλεί στρες, ιδίως όταν είναι απρόβλεπτη, ή όταν η προετοιμασία της είναι ανεπαρκής. Ακριβώς τότε αυξάνει ο κίνδυνος να βρεθεί η οικογένεια σε κρίση και συνακόλουθα η πιθανότητα ένα μέλος της, να εμφανίσει σύμπτωμα.

Πίνακας 1. Συνήθεις σταθμοί κατά τον κύκλο ζωής της οικογένειας.

- Αποχωρισμός από την οικογένεια καταγωγής, ανάπτυξη ενήλικης σχέσης με αυτήν
- Δέσμευση στη δυαδική σχέση/γάμο και στην αμοιβαιότητα, κατανόηση του άλλου μέσα από την πραγματικότητα, παρά μέσω προβολών
- Ανάπτυξη γονεϊκών ρόλων, επανακαθορισμός της σχέσης με τις οικογένειες καταγωγής
- Έναρξη των σχολικών υποχρεώσεων των παιδιών
- Εφηβεία των παιδιών που συνεπάγεται ανάγκη για αυτονομία, και επαναδιαπραγμάτευση των γονεϊκών ρόλων
- Αποχώρηση των παιδιών, επαναδιαπραγμάτευση της συζυγικής σχέσης (το φαινόμενο της «άδειας φωλιάς»)
- Οι γονείς σε ρόλο παππούδων
- Γηρατεία, ασθένειες, επικείμενος θάνατος

Η *δομική σχολή* (Minuchin S, δεκαετία '60) δίνει έμφαση στα δομικά χαρακτηριστικά της οικογένειας όπως στη *δομή και στην οργάνωσή* της, δηλαδή στους κανόνες, στα όρια και στη διαπερατότητα των υποσυστημάτων, στην ιεραρχία, στην κατανομή εξουσίας και στην ανάπτυξη συμμαχιών στο εσωτερικό της οικογένειας. Με βάση αυτές τις έννοιες, μια οικογένεια μπορεί να καταλάβει ακραίες θέσεις (*χαοτική vs άκαμπτη*). Ένα μέλος της μπορεί εξίσου να βρεθεί σε ακραίες θέσεις (*υπερεμπλοκή, παγιδευτική εμπλοκή vs ολοκληρωτική απεμπλοκή*) (*overinvolvement, entmeshment vs disengagement*). Δυσλειτουργικά είναι, ή τείνουν να είναι, τα φαινόμενα της *αποδιοπόμπευσης* (scapegoating) κάποιου μέλους, της *τριγωνοποίησης* και της *γονεοποίησης* (parentification). Ο «δομικός» θεραπευτής επιχειρεί την αναδόμηση (restructuring) της οικογένειας ενισχύοντας την ιεραρχία και τροποποιώντας τα όρια και τη διαπερατότητα των υποσυστημάτων της προς μια πολυπλοκότητα συμβατή με το αναπτυξιακό στάδιο που αυτή διέρχεται. Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση έχει επικριθεί, καθότι προϋποθέτει ένα «κανονιστικό» μοντέλο οικογένειας που έχει κατά νου ο θεραπευτής.

Η *συστημική σχολή του Μιλάνου* (Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G, δεκαετία '70) έδωσε έμφαση: (α) Στην *κυκλικότητα* (circularity) της θεραπευτικής συνέντευξης (κυκλικές ερωτήσεις είναι αυτές που στηρίζονται στην ανατροφοδότηση που παρέχουν οι αποκρίσεις των μελών της οικογένειας, καθώς και αυτές που από ένα μέλος ζητείται να σχολιάσει τη συμπεριφορά ή τη σχέση άλλων), (β) Στη *διαδικασία σχηματισμού των υποθέσεων* (hypothesizing) (ο θεραπευτής συνδέει τη συμπτωματική ή μη συμπεριφορά

ενός μέλους με οικογενειακά δυναμικά και συμβάντα, (γ) Στην ουδετερότητα (neutrality) (ο θεραπευτής συμμαχεί εξίσου με όλους) και (δ) στη θετική σημασιοδότηση (positive connotation) του συμπτώματος. Με τις τεχνικές αυτές οι θεραπευτές προσπαθούν να αλλάξουν τα δυσλειτουργικά πρότυπα συναλλαγής στα οποία είναι παγιδευμένη η οικογένεια και τα οποία πυροδοτούν ή συντηρούν το σύμπτωμα (πίνακας 2).

Σύμφωνα με τη σύγχρονη συστημική επιστημολογία, ο θεραπευτής δεν είναι αντικειμενικός παρατηρητής αλλά μέλος του θεραπευτικού συστήματος (δεύτερη κυβερνητική (second order cybernetics), von Foerster, δεκαετία '80). Επιπλέον, συγκατασκευάζει με την οικογένεια μια καινούργια πραγματικότητα (κονστрукτιβισμός, constructivism, και κοινωνικός κονστρουκτιβισμός, social constructionism, Gergen, Anderson & Goolishian, δεκαετία '80). Εστιάζει στις πεποιθήσεις, στις αφηγήσεις και στα νοήματα των συμπεριφορών, παρά στις ίδιες τις συμπεριφορές. Αποποιείται, εν μέρει τουλάχιστον, τον ρόλο του γνώστη-ειδικού, και υιοθετεί τον ρόλο του συζητητή.

Η αφηγηματική (narrative) προσέγγιση (White M., Epston D., δεκαετία '90) βλέπει τη θεραπεία ως μια διαδικασία επανέκδοσης (re-editing) των ιστοριών των ασθενών και των οικογενειών τους. Νέες εξιστορήσεις-αφηγήσεις αναδύονται, οι κυρίαρχες παλαιές αποδομούνται και στη συνέχεια αναδομούνται μέχρις ότου οι θεραπευόμενοι αποκτήσουν μια αίσθηση συνέχειας και νοήματος στη ζωή τους.

Τέλος, οι Boscolo L. και Bertrando P. (δεκαετία '90) ανέπτυξαν ένα μοντέλο βραχείας ατομικής συστημικής ψυχοθεραπείας (individual systemic therapy), επαναφέροντας το άτομο στο προσκήνιο.

3. Η θεραπευτική διαδικασία

Το θεραπευτικό σύστημα στην οικογενειακή ΣΨΘ περιλαμβάνει την οικογένεια, τον ή τους θεραπευτές –προτιμότερο διαφορετικού φύλου, εφόσον πρόκειται για δυάδα θεραπευτών– και τη θεραπευτική ομάδα, στην οποία ανήκει και ο επόπτης που παρακολουθεί τη συνεδρία πίσω από μονόδρομο καθρέφτη. Ο επόπτης μπορεί να επικοινωνεί με τους θεραπευτές και την οικογένεια κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Οι συνεδρίες γίνονται κάθε 2–4 εβδομάδες και διαρκούν 60–90 min, ενώ η όλη διαδικασία προσεγγίζει το δίωρο.

Η πρώτη συνεδρία συνίσταται στην ανάλυση της παραπομπής, στην οποία οι συστημικοί θεραπευτές δίνουν ιδιαίτερη έμφαση (ποιος κάνει την παραπομπή και γιατί, κ.ά.), καθώς και στη διαμόρφωση αρχικών υποθέσεων προς διερεύνηση. Οι θεραπευτές εξηγούν το πλαίσιο λειτουργίας τους και επιχειρούν, μέσω των πληροφοριών που θα συλλέξουν από την οικογένεια σχετικά με τη ζωή και τα προβλήματά της, να εγκαταστήσουν θεραπευτική σχέση. Στη συνέχεια, ζητείται από τα μέλη να αφηγηθούν το πρόβλημα, συνήθως ενός μέλους με συμπτωματολογία, που τους έφερε στη θεραπεία, και να δώσουν τις εξηγήσεις τους για αυτό.

Πίνακας 2. Κύριοι τύποι ερωτήσεων στη συστημική ψυχοθεραπεία.

Κατηγορία	Λειτουργία	Παραδείγματα
Γραμμικές (linear)	Ορισμοί/εξηγήσεις ή πληροφορίες για γεγονότα και συμπεριφορές	«Πότε χωρίσατε;» «Ποιο είναι το πρόβλημα;»
Κυκλικές (circular)	Διερεύνηση των αλληλεπιδράσεων	
• Τριαδικές	Σχολιασμός σχέσης/συμμάχιών δύο άλλων	«Τι κάνει η αδελφή σου όταν η μαμά σου κλαίει;»
• Διαφοράς	Διαφοροποίηση των μελών ως προς μία στάση, συμπεριφορά, κ.ά.	«Ποιος την παρηγορεί περισσότερο, ποιος λιγότερο;»
• Στίξης στον χρόνο	Αλλαγές στη συμπεριφορά πριν ή μετά από κάποιο γεγονός	«Η αδελφή σου σταμάτησε να τρώει πριν ή μετά τον θάνατο της γιαγιάς;»
• Υποθετικές-μέλλοντος	Διεύρυνση του ορίζοντα	«Πώς θα είναι τα πράγματα όταν και τα δύο παιδιά φύγουν από το σπίτι;»
Στρατηγικές (strategic)	Υπονοούν κάποια οδηγία	«Τι σε κάνει να αφήνεις τη μητέρα σου να μιλά για λογαριασμό σου;»
Αναποχαστικές (reflexive)	Τα μέλη καλούνται να διερευνήσουν τις πεποιθήσεις τους και εναλλακτικούς τρόπους σκέψης και θεώρησης	«Τι θα συνέβαινε αν της έλεγες ότι σε θύμωσε αντί να αποσύρεσαι;»

Τόσο στην πρώτη όσο και στις επόμενες συνεδρίες, οι θεραπευτές, έχοντας σχηματίσει υποθέσεις για το σύμπτωμα και τη λειτουργία του μέσα στο οικογενειακό σύστημα, προσφέρουν στην οικογένεια εναλλακτικές αφηγήσεις και εξηγήσεις. Οι τελευταίες, προσδοκούν να διευρύνουν τον γνωστικό και επιστημολογικό ορίζοντα της οικογένειας και να αλλάξουν δυσλειτουργικά δυναμικά της. Η μεταβολή τους αναμένεται να επιδράσει θετικά στο σύμπτωμα του αναγνωρισμένου ως ασθενούς (identified patient).

Οι υποθέσεις με τις οποίες δουλεύουν οι θεραπευτές αφορούν στους κανόνες, την αλληλεπίδραση των μελών, τον «συμπτωματικό κύκλο συμπεριφοράς», κ.ά. Τις διερευνούν με ερωτήσεις γραμμικές, κυκλικές, στρατηγικές, αναστοχαστικές, κ.ά. (πίνακας 2). Οι θεραπευτές, σε κλίμα σεβασμού, κατανόησης και ενσυναίσθησης (empathy) αναπτύσσουν τη *θεραπευτική συμμαχία* με την οικογένεια, διευκολύνοντας έτσι τις αλλαγές. Αποθαρρύνουν επαναλαμβανόμενα δυσλειτουργικά μοτίβα (patterns) (π.χ. κάποιος συνεχώς θυματοποιείται ή τριγωνοποιείται), ενθαρρύνουν την έκφραση διαφωνίας (π.χ. σε οικογένειες που φοβούνται τη σύγκρουση), επαναπροθετούν τα όρια (π.χ. σε κλειστές ή χαοτικές οικογένειες), κ.ά.

Για τον συστημικό θεραπευτή μεγάλη αξία έχουν το υγιές δυναμικό και οι εφεδρείες της οικογένειας, τις οποίες αξιολογεί και αξιοποιεί στη συνεδρία (αυτοεπουλωτικές ικανότητες της οικογένειας). Σημαντική αξία έχει επίσης η σύνδεση του παρόντος με το παρελθόν, με τη βοήθεια κυρίως του *γενεογράμματος*.

Στο τέλος, οι θεραπευτές αποσύρονται και συζητούν με τον επόπτη ή τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, που βρίσκονται πίσω από τον καθρέφτη, το υλικό της συνεδρίας. Από τη συζήτηση αυτή προκύπτει η ανατροφοδότηση της οικογένειας, που οι θεραπευτές θα κάνουν με βραχεία επάνοδο, κλείνοντας τη συνεδρία. Αυτή η τελική παρέμβαση μπορεί να περιλάβει σχόλια, αναπλαισίωση, οδηγίες, πρόταση για πειραματισμό κάποιας εναλλακτικής συμπεριφοράς, κ.ά.

Καθόλη τη θεραπευτική διαδικασία οι θεραπευτές θα πρέπει να έχουν επίγνωση της κοινωνικής, πολιτιστικής και αξιακής ταυτότητας, τόσο της οικογένειας όσο και της δικής τους.

Μετά τη συνεδρία, οι θεραπευτές αξιολογούν και αναστοχάζονται πάνω στο υλικό της, προετοιμάζοντας έτσι την επόμενη συνεδρία. Σημαντικό θέμα αποτελεί το ποιοι προσκαλούνται σε κάθε συνεδρία. Συνήθως προσκαλούνται τα μέλη της οικογένειας που συγκατοικούν. Σε ορισμένες συνεδρίες, ωστόσο, είναι

θεραπευτικά χρήσιμο να συμμετέχει μόνο ένα υποσύστημα (π.χ. γονείς ή παιδιά), μέλη της εκτεταμένης οικογένειας (π.χ. παππούδες) ή και μέλη του σημαντικού κοινωνικού δικτύου της οικογένειας. Σύμφωνα με πιο σύγχρονες προσεγγίσεις, η επιλογή των συμμετεχόντων στη συνεδρία από την ίδια την οικογένεια δίνει την ευκαιρία στους θεραπευτές να καταλάβουν ποιο είναι το *σημαντικό σύστημα* σχετικά με το πρόβλημα για το οποίο αυτή προσέρχεται.

4. Τεκμηρίωση-ενδείξεις αποτελεσματικότητας

Όπως έχει καταδειχθεί από τυχαίοποιημένες συγκριτικές μελέτες, μετα-αναλύσεις και εκτεταμένες ανασκοπήσεις, η οικογενειακού τύπου παρέμβαση ή/και η ΣΨΘ είναι αποτελεσματικές σε ένα ευρύ φάσμα διαταραχών και προβλημάτων, τόσο των παιδιών και εφήβων όσο και των ενηλίκων. Οι μελέτες συνήθως χρησιμοποιούν βραχείες μορφές ψυχοθεραπείας (10–20 συνεδρίες) με προδιαγραφές και περιορισμούς που περιγράφονται σε σχετικά εγχειρίδια θεραπείας κατασκευασμένα ad hoc.

4.1. Αποτελεσματικότητα της ΣΨΘ στα παιδιά και εφήβους

Στην *ψυχογενή ανορεξία*, η επικεντρωμένη στο πρόβλημα οικογενειακή ΣΨΘ, σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση των σχετικών μελετών (οι σημαντικότερες έχουν διεξαχθεί στο Νοσοκομείο Maudsley του Λονδίνου), υπερέχει σαφώς των ατομικών θεραπειών, και ακόμη περισσότερο της νοσηλείας, με μέτρο έκβασης την ανάκτηση φυσιολογικού βάρους και την αποφυγή υποτροπών. Σε μερικές από αυτές, το διάστημα μετα-παρακολούθησης (follow-up) έχει διαρκέσει μέχρι και έξι έτη. Θεωρείται σήμερα ότι η οικογενειακή ΣΨΘ αποτελεί θεραπεία εκλογής στη διαταραχή αυτή για ασθενείς νεότερους των 18 ετών.

Στα *προβλήματα συμπεριφοράς* (διαταραχή διαγωγής, εναντιωματική-προκλητική διαταραχή, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας) η ΣΨΘ έχει δείχθει αποτελεσματική σε μετα-αναλύσεις που περιλαμβάνουν περισσότερες από 100 μελέτες. Σε ποσοστό 60–70% των περιπτώσεων επέρχεται βελτίωση της συμπεριφοράς του παιδιού και το αποτέλεσμα διατηρείται επί ένα τουλάχιστον έτος μετά την παρέμβαση. Ιδιαίτερα αποτελεσματικές είναι οι συμπεριφορικού τύπου παρεμβάσεις στους γονείς, όπως η επιβράβευση λειτουργικών συμπεριφορών των παιδιών, η αποφυγή δυσλειτουργικών συμπεριφορών και του φαύλου κύκλου διαίωσής τους, η ενασχόληση με τα προβλήματα

τα του παιδιού, κ.ά. Οι συνεδρίες είναι συνήθως πιο συχνές και επικεντρωμένες στο πρόβλημα. Η πολυσυστημική παρέμβαση απαρτιώνει την εντατική θεραπευτική συνεργασία με το παιδί και τους γονείς του, με εκείνη που λαμβάνει χώρα στο σχολείο, στην ομάδα των συνομηλίκων και στην κοινότητα. Ειδικά για τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας, η αποτελεσματικότητα των οικογενειακών παρεμβάσεων προσαυξάνεται με την παράλληλη χορήγηση ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων στο παιδί.

Στην *κατάχρηση ουσιών στους εφήβους*, από συστηματική ανασκόπηση 53 μελετών προκύπτει ότι η οικογενειακή ΣΨΘ είναι αποτελεσματικότερη της ατομικής θεραπείας, των θεραπευτικών κοινοτήτων, κ.ά., με κριτήρια τη δέσμευση των χρηστών στη θεραπεία, τον περιορισμό της χρήσης και τη βελτίωση της κοινωνικής προσαρμογής τους. Σε μετα-ανάλυση επτά μελετών διαπιστώθηκε και πάλι υπεροχή της οικογενειακής ΣΨΘ συγκριτικά με άλλες μορφές θεραπείας, εφόσον όμως συνυπάρχει συστηματική (και ιατρική-φαρμακευτική) παρακολούθηση του χρήστη.

Στη *σεξουαλική κακοποίηση παιδιού*, μετα-ανάλυση μελετών έχει δείξει ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία με τα κακοποιημένα παιδιά και τους μη κακοποιητές-γονείς είναι αποτελεσματική. Βασικό κριτήριο αποτελεσματικότητας είναι η μείωση της συμπτωματολογίας μετατραυματικού στρες και η εν γένει προσαρμογή και λειτουργικότητα του κακοποιημένου παιδιού. Όσο για τη *σωματική κακοποίηση και παραμέληση παιδιού*, αποτελεσματικοί έχουν αποδειχθεί τρεις τύποι δομημένων οικογενειακών παρεμβάσεων: Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας, διαδραστική θεραπεία γονέα-παιδιού και πολυσυστημική θεραπεία (με συμμετοχή προσώπων από τον κοινωνικό περίγυρο της οικογένειας). Βασικό κριτήριο έκβασης στις σχετικές μελέτες αποτέλεσε η μη επανάληψη της χρήσης βίας σε ένα διάστημα μετα-παρακολούθησης 1–2 ετών.

Στην *κατάθλιψη*, η οικογενειακή ΣΨΘ μετά από 12 συνεδρίες οδήγησε σε πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων στα τρία τέταρτα περίπου των παιδιών και νεαρών εφήβων. Η, με ελληνική συμμετοχή, πολυκεντρική μελέτη μετα-παρακολούθησης έδειξε ότι τα τρία τέταρτα των παιδιών-εφήβων συνεχίζουν να μην παρουσιάζουν κατάθλιψη έξι μήνες μετά τη λήξη της οικογενειακής ΣΨΘ. Η αποτελεσματικότητα ήταν περίπου ίδια με εκείνη της βραχείας ατομικής ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας.

Στην *απόπειρα αυτοκτονίας* στην εφηβεία, οι λιγοστές μέχρι τώρα συγκριτικές εργασίες έχουν δείξει

ότι οι οικογενειακού τύπου παρεμβάσεις που συνδυάζουν ατομικές με πολυοικογενειακές και υποστηρικτικές συνεδρίες δικτύου έχουν θετικά αποτελέσματα.

Στις *αγχώδεις διαταραχές*, συστηματική ανασκόπηση μελετών επισήμανε ότι οι οικογενειακές παρεμβάσεις είναι εξίσου αποτελεσματικές με την ατομική γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία. Είναι πιο αποτελεσματικές όταν και οι γονείς πάσχουν από αγχώδη διαταραχή. Ειδικά για την *άρνηση σχολείου* (διαταραχή συγγενής με το *άγχος αποχωρισμού*) υπάρχουν ενδείξεις ότι η συμπεριφορική οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματικότερη της ατομικής θεραπείας, ενώ για την *ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή* υπάρχουν ισχνές ενδείξεις για ίση αποτελεσματικότητα συμπεριφορικής οικογενειακής ψυχοθεραπείας και ατομικής θεραπείας.

Στον μη επιτυχώς ελεγχόμενο παιδικό διαβήτη, ανασκόπηση 11 εργασιών έδειξε ότι 10–20 οικογενειακές συνεδρίες βελτίωσαν τον έλεγχο του. Περιελάμβαναν υποστήριξη των γονέων στο παιδιατρικό θεραπευτικό πρόγραμμα, βελτίωση της επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια και της ικανότητας επίλυσης προβλήματος.

Τέλος, υπάρχουν στοιχεία για την αποτελεσματικότητα ποικίλων τύπων οικογενειακής παρέμβασης στην *παχυσαρκία*, την *ενοούρηση*, την *εγκόπριση*, το υποτροπιάζον *κοιλιακό άλγος*, καθώς και στο *παιδικό άσθμα* το ανθιστάμενο στη θεραπεία.

4.2. Αποτελεσματικότητα της ΣΨΘ στους ενήλικες

Στη *σχιζοφρένεια*, μεγάλος αριθμός μελετών έχει δείξει ότι η προσθήκη θεραπευτικού τύπου οικογενειακών παρεμβάσεων στην ατομική θεραπεία ρουτίνας (φαρμακευτική αγωγή ή και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στον ασθενή) μειώνει σημαντικά περισσότερο τις υποτροπές και επανεισαγωγές από ό,τι η ατομική θεραπεία μόνη. Το έργο των θεραπευτών με την οικογένεια θεωρείται απαραίτητο συμπλήρωμα της ατομικής θεραπείας, και είναι αποτελεσματικότερο όταν διαρκεί πάνω από ένα εξάμηνο και όταν στις οικογενειακές συνεδρίες συμμετέχει και ο ίδιος ο ασθενής. Στις περισσότερες μελέτες εφαρμόστηκε μια τροποποιημένη ΣΨΘ που περιλαμβάνει στοιχεία ψυχοεκπαίδευσης (παροχή πληροφοριών στην οικογένεια που αφορούν στην αιτιολογία, πορεία, θεραπεία, κ.ά. της διαταραχής) ή και συμπεριφορικές τεχνικές, όπως απόκτηση δεξιοτήτων στην επίλυση προβλήματος (problem solving) και εκπαίδευση στην επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας (communication training). Οι περισσότερες μελέτες οικογενειακής παρέμβασης στη σχιζοφρένεια

έχουν στηριχθεί σε νατουραλιστικές μελέτες με χρήση των κλιμάκων του εκφραζόμενου συναισθήματος (expressed emotion) με τις οποίες τεκμηριώνεται ότι η ύπαρξη επικριτικότητας (critical comments) – εχθρικότητας (hostility) ή/και συναισθηματικής υπερεμπλοκής (emotional over-involvement), έστω και από έναν οικείο προς τον ασθενή, αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα υποτροπής του. Η θετικοποίηση των αρνητικών οικογενειακών στάσεων προς τον ασθενή έχει ευεργετικά κλινικά αποτελέσματα, προφανώς διότι μειώνει το ενδοοικογενειακό στρες, το οποίο συνεπάγεται κίνδυνο υποτροπής σε ένα άτομο με μειωμένο ουδό ανοχής στο στρες (μοντέλο ευπάθειας-στρες για το άτομο με σχιζοφρένεια). Η αμιγώς συστημική προσέγγιση με μεμονωμένες οικογένειες θα πρέπει να επιφυλάσσεται για τις περιπτώσεις όπου το οικογενειακό σύστημα είναι ιδιαίτερα ανθιστάμενο στις προηγούμενες παρεμβάσεις, που γίνονται συνήθως με ομάδες οικογενειών.

Ειδικά στην περίπτωση του πρώτου «σχιζοφρενικόμορφου» επεισοδίου, όπου η εξέλιξη του είναι απρόβλεπτη, η οικογενειακή παρέμβαση θα πρέπει να επικεντρωθεί στους παράγοντες στρες, ενδο-οικογενειακούς και μη, που το πυροδότησαν και στην κατοχύρωση άμυνας ή αποφυγής σε περίπτωση επανάληψής τους.

Στη διπολική διαταραχή, πέντε μελέτες έδειξαν ότι η οικογενειακή ΣΨΘ (με ψυχοεκπαιδευτικές και συμπεριφορικές συνιστώσες) κατόρθωσε να μειώσει τις υποτροπές σε ασθενείς που τελούσαν υπό φαρμακευτική αγωγή με σταθεροποιητικά του συναισθήματος. Οι απαιτούμενες συνεδρίες υπερβαίνουν τις 20.

Στη μείζονα κατάθλιψη, η ΣΨΘ ζεύγους έχει δώσει ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Οι λιγοστές μελέτες δείχνουν ότι ο συνδυασμός της με την αντικαταθλιπτική φαρμακοθεραπεία βελτιώνει την κλινική πορεία της

διαταραχής σημαντικά περισσότερο από όσο η φαρμακευτική αγωγή μόνη. Ενδιαφέρον είναι το εύρημα ότι η ΣΨΘ ζεύγους μπορεί να επαρκεί για τη θεραπεία της κατάθλιψης σε έγγαμες γυναίκες με τεταμένες συζυγικές σχέσεις, ιδίως αν η καταθλιπτική σύζυγος ανησυχεί περισσότερο για τα προβλήματα στη συζυγική σχέση απ' ό,τι για την ίδια την κατάθλιψή της, και τα συζυγικά προβλήματα προηγούνται χρονικά της έναρξης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Στην *ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή*, η ΣΨΘ οικογένειας ή ζεύγους (με ψυχοεκπαιδευτικές και συμπεριφορικές προσμίξεις) βρέθηκε εξίσου αποτελεσματική με την ατομική γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (κοινό εύρημα πέντε μελετών).

Υπάρχουν τέλος αξιόλογα δεδομένα από την εμπειρική έρευνα που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της ΣΨΘ στη μείωση της δυσφορίας σε ζευγάρια, σε ψυχοσεξουαλικά προβλήματα, στη διαταραχή πανικού, στην κατάχρηση αλκοόλ και σε χρόνια οργανική-σωματική νόσο (άνοια, χρόνιας πόνος, καρδιολογικά προβλήματα, καρκίνος, αρθρίτις, κ.ά.), (πίνακας 3).

5. Επίλογος

Συμπερασματικά, η ΣΨΘ έχει ένδειξη όταν το ατομικό πρόβλημα εκδηλώνεται και με όρους οικογενειακής δυσλειτουργίας, η ανάταξη της οποίας αναμένεται να επηρεάσει ευνοϊκά την εξέλιξη του προβλήματος, του συμπτώματος ή της διαταραχής.

Η ΣΨΘ αποτελεί μια βραχεία θεραπεία για οικογένειες, ομάδες φροντιστών χρονίως ψυχικά πασχόντων, αλλά και για μεμονωμένα άτομα. Ο πλουραλισμός των θεωρητικών προσεγγίσεων που έχουν αναδειχθεί στο πεδίο της επιτρέπει παρεμβάσεις τόσο στο συμπεριφο-

Πίνακας 3. Ψυχοπαθολογικές και άλλες καταστάσεις σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες, για τα οποία η συστημική-οικογενειακή ψυχοθεραπεία έχει καταδειχθεί αποτελεσματική.

Σε οικογένειες με προβλήματα παιδιού ή εφήβου

Αγχώδεις διαταραχές (άρνηση σχολείου)
Απόπειρα αυτοκτονίας
Κατάθλιψη
Κατάχρηση ουσιών
Κακοποίηση παιδιού ή εφήβου
Απόπειρα αυτοκτονίας
Προβλήματα συμπεριφοράς (διαταραχή διαγωγής, εναντιωματική-προκλητική διαταραχή, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας)
Σωματικές νοσηρές καταστάσεις (μη ελεγχόμενος διαβήτης, ανθιστάμενο στη θεραπεία άσθμα, εγκόπριση, υποτροπιάζον κοιλιακό άλγος, παχυσαρκία)
Ψυχογενής ανορεξία

Σε οικογένειες με προβλήματα σε ενήλικο μέλος

Διπολική διαταραχή
Μείζον κατάθλιψη
Σχιζοφρένεια (πρώτο επεισόδιο, πολλαπλές υποτροπές και εισαγωγές)

ρικό επίπεδο του «συμπτωματικού κύκλου», όσο και στο σύστημα των πεποιθήσεων και των αφηγήσεων των ατόμων που θεραπεύονται. Η ΣΨΘ έχει ένδειξη ιδίως εκεί όπου οι σχέσεις του ατόμου παίζουν σημαντικό ρόλο στην έναρξη του προβλήματος και στη διαώνισή του, ενώ η αποτελεσματικότητά της έχει τεκμηριωθεί σε ποικίλες ψυχιατρικές καταστάσεις. Θα πρέπει, ως

εκ τούτου, να αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο στην απαρτίωση των υπηρεσιών υγείας για ψυχικά αλλά και σωματικά προβλήματα παιδιών, εφήβων και ενηλίκων. Προϋπόθεση βεβαίως είναι η εκπαίδευση των στελεχών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ψυχιάτρων, παιδοψυχιάτρων, ψυχολόγων κ.ά. στην εν λόγω θεραπεία από πιστοποιημένους και έγκυρους εκπαιδευτές.

Κύρια Σημεία

- Η συστημική ψυχοθεραπεία στηρίζεται στο μεγαλύτερο μέρος του εννοιολογικού της πλαισίου στη γενική θεωρία συστημάτων και στις θεωρίες της επικοινωνίας, νοηματοδοτώντας το σύμπτωμα ως μήνυμα προς σημαντικούς άλλους, ή ως ρυθμιστή σχέσεων σε κρίσιμη φάση του κύκλου ζωής.
- Αναπτύχθηκε ιστορικά πληθώρα «σχολών» συστημικής σκέψης, με κυριότερες τη διαγενεακή, τη στρατηγική-συστημική, τη δομική και τη συστημική σχολή του Μιλάνου. Πρόσφατα, η συστημική σκέψη εμπλουτίστηκε και από την κονστρουκτιβιστική/κονστρουξιονιστική και αφηγηματική προσέγγιση.
- Το θεραπευτικό σύστημα στην οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει την οικογένεια, τον ή τους θεραπευτές, και τη θεραπευτική ομάδα. Τόσο στην πρώτη όσο και στις επόμενες συνεδρίες, οι θεραπευτές, έχοντας σχηματίσει υποθέσεις για το σύμπτωμα και τη λειτουργία του, προσφέρουν στην οικογένεια εναλλακτικές αφηγήσεις και εξηγήσεις, οι οποίες προσδοκούν να διευρύνουν τον γνωστικό και επιστημολογικό ορίζοντα της οικογένειας και να αλλάξουν δυσλειτουργικά δυναμικά της. Οι θεραπευτές, σε κλίμα σεβασμού, κατανόησης και ενσυναίσθησης, αναπτύσσουν τη θεραπευτική συμμαχία με την οικογένεια, αποθαρρύνουν επαναλαμβανόμενα δυσλειτουργικά πρότυπα συμπεριφοράς, ενθαρρύνουν την έκφραση διαφωνίας, επανατοποθετούν τα όρια, ενώ επιπροσθέτως, για τον συστημικό θεραπευτή έχει μεγάλη αξία το υγιές δυναμικό και οι εφεδρείες της οικογένειας.
- Όπως έχει καταδειχθεί από τυχαίοποιημένες συγκριτικές μελέτες, μετα-αναλύσεις και εκτεταμένες ανασκοπήσεις, η οικογενειακού τύπου παρέμβαση ή/και η συστημική ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματικές σε ένα ευρύ φάσμα διαταραχών και προβλημάτων, τόσο των παιδιών και εφήβων όσο και των ενηλίκων.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

Anonymous. *On the differentiation of self in family interaction: A dialogue between family researchers and family therapists*, Framo (ed). *Τρίγωνα στην οικογένεια: Ανωνύμων για τη διαφοροποίηση του εαυτού* Springer, New York 1972. Ελλ. έκδ. Bowen M. . Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998

Bloch S, Hafner J, Harari E, Szumukler G. *The family in clinical psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 1994

Boscolo L, Bertrando P. *Systemic therapy with individuals*. Karnac, 1996. Ελλ. έκδ. Μπόσκολο Λ, Μπερτράντο Π. *Ατομική Συστημική Θεραπεία*. Αθήνα, Μαΐστρος, London 2008

Carr A. The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *J Fam Ther* 2009, 31:3–45

Carr A. The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *J Fam Ther* 2009, 31:46–74

Eisler I, Lask J. Family interviewing and family therapy. In: Rutter M. et al. (eds). *Rutter's child and adolescent psychiatry*, 5th ed. London, Blackwell, 2008:1062–1078

Mc Goldrick M, Gerson R. *Genograms in family assessment*. New York, W.W. Norton, 1985. Ελλ. έκδ. ΜατΓκολντρίκ Μ, Γκέρσον Ρ. *Το γενεόγραμμα*. Αθήνα, Κέδρος, 1999

Minuchin S. *Families and family therapy*. Tavistock Publications, London 1974. Ελλ. έκδ. Minuchin S. *Οικογένειες και οικογενειακή θεραπεία*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000

Minuchin S, Fishman HC. *Family therapy techniques*. Harvard University Press, Cambridge 1981. Ελλ. έκδ. Minuchin S, Fishman HC. *Τεχνικές οικογενειακής θεραπείας*. Ερμηνητές-ΚΕΘΕΑ, Αθήνα 2007

Πομίνι Β. Ο ρόλος της οικογένειας στην εξέλιξη και θεραπεία της εξάρτησης από το οινόπνευμα. Στο: Λύκουρας Λ, Σολδάτος Κ. (Επιμ. έκδ.) *Αλκοολισμός*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 2007:235–255

Τομαράς Β. Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Οικογενειακοί παράγοντες. Στο: Χριστοδούλου Γ. (Επιμ. έκδ.) *Διαταραχές πρόσληψης τροφής*. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1997:56–72

Τομαράς Β. Θεραπεία οικογένειας στην παιδοψυχιατρική: Συστημική προσέγγιση. Στο: Τσιάντης Γ. (Επιμ. έκδ.) *Εισαγωγή στην παιδοψυχιατρική*. Καστανιώτης, Αθήνα 2001:467–487

Τομαράς Β, Σολδάτου Μ. Η προσέγγιση της οικογένειας κατά την αντιμετώπιση σχιζοφρενικών ψυχώσεων. Στο: Σολδάτος Κ. (Επιμ. έκδ.) *Ψυχώσεις: Διάγνωση και αντιμετώπιση*. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 2001:141–152

Τομαράς Β, Πομίνι Β. Οικογενειακή ψυχοθεραπεία σε προβλήματα εφηβείας. Στο: Χριστογιώργος Σ. (Επιμ. έκδ.) *Θέματα ψυχοκοινωνικής και ψυχοδυναμικής παιδοψυχιατρικής*. Αθήνα, Καστανιώτης, 2007:623–634

Watzlawick P, Beavin-Bavelas J, Jackson D. *Pragmatics of human communication*. W. W. Norton, New York 1967. Ελλ. έκδ. Watzlawick P, Beavin-Bavelas J, Jackson D. *Ανθρώπινη επικοινωνία και οι επιδράσεις της στη συμπεριφορά*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2005.

Ο ρόλος των εκφραστικών ψυχοθεραπειών στην αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών Δραματοθεραπεία και εικαστική ψυχοθεραπεία

Δ. Μαραβελής, Α. Πανταγούτσου, Ε. Γιαννούλη

1. Εισαγωγή: Οι ανθρώπινες συμπεριφορές έκφρασης και οι λειτουργίες τους

Αν μπορούσε κανείς να θυμηθεί την εποχή που ήταν παιδί, που έφτιαχνε κάστρα στην άμμο, που ζωγράφιζε τους τοίχους του σπιτιού του και έκανε το σκουπόξυλο αλογάκι, τότε που έφτιαχνε σενάρια με τις κούκλες ή τα στρατιωτάκια του!

Πρόκειται για συμπεριφορές των παιδιών, σε όλα τα πλάτη και μήκη του κόσμου, από την πρωτόγονη εποχή ως και σήμερα. Ωστόσο, το ανάλογο τέτοιων συμπεριφορών παρατηρείται και στους ενήλικες, αυθόρμητα, μέσω απλών καθημερινών δραστηριοτήτων αλλά και καλλιτεχνικών αναζητήσεων.

Ποιες λειτουργίες όμως εξυπηρετούνται μ' αυτές τις συμπεριφορές;

Το παιδί, με αυτόν τον δημιουργικό τρόπο εξερευνά και κατακτά τον εξωτερικό κόσμο. Παράλληλα, φτιάχνει εικόνες της σχέσης του μ' αυτόν, αποκτά ταυτότητα, όρια του εαυτού του και ελέγχει την πραγματικότητα ως δρων υποκείμενο. Το παιχνίδι και η δημιουργική δραστηριοποίηση, σύμφωνα με τη θεωρία του Winnicott, θεωρείται βασική προϋπόθεση για τη φυσιολογική εξέλιξη στη διαδικασία της ανάπτυξης· μαζί με την ασφάλεια που παρέχει το μητρικό περιβάλλον δημιουργείται ο ενδιάμεσος χώρος δράσης, στο πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής ωρίμανσης.

Όσον αφορά στους ενήλικες, αν παρατηρήσει κανείς την καθημερινή ζωή τους θα εντοπίσει μια συνε-

χή παρουσία δημιουργικών εκφραστικών συμπεριφορών. Μερικά παραδείγματα είναι: (1) Η ανάγκη για διακόσμηση, το ντύσιμο και ο καλλωπισμός (styling & μόδα) στην καθημερινή του ζωή, αλλά και τα ερασιτεχνικά εγχειρήματα δημιουργικότητας με ζωγραφική και κατασκευές. (2) Το χιούμορ, οι αφηγηματικές τακτικές, που διαφοροποιούνται ανάλογα με την περίπτωση, οι μεταφορικές εκφράσεις και αλληγορίες στην καθημερινή ζωή, αλλά και η ερασιτεχνική ή επαγγελματική συμμετοχή στο θέατρο από την πλευρά είτε του ηθοποιού είτε του κοινού, με τις ποικίλες θεατρικές προσεγγίσεις. (3) Ο χορός, η μουσική και το τραγούδι, δημόσια αλλά και ιδιωτικά, η κίνηση και οι πόζες στην επικοινωνία.

Αυτή η λειτουργία της ανθρώπινης συμπεριφοράς, να είναι δηλαδή κάποιος δημιουργικός και να κάνει τέχνη στις διάφορες μορφές της, έχει απασχολήσει την ανθρώπινη σκέψη, με αποτέλεσμα να μελετηθεί από κοινωνιολογική, ανθρωπολογική και ψυχολογική σκοπιά. Το κεφάλαιο εστιάζεται στη λειτουργικότητα αυτών των συμπεριφορών σε σχέση με την ψυχική υγεία και την ανάκτησή της (recovery).

Καθόλη τη διάρκεια της ζωής, οι τέχνες, σύμφωνα με την Milner, επιτελούν τον ρόλο τον οποίο στην παιδική ηλικία θα μπορούσε να παίξει ένας σημαντικός. Άλλος, ικανός να παρέχει ένα πλαίσιο ευνοϊκό στην εκδήλωση της δημιουργικότητας και τη δοκιμή του καινούργιου. Για τον ενήλικα, η διαδικασία της τέχνης ισοδυναμεί με ένα τέτοιο πλαίσιο και αποτε-

λεί αστείρευτη πηγή ανανέωσης και επέκτασης των ψυχικών του δυνάμεων. Η τέχνη, αφενός ευοδώνει την τάση του ανθρώπου να μοχθεί για την αυτοπραγμάτωση (self-actualization), δηλαδή την ανάγκη να επεκτείνει το ρεπερτόριο της δράσης του, να αναπτυχθεί, να ωριμάσει και να οδηγηθεί στην αυτοβελτίωση (self-improvement) και τη μέγιστη λειτουργικότητα. Αφετέρου, επιτρέπει στους ενήλικες να παίξουν και τους διευκολύνει μειώνοντας τις αντιστάσεις, επιτρέποντας ελευθερία συνειρμών και οδηγώντας τελικά σε μια διαδικασία ελεγχόμενης επιστροφής στον παιδικό αυθορμητισμό. Έτσι, κατ' ανάλογο τρόπο, μπορούν να εκφράζονται μέσα από την τέχνη όπως ένα παιδί εκφράζεται αυθόρμητα μέσα από το παιχνίδι.

Αυτή η δυνατότητα αποκτά ιδιαίτερος ζωτική σημασία για το άτομο, σε ιδιαίτερα ψυχοπιεστικές καταστάσεις. Μία μελέτη των εικαστικών έργων που έχουν γίνει σε στρατόπεδα συγκέντρωσης, κατά τη διάρκεια του Ολοκαυτώματος, φωτίζει αυτό το σημείο. Οι κρατούμενοι χρησιμοποίησαν ενσπικτωδώς την τέχνη για να νοηματοδοτήσουν την τραυματική εμπειρία τους και να αποκτήσουν εικόνα γι' αυτήν, κάτι που διαφορετικά δεν θα ήταν εφικτό. Υπήρξε επιτακτική ανάγκη να δημιουργήσουν, προκειμένου να μετατρέψουν αυτές τις εμπειρίες σε έκφραση. Η εικόνα σ' αυτές τις καταστάσεις λειτούργησε ως καθρέφτης του εσωτερικού κόσμου και είχε μια υποστηρικτική επίδραση με το μοίρασμα της, με αποτέλεσμα να αισθανθούν ότι κάποιος τους καταλαβαίνει. Ωστόσο, οι ψυχοτραυματικές καταστάσεις ζωής που πυροδοτούν την ψυχική διαταραχή, όσο και η ψυχική διαταραχή αυτή καθ' εαυτή, καθιστούν αναγκαίες τις δυνατότητες που παρέχει η τέχνη.

Η ελευθερία που προσφέρει η τέχνη στον άνθρωπο, του εξασφαλίζει τη δυνατότητα να φανταστεί και να σχεδιάσει έναν κόσμο, μια πραγματικότητα, όπως αυτός θέλει. Μπορεί να πρόκειται για μια εικόνα της πραγματικότητας όπως τη βιώνει, την υποθέτει ή την επιθυμεί, ή όπως η μέχρι τώρα εμπειρία του έχει δείξει. Σε κάθε περίπτωση όμως, το γεγονός ότι του επιτρέπεται να την εκφράσει και να την απεικονίσει, του εξασφαλίζει χώρο ύπαρξης και την ευκαιρία να βιώσει ο ίδιος το αίσθημα να είναι δημιουργός.

Τη στιγμή που μέσω της τέχνης δημιουργείται στον άνθρωπο ένας τόσο σημαντικός ψυχικός χώρος, προετοιμάζονται οι συνθήκες για το άνοιγμα μιας επόμενης πόρτας. Πρόκειται για την αφορμή που δημιουργείται και συνδέεται με την ανάγκη να επικοινωνήσει κανείς το έργο του (ακόμη και ιδιότυπα ή ασυνήθιστα), να το μοιραστεί με άλλους. Έτσι, θα δοκιμάσει

την αλληλεπίδραση, μαζεύοντας στοιχεία για να φτιάξει εικόνα για τον ίδιο του τον εαυτό.

2. Θεμελίωση των εκφραστικών ψυχοθεραπειών

Οι θεμελιώδεις ψυχικές ευκαιρίες που παρέχει η τέχνη, με τις διάφορες μορφές της, και οι διαδικασίες προβολής (projection), ταύτισης (identification) και αποστασιοποίησης (distancing) στις οποίες βάζει το υποκείμενο να λειτουργήσει, προσφέρουν ένα πλούσιο πεδίο για θεραπευτική αξιοποίηση. Αυτό το πεδίο αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία κτίζονται οι εκφραστικές ψυχοθεραπείες (expressive psychotherapies). Παρότι η θεραπευτική αξιοποίηση της τέχνης έχει τις ρίζες της πολύ βαθιά στην ιστορία, ο άνθρωπος τη χρησιμοποίησε ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης της γνώσης στον εκάστοτε πολιτισμό. Οι εκφραστικές ψυχοθεραπείες στον σημερινό αιώνα πληρούν όλες εκείνες τις προδιαγραφές που έχουν οι άλλες σύγχρονες ψυχοθεραπείες, όσον αφορά στο θεραπευτικό πλαίσιο, τη δομή, τα θεωρητικά πλαίσια αναφοράς, καθώς και την εκπαίδευση των θεραπευτών τέχνης.

Οι εκφραστικές τέχνες από τις οποίες αντλήθηκαν τα θεραπευτικά στοιχεία και αναπτύχθηκαν αντίστοιχες θεραπευτικές προσεγγίσεις και μέθοδοι, είναι: η εικαστική, η δραματική, η μουσική και ο χορός, που αντιστοιχούν στην εικαστική θεραπεία, δραματοθεραπεία, μουσικοθεραπεία και χοροθεραπεία. Ακόμη υπάρχουν: Η παιγνιοθεραπεία, η θεραπεία μέσω του παιχνιδιού με την άμμο, η θεραπεία μέσω της ποίησης και η βιβλιοθεραπεία, οι οποίες στηρίζονται στις αντίστοιχες μορφές έκφρασης και τέχνης (παιχνίδι, λογοτεχνία κ.ά.). Τελευταία έχει αναπτυχθεί η πολυδιάστατη (multimodal) προσέγγιση που χρησιμοποιεί περισσότερες της μίας μορφές.

3. Προσπάθεια ανάκτησης της ψυχικής υγείας και έκφραση μέσω της τέχνης

Η ανάκτηση της ψυχικής υγείας έχει περιγραφεί ως μια δύσκολη διαδικασία προσωπικής εξέλιξης (personal growth), μέσω της οποίας κάποιος αναπτύσσει σκοπό ύπαρξης στη ζωή του, πέρα από τα συμπτώματά, την αναπηρία και το στίγμα της ψυχικής ασθένειας. Η ανάκτηση της ψυχικής υγείας είναι ένα ταξίδι μάλλον παρά ένας τελικός προορισμός, μια διαδικασία μεταμόρφωσης (transformations process) κατά την οποία, βαθμιαία, ο παλιός εαυτός αφήνεται πίσω και ένας νέος εαυτός ξεπροβάλλει.

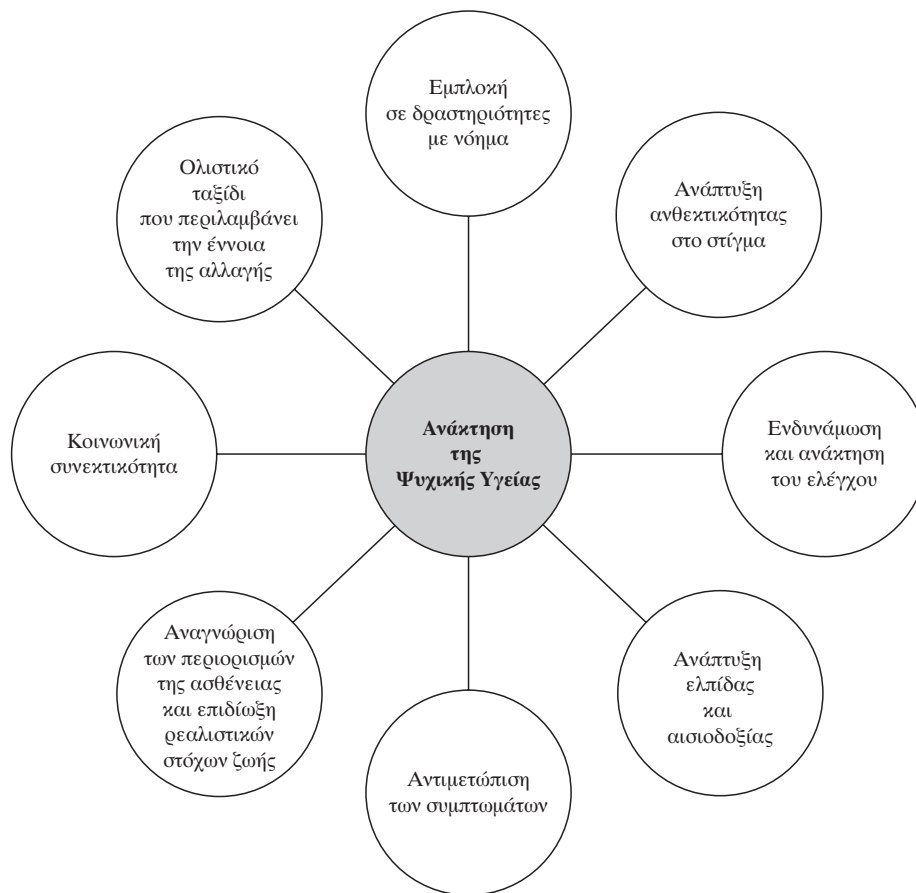
Αν και υπάρχει συνεχώς αυξανόμενη βιβλιογραφία πάνω στο θέμα αυτό, ο Ridgway ανέλυσε προσωπικές μαρτυρίες ασθενών και ανέδειξε έναν αριθμό κοινών θεμάτων. Το πρώτο ήταν ότι η ανάκτηση της ψυχικής υγείας περιλαμβάνει την ενστάλαξη ελπίδας μετά την απόγνωση, την άρση της άρνησης και την κατάκτηση της κατανόησης και αποδοχής. Στη συνέχεια, δημιουργείται μια μετακίνηση από την απόσυρση στην εμπλοκή και στην ενεργό συμμετοχή στη ζωή. Επίσης, περιλαμβάνει την ενεργή αντιμετώπιση (cope) αντί της παθητικής προσαρμογής, να μη βλέπει κανείς πλέον τον εαυτό του μόνον ως ψυχικά πάσχοντα, αλλά να αποζητά μια πιο θετική αίσθηση του εαυτού του. Πρόκειται για ένα σύνθετο ταξίδι από την αποξένωση στον σκοπό ύπαρξης, το οποίο συνήθως δεν το πετυχαίνει κανείς μόνος, αλλά χρειάζεται υποστήριξη και συνεργασία.

Η φύση της τέχνης είναι τόσο πολυδιάστατη όσο και η σχέση της με την ανάκτηση της ψυχικής υγείας. Η έκφραση μέσω της τέχνης μπορεί να αποτελεί εργαλείο σε κάποιες από τις περιοχές της ανάκτησης, όπως φαίνεται στο σχήμα 1. Ωστόσο, καθώς η τέχνη

είναι εύπλαστη στη φύση της και προσαρμόσιμη ώστε να ταιριάζει στο άτομο, κάθε στοιχείο που αναφέρεται στο σχήμα 2 μπορεί να έχει διαφορετική αξία σε διαφορετικό χρόνο και ως εκ τούτου μπορεί να εφαρμοσθεί αναλόγως.

4. Εκφραστικές ψυχοθεραπείες

Ο χώρος της τέχνης –με την έννοια της εικαστικής θεραπευτικής διαδικασίας– γίνεται ένα ασφαλές μέρος όπου ο παλιός εαυτός μπορεί να αντιπαρατεθεί με έναν νέο και ο νέος να κάνει πρόβα (new self rehearsed). Μετέχοντας στη διαδικασία, παράλληλα με την αντιμετώπιση της προσωπικής παθολογίας, αναδύεται ένα αίσθημα εκπλήρωσης, το οποίο μπορεί να επιβεβαιωθεί από το περιβάλλον (viewer), τον άλλον (θεραπευτή) και τον Εαυτό. Η ναρμισιστική ικανοποίηση που βιώνεται, ευοδώνει την επανάληψη για μελλοντικές προσπάθειες, παρά τις τραυματικές όψεις του Εαυτού οι οποίες καταμετρώνται. Η αντιμετώπιση του τραύματος (trauma) κατά την αναζήτηση του εαυτού μέσω της θεραπευτικής διαδικασίας, είναι αυτή που καθιστά απαραίτητη την ύπαρξη εκπαιδευ-



Σχήμα 1. Οι διαφορετικές περιοχές ανάκτησης της ψυχικής υγείας.



Σχήμα 2. Ο ρόλος της έκφρασης μέσω της τέχνης στην ανάκτηση της ψυχικής υγείας.

μένου θεραπευτή, δομής στη θεραπεία και συγκεκριμένου χώρου και τόπου διεξαγωγής αυτής.

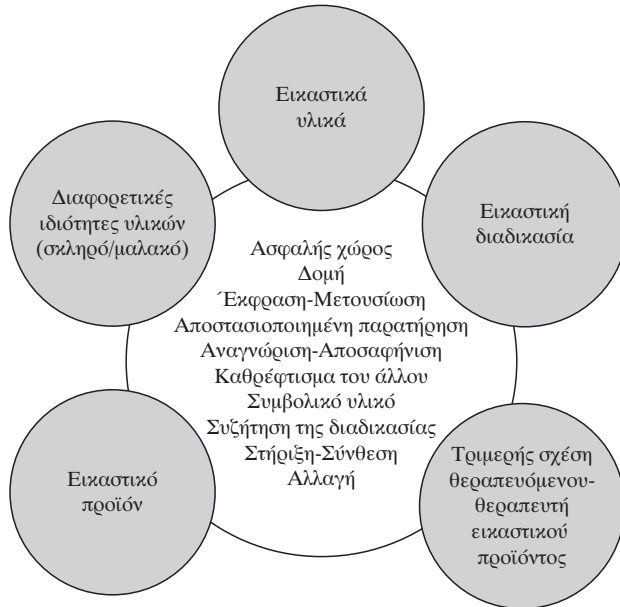
4.1. Εικαστική θεραπεία

Η εικαστική θεραπεία (art therapy) χρησιμοποιεί και αξιοποιεί τη δημιουργική λειτουργία του ατόμου (θεραπευόμενου) που ξεδιπλώνεται κατά την έκφρασή του με εικαστικά μέσα όπως το σχέδιο, η ζωγραφική, το κολάζ, η γλυπτική και άλλα. Αυτό αποτελεί ένα από τα βασικά μέρη της θεραπευτικής διαδικασίας, αλληλένδετο με την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης και το ξετύλιγμα των ψυχικών φαινομένων και συμπεριφορών που η διαδικασία αυτής της εκφραστικής τέχνης ευοδώνει.

Ενθαρρύνεται η δημιουργικότητα και η έκφραση του ατόμου με τα εικαστικά μέσα, με την αξιοποίηση των δυνατοτήτων που τα ίδια δίνουν για έκφραση σκέψεων, αναμνήσεων και συναισθημάτων, που είναι

συχνά δύσκολο να τεθούν σε λέξεις. Η προβληματική συμπεριφορά του ατόμου που εκλύεται, η γλώσσα της εικόνας και του συμβολισμού, καθώς και οι τάσεις και επιλογές του ως προς εγγενείς ιδιότητες που έχουν τα υλικά που χρησιμοποιεί (μαλακό-σκληρό κ.λπ.), θα μπορέσουν να μελετηθούν, να συζητηθούν και τελικά να κατανοηθούν. Αυτό διευκολύνεται και δουλεύεται μέσα στο ασφαλές θεραπευτικό πλαίσιο στο οποίο αναπτύσσεται η τριμερής σχέση θεραπευόμενου-θεραπευτή-εικαστικού προϊόντος. Ο θεραπευτής παρατηρεί, αξιολογεί και στον κατάλληλο θεραπευτικό χρόνο (timing) καθρεφτίζει (mirrors) στον θεραπευόμενο τις προσωπικές του διεργασίες και τη σημασία που έχουν αυτές για τη συναισθηματική του ζωή (σχήμα 3).

Η αποστασιοποιημένη παρατήρηση (παρατήρηση της παραγόμενης εικόνας από απόσταση), αποτελεί σημαντικό εργαλείο, ενώ τα έργα αποθηκεύονται με



Σχήμα 3. Εικαστική ψυχοθεραπεία.

προσοχή κι αποτελούν τον «χάρτη» του ταξιδιού που κάνει ο θεραπευόμενος κατά τη θεραπεία. Η εικαστική ψυχοθεραπεία προσφέρει έναν «καθρέφτη» στα συναισθήματα και στις σκέψεις. Σε αντίθεση με τον προφορικό λόγο, η εικόνα είναι κάτι που μένει. Είναι λοιπόν ένα είδος «χειροπιαστής μνήμης», γιατί ο άνθρωπος μπορεί να επιστρέψει σε μια εικόνα που δημιούργησε παλιά και να τη διερευνήσει ξανά.

Κατά τη διαδικασία της συνεδρίας, ατομικής ή ομαδικής, ο χρόνος μοιράζεται ανάμεσα στη δημιουργία του εικαστικού προϊόντος από τον/τους θεραπευόμενο/ους και στη συζήτηση πάνω σε αυτό. Το πώς θα μοιραστεί αυτός ο χρόνος εξαρτάται από τις ανάγκες του θεραπευόμενου. Μέσο πληροφόρησης και επικοινωνίας μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου γίνεται τόσο η δημιουργική διαδικασία όσο και το τελικό αποτέλεσμα.

Στην εικαστική θεραπεία, τη στιγμή που ο ίδιος ο θεραπευόμενος κρατά το τιμόνι της δικής του δημιουργικότητας, δουλεύονται μαζί του η απόκτηση εικόνας της ζωής, των δυσκολιών και δυνατοτήτων που έχει, του εαυτού του, καθώς και των επιθυμητών για τον ίδιο αλλαγών.

4.2. Δραματοθεραπεία

Η δραματοθεραπεία (dramatherapy) είναι μια θεραπεία μέσω της συνολικής κινητοποίησης νου-σώματος-συναίσθηματος. Ο δραματοθεραπευτής προσφέρει στον θεραπευόμενο τη δυνατότητα να δοκιμάσει

διαφορετικούς τρόπους και συμπεριφορές προκειμένου να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του.

Οι δραματοθεραπευτικές μέθοδοι περιλαμβάνουν το θεατρικό παιχνίδι, την κίνηση, τον αυτοσχεδιασμό, το κτίσιμο ιστοριών, την επεξεργασία παραμυθιών και μύθων, καθώς και τη δραματοποίηση και το παίξιμο ρόλων. Επίσης, περιλαμβάνουν τεχνικές με «εμπειρόχοντα» αντικείμενα (κούκλες, ζώα μινιατούρες και άλλα), καθώς και ψυχοδραματικές τεχνικές (σχήμα 4).

Μέσα σ' αυτό το δημιουργικό περιβάλλον διευκολύνεται ο θεραπευόμενος στη διευκρίνιση των θεμάτων που τον απασχολούν (φόβοι, ρεαλιστικός προσανατολισμός, επιθυμίες), στο να ανιχνεύσει νέες στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσκολιών του στην επικοινωνία και τις σχέσεις με τους άλλους, καθώς και στην απαρίθωση της εικόνας του εαυτού του. Η οικοδόμηση της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησης είναι από τις πρώτες ευεργετικές επιπτώσεις στον θεραπευόμενο.

Στη δραματοθεραπεία οι υποκριτικές ικανότητες δεν είναι αναγκαίες, η έμφαση δίνεται στη συμμετοχή και όχι στις επιδόσεις. Ωστόσο, μεγάλη σημασία δίνεται στη δεξιότητά του να μπαίνει κανείς σε ρόλους, αλλά και να αποστασιοποιείται απ' αυτούς, να παρατηρεί, να συζητά και να ανταλλάσσει με τους άλλους τις εντυπώσεις του γι' αυτούς κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.



Σχήμα 4. Δραματοθεραπεία.

5. Επίλογος

Η τέχνη μπορεί από μόνη της να εκφορτίσει και να συμβολοποιήσει, αλλά η επεξεργασία τόσο της διαδικασίας όσο και του αποτελέσματος, με την αντιπαράθεση, το καθρέφτισμα του άλλου, την ερμηνεία, όταν αυτή είναι δημιουργική, το κράτημα (holding) από μέρους του θεραπευτή, αντάμα με την επιθυμία του ασθενούς να εργασθεί για να είναι καλύτερα, οδηγεί στην αλλαγή.

Η συμμετοχή του ασθενούς στις εκφραστικές ψυχοθεραπείες έχει ένα σημαντικό πλεονέκτημα: δίνει την ευκαιρία στον θεραπευτή και στα μέλη της ομάδας να δουν τόσο τις δυσκολίες όσο και το δυναμικό του και να τον καθρεφτίσουν, να βοηθήσουν στη ρεαλιστικοποίηση (realization) και να τον διευκολύνουν σε μια επιθυμητή ψυχική αλλαγή, ανάκτηση της ψυχικής του υγείας και αποκατάσταση. Από τις εκφραστικές ψυχοθεραπείες έχουν να ωφεληθούν οι ασθενείς όλων των διαγνωστικών κατηγοριών, καθώς η κάθε περίπτωση αξιολογείται εξατομικευμένα

και συνιστάται η ένταξη σε ατομική ή ομαδική θεραπεία. Ωστόσο το θεραπευτικό και κλινικό πλαίσιο θα αποκτήσει εικόνα του συνολικού δυναμικού που απελευθερώνει ο ασθενής, προκειμένου να σχεδιασθεί το καταλληλότερο θεραπευτικό πλάνο γι' αυτόν.

Όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα, δεν είναι αρκετές ακόμα οι έρευνες που θα απαντούσαν στο ερώτημα. Όμως, σε εμπειρικό επίπεδο φαίνεται ότι οι εκφραστικές ψυχοθεραπείες ενταγμένες σε μια πολυδύναμη παρέμβαση είναι αποτελεσματικές, η δε σχέση «κόστους-οφέλους» είναι ανάλογη των άλλων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων.

Η εκπαίδευση των εκφραστικών ψυχοθεραπευτών συνδυάζει τις αντίστοιχες τέχνες, τις θεωρίες ψυχοθεραπείας, καθώς και την προσωπική θεραπεία και την εποπτεία. Παρέχεται διεθνώς από πανεπιστήμια και ιδιωτικούς φορείς, σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο. Στην Ελλάδα την εκπαίδευση προς το παρόν αναλαμβάνουν ιδιωτικά ινστιτούτα.

Κύρια Σημεία

- Οι εκφραστικές τέχνες αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της συμπεριφοράς του ανθρώπου σε κάθε γνωστό μέχρι σήμερα πολιτισμό. Επιτελούν ζωτική λειτουργία και απαραίτητη για τη ζωή του, από τότε που εμφανίστηκε.
- Η ανθρωπολογική και ψυχολογική μελέτη και ανάλυση των εκφραστικών συμπεριφορών του ανθρώπου και των αντίστοιχων δραστηριοτήτων της τέχνης άνοιξε το κεφάλαιο των εκφραστικών ψυχοθεραπειών, οι οποίες σήμερα έχουν μια καταξιωμένη θέση στον χώρο της ψυχικής υγείας διεθνώς.
- Με την ανάπτυξη των εκφραστικών ψυχοθεραπειών, η αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου έχει ένα ακόμα σημαντικό διαγνωστικό και θεραπευτικό εργαλείο.
- Η εφαρμογή των εκφραστικών ψυχοθεραπειών γίνεται από τους αντίστοιχους εκπαιδευμένους επαγγελματίες.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

- Casson J. *Drama, psychotherapy, and psychosis: Dramatherapy and psychodrama with people who hear voices*. Brunner-Routledge, London 2004
- Crawford MJ, Patterson S. Arts therapies for people with schizophrenia: an emerging evidence base. *Evid Bas Ment Hlth* 2007, 10:69–70
- Dalley, Tessa, Case Caroline. *The Handbook of Art Therapy*, Tavistock/Routledge, New York 2006
- Ένωση Δραματοθεραπευτών και Παιγιοθεραπευτών Ελλάδος, (Συλλογικό έργο). *Δραματοθεραπεία και εφαρμογές: 14 κείμενα για τη δραματοθεραπευτική διεργασία*. Θυμάρι, Αθήνα, 2010
- Gilroy A, McNeilly G. *The Changing Shape of Art Therapy*. New Developments in Theory and Practice. Jessica Kingsley Publishers, 2000
- Gilroy A. The use of art work in art psychotherapy with people who are prone to psychotic states. A clinical practice guideline. *Intern J Art Ther*, 2007, 121:49–50

- Grainger R. Dramatherapy and cognitive readjustment. *Couns Psychol Rev*, 2008, 23:40–46
- Jennings S. *Εισαγωγή στη δραματοθεραπεία, Θεραπευτικό θέατρο: Ο μίτος της Αριάδνης*, Εκδόσεις Σαββάλας, Αθήνα, 2010
- Johnson DR, Emunah R. *Current approaches in drama therapy*. 2nd ed. Charles C. Thomas Publisher, Springfield, IL 2010
- Lipe AW, Ward KC, Watson AT, Manley K, Keen R, Kelly J et al. The effects of an arts intervention program in a community mental health setting: A collaborative approach. *Arts Psychother*, 2012, 9:25–30
- Malchiodi CA. *Εικαστική θεραπεία, Ένας πρακτικός οδηγός*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2009
- Milner M. *On Not Being Able to Paint*. International Universities Press, Inc, Madison, Conn 1950
- Ridgway P. Restoring psychiatric disability: Learning from first person narratives. *Psychiatr Rehabil J* 2001, 241:335–343
- Winnicot DW. *Το Παιδί, το Παιχνίδι και η Πραγματικότητα*. Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα, 2000

Νευροβιολογία και ψυχοθεραπεία

Α. Στεφανής, Η. Αγγελόπουλος, Γρ. Βασιλαματζίης

1. Εισαγωγή

Μετά από μακρά περίοδο αμοιβαίας απομόνωσης, οι νευροεπιστήμες και οι ψυχοθεραπείες έχουν εισέλθει σε ένα νέο στάδιο στη σχέση τους. Με τον αυξανόμενο εμπλουτισμό στις μεθόδους τους, οι νευροεπιστήμες έχουν αρχίσει να προσδιορίζουν νευρωνικούς συσχετισμούς όχι μόνο των ψυχικών διαταραχών, αλλά και των θεραπευτικών αλλαγών. Ο παραδοσιακός δυϊσμός της ψυχολογικής και της βιολογικής Ψυχιατρικής φαίνεται να μη γίνεται πλέον αποδεκτός, δεδομένου ότι ακόμη και φευγαλέες σκέψεις ή συναισθήματα αφήνουν τα ίχνη τους στον εγκέφαλο.

Ο σχηματισμός του εγκεφάλου είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με το περιβάλλον και την ιστορία της ζωής ενός ατόμου. Από αυτή την άποψη, ο εγκέφαλος μπορεί να γίνει κατανοητός ως ένα ιστορικό και κοινωνικό όργανο, σε συμφωνία με μια «κοινωνική νευροεπιστήμη» (social neuroscience) ή νευροφαινομενολογία (neuropsychology). Η ως άνω προσέγγιση ενσωματώνει τους βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες των ψυχικών διαταραχών σε ένα συνεκτικό πλαίσιο προσδίδοντας υπόσταση σε μια πιο σφαιρική θεραπευτική θεωρία και πρακτική. Στο εγχείρημα αυτό, μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νευροεπιστήμες είναι να παρέχουν ένα επεξηγηματικό πλαίσιο που να αντιπροσωπεύει τόσο την υποκειμενικότητα όσο και τη νευροβιολογία των ψυχικών φαινομένων.

2. Κλινικές ενδείξεις ψυχοθεραπευτικής αποτελεσματικότητας

Παρά τις δραματικές εξελίξεις στην ψυχοφαρμακολογία στη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, η ψυχοθεραπεία συνεχίζει να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Δύο μορφές ψυχοθεραπείας, η γνωσιακή-συμπεριφορική (cognitive-behavior) και η διαπροσωπική

(interpersonal), παρέχουν ενδείξεις επιστημονικής τεκμηρίωσης στο θεραπευτικό αποτέλεσμα σε ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές. Όσον αφορά στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, σε πρόσφατη μετα-ανάλυση 23 ελεγχόμενων κλινικών δοκιμών, παρέχονται ενδείξεις αποτελεσματικότητας σε πιο σύνθετες και χρόνιες ψυχικές διαταραχές, όπως οι διαταραχές προσωπικότητας και η χρόνια κατάθλιψη. Για ορισμένες διαταραχές, όπως η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η συνδυασμένη χρήση γνωσιακής ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα από την εφαρμογή μονοθεραπείας. Ακόμη και στις σοβαρές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, ορισμένα είδη ψυχοθεραπείας, όπως η ψυχοεκπαίδευση ή η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, μπορεί να βελτιώσουν τη συναίνεση του ασθενούς για την αναγκαιότητα λήψης φαρμακευτικής αγωγής, να μειώσουν τη συχνότητα νοσηλείας και να ενισχύσουν τη λειτουργικότητα του ατόμου, ακόμη και αν οι θεραπείες αυτές δεν επηρεάζουν άμεσα την πορεία της ασθένειας.

Μέχρι την τελευταία δεκαετία, οι βιολογικοί μηχανισμοί της ψυχοθεραπευτικής δράσης δεν ήταν δεκτικοί νευροβιολογικής έρευνας. Με την έλευση των νευροαπεικονιστικών τεχνικών με υψηλή χωρική και χρονική διακριτικότητα, η ικανότητα της αποτύπωσης των βιολογικών επιπτώσεων των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων φαίνεται να είναι δυνατή τεκμηριώνοντας σε κάποιον βαθμό την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας και συμβάλλοντας έτσι στην επιλογή της κατάλληλης παρέμβασης σε επιλεγμένους ασθενείς και σε συγκεκριμένες διαταραχές.

Οι περισσότερες μελέτες νευροαπεικόνισης έχουν επικεντρωθεί στην κατάθλιψη και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και εστιάζονται στον βασικό μεταβολισμό και τη βασική εγκεφαλική ροή του αίματος του εγκεφάλου. Αρχαίες μελέτες δείχνουν μεταβολές μετά από ψυχοθεραπεία στη δραστηριότητα

του εγκεφάλου σε ασθενείς με αυτές τις διαταραχές, σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες. Επίσης, μετά από επιτυχή θεραπεία συχνά παρατηρείται αποκατάσταση της δραστηριότητας του εγκεφάλου, έτσι που να μη διαφέρει από αυτή των υγιών μαρτύρων. Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι μεταβολές που επάγονται από επιτυχή ψυχοθεραπεία ομοιάζουν με εκείνες που παρατηρούνται με τη φαρμακοθεραπεία. Αυτό δείχνει ότι, τουλάχιστον σε ορισμένες περιπτώσεις, η ψυχοθεραπεία και τα φάρμακα μπορούν να ενεργούν έχοντας κοινούς στόχους στο επίπεδο της εγκεφαλικής λειτουργίας.

3. Νευροεπιστήμες και ψυχοθεραπεία

Υπάρχουν διάφορες περιοχές των νευροεπιστημών που είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες στην ψυχοθεραπεία, μεταξύ αυτών η εξερεύνηση της νευροβιολογικής βάσης της διυποκειμενικότητας και τα πρόσφατα δεδομένα για τη μνήμη και τη νευροπλαστικότητα. Σε αυτό συνετέλεσε η σταδιακή ανάδειξη μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης του προβλήματος νους/εγκέφαλος με την αύξηση των γνώσεών μας για τη δομική και λειτουργική οργάνωση του εγκεφάλου και την αποδοχή των θεωρητικών πλαισίων¹ της Δαρβινικής εξελικτικής θεωρίας (δηλαδή της ιστορίας ως ουσιαστικής μεταβλητής κάθε βιολογικού φαινομένου).

¹ Ο Gerald Edelman το 1987 εισήγαγε την έννοια “νευρωνικός Δαρβινισμός” (neural Darwinism) προκειμένου να περιγράψει την ανάπτυξη και τις επιγενετικές μεταβολές του εγκεφάλου. Ο νευρωνικός Δαρβινισμός διέπεται από τρεις αρχές: (1) *Αναπτυξιακή επιλογή* (Developmental selection): Κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του εγκεφάλου οι νευρώνες που διεγείρονται μαζί διασυνδέονται μαζί. Ενώ υπάρχει μια σειρά από γενετικούς περιορισμούς στη διαμόρφωση των κυκλωμάτων, ένας αριθμός επιγενετικών διεργασιών οδηγεί σε εκτεταμένη ατομική διακύμανση. Τα κυκλώματα αυτά αποτελούν ένα πρωταρχικό ρεπερτόριο για περαιτέρω επιλογή. (2) *Βιωματική επιλογή* (Experiential selection): Κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης και μετά τη δημιουργία της νευροανατομικής παραλλαγής, αλλαγές στη συναπτική ισχύ (synaptic strength) –αποτέλεσμα της ατομικής εμπειρίας (δραστηριοεξαρτώμενη πλαστικότητα, activity-dependent plasticity)– προκαλούν μια περαιτέρω επιλογή στην παραλλαγή των νευρωνικών διασυνδεδεμένων ομάδων, που αποτελεί ένα δευτερεύον ρεπερτόριο. Η κατανομή και το μέγεθος αυτών των αλλαγών περιορίζονται από εγγενή νευρομεταβιβαστικά συστήματα και προβλητικά νευρωνικά κυκλώματα που παράγουν διάφορους νευρομεταβιβαστές/νευροτροποποιητές (neurotransmitters/neuromodulators). (3) *Επανείσοδος* (Rentry): μεγάλης κλίμακας, αμοιβαίες, μαζικές παράλληλες συνδέσεις από τη μια περιοχή του εγκεφάλου στην άλλη παρέχουν τη δυναμική χωροχρονικών συντονισμών ομάδων νευρώνων απαραίτητων για την απαραίτητη και προσαρμοστική συνειδητή συμπεριφορά.

4. Η διυποκειμενική φύση του ανθρώπινου εγκεφάλου

Η διυποκειμενική φύση του ανθρώπινου εγκεφάλου υπογραμμίζεται από την ανακάλυψη ενός νευρωνικού κατοπτρικού συστήματος (neural mirroring system) στον προκινητικό φλοιό και άλλες περιοχές του εγκεφάλου, προφανώς ενεργώντας ως νευροβιολογική συσχέτιση της κατανόησης της δράσης, της μη λεκτικής επικοινωνίας (nonverbal communication) και της ενσυναίσθησης (empathy). Οι νευρώνες-καθρέφτες (mirror neurons) εκφορτίζονται τόσο όταν μια δράση εκτελείται όσο και όταν κάποιος παρατηρεί μια παρόμοια δράση σε άλλο άτομο. Φαίνεται να αντιπροσωπεύουν ένα σύστημα που συνδέει την εσκεμμένη συμπεριφορά των άλλων με τη δική του εμπειρία δράσης, και με αυτόν τον τρόπο αποτελούν έναν κρίκο της αμοιβαίας κατανόησης μέσω σωματικής προσομοίωσης (bodily simulation) ή συντονισμού (resonance). Αυτή η ικανότητα χαρτογράφησης των δράσεων των άλλων στον εγκέφαλο του ατόμου θεωρείται ότι παίζει ρόλο στην ικανότητά του να κατανοεί τις προθέσεις και τα συναισθήματα των άλλων, ενισχύοντας έτσι την ενσυναίσθηση.

Η αντίληψη της όψης του προσώπου αποτελεί ίσως την πιο ανεπτυγμένη οπτική ικανότητα στον άνθρωπο. Η λειτουργία αυτή επιτυγχάνεται από ένα διάσπαστα κατανεμημένο νευρικό σύστημα που αποτελείται από πολλαπλές, και στα δύο ημισφαίρια, περιοχές. Το επικρατούν μοντέλο για την οργάνωση αυτού του συστήματος δίνει έμφαση σε μια διάκριση μεταξύ της εκπροσώπησης των αμετάβλητων και των ευμετάβλητων χαρακτηριστικών των προσώπων. Η αναπαράσταση των αμετάβλητων πτυχών των προσώπων αφορά στην αναγνώριση των ατόμων, ενώ οι αναπαραστάσεις των ευμετάβλητων πτυχών του προσώπου, όπως βλέμμα, έκφραση και κίνηση των χειλέων, αφορούν στην αντίληψη πληροφοριών που διευκολύνουν την κοινωνική επικοινωνία.

Το μοντέλο είναι επίσης ιεραρχικό και χωρίζεται σε ένα πυρηνικό και ένα εκτεταμένο σύστημα. Το *πυρηνικό* (nuclear) σύστημα αποτελείται από κροταφοεινικές περιοχές του περιττεινωτού οπτικού φλοιού (extrastriate visual cortex) που διαμεσολαβεί στην οπτική ανάλυση των προσώπων. Στο πυρηνικό σύστημα, η εκπροσώπηση των αμετάβλητων πτυχών του προσώπου διαμεσολαβείται περισσότερο από την προσωπο-αποκρινόμενη περιοχή στην ατρακτοειδή έλικα (fusiform gyrus), ενώ η εκπροσώπηση των ευμετάβλητων πτυχών του προσώπου διαμεσολαβείται περισσότερο από την πρόσωπο-αποκρινόμενη περιοχή της άνω κροταφικής αύλακας. Το *εκτεταμένο σύστημα* αποτελείται από πε-

ριοχές νευρωνικών συστημάτων άλλων νοητικών λειτουργιών, οι οποίες στρατολογούνται προκειμένου να συνεργήσουν με περιοχές του πυρηνικού συστήματος για να εξάγουν νόημα από τα πρόσωπα.

Η «βιολογική στροφή» της ψυχολογίας ανανέωσε την προσοχή σε βασικές ψυχαναλυτικές προτάσεις. Μία από αυτές τις προτάσεις, οι οποίες σηματοδοτούν τη σύγχρονη ψυχαναλυτική έρευνα, είναι η έννοια της προβλητικής ταύτισης (projective identification), με την οποία περιγράφεται η μη λεκτική δι-υποκειμενική επικοινωνία μεταξύ των ατόμων. Μέσω προβλητικών ταύτισεων ο ασθενής διεγείρει στον ψυχοθεραπευτή συναισθήματα και αντιδράσεις σε αυτά. Υφίσταται δηλαδή ένας «εσωτερικός συντονισμός», κατάσταση που επιτρέπει την επεξεργασία των πιο ανώριμων και άδηλων πλευρών της προσωπικότητας. Με την προβλητική ταύτιση, μια συναισθηματική εμπειρία προβάλλεται και τοποθετείται μέσα στο άλλο πρόσωπο, το οποίο την ενδοβάλλει και ταυτίζεται με αυτήν «αυτό το μέρος του εγώ είσαι εσύ». Πρόκειται για μια πρωταρχική μορφή δι-υποκειμενικής (inter-subjective) επικοινωνίας. Άλλη θεωρητική πρόταση αφορά στη θεωρία πρόσδεσης (attachment theory) των κοινωνικών δεσμών (social bonding) του Bowlby. Υποστηριζόμενη και διευρυνόμενη από μελέτες σε ζώα που εμφάνιζαν διαταραγμένη νευροφυσιολογική ομοιότητα μετά από πρώιμη μητρική αποστέρηση, η θεωρία του Bowlby μπορεί να χρησιμεύσει ως ένα θεωρητικό μοντέλο της ψυχο-κοινωνικής ανάπτυξης του εγκεφάλου.

Η θεωρία της πρόσδεσης περιγράφει τη δυναμική των μακροχρόνιων σχέσεων μεταξύ των ανθρώπων. Πιο σημαντική πτυχή της είναι ότι ένα βρέφος πρέπει να αναπτύξει μια σχέση με έναν τουλάχιστον αρχικό φροντιστή για την ομαλή κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξή του. Η θεωρία της πρόσδεσης είναι μια διεπιστημονική μελέτη που καλύπτει τα πεδία της ψυχολογικής, εξελικτικής και ηθολογικής θεωρίας.

Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι το σύστημα της πρόσδεσης είναι ένα κεντρικά οργανωμένο σύστημα στον εγκέφαλο των θηλαστικών που επιτρέπει στα βρέφη να χρησιμοποιούν τους γονείς τους για τη ρύθμιση των εσωτερικών καταστάσεων, μέχρι την ωρίμανση και αυτονόμηση των δικών τους νευροβιολογικών λειτουργιών. Διαπιστώθηκε ότι το αναπτυσσόμενο νευρικό σύστημα αποτελείται από «ανοικτούς ομοιοστατικούς βρόχους» (open homeostatic loops) που απαιτούν εξωτερική ρύθμιση ή «ρύθμιση» από τους άλλους.

Σε φαινομενολογικό επίπεδο, αυτό αντιστοιχεί στις κοινές καταστάσεις του «συναισθηματικού συντονισμού» (affect attunement) ή στις «δυαδικές συνειδησιακές κα-

ταστάσεις» (dyadic states of consciousness) της μητέρας και του παιδιού. Αυτές οι πρώιμες εμπειρίες πρόσδεσης εσωτερικεύονται και κωδικοποιούνται ως *διαδικαστική μνήμη* (procedural memory), εγκαθιστώντας έτσι ασφαλείς και σταθερούς δεσμούς με τους άλλους.

5. Νευροπλαστικότητα και μνήμη

Η έρευνα σχετικά με τη νευρωνική πλαστικότητα² (neural plasticity) έχει προσθέσει νέα δεδομένα στην κατανόηση των αλλαγών που συντελούνται κατά τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Σήμερα γνωρίζουμε ότι η ανάπτυξη και διαφοροποίηση του εγκεφάλου δεν καθορίζεται μόνο γενετικά, αλλά και με τη συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον. Αυτή η επιγενετική (epigenetic) διαμόρφωση του εγκεφάλου δεν τελειώνει στην πρώτη παιδική ηλικία: Υπάρχει μια διά βίου επαναχαρτογράφηση των φλοιικών νευρωνικών δικτύων ανάλογα με την ατομική εμπειρία, συμπεριλαμβανομένης της *de novo* νευρογένεσης στον ενήλικο ιππόκαμπο, όπως αποδείχθηκε πρόσφατα.

Η νευροπλαστικότητα αποτελεί προϋπόθεση για οποιαδήποτε αλλαγή στη συμπεριφορά, τη γνωστική λειτουργία και το συναίσθημα, τα οποία αποτελούν το επίκεντρο της ψυχοθεραπείας. Για να παραγάγουν αποτελέσματα με διάρκεια, οι ψυχοθεραπείες θα πρέπει να επηρεάσουν τη νευρωνική αναδιάρθρωση δικτύων, ιδίως σε υποφλοιώδεις περιοχές, όπως το μεταιχμιακό σύστημα που είναι υπεύθυνο για τα ασυνείδητα συναισθηματικά κίνητρα και διαθέσεις. Σύμφωνα με τον Kandel (1979), η ψυχοθεραπεία είναι μια ελεγχόμενη μορφή μάθησης που συμβαίνει στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής σχέσης. Από αυτήν την άποψη, η βιολογία της ψυχοθεραπείας μπορεί να γίνεται κατανοητή ως μια ειδική περίπτωση βιολογίας της μάθησης.

Η έννοια της πλαστικότητας έχει τη βάση της στη θεώρηση του Hebb (1949), κατά την οποία όταν δύο γειτονικοί νευρώνες εκφορτίζονται ταυτόχρονα και επανειλημμένα θα δημιουργηθεί με τον χρόνο ενίσχυση της συναπτικής δραστηριότητας και σύνδεσης μεταξύ τους. Οι αλλαγές που μπορεί να επέλθουν είναι νευροχημικές ή και δομικές, με επιπλέον δημιουργία

² Στην *Aplysia* έχει χαρτογραφηθεί το βιοχημικό μονοπάτι της μακροπρόθεσμης ενίσχυσης Long Term Facilitation (LTF), όπου ενέχεται το σύστημα της σεροτονίνης, που δραστηριοποιεί μέσω των υποδοχέων της μονοπάτια μετάδοσης σήματος του κυκλικού αδενοσίνου-μονοφωσφορικού οξέος (cyclic adenosine monophosphate, cAMP). Η επαγωγή καινούργιων γονιδίων, που αναμένεται να ανακαλυφθούν, οδηγεί σε συναπτογένεση, στη δημιουργία δηλαδή καινούργιων συναπτικών συνδέσεων ανάμεσα στον προσυναπτικό αισθητικό νευρώνα και τον μετασυναπτικό κινητικό νευρώνα.

ή και απόσυρση συνάψεων, ή ακόμη και δημιουργία επιπλέον νευρωνικών παραφυάδων.

Η παράλληλη θεώρηση του Kandel, βασισμένη καταρχήν σε απλούς οργανισμούς, όπως η *Aplysia*, όπου και οι συμπεριφορές είναι εύκολα αντικειμενικά μετρήσιμες και το νευρικό σύστημα σχετικά απλό στην οργάνωσή του, ότι η εμπειρία, δηλαδή η επανειλημμένη έκθεση σε εξωγενές ερεθίσμα, αλλάζει το νευρωνικό κύκλωμα, είναι επίσης θεμελιώδης. Για τη δημιουργία αλλαγής του κυκλώματος και της εγκατάστασης μιας καινούργιας συμπεριφοράς, στο σύστημα αυτό είναι απαραίτητη η παραγωγή καινούργιου mRNA και η πρωτεϊνοσύνθεση στους εμπλεκόμενους νευρώνες. Στον πολύ απλό οργανισμό αυτόν, λοιπόν, ενυπάρχει η έννοια της μνήμης του προηγούμενου ερεθίσματος, που έχει αποτυπωθεί με νευροχημικό τρόπο, και της σταδιακής εγκατάστασης της μάθησης και της αλλαγής συμπεριφοράς².

Ανάλογες διαδικασίες με αυτές που αναπτύσσονται κατά την έναρξη και την εγκαθίδρυση της παρατεταμένης ενδυνάμωσης του δυναμικού (Long-Term Potentiation, LTP)³ φαίνεται να συμβαίνουν και κατά την επανειλημμένη έκθεση σε ερεθίσματα που δημιουργούν συνθήκες εκμάθησης, π.χ. επανειλημμένη και επίμονη εκπαίδευση σε πειραματική διάταξη λαβύρινθου, μια κλασική δοκιμασία μνήμης σε αρουραίους που αφορά στη διάταξη στον χώρο προκαλεί εξάπλωση νευριτικών αποφυάδων μέσα στον ιππόκαμπο. Η μάθηση μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στο επίπεδο της δημιουργίας συνάψεων, του μήκους και της πυκνότητας δενδριτών, στη δραστηριότητα των κυττάρων της γλοίας και στη μεταβολική δραστηριότητα σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου. Ενώ λοιπόν εθεωρείτο ότι τέτοιες δομικές αλλαγές περιοριζόνταν στον χρόνο που διαρκεί η ανάπτυξη, έχει γίνει φανερό ότι αυτό δεν ισχύει απόλυτα. Πρέπει πάντως να τονιστεί ότι οι διαδικασίες αυτές είναι πολύ πιο έντονες κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης, όπως φαίνεται από πειράματα με έκθεση αρουραίων σε εμπλουτισμένο περιβάλλον, όπου αυξάνεται η πολυπλοκότητα του δενδριτικού δικτύου, ιδιαίτερα σε αναπτυσσόμενα ζώα. Στο άλλο άκρο του ηλικιακού φάσματος, στη γήρανση, οι δομικές αλλαγές που επιτελούνται σε συνθήκες επίμονης μάθησης είναι περιορισμένες, ενώ και το δενδριτικό δίκτυο παρουσιάζεται πιο απλουστευμένο.

³ Πειραματικά η LTP επάγεται με βραχύ τετανικό ερεθισμό του προσυναπτικού νευρώνα, ο οποίος οδηγεί σε μακρόχρονη ευόδωση της συναπτικής απάντησης στον μετασυναπτικό νευρώνα. Η επαγωγή της LTP εξαρτάται από τη δραστηριοποίηση των NMDA υποδοχέων του γλουταμινικού και την εισροή ιόντων ασβεστίου στον μετασυναπτικό νευρώνα.

Συμβατές με την έννοια της πλαστικότητας στον ενήλικο εγέφαλο είναι και οι παρατηρήσεις ότι σε καταστάσεις είτε απουσίας αισθητικών ερεθισμάτων είτε υπερβολικής δραστηριοποίησης ορισμένων περιοχών του εγκεφάλου υπάρχουν αλλαγές στη φλοιική αντιπροσώπευση λειτουργιών. Παραδείγματα είναι η αυξημένη αντιπροσώπευση περιοχών του εγκεφάλου οι οποίες καθορίζουν την κινητικότητα μελών που εξασκούνται σε πολύπλοκες κινήσεις, όπως για την εκμάθηση μουσικού οργάνου, ή η έννοια του «μέλους-φάντασμα», που προκύπτει από την αναδιοργάνωση του σωματοαισθητικού φλοιού μετά από ακρωτηριασμό μέλους.

Ένα επιπλέον στοιχείο που έχει αναδείξει την πλαστικότητα του ώριμου εγκεφάλου είναι η αναγνώριση ότι σε περιορισμένες περιοχές του εγκεφάλου γεννώνται νέοι νευρώνες. Ιδιαίτερα οι νευρώνες που καταλήγουν να πλαισιώσουν την οδοντωτή έλικα στον ιππόκαμπο έχουν σημασία όσον αφορά στις διαδικασίες μνήμης. Είναι ενδιαφέρον ότι και οι συνάψεις που δημιουργούν αυτοί οι νέοι νευρώνες και η αποτελεσματικότητά της νευρομεταβίβασής τους μεταβάλλονται όταν αρουραίοι εκτεθούν σε επίμονη εκπαίδευση στον λαβύρινθο που αναφέρθηκε παραπάνω. Ακόμη πιο σχετικό με την Ψυχιατρική είναι το φαινόμενο όπου σε πειραματικά μοντέλα ποντικών, η δράση των αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης ως αντικαταθλιπτικών φαίνεται να εξαρτάται από τη δημιουργία αυτών των νέων νευρώνων, από μία καθαρά πλαστική λειτουργία του εγκεφάλου⁴.

⁴ Ποιοι είναι οι μοριακοί ή βιοχημικοί παράγοντες που μπορεί να παίζουν ρόλο στην ενήλικο συναπτογένεση; Μπορεί να υποθεθεί ότι κάποια μονοπάτια που παίζουν ρόλο στην εγκατάσταση της LTP μπορεί να εμπλέκονται, αν και τα πειραματικά δεδομένα στον τομέα αυτόν είναι ισχνά. Καθώς η συναπτογένεση είναι μια διαδικασία που γίνεται κατεξοχήν κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης, με τη συμμετοχή πολύπλοκου συστήματος στο οποίο συμπεριλαμβάνονται πρωτεΐνες κυτταρικής σύνδεσης (cell adhesion), πρωτεΐνες ικριώματα, πρωτεΐνες που σχετίζονται με την ακτίνη, πρωτεΐνες που μεταφέρουν σήματα αυξητικών παραγόντων, και πρωτεΐνες που σχετίζονται με τα ενδοσώματα, είναι αναμενόμενο και στην ενήλικο ζωή τα συστήματα αυτά να είναι απαραίτητα για την πιο επιλεκτική συναπτογένεση που επιτελείται σε συνθήκες έντονης μάθησης. Πάντως φαίνεται ότι δομικές αλλαγές σε προσυναπτικούς και μετασυναπτικούς νευρώνες μπορεί να επιτελεστούν με την επίδραση νευροτροφικών παραγόντων, καθώς και ορμονών. Από τους νευροτροφικούς παράγοντες, τα περισσότερα δεδομένα υπάρχουν για την τροποποιητική δράση στη συναπτογένεση του εγκεφαλικού νευροτροφικού παράγοντα (Brain Derived Neurotrophic Factor, BDNF), ενώ από τους ορμονικούς παράγοντες για τα οιστρογόνα.

Τα δεδομένα αυτά που αφορούν στην πλαστικότητα του ενήλικου εγκεφάλου και τη δυνατότητα αναδιοργάνωσης ή και δημιουργίας νέων συνάψεων μετά από εξωτερικά ερεθίσματα, με επακόλουθη αλλαγή της συμπεριφοράς, οδηγούν στο ερώτημα του κατά πόσον είναι πιθανόν τέτοια φαινόμενα να υπεισέρχονται στη διαδικασία ή και στο θεραπευτικό αποτέλεσμα των διαφόρων μορφών ψυχοθεραπείας. Όσον αφορά καταρχήν τη διασύνδεση της ψυχανάλυσης με διαδικασίες μνήμης, έχει προταθεί η αναλογία της άδηλης μνήμης (procedural or implicit memory) με το ασυνείδητο, καθώς η μνημονική αυτή διεργασία είναι μη συνειδητή. Η άδηλος μνήμη, στην οποία συμμετέχουν τα βασικά γάγγλια, κυριαρχεί στη βρεφική και πρώιμη παιδική ηλικία, και έχει μεγάλη σημασία για την αποθήκευση πληροφοριών σχετικών με το συναίσθημα. Δημιουργεί πλαίσια και κυκλώματα μέσα από τα οποία αναλύονται και αποθηκεύονται οι μετέπειτα εμπειρίες. Με την ψυχανάλυση αυτά επανέρχονται στην επιφάνεια, αναλύονται και «ξαναμαθαίνονται» μέσω δηλωτικής μνήμης (explicit or declarative memory).

6. Παγίωση και αναπαγίωση των εμπειριών: «Αφαιρώντας» τις παθογενετικές μνήμες

Από καιρό έχει αναγνωριστεί ότι η μακροπρόθεσμη αποθήκευση πληροφοριών στον εγκέφαλο προϋποθέτει μια διαδικασία κατά την οποία μια ασταθής βραχυπρόθεσμη μνήμη μετατρέπεται σε μια σταθερή μνημονική αποτύπωση, η οποία είναι ιδιαίτερα απροσπέλαστη σε αμνησίες οφειλόμενες σε διάφορους χειρισμούς ή καταστάσεις.

Αυτή η άποψη είχε αρχικά προταθεί με βάση στοιχεία ότι θεραπείες όπως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ΗΣΘ), που προκαλούν αμνησία όταν εφαρμοστούν αμέσως μετά τη μάθηση, δεν έχουν καμία επίδραση όταν εφαρμοστούν ώρες αργότερα. Η μετάβαση από τη βραχυπρόθεσμη στη μακροπρόθεσμη μνήμη ονομάζεται *παγίωση* (consolidation) και πιστεύεται ότι ακολουθεί τη μετατροπή των προσωρινών αλλαγών στη συναπτική μεταβίβαση σε παρατεταμένες τροποποιήσεις της συναπτικής αρχιτεκτονικής σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου.

Αυτό το μοντέλο, το οποίο χρονολογείται πάνω από 100 έτη, αρχικά αμφισβητήθηκε σε μια μελέτη του 1968 που έδειξε ότι παρότι η ΗΣΘ δεν είναι σε θέση να επηρεάσει τη μνήμη ώρες μετά την εγκατάστασή της, θα μπορούσε να προκαλέσει αμνησία, εάν μια πλήρως παγιωμένη και σταθερή μακροπρόθεσμη μνήμη επαν-

ενεργοποιηθεί από μια διαδικασία υπενθύμισης πριν από την εφαρμογή της ΗΣΘ. Ως εκ τούτου, αυτό το εύρημα δείχνει ότι κατά την επαν-ενεργοποίησή της η παλαιά μνήμη επιστρέφει σε μια ασταθή κατάσταση, η οποία υποβάλλεται σε άλλον έναν κύκλο παγίωσης, παρόμοιο με αυτόν που ακολουθεί τη νέα μάθηση.

Αυτή η διεργασία ονομάζεται *αναπαγίωση* (reconsolidation). Τα τελευταία χρόνια, η διαδικασία της αναπαγίωσης καταδείχθηκε με σαφήνεια με τη χρήση ενός μεγάλου αριθμού συμπεριφορικών παραδειγμάτων και αμνησιακών παραγόντων. Τη διεργασία αυτή μοιράζονται διάφορα είδη αναμνήσεων. Έτσι, αντί να συμβαίνει μόνο μία φορά, η αποθήκευση μνήμης είναι μια διεργασία που επαναλαμβάνεται με κάθε χρήση του μνημονικού υλικού.

Αυτά τα δεδομένα συνέβαλαν ουσιαστικά στην αναθεώρηση της άποψης ότι οι μακροπρόθεσμες μνήμες αποθηκεύονται ανεπιστρεπτί στα νευρωνικά κυκλώματα του εγκεφάλου, και μάλλον δείχνουν ότι οι μνήμες μπορεί συνεχώς να ενημερώνονται, να τροποποιούνται και ακόμη να διαγράφονται. Η ευαισθησία της διεργασίας της μνημονικής αναπαγίωσης σε παρεμβολές μπορεί να ευθύνεται για την εμφάνιση ψευδών (που δεν αντιστοιχούν σε εμπειρία συμβάντων) αναμνήσεων. Συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια της εκ νέου ενεργοποίησης ενός ίχνους μνήμης (memory trace), το περιεχόμενό του μπορεί να αλλάξει μέσω υποβολής ή άλλων μέσων.

Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι τα δεδομένα αυτά συναντούν ψυχαναλυτικές ιδέες, όπως διατυπώθηκαν από τον Φρόιντ για τη μνήμη και το εκ των υστέρων νόημα. Ο Φρόιντ, ήδη από το 1896 είχε συμπεράνει ότι «το υλικό που υπάρχει με τη μορφή μνημονικών ίχνών, από καιρού εις καιρόν υφίσταται μια αναδιοργάνωση (re-arrangement) υπό την επίδραση των νέων συνθηκών και υπόκειται σε επανεγγραφή. Η μνήμη είναι παρούσα όχι μία αλλά πολλές φορές και εγγράφεται πολλαπλώς».

7. Επίλογος

Εάν τα αρχικά μνημονικά ίχνη καθίστανται εύλατα σε αλλαγές κάθε φορά που η μνήμη ανακτάται, και αυτό ισχύει επίσης και για τις παθολογικές μνήμες, η ψυχοθεραπεία (η οποία επιτρέπει στους ασθενείς να ανακαλούν και να ανασκευάζουν τραυματικές εμπειρίες του παρελθόντος) μπορεί να βοηθήσει στην εξασθένηση της παθογενετικής επίδρασης παρεμβαίνοντας στη διεργασία της μνημονικής αναπαγίωσης.

Κύρια Σημεία

- Ο παραδοσιακός δυϊσμός της ψυχολογικής και της βιολογικής Ψυχιατρικής φαίνεται να μη γίνεται πλέον αποδεκτός, δεδομένου ότι ακόμη και φευγαλέες σκέψεις ή συναισθήματα αφήνουν τα ίχνη τους στον εγκέφαλο. Ο σχηματισμός του εγκεφάλου είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με το περιβάλλον και την ιστορία της ζωής ενός ατόμου. Η ως άνω προσέγγιση ενσωματώνει τους βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες των ψυχικών διαταραχών σε ένα συνεκτικό πλαίσιο προσδίδοντας υπόσταση σε μια πιο σφαιρική θεραπευτική θεωρία και πρακτική.
- Παρά τις δραματικές εξελίξεις στην ψυχοφαρμακολογία, η ψυχοθεραπεία συνεχίζει να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Δύο μορφές ψυχοθεραπείας, η γνωσιακή-συμπεριφορική και η διαπροσωπική θεραπεία, παρέχουν ενδείξεις επιστημονικής τεκμηρίωσης στο θεραπευτικό τους αποτέλεσμα.
- Οι περιοχές των νευροεπιστημών που είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες στην ψυχοθεραπεία, είναι η εξερεύνηση της νευροβιολογικής βάσης της διυποκειμενικότητας, τα πρόσφατα δεδομένα για τη μνήμη και τη νευροπλαστικότητα, και η δυναμική διεργασία παγίωσης και αναπαγίωσης των εμπειριών του ατόμου.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

- Amini F, Lewis T, Lannon R et al. Affect, attachment, memory: contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry* 1996; 59:213–239
- Bowlby J. *Attachment and loss. vol I: Attachment*. Basic Books, New York 1982
- Gogolla N, Galimberti I, Caroni P. Structural plasticity of axon terminals in the adult. *Curr Opin Neurobiol* 2007, 17:516–524
- Insel TR, Young LJ. The neurobiology of attachment. *Nat Rev Neurosci* 2001, 2:129–136
- Issidorides-Radovich M, Vaslamatzis G (eds) *Dialogue of Psychoanalysis and Neurobiology: Theoretical and Therapeutic Aspects*. BETA Medical Publishers, Athens, 2010
- Kandel ER. Psychotherapy and the single synapse. The impact of psychiatric thought on neurobiologic research. *N Engl J Med* 1979, 301:1028–10375
- Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a metaanalysis. *JAMA* 2008, 300:1551–1565
- McGaugh JL. Memory—a century of consolidation. *Science* 2000, 287:248–251
- Misanin JR, Miller RR, Lewis DJ. Retrograde amnesia produced by electroconvulsive shock after reactivation of a consolidated memory trace. *Science* 1968, 160:203–204
- Rizzolatti G, Fadiga, L, Gallese V, Fogassi L. Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Brain Res Cogn Brain Res* 1996, 3:131–141
- Varela FJ. Neurophenomenology: a methodological remedy for the hard problem. *J Conscious Stud* 1996, 3:330–349

Εικονική θεραπεία και εικονική δράση

Ι.Γ. Παπακώστας, Γ.Ν. Παπαδημητρίου

Μπορεί ένα τριαντάφυλλο να μυρίζει το ίδιο όποιο όνομα κι αν δώσει, όμως η εικονική θεραπεία με άλλο όνομα μυρίζει ωραιότερα

Kirsch I

1. Εισαγωγή

Για πολλά χρόνια η έννοια της εικονικής θεραπείας ήταν ταυτισμένη με τη χορήγηση αδρανούς ουσίας –εν αγνοία του ασθενούς– για ερευνητικούς ή κλινικούς σκοπούς (placebo therapy), ακολουθούμενη από μια αμελητέα αμφιλεγόμενη ευεργετική δράση (placebo effect) «ψυχολογικής» κυρίως φύσης. Με την πρόοδο όμως της επιστήμης καταδείχτηκε ότι η χορήγηση εικονικής θεραπείας δεν είναι αναγκαία για την έκλυση της εικονικής δράσης, καθώς επίσης και ότι η εικονική δράση ούτε αμελητέα είναι, ούτε πάντοτε ευεργετική (placebo), αλλά ενίοτε είναι και βλαβερή (nocebo). Η εικονική δράση είναι ένα γνήσιο βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο, παρούσα σε κάθε θεραπευτικό πλαίσιο, η μελέτη της απαιτεί διεπιστημονική συνεργασία, ενώ η ερευνητική και κλινική της αξία δεν μπορεί να αγνοηθεί ή να υποτιμηθεί. Γνώση της φύσης και της σημασίας αποτελεί πρώτιστο καθήκον των ασχολούμενων με τα θέματα της υγείας, και προπάντων του κλινικού, ο οποίος διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο στην έκλυση, ένταση και κατεύθυνση της εικονικής δράσης.

2. Ίαση: Βασικές συνιστώσες

Σε μια ελαφρά κάκωση συνοδευόμενη από πόνο και οίδημα, αν δεν εφαρμοσθεί καμία θεραπεία, η κάκωση αναμένεται να αποδράμει σε λίγες μέρες. Αν χορηγηθεί ένα «φάρμακο» το οποίο συνίσταται από μια φαρμακολογικά αδρανή ουσία (όπως λακτόζη: «εικονική θεραπεία»), η κάκωση μπορεί να αποδράμει γρηγορότερα. Αν, τέλος, χορηγηθεί μια δραστητική θεραπεία (ανάλγητική-αποιδηματική), η ίαση μπορεί να επιτευχθεί τάχιστα (πίνακας 1).

Πίνακας 1. Βασικές συνιστώσες της ίασης.

Ίαση χωρίς «επίσημη» παρέμβαση	Φυσική πορεία νόσου ή χρονοδράση
Ίαση έπειτα από χορήγηση θεραπείας χωρίς «ενεργά» ή «ειδικά» συστατικά για την κατάσταση που δίδεται	Εικονική θεραπεία
Ίαση έπειτα από χορήγηση θεραπείας επιστημονικά τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας για την κατάσταση που χορηγήθηκε	Ειδική (εξειδικευμένη) θεραπεία

2.1. Φυσική πορεία νόσου

Η περίπτωση ίασης κατά την οποία ουδεμία παρέμβαση πραγματοποιείται περιγράφεται ιατρικά –κάπως γενικά και αόριστα– ως *φυσική πορεία* (natural course) της νόσου ή *χρονοδράση* (time effect). Στην πραγματικότητα, πρόκειται για τη συμμετοχή πολλαπλών, συνήθως μη παρατηρήσιμων, επιρροών, όπως:

α. *Θεραπευτική δύναμη της φύσης* (vis medicatrix naturae): Είναι η ικανότητα του ίδιου του οργανισμού να επανορθώνει ή να εξισορροπεί τη δομή και τη λειτουργία του, καταφεύγοντας στις ίδιες του τις δυνάμεις, για να αντιμετωπίσει τις διάφορες αντιξοότητες. Θα πρέπει βεβαίως να σημειωθεί ότι ένα σύμπτωμα ή μια νόσος μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου, αλλά όχι απαραίτητα πάντα προς το καλύτερο. Συνεπώς, η φύση δεν είναι πάντοτε ευεργετική, όπως υπαινίσσονται ορισμένες «παραϊατρικές» προσεγγίσεις, οι οποίες αυτοπροβάλλονται ως «φυσικές προσεγγίσεις».

β. *Επαναφορά στο μέσον*: Οι περισσότεροι βιολογικοί και ψυχολογικοί δείκτες του οργανισμού, όπως π.χ. η αρτηριακή πίεση, η γλυκόζη αίματος, το άγχος, κυμαίνονται κάτω από συνήθεις συνθήκες περί τη μέση τιμή τους. Οι δείκτες αυτοί εμφανίζουν διακυμάνσεις, οι οποίες μπορεί να ποικίλουν αξιοση-

μείωτα, έχοντας ταυτόχρονα την τάση να επανέρχονται στις πλέον τυπικές τιμές τους. Το φαινόμενο αυτό αποκαλείται *επαναφορά στο μέσον* (regression towards the mean). Εάν επομένως η επίσκεψη ενός ασθενούς στον ιατρό συμπέσει με μια ακραία διακύμανση ενός δείκτη (σε σχέση με τη μέση τιμή), μπορεί ο ιατρός να οδηγηθεί σε εσφαλμένες εκτιμήσεις και χειρισμούς, όπως να συστήσει θεραπεία. Στην περίπτωση αυτή ο δείκτης μπορεί, όταν επαναξιολογηθεί, να έχει επανέλθει σε κανονικότερες τιμές όχι ως αποτέλεσμα της θεραπείας, αλλά ως ένα φαινόμενο «επαναφοράς στο μέσον».

γ. *Άλλες χρονοδράσεις*: Οι σημειούμενες μεταβολές ενός δείκτη μπορεί επίσης να οφείλονται σε παράγοντες που έχουν αλλάξει μέσα στον χρόνο, όπως οι ικανότητες του ιατρού είτε στην αξιολόγηση είτε στη θεραπεία: π.χ. ο ιατρός να έχει γίνει πιο έμπειρος και να αξιολογεί καλύτερα τους διάφορους δείκτες. Είναι επίσης πιθανόν οι σημειούμενες μεταβολές να οφείλονται στον παράγοντα «ασθενής», όπως στην περίπτωση που η αρτηριακή του πίεση εμφανίζεται αυξημένη μόνο παρουσία του ιατρού, ή όταν μετράται από τον ιατρό (φαινόμενο γνωστό ως «υπέρταση της άσπρης μπλούζας») και όχι από μια νοσηλεύτρια. Η αντίδραση αυτή μπορεί να εξαλειφθεί εάν ο ασθενής εξοικειωθεί με την παρουσία του ιατρού. Τέλος, οι σημειούμενες μεταβολές ενός δείκτη είναι δυνατόν να επηρεάζονται από την εποχή του χρόνου στην οποία έλαβαν χώρα οι μετρήσεις, ή εάν καταγράφηκαν λανθασμένες μετρήσεις.

δ. *Παράλληλες και πιθανάόν μη αναγνωρίσιμες επεμβάσεις*: Είναι δυνατόν η εκούσια ή η ακούσια συμπεριφορά του ασθενούς να επηρεάσει το αποτέλεσμα. Ένας ασθενής π.χ. με υπέρταση μπορεί να μειώσει το αλάτι, να προσπαθήσει να αποφύγει τις καταστάσεις στρες, ή να υιοθετήσει αλλαγές στον τρόπο ζωής του.

2.2. Εικονική θεραπεία

Η ίαση είναι επίσης δυνατόν να επιτευχθεί με τη χορήγηση μιας ουσίας που δεν έχει αποδεδειγμένη δράση για την κατάσταση που χρησιμοποιείται, με την προϋπόθεση ο ασθενής να έχει την εσφαλμένη εντύπωση ότι λαμβάνει μια δραστική, για την περίπτωση του, φαρμακευτική ουσία. Η θεραπεία στην περίπτωση αυτή αποκαλείται *εικονική θεραπεία* (placebo therapy ή απλά placebo, πληθυντικός: placebos, από το λατινικό ρήμα placere: δηλαδή ευχαριστείν ή ευεργετείν).

Ως *εικονική* επομένως ορίζεται κάθε θεραπεία ή συστατικό θεραπείας που χρησιμοποιείται για θεραπευτικούς σκοπούς, μολονότι στερείται ειδικής φυσιολογικής δράσης (προκειμένου για βιολογικές θεραπείες) ή ειδικής ψυχολογικής δράσης (προκειμένου για ψυχολογικές θεραπείες) για την κατάσταση που χορηγείται. Στην κατηγορία των εικονικών θεραπειών υπάγονται και εκείνες που χορηγούνται ως ειδικές, αλλά αποδεικνύεται στη συνέχεια ότι δεν είναι, καθώς και οι ειδικές θεραπείες που χορηγούνται σε καταστάσεις των οποίων όμως έχει αποδειχθεί η αναποτελεσματικότητα (π.χ. αντιβιοτικά για ιογενείς λοιμώξεις).

Εικονική απάντηση: Οι μεταβολές στην κατάσταση του ασθενούς που τυχόν θα σημειωθούν με τη χορήγηση της εικονικής θεραπείας, συνιστούν τη λεγόμενη *απάντηση στην εικονική θεραπεία* (placebo response). Δεδομένου ότι η χορηγούμενη ουσία, ως αδρανής, στερείται ειδικής φαρμακολογικής δράσης, εικάζεται ότι η σημειούμενη απάντηση οφείλεται σε μη ειδικές δράσεις, όπως στη φυσική πορεία της νόσου και στην εικονική δράση.

Εικονική δράση (placebo effect): Η εικονική δράση αποτελεί μια ιδιαίτερη κατηγορία αυτοΐασης που πραγματοποιείται από τις ψυχολογικές και συμβολικές δυνάμεις του ατόμου (θεραπευτική δύναμη της φαντασίας), με τη διαφορά ότι το άτομο δεν την αποδίδει στον εαυτό του, αλλά σε έναν εξωτερικό παράγοντα. Επομένως, αυτό το μέρος της απάντησης που οφείλεται στο γεγονός ότι ο ασθενής εκτίθεται σε μια θεραπευτική διαδικασία και στους συνακόλουθους ψυχοφυσιολογικούς μηχανισμούς που θα δρομολογηθούν, αποκαλείται *εικονική δράση*. Με βάση τα παραπάνω, είναι πρόδηλο ότι η εικονική δράση αποτελεί το ένα μόνο συστατικό της εικονικής απάντησης στην *εικονική θεραπεία*, το άλλο συστατικό ανήκει στη χρονοδράση ή τη «φυσική πορεία της νόσου».

Εφόσον ως εικονική ορίζεται η δράση που εκλύεται από την αντίληψη του ατόμου πως υποβάλλεται σε θεραπεία, είναι αυτονόητο ότι η έκλυση εικονικής δράσης δεν αποτελεί πρόνομο μόνο της εικονικής, αλλά και οιασδήποτε θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων και των ειδικών θεραπειών. Το γεγονός αυτό είναι μείζονος σημασίας διότι αποσυνδέει την έκλυση της εικονικής δράσης από τη χορήγηση της εικονικής θεραπείας και τα δεοντολογικά προβλήματα με τα οποία είναι συνυφασμένη η χορήγηση της εικονικής θεραπείας.

Ευεργετική δράση (placebo effect) και βλαβερή δράση (nocebo effect): Ο ιατρός που χορηγεί μια εικονική θεραπεία έχει τη –συνήθως άρρητη– πεποίθηση ότι ο ασθενής την εκλαμβάνει ως θεραπευτική ή ευεργετική. Είναι όμως γεγονός ότι πολύ συχνά ο ασθενής δεν την αντιλαμβάνεται με αυτόν τον θετικό τρόπο, αλλά αρνητικά, ως επικίνδυνη ή βλαβερή (π.χ. ότι με τα ψυχοφάρμακα «θα γίνει φυτό», ή «το χειρουργείο είναι σφαγείο»). Σε αντίθεση με την ευεργετική δράση, το φαινόμενο βλαβερότητας δρα παθογενετικά και αντιθεραπευτικά. Συνεπώς, ως ευεργετική ή βλαβερή ορίζεται εικονική δράση ανάλογα με την αντίστοιχη θετική ή αρνητική στάση του ασθενούς.

Μελέτη των συνιστωσών της ίασης: Η επιστημονική μελέτη και τεκμηρίωση αποτελεσματικών θεραπειών (μελέτες έκβασης, outcome studies), αλλά και του μηχανισμού δράσης τους (μελέτες σε εξέλιξη, process studies), αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα που επιδιώκεται μέσα από συλλογικές και χρονοβόρες προσπάθειες, χρήση πολύπλοκων μεθοδολογιών, και επίλυση προβλημάτων που ανήκουν στους κώδικες ιατρικής δεοντολογίας.

Θεωρητικά, για την περιεκτική μελέτη των θεραπευτικών συνιστωσών χρειάζονται τουλάχιστον τρεις ομάδες ασθενών: Μία ομάδα που να υποβάλλεται σε θεραπευτική αγωγή με ειδική θεραπεία (θεραπεία υπό μελέτη), μία ομάδα που να υποβάλλεται σε εικονική θεραπεία, και μία ομάδα χωρίς καμιά θεραπεία, υπό την προϋπόθεση ότι, πλην της διαφορετικής θεραπευτικής αντιμετώπισης, όλοι οι άλλοι παράγοντες είναι όμοιοι μεταξύ των τριών αυτών ομάδων (ceteris paribus).

Οι μελέτες για την επιστημονική τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας αποκαλούνται συλλήβδην «*τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες*» (randomized controlled trials, RCTs).

3. Μηχανισμός της εικονικής δράσης

Η εικονική δράση, ως ένα σύνθετο φαινόμενο, προσφέρει μοναδική ευκαιρία μελέτης κοινωνικών, ψυχολογικών και βιολογικών διεργασιών. Οι κυριότερες προσεγγίσεις για την ερμηνεία του υποκείμενου μηχανισμού δράσης είναι η βιολογική, η μαθησιακή και η γνωσιακή, οι προτεινόμενες εξηγήσεις των οποίων δεν είναι κατ' ανάγκη ασύμβατες η μία με την άλλη.

3.1. Βιολογική προσέγγιση

Η χορήγηση μιας εικονικής θεραπείας με τη μορφή φαρμάκου συνοδεύεται από ορισμένα *κλινικά και*

νευροβιολογικά φαινόμενα, τα οποία ομοιάζουν με αντίστοιχα φαινόμενα που εκδηλώνονται με τη λήψη των δραστικών φαρμάκων. Τα φαινόμενα αυτά είναι τα ακόλουθα:

3.1.1. Κλινικές μεταβολές

1. *Έναρξη δράσης:* Η έναρξη της δράσης είναι αντίστοιχη του πραγματικού φαρμάκου, μολονότι η εικονική δράση επιτυγχάνεται ταχύτερα. Αυτό συμβαίνει διότι η δράση του γνήσιου φαρμάκου πραγματοποιείται με περιφερικούς (φυσιολογικούς: bottom-up) χρονοβόρους μηχανισμούς, ενώ η εικονική δράση με ταχύτερους κεντρικούς (ψυχολογικούς: top down) μηχανισμούς. Π.χ. αμέσως σχεδόν μετά τη λήψη ενός φαρμάκου, ο ασθενής αναφέρει μια ηρεμιστική δράση, χρονικό διάστημα τόσο σύντομο που δεν προβλέπεται από τη φαρμακοκινητική συμπεριφορά του φαρμάκου.
2. *Κατεύθυνση δράσης:* Η εικονική θεραπεία μπορεί να μειώσει ή να αυξήσει την αρτηριακή πίεση, ανάλογα αν χορηγείται ως αντι-υπερτασικό ή ως αντι-υποτασικό φάρμακο.
3. *Φαρμακολογικά εξαρτώμενη δράση:* Είναι ανάλογη με εκείνη του πραγματικού φαρμάκου. Μια εικονική θεραπεία που «υποδύεται» τη μορφίνη αναμένεται να ανακουφίσει περισσότερο τον μετεγχειρητικό πόνο, σε σύγκριση με μια εικονική θεραπεία που υποδύεται την ασπιρίνη.
4. *Δοσολογικά εξαρτώμενη δράση:* Το μέγεθος της δράσης είναι ανάλογο της δοσολογίας της εικονικής θεραπείας. Π.χ. οι δύο κάψουλες είναι πιο δραστικές από τη μία.
5. *Ανεπιθύμητες ενέργειες:* Είναι συνήθως παρόμοιες με αυτές του δραστικού φαρμάκου που υποδύεται η εικονική θεραπεία.
6. *Εξαρτητική δράση:* Αν διακοπεί η εικονική θεραπεία που υποδύεται μια εξαρτητική ουσία, το άτομο εμφανίζει φαινόμενα στέρησης, ενώ αν διατηρηθεί η ίδια «δόση» η δραστηριότητα μειώνεται και απαιτείται αύξηση της «δόσης» (ανοχή, tolerability).

3.1.2. Φυσιολογικές μεταβολές

Εκ πρώτης όψεως φαίνεται παράδοξο να υπάρχει επίδραση του οργανισμού πάνω σε ένα εικονικό φάρμακο (φαρμακοκινητική), ή του εικονικού φαρμάκου πάνω στον οργανισμό (φαρμακοδυναμική), τη στιγμή κατά την οποία δεν υπάρχει τίποτα να απορροφηθεί, να κατανεμηθεί, να μεταβολισθεί, να απεκκριθεί, ή εν τέλει να αναζητηθεί σε ειδικά ιστικά τμήματα. Εντούτοις, οι αισθήσεις και οι αντι-

λήψεις που συνοδεύουν ή εκλύονται από την έκθεση του ατόμου στην εικονική θεραπεία είναι δυνατόν να προκαλέσουν ποικίλες νευροβιολογικές μεταβολές (πίνακας 2).

3.2. Μαθησιακή προσέγγιση

Φάρμακα με αποδεδειγμένη ειδική δράση, (ινσουλίνη, μορφίνη) είναι σε θέση να προκαλούν προβλέψιμες απαντήσεις, όπως μείωση του σακχάρου του αίματος και του πόνου αντίστοιχα. Τέτοιου είδους ερεθίσματα, που μπορούν χωρίς παρέμβαση του παράγοντα της μάθησης να προκαλέσουν προβλέψιμες απαντήσεις, αποκαλούνται μη εξαρτημένα ερεθίσματα (unconditioned stimuli), και οι συνακόλουθες απαντήσεις μη εξαρτημένες απαντήσεις (unconditioned responses). Εάν ερεθίσματα που δεν είναι σε θέση να προκαλέσουν προβλέψιμες απαντήσεις, όπως π.χ. σύριγγες, συνδεθούν λόγω χωροχρονικής γειννίας με μη εξαρτημένα ερεθίσματα (χορήγηση ινσουλίνης ή μορφίνης), είναι δυνατόν να προκαλέσουν την ίδια απάντηση (μείωση του σακχάρου και του πόνου), μολονότι περιέχουν μόνο φυσιολογικό ορό. Αυτά τα αρχικά ουδέτερα ερεθίσματα που αποκτούν την ιδιότητα των μη εξαρτημένων ερεθισμάτων αποκαλούνται εξαρτημένα ερεθίσματα (conditioned stimuli), ενώ οι συνακόλουθες απαντήσεις εξαρτημένες απαντήσεις (conditioned responses).

Πίνακας 2. Εικονική δράση και νευροβιολογικές μεταβολές.	
Κλινική κατάσταση	Μεταβολές
Πόνος	Ενεργοποίηση ενδογενών οπιοειδών (placebo), ενεργοποίηση χολοκυστοκινίνης και απενεργοποίηση ντοπαμίνης (nocebo)
Νόσος Πάρκινσον	Ενεργοποίηση ντοπαμίνης στο ραβδωτό σώμα (striatum) και μεταβολές στη δραστηριότητα των νευρώνων στα βασικά γάγγλια και στον θάλαμο
Κατάθλιψη	Μεταβολές ηλεκτρικής και μεταβολικής δραστηριότητας σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, όπως στο κοιλιακό ραβδωτό σώμα (ventral striatum)
Άγχος	Μεταβολές στη δραστηριότητα της πρόσθιας έλικας του προσαγωγίου (cingulate) και του κορχομετωπιαίου (orbitofrontal) φλοιού Γενετικές παραλλαγές (variations) των μεταφορέων σεροτονίνης και του ενζύμου τρυπτοφάνης-υδροξυλάσης ή της τρυπτοφάνης

Στον πίνακα 3, αναγράφονται με δειγματοληπτική διάθεση, συνήθη ουδέτερα ερεθίσματα, τα οποία εάν συνδεθούν με μη εξαρτημένα ερεθίσματα είναι δυνατόν να εκλύσουν εξαρτημένες (εικονικές) απαντήσεις.

3.3. Γνωσιακή προσέγγιση

Η εικονική δράση μπορεί να τροποποιηθεί από γνωσιακούς παράγοντες (π.χ. πληροφόρηση), οι οποίοι δεν λαμβάνονται υπόψη στις θεωρίες της μάθησης. Σύμφωνα με τη γνωσιακή προσέγγιση, ορισμένες νοητικές δραστηριότητες ασκούν καθοριστικό ρόλο στην αλυσίδα των διεργασιών που οδηγούν στην εικονική δράση. Από αυτές τις νοητικές δραστηριότητες έχουν μελετηθεί περισσότερο οι προσδοκίες (expectations). Ο ρόλος των προσδοκιών είναι εύλογος διότι, σε τελική ανάλυση, για την πρόβλεψη της εικονικής δράσης μπορεί να ερωτηθεί ο ασθενής τι περιμένει από τη θεραπεία. Μια στάση του θετική ή αρνητική προοιωνίζει αντίστοιχα μια ευεργετική ή βλαβερή δράση. Οι ασθενείς που εκ των προτέρων αμφιβάλλουν, δύσκολα ανταποκρίνονται στη θεραπεία.

Οι προσδοκίες που συμμετέχουν στην εκδήλωση της εικονικής δράσης διαιρούνται σε γενικές (π.χ. αισιοδοξία, ελπίδα, πίστη) και συγκεκριμένες ή ειδικές (π.χ. «είναι καλός ιατρός... είναι καλή θεραπεία»).

4. Παράγοντες που επηρεάζουν την εικονική δράση

- α. Η σχέση ιατρού-ασθενούς: Αποτελεί τον ουσιαστικότερο παράγοντα για την έκλυση εικονικής δράσης και ευόδωσης της θεραπευτικής διαδικασίας, αλλά τα συγκεκριμένα θεραπευτικά συστατικά της δεν είναι επακριβώς γνωστά.
- β. Ο ασθενής: Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι ενδεχομένως υπάρχουν συγκεκριμένα άτομα στα οποία η εικονική δράση κατά τη χορήγηση εικονικών θε-

Πίνακας 3. Παραδείγματα ερεθισμάτων που μπορούν να εκλύσουν μια εικονική δράση.	
Ουσίες και αντικείμενα	Δισκία, κάψουλες, σύριγγες, οροί
Χώροι	Ιατρεία, νοσοκομεία, χειρουργεία, εντατική μονάδα
Διαδικασίες	Εξετάσεις, τολύπια γάζας, καθαρισμός δέρματος
Πρόσωπα και τα σύμβολά τους	Ιατροί, νοσηλευτές, άσπρες μπλούζες, στηθοσκοπία, συνταγογραφήσεις

ραπειών εκλύεται με συνέπεια (συνεπείς placebo reactors ή συνεπείς placebo responders), αλλά η άποψη αυτή δεν έχει τεκμηριωθεί. Ομοίως, μολονότι σε διάφορες πειραματικές εργασίες συχνά αναφέρονται διαφορές στο μέγεθος της εικονικής δράσης μεταξύ ανδρών και γυναικών, σπάνια τέτοιες διαφορές κατοχυρώνονται και σε κλινικά πλαίσια. Αντίθετα, τόσο οι παλαιές όσο και οι πρόσφατες πεποιθήσεις του ασθενούς αναφορικά με την υγεία του, την ασθένειά του και τον τρόπο αντιμετώπισης της, φαίνεται πως παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της εικονικής δράσης.

γ. *Η νόσος*: Ο βαθμός απάντησης στην εικονική δράση ποικίλλει όχι μόνο μεταξύ των διαφόρων νοσημάτων, αλλά και στην ίδια νόσο από περίπτωση σε περίπτωση. Συνοπτικά, νοσήματα που δεν ελέγχονται από φλοιώδεις ή φυγόκεντρους (top-down) μηχανισμούς φαίνεται πως απαντούν λιγότερο στην εικονική δράση.

δ. *Ο ιατρός*: Δύο είναι οι βασικοί παράγοντες που ευνοούν την έκλυση ιατρικής εικονικής δράσης, συνήθως ευεργετικής, αλλά ενίοτε και βλαβερής, όπως στο παράδειγμα της «υπέρτασης της άσπρης μπλούζας»:

Πρώτον, το γεγονός ότι ο ιατρός διαθέτει δραστικές θεραπείες, δηλαδή θεραπείες με ειδική δράση, δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την έκλυση της μη ειδικής (εικονικής) δράσης, σύμφωνα με τις αρχές της θεωρίας της μάθησης, αλλά και της θεωρίας των προσδοκιών. Εάν π.χ. ο ασθενής έχει βιώσει την αναλγητική δράση δραστικών θεραπειών, «προετοιμάζεται» ή «προσδοκά» τη δράση αυτή σε περίπτωση που θα υποβληθεί σε μια «αναλγητική» εικονική θεραπεία.

Δεύτερον, οι ικανότητες του ιατρού αναφορικά με την εντόπιση και διάγνωση της νόσου, αλλά και των αιτιών, της πορείας και της πρόγνωσης της – αναμφίβολα εντυπωσιακές και υπέρτερες των θεραπευτικών του δυνατοτήτων – καλλιεργούν το έδαφος για την έκλυση της εικονικής δράσης. Ο ασθενής, ο οποίος κατά κανόνα βρίσκεται σε μια κατάσταση ψυχολογικής αδυναμίας λόγω της νόσου, συγχέει τις διαγνωστικές ικανότητες με τις θεραπευτικές δυνατότητες του ιατρού, και γι' αυτό αναμένει τις τελευταίες (θεραπευτικές) εξίσου εντυπωσιακές με τις πρώτες (διαγνωστικές).

ε. *Η θεραπεία και το θεραπευτικό πλαίσιο*: Μεταξύ των πολλαπλών χαρακτηριστικών της θεραπείας και του θεραπευτικού πλαισίου, τα οποία είναι σε

θέση να εκλύσουν εικονική δράση, διακρίνουμε τα αντιληπτικά και τα συμβολικά χαρακτηριστικά τους.

Στα αντιληπτικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνονται: ο χώρος της θεραπείας (ιατρείο, νοσοκομείο, χειρουργείο), τα μηχανήματα, η μορφή ή ο τρόπος χορήγησης της θεραπείας, το σχήμα, το χρώμα, η γεύση, το μέγεθος, το όνομα του φαρμάκου.

Στα συμβολικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνονται: η σημασία της θεραπείας για τον ασθενή «θα με βοηθήσει ή θα με βλάψει;» ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύει τη συμπεριφορά του ιατρού «ενδιαφέρεται ή θέλει να απαλλαγεί από μένα;» και ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύει την ασθένειά του («μια πρόκληση που θα την αντιμετωπίσω με αισιοδοξία» ή ως «ένα κοινωνικό στίγμα»).

5. Χορήγηση εικονικών θεραπειών και δεοντολογικοί κανόνες

Η χορήγηση εικονικών θεραπειών, είτε για θεραπευτικούς είτε για ερευνητικούς σκοπούς, είναι δυνατόν να εγείρει ζητήματα που άπτονται της ιατρικής δεοντολογίας, όταν απειλούνται να παραβιαστούν βασικές αρχές, όπως:

Η *αρχή της αυτονομίας* (autonomy principle), που αναφέρεται στο δικαίωμα του ασθενούς να ενημερώνεται πλήρως για τις θεραπευτικές εναλλακτικές λύσεις – τα υπέρ και τα κατά – και να αποφασίζει κατά τη βούλησή του. Χορήγηση, επομένως, μιας εικονικής θεραπείας στην κλινική πρακτική χωρίς την ενημέρωση και συγκατάθεση του ασθενούς (informed consent), παραβιάζει την αρχή αυτή και δεν νομιμοποιείται, εκτός ίσως ελαχίστων περιπτώσεων.

Η *αρχή της ωφελιμότητας* (beneficent principle), που υπαγορεύει στον ιατρό να κάνει το καλύτερο δυνατόν για τον ασθενή του χορηγώντας την πλέον αποτελεσματική θεραπεία που υπάρχει, αρχή που χρονολογείται από την εποχή του Ιπποκράτη με την περίφημη ρήση του: «ασκείν περί τα νοσήματα δύο, ωφελείν ή μη βλάπτειν». Η χορήγηση εικονικής θεραπείας είναι συχνή στην έρευνα και γίνεται κατόπιν ενημέρωσης και έγγραφης συγκατάθεσης του ασθενούς. Παρόλ' αυτά, μολονότι η αρχή της αυτονομίας δεν παραβιάζεται, το γεγονός ότι χορηγείται μια εικονική αντί μιας άλλης καθιερωμένης θεραπείας είναι δυνατόν να εγείρει δεοντολογικά προβλήματα, αφού μια τέτοια πρακτική προσκρούει στην αρχή της ωφελιμότητας.

Ως αποτέλεσμα των εξελίξεων αυτών, η μεν κλινική χρήση των εικονικών θεραπειών μειώνεται σταθερά, η δε χρήση τους στην έρευνα γίνεται με περίσκεψη.

6. Επίλογος

Η εικονική δράση –ευεργετική και βλαβερή– αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα παραδείγματα αλληλεπίδρασης ψυχολογικών και φυσιολογικών διεργα-

σιών. Ο ρόλος της τόσο στην αιτιοπαθογένεια όσο και στη θεραπεία ψυχικών και σωματικών νοσημάτων, αποδεικνύεται καθοριστικός. Είναι συνεπώς επιτακτική η ανάγκη μελέτης και κλινικής εφαρμογής των πορισμάτων που θα προκύψουν. Εξ ορισμού, όμως, και ως απαραίτητη προϋπόθεση για την ικανοποιητική μελέτη της, απαιτείται η διεπιστημονική συνεργασία, στην οποία ο ρόλος και η συμβολή του ψυχιάτρου είναι ουσιαστικοί.

Κύρια Σημεία

- Η έννοια της εικονικής θεραπείας ήταν ταυτισμένη με τη χορήγηση αδρανούς ουσίας για ερευνητικούς ή κλινικούς σκοπούς, ακολουθούμενη από μια αμελητέα αμφιλεγόμενη ευεργετική δράση «ψυχολογικής» κυρίως φύσης.
- Η χορήγηση εικονικής θεραπείας δεν είναι αναγκαία για την έκλυση της εικονικής δράσης –η οποία είναι ένα γνήσιο βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο–, δεν είναι αμελητέα, ούτε πάντοτε ευεργετική (placebo), αλλά ενίοτε είναι και βλαβερή (nocebo).
- Η εικονική δράση αποτελεί το ένα συστατικό της εικονικής απάντησης στην εικονική θεραπεία, το άλλο συστατικό ανήκει στη χρονοδράση ή «φυσική πορεία της νόσου».
- Οι κυριότερες προσεγγίσεις για την ερμηνεία του υποκείμενου μηχανισμού της εικονικής δράσης είναι η βιολογική, η μαθησιακή και η γνωσιακή, οι προτεινόμενες εξηγήσεις των οποίων δεν είναι κατ' ανάγκη ασύμβατες η μία με την άλλη.
- Παράγοντες που επηρεάζουν την εικονική δράση θεωρούνται: (α) η σχέση ιατρού-ασθενή, (β) ο ασθενής, (γ) η νόσος, (δ) ο ιατρός, και (ε) η θεραπεία και το θεραπευτικό πλαίσιο.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

Finnis DG, Kaptchuk TJ, Benedetti F. Biological, clinical and ethical advances of placebo effects. *Lancet* 2010, 375:686–695

Ernst E, Resch KL. Concept of true and perceived placebo effects. *Br Med J* 1995, 311:551–553

Papakostas YG, Christodoulou GN. Cognitive therapy and the placebo effect. *Eur Psychiatry Rev* 2010, 3:13–15

Papakostas YG, Daras MD. Placebos, placebo effect and the response to the healing situation. The evolution of a concept. *Epilepsia* 2001, 42:1614–1625

White L, Tursky B, Schwartz GE. *Placebo: Theory, research and mechanisms*. The Guilford Press, New York 1985