Βιβλ: 24832
Αρ: 9503

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ & ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ & ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΙΩΑΝΝΑ Δ. ΚΟΥΣΤΕΝΗ

ΑΘΗΝΑ, 2010

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή
Τμήμα Ψυχολογίας
Πάντειο Πανεπιστήμιο

Επιβλέπων
Καθηγητής Γρηγόρης Ποταμιάνος

Μέλη
Καθηγήτρια Φωτεινή Τσαλίκογλου
Επικ. Καθηγητής Φώτιος Αναγνωστόπουλος

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα μπορούσα να παρομοιάσω την πορεία της μελέτης μου με μία πολύχρονη κύηση και το αποτέλεσμά της με έναν επώδυνο όσο και πολυαναμενόμενο τοκετό, το γέννημα του οποίου με χαρά και ανακούφιση πλέον κρατώ στα χέρια μου. Η έρευνα και η συγγραφή της παρούσας διδακτορικής διατριβής υπήρξε ένα σημαντικό, διδακτικό και προσωπικό ταξίδι αναζητήσεων και εν τέλει αυτογνωσίας. Πολλούς και σημαντικούς ανθρώπους θεωρώ συνοποιδόρους σε αυτό το ταξίδι, χωρίς τη συμβολή των οποίων η διαδρομή και το αποτέλεσμα θα ήταν πολύ διαφορετικά...

Καταρχήν, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον αγαπητό μου Δάσκαλο και επιβλέποντα στη διδακτορική διατριβή Γρηγόρη Ποταμιάνο για τη γενναιοδωρία του σε όλη την πολύχρονη συνεργασία μας. Μου παρέδωσε τα ηνία της αρχικής έμπνευσης και την ελευθερία να διερευνήσω το ζήτημα με τον δικό μου τρόπο, ενώ ανταποκρίθηκε σε οποιοδήποτε ερωτηματικό ή αγωνία μου κατά την πορεία. Η συμπαράσταση και η αισιοδοξία του υπήρξαν δυνατοί μου σύμμαχοι και σε αυτόν τον αγώνα. Επίσης, θέλω να ευχαριστήσω τον καθηγητή Φώτιο Αναγνωστόπουλο για το ενδιαφέρον που έδειξε και την προθυμία του να συνδράμει με πολύτιμες παρατηρήσεις, όπως και την καθηγήτρια Φωτεινή Τσαλίκογλου που σε όλα τα χρόνια της αγαστής συνεργασίας μας υπήρξε σημαντική σύμβουλος στην εκπαιδευτική μου πορεία.

Θα ήθελα ακόμη να αναφερθώ στην οικογένειά μου, στους γονείς μου, Διονύση και Σεβαστή, που μου μετέδωσαν σημαντικές Αξίες και μου έμαθαν να συνεχίζω να προχωρώ μπροστά. Χωρίς τη φροντίδα και τη στήριξή τους δεν θα βρισκόμουν σήμερα εδώ.

Η παρούσα διατριβή δεν θα μπορούσε να υλοποιηθεί χωρίς την εξαιρετικά σημαντική συμβολή και την υποτροφία μου που μου χορήγησε το Κοινωφελές Ίδρυμα «Αλέξανδρος Α. Ωνάσης». Ευχαριστώ θερμά τόσο για την τιμή να με επιλέξουν ως υπότροφο και όσο και για την άριστη συνεργασία μου έχουμε έως σήμερα με την προϊσταμένη υποστροφιών κα. Φανή Παπαθάνου.

Πολλοί φίλοι, συνάδελφοι και συνεργάτες συντρόφευσαν, ο καθένας με το δικό του τρόπο αυτή την πορεία. Τους ευχαριστώ όλους και ιδιαίτερα τον «συναγωνιστή» Σταύρο Εμμανουήλ για τη συντροφικότητά του στο παράλληλο ταξίδι μας, τον Χρήστο Κατσαούνη και την κα. Στεύη Πέττα που είναι πάντα κοντά μου όταν τους χρειάζομαι, τον Μιχάλη Σουρμελάκη για την υποστήριξή του και όσες φίλες και φίλους βρίσκονται δίπλα μου κάθε στιγμή και κυρίως στις «απουσίες» μου στο πολυετές ταξίδι της ολοκλήρωσης αυτής της εργασίας.

Αθήνα, Οκτώβριος 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	σελ. 5
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ & ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	σελ. 5
Ι. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ. 6
Ι.Α. Δομή Διατριβής	σελ. 9
ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ. 17
1. ΑΡΧΑΙΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ & ΑΙΓΥΠΤΙΟΙ	σελ. 18
2. ΣΑΜΑΝΙΣΜΟΣ, ΜΑΓΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ: Ινδιάνοι, Αζτέκοι, Αφρικανικές φυλές	σελ. 20
3. ΑΝΑΤΟΛΙΚΕΣ ΘΡΗΣΚΕΙΕΣ: Βουδισμός, Ινδουισμός, Ισλάμ	σελ. 25
4. ΔΥΤΙΚΟΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ: Από το Βυζάντιο έως τον 20ο αιώνα	σελ. 28
4.Α. ΒΥΖΑΝΤΙΟ-ΜΕΣΑΙΩΝΑΣ	σελ. 29
4.Β. ΔΙΑΦΩΤΙΣΜΟΣ-18ος ΑΙ.	σελ. 30
4.Γ. 19ος ΑΙ.	σελ. 32
4.Δ. 20ος ΑΙ.	σελ. 36
5. ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ και ΠΡΑΚΤΙΚΗ	σελ. 42
5.Α. Ψυχανάλυση και Ψυχαναλυτική/Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία	σελ. 43
5.Β. Συμπεριφορική και Γνωσιακή Προσέγγιση	σελ. 46
5.Β.α. Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία	σελ. 46
5.Β.β Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία	σελ. 47
5.Β.γ. Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ)	σελ. 48
5.Γ. Ανθρωπιστική Προσέγγιση	σελ. 48
5.Γ.α. Πελατοκεντρική-Προσωποκεντρική Ψυχοθεραπεία	σελ. 49
5.Δ. Ομαδική Ψυχοθεραπεία, Ψυχόδραμα, Ομάδες Αυτοβοήθειας	σελ. 50
5.Ε. Οικογενειακή Θεραπεία	σελ. 52
5.ΣΤ. Άλλα είδη ψυχοθεραπείας, «Σύνθεση» θεωριών, Συμβουλευτική	σελ. 52
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	σελ. 55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ Η ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: Ιστορική Εξέλιξη-Κύριοι Τομείς Έρευνας	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ. 58
1. «ΕΙΝΑΙ Η ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ;»	σελ. 59
2. «ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΙΔΑΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;»	σελ. 64
2.Α.ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ	σελ. 65
2.Α.α. Ισοδυναμία Θεραπευτικών Παρεμβάσεων	σελ. 67
2.Α.β. Συνέπειες της Ισοδυναμίας των Θεραπευτικών Παρεμβάσεων	σελ. 70
3. ΒΑΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ/ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ	σελ. 72
3.Α. ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	σελ. 72

3.Β. ΤΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ PLACEBO σελ. 76
3.Γ. ΚΟΙΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ σελ. 79
3.Γ.α Η Θεραπευτική Σχέση σελ. 80
3.Γ.β. Άλλοι Κοινοί Παράγοντες σελ. 83
3.Δ. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ σελ. 84
3.Ε. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥ σελ. 87
3.ΣΤ. Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ, ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ & Η ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ σελ. 92
4. "ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗ" ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ σελ. 98
4.Α. ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΑΙ ΘΕΣΜΟΙ σελ. 98
4.Β. ΚΕΝΤΡΑ ΕΡΕΥΝΩΝ ΣΤΙΣ ΗΠΑ σελ. 99
4.Γ. ΦΟΡΕΙΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΩΝ σελ. 104
5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:
Ελεγχόμενες Κλινικές Δοκιμασίες σελ. 105
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ σελ. 112

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:
Προέλευση και Σύγχρονη Εξέλιξη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ σελ. 116
1. ΤΟ ΚΙΝΗΜΑ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ σελ. 117
1.Α. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΤΙ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ σελ. 117
1.Β. ΚΡΙΤΙΚΗ ΣΤΟ ΚΙΝΗΜΑ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ σελ. 123
1.Β.α. Μεθοδολογικά, Πρακτικά και Ηθικά Ζητήματα σελ. 123
1.Β.β. Οικονομικά και Πολιτικά Ζητήματα σελ. 126
2. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ σελ. 130
2.Α. ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ σελ. 130
2.Β. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ:
Αποτελεσματικότητα VS Κλινική Χρησιμότητα σελ. 135
2.Β.α. Αποτελεσματικότητα - Εσωτερική Εγκυρότητα σελ. 136
2.Β.β. Κλινική Χρησιμότητα - Εξωτερική Εγκυρότητα σελ. 136
2.Β.γ. Σχέση Μεταξύ των Δύο Κριτηρίων σελ. 137
2.Γ. ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ σελ. 140
2.Γ.α. Κλινικά Ερευνητικά Δίκτυα σελ. 140
3. «ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ» ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ σελ. 143
3.Α. ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ σελ. 146
3.Α.α Διάδοση και Υιοθέτηση των ΕΥΘ στην Εκπαίδευση και την Κλινική Πρακτική σελ. 149
3.Α.α.1. Έρευνες για την Εφαρμογή των ΕΥΘ σελ. 149
3.Α.α.2. Παράγοντες που Επηρεάζουν την Υιοθέτηση των ΕΥΘ σελ. 152
3.Β. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΟΙ ΟΔΗΓΟΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ σελ. 155
3.Γ. ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΩΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΜΕ ΕΥΡΥΤΕΡΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ σελ. 160
3.Γ.α. "Εναλλακτικές" Προτάσεις Εμπειρικής Τεκμηρίωσης σελ. 161
4. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ 1997-2007:

Προτεινόμενες Επιστημονικά Τεκμηριωμένες Ψυχολογικές Παρεμβάσεις σελ. 165

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ
ΣΗΜΕΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΤΨ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ σελ. 177
1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΤΕΚΜΗΡΙΟΥ & ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ σελ. 178
2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΜΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ σελ. 180
3. ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΗ ΣΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ σελ. 182
4. ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΩΝ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ σελ. 184
5. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ σελ. 186
6. ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ: Γενικά Σημεία Κριτικής σελ. 187
7. ΟΜΑΔΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ σελ. 190
8. ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ σελ. 193
9. Η ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥ σελ. 197
9.Α. Ο ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΣ ΩΣ ΕΝΕΡΓΟΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΤΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ σελ. 197
9.Β. ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΤΙΣ ΕΚΔ σελ. 199
9.Γ. ΜΕΙΟΝΟΤΙΚΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ σελ. 202
10. ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ σελ. 207
10.Α. ΤΥΠΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ σελ. 207
10.Α.α. Αντιδράσεις Ανθρωπιστικών & Ψυχοδυναμικών Θεραπευτών σελ. 209
10.Α.β. Εκλεκτικές Παρεμβάσεις σελ. 212
10.Β. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ σελ. 214
11. ΚΟΙΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ σελ. 216
11.Α. ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ σελ. 219
12. ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΥΘ σελ. 223
12.Α. ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΕΥΘ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ σελ. 224
12.Β. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΥΘ & ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΤΗΤΑ σελ. 226
13. ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ σελ. 230
14. ΠΟΙΟΤΙΚΗ & ΔΙΑΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ σελ. 233

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ
ΣΗΜΕΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΤΨ:
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΟ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ-ΠΟΛΙΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ σελ. 240
1. ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ σελ. 240
1.Α. ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ & ΕΡΕΥΝΑ σελ. 241
1.Β. ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ & ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ σελ. 245
2. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ σελ. 248
2.Α. ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ σελ. 248
2.Β. ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ σελ. 252
2.Γ. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ σελ. 255
3. ΕΤΨ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ σελ. 257
3.Α. ΝΕΟΦΙΛΕΥΘΕΡΙΣΜΟΣ, ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ & ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ σελ. 259

3.Α.α. ΗΠΑ & ΕΤΨ σελ. 262
3.Α.β. Μ. Βρετανία και ΕΤΨ σελ. 266
3.Α.γ. Γερμανία ΚΑΙ ΕΤΨ σελ. 270
3.Α.δ. Ελλάδα και ΕΤΨ σελ. 272
3.Α.ε. Τεκμηριωμένη Ψυχοθεραπεία: Παγκόσμια Τάση σελ. 273
3.Β. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ, ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΕΤΨ σελ. 275
3.Β.α. Επιστημονικές Δημοσιεύσεις & ΕΤΨ σελ. 279
4. ΚΡΙΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ σελ. 282

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ
ΣΥΝΟΨΗ & ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ σελ. 289
1. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΕΡΕΥΝΑ σελ. 289
2. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ σελ. 292
3. ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ σελ. 294
4. ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΤΨ σελ. 299
5. ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΡΡΟΕΣ ΣΤΗΝ ΕΤΨ σελ. 310
5.Α. Τεκμηριωμένη Ψυχοθεραπεία, Πολιτική & Εξουσία σελ. 312

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ σελ. 322
ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ σελ. 347

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	
ΓΣΘ	Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία
ΕΚΔ	Ελεγχόμενη Κλινική Δοκιμασία
ΕΤΙ	Επιστημονικά Τεκμηριωμένη Ιατρική
ΕΤΨ	Επιστημονικά Τεκμηριωμένη Ψυχοθεραπεία
ΕΥΘ	Εμπειρικά Υποστηριζόμενες Θεραπείες
ΕΥΣ	Εμπειρικά Υποστηριζόμενες Σχέσεις
APA	American Psychological Association
CEBM	Centre for Evidence Based Medicine

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ & ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ		
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ & ΣΧΗΜΑΤΑ		
Γράφημα 1.	Ψυχοθεραπεία Vs Placebo: Ερευνητικά Ευρήματα Αποτελεσματικότητας	σελ. 78
Γράφημα 2.	Ποσοστό Βελτίωσης των Πελατών της Ψυχοθεραπείας ως Λειτουργία των Θεραπευτικών Παραγόντων	σελ. 80
Γράφημα 3.	Συσχέτιση Αριθμού Συνεδριών & Βελτίωσης Ασθενών κατά Howard & συν. (1986)	σελ. 94
Γράφημα 4.	Συσχέτιση Αριθμού Συνεδριών & Βελτίωσης Ασθενών κατά Carr, (2009)	σελ. 95
Σχήμα 1.	Ορισμός Επιστημονικά Τεκμηριωμένης Ψυχοθεραπείας	σελ.131
Σχήμα 2.	Ιδανικό Μοτίβο Άσκησης ΕΤΨ	σελ.295
ΠΙΝΑΚΕΣ		
Πίνακας 1.	Χαρακτηριστικά Οδηγών Κλινικής Πρακτικής (προσαρμογή από Field & Lohr, 1992)	σελ.122
Πίνακας 2.	Κριτήρια αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων (προσαρμογή από Carr, 2009)	σελ.144
Πίνακας 3.	Ιεραρχία των ερευνητικών τεκμηρίων (προσαρμογή από Carr, 2009)	σελ.162
Πίνακας 4.	Προτεινόμενες Επιστημονικά Τεκμηριωμένες Ψυχολογικές Παρεμβάσεις σε Ενηλίκους και Άτομα Τρίτης Ηλικίας	σελ.169
Πίνακας 5.	Προτεινόμενες Επιστημονικά Τεκμηριωμένες Ψυχολογικές Παρεμβάσεις για Παιδιά-Εφήβους-Άτομα με Διανοητικές Αναπηρίες & Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές	σελ.174
Πίνακας 6.	Εμπειρικά Υποστηριζόμενα Στοιχεία της Σχέσης Θεραπευτή και Θεραπευόμενου (προσαρμογή από Norcross & Hill, 2004)	σελ.221
Πίνακας 7.	Ποιότητες Θεραπευόμενου στις ΕΥΣ (προσαρμογή από Norcross & Hill, 2004)	σελ.222

Ι. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ακόμη και αν κάποιος γνώριζε ολόκληρη τη φυσική ιστορία του κόσμου & διαπίστωνε ότι κάθε νοητικό συμβάν ταυτίζεται με κάποιο φυσικό, αυτό δε συνεπάγεται ότι θα μπορούσε να προβλέψει ή να επεξηγήσει έστω και ένα νοητικό συμβάν.
Donald Danidson (1917-2003)[1]

Η κλινική ψυχολογία, δηλαδή το επιστημονικό πεδίο που αφορά στη μελέτη και θεραπεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς που αποκλίνει αυτού που θεωρείται «φυσιολογικό», εστιάζεται σε μεγάλο βαθμό στην έρευνα και εξέλιξη των διάφορων τύπων ψυχοθεραπείας. Ένα από τα πιο σύγχρονα πεδία μελέτης που συναντάται στη διεθνή βιβλιογραφία τα τελευταία είκοσι χρόνια σχετίζεται με την «Επιστημονικά Τεκμηριωμένη Ψυχοθεραπεία», δηλαδή με την αξιολόγηση, εξέλιξη και παροχή των διάφορων τύπων θεραπείας στη βάση αυστηρών επιστημονικών κριτηρίων που έχουν ως στόχο να διασφαλίζουν την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών παρεμβάσεων.

Οι προαναφερόμενες παρεμβάσεις συνήθως διαμορφώνονται και ελέγχονται στο ερευνητικό εργαστήριο, κυρίως μέσω τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμασιών, και εφόσον αξιολογηθούν με θετικά αποτελέσματα, προτείνονται στους θεραπευτές, το κοινό και τους φορείς που σχετίζονται με την ψυχική υγεία. Κατά κύριο λόγο, οι θεραπείες που αξιολογούνται ως αποτελεσματικές, δημοσιεύονται σε λίστες τεκμηριωμένων θεραπειών ή και σε εγχειρίδια θεραπείας. Σε σημαντικό βαθμό οι τεκμηριωμένες παρεμβάσεις προωθούνται από τους επίσημους φορείς που αντιπροσωπεύουν τους κλινικούς ψυχολόγους σε Ευρώπη, Αμερική και Αυστραλία, καθώς και από τις αντίστοιχες κυβερνητικές δομές και ιδιωτικές πρωτοβουλίες που χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αποζημιώνουν τους ψυχοθεραπευτές.

Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι η διαμόρφωση σχετικών θεραπευτικών προτάσεων που άπτονται της τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας, δεν είναι αποκομμένη αλλά αφορά στην καθημερινή άσκηση του επαγγέλματος του κλινικού ψυχολόγου, την προσφορά συγκεκριμένων θεραπειών στον πολίτη, όπως και την ποιότητα παροχής ψυχοθεραπείας στα συστήματα υγείας. Υπό αυτή την οπτική, θεωρώ εξαιρετικά σημαντική τη μελέτη των σχετικών εξελίξεων, σε ένα πεδίο που βρίσκεται σήμερα στον πυρήνα της κλινικής εργασίας.

Η επιστημονικά τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία αποτελεί συχνά το «κόκκινο πανί» στις συζητήσεις και δημοσιεύσεις ερευνητών και ψυχοθεραπευτών (Fox, 1999).

[1] Παρατίθεται από τον Critchley (2009).

Πραγματικά λίγα ζητήματα φαίνεται να έχουν απασχολήσει τόσο έντονα και να έχουν προκαλέσει αντίστοιχες διαμάχες, όσο η αντιπαράθεση σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα ή τη δυνατότητα παροχής των επιστημονικά τεκμηριωμένων ψυχολογικών παρεμβάσεων. Είτε προβάλλεται ως αναγκαιότητα για την αξιοπιστία, αποτελεσματικότητα και βιωσιμότητα του κλάδου σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον (και μία ελεύθερη αγορά εργασίας), είτε ως προσπάθεια απαξίωσης ορισμένων ψυχοθεραπευτικών σχολών, το σίγουρο είναι ότι η επιστημονικά τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία αποτελεί πεδίο βολής για όσους εμπλέκονται στη φροντίδα των ψυχικά ασθενών. Ακριβώς αυτή η συνεχιζόμενη διαμάχη υπήρξε το καθοριστικό στοιχείο ενδιαφέροντος για την εκπόνηση της παρούσας διατριβής.

Η διερεύνηση και η κατηγοριοποίηση του πεδίου μελέτης στο παρόν πόνημα βασίστηκε σε *πέντε βασικά ερωτήματα* γύρω από το φαινόμενο της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας:

- Πρώτον, τι δεδομένα είναι δυνατόν να συμπεριλάβει ένας λειτουργικός ορισμός της ψυχοθεραπείας εξετάζοντας τις συνθήκες και τα στοιχεία που εμπλέκονται στη διαχρονική της εξέλιξη έως τη σύγχρονη εποχή.
- Δεύτερον, με ποια επιχειρήματα υποστηρίζουν οι επιστήμονες την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας ως παρέμβαση για τις ψυχολογικές διαταραχές.
- Τρίτον, τι συμπεριλαμβάνουν η έννοια και οι επιταγές του κινήματος της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας.
- Τέταρτον, ποια είναι η κριτική που δέχεται το προαναφερόμενο κίνημα στο διεθνές βιβλιογραφικό στερέωμα.
- Πέμπτον, με ποιο τρόπο η πολιτική και οικονομική πραγματικότητα των δυτικών κοινωνιών συνδέεται με και επηρεάζει την εξέλιξη του επιστημονικού πεδίου της ψυχοθεραπείας και συγκεκριμένα την ανάδυση και ισχυροποίηση του κινήματος της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας.

Ο τρόπος με τον οποίο προτίθεμαι να απαντήσω στα προαναφερόμενα ερωτήματα είναι, καταρχήν, η συνολική εποπτεία και μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας πάνω στο ζήτημα της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας. Η βιβλιογραφική αναζήτηση σχετικών αναφορών τόσο μέσω των έντυπων (επιστημονικών περιοδικών και βιβλίων) αλλά και ηλεκτρονικών πηγών, που θεωρούνται αξιόπιστα εργαλεία ερευνητικής εργασίας, αποτελεί το βασικό μέσο συγκέντρωσης του υλικού μου. Εφόσον ο όγκος του υλικού που παρουσιάζεται διεθνώς υπερβαίνει τα όρια μίας διατριβής, βασίζομαι κυρίως (αλλά όχι αποκλειστικά) σε ήδη υπάρχουσες ανασκοπήσεις του αντικειμένου, διερευνώντας και καταθέτοντας πιθανά αντικρουόμενα συμπεράσματα και απόψεις. Έως το σημείο που μελετάω την

κριτική επισκόπηση του κινήματος της τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας, βασικός μου στόχος είναι η διατήρηση ισόμετρων αποστάσεων μεταξύ των δύο πλευρών της διαμάχης, δηλαδή αυτών που υποστηρίζουν ή κατακεραυνώνουν την τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία. Σε καμία όμως περίπτωση δεν ισχυρίζομαι την ύπαρξη «αντικειμενικότητας» ή ουδετερότητας, καθώς πρεσβεύω ότι κάθε ερευνητική εργασία πραγματώνεται μέσα σε συγκεκριμένες συνθήκες και από ανθρώπους που δεν δύναται να απεκδύονται των ατομικών τους χαρακτηριστικών, προσωπικότητας, προκαταλήψεων κτλ. Τελικός μου σκοπός είναι η κριτική αποτίμηση του φαινομένου της τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας, η θεώρηση των θετικών και αδύναμων στοιχείων του, εξελίσσοντας όμως την αξιολόγησή του σε ένα ακόμη πεδίο, και συγκεκριμένα, στο κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο αναφοράς του.

Το βασικό κοινωνικοπολιτικό πεδίο εντός του οποίου εξετάζεται η τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία είναι τα δυτικού τύπου, νεοφιλελεύθερα συστήματα υγείας και ειδικά το Αμερικάνικο και το Βρετανικό. Η νεοφιλελεύθερη θεώρηση της οικονομίας της υγείας και οι απαιτήσεις που η ίδια προβάλλει παρουσιάζονται ως οι κύριες παράμετροι ανάδυσης του αιτήματος περί τεκμηρίωσης των ψυχολογικών παρεμβάσεων, με τη μορφή που παρέχονται σήμερα. Από τη συνάθροιση των οικονομικών και πολιτικών στοιχείων σε συνδυασμό με τις διαρθρωτικές αλλαγές που επιφέρει η προώθηση των τεκμηριωμένων παρεμβάσεων, αναδύονται ορισμένα κριτικά ερωτήματα, τόσο για τη φύση όσο και για τις συνέπειες και τα οφέλη που ενδεχομένως απορρέουν από το κίνημα της ΕΤΨ.

Η συγκεκριμένη προσπάθεια, θεωρώ ότι προσεγγίζει το ζήτημα της επιστημονικής τεκμηρίωσης των ψυχολογικών παρεμβάσεων με τρόπο πλουραλιστικό και καινοτόμο για τα ελληνικά δεδομένα. Η καινοτομία του εγχειρήματός μου έγκειται σε δύο βασικούς πυλώνες. Αποτελεί την πρώτη, συνολική παρουσίαση του φαινομένου της ΕΤΨ στην Ελλάδα με τρόπο «ολιστικό», συμπεριλαμβάνοντας δηλαδή τα πολλαπλά και συχνά αντικρουόμενα τμήματα της ερευνητικής εργασίας που ασχολούνται με τις ποικίλες πλευρές του φαινομένου. Σε ένα δεύτερο επίπεδο, η διατριβή στοχεύει -όπως αναφέρθηκε- να παρουσιάσει μία κριτική εξέταση του φαινομένου της ΕΤΨ με όρους που άπτονται του πολιτικού και οικονομικού πλαισίου στις χώρες που εμφανίζεται κατά κύριο λόγο η ΕΤΨ.

Το παρόν πόνημα εστιάζεται στην επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική που αναφέρεται στους κλινικούς ψυχολόγους και κυρίως σε όσους ασκούν το επάγγελμα του θεραπευτή. Η ψυχοθεραπεία εξάλλου αποτελεί ένα βασικό σημείο αντιπαράθεσης σχετικά με την τεκμηριωμένη πρακτική. Πρέπει, ωστόσο, να σημειώσω ότι εφόσον η πρακτική της ψυχοθεραπείας ασκείται από επαγγελματίες και άλλων κλάδων, όπως οι ψυχίατροι και οι κοινωνικοί λειτουργοί, το φαινόμενο που εξετάζω έχει πολλά κοινά σημεία αναφοράς και εκτός της κλινικής

ψυχολογίας, αν και για λόγους οικονομίας χώρου δεν μπορεί να γίνει αναλυτική αναφορά.

Το αντικείμενο βέβαια που καλούμαι να διερευνήσω είναι εξαιρετικά σύγχρονο και οι σχετικές εξελίξεις αρκετά γρήγορες. Γι' αυτό είναι πιθανόν να μην έχουν συμπεριληφθεί όλες οι υπάρχουσες παράμετροι που αφορούν στην ΕΤΨ, καθώς η αντίστοιχη βιβλιογραφία εξελίσσεται την ώρα που γράφονται αυτές οι γραμμές. Έγκειται στον ερευνητή-ιστορικό του μέλλοντος να αποτιμήσει την επιρροή του φαινομένου στην εξέλιξη της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας.

Ι.Α. Δομή της Διατριβής

Η μελέτη του αντικειμένου ολοκληρώνεται σε έξι κεφάλαια, η δομή και το περιεχόμενο των οποίων περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:

Η συνολική δομή της διατριβής και ειδικά τα τρία πρώτα κεφάλαια, παρακολουθούν την εξέλιξη της ψυχοθεραπείας με χρονολογική ακολουθία. Στα τρία πρώτα κεφάλαια μελετάται σταδιακά το φαινόμενο της ψυχοθεραπείας από την εμφάνισή του, έως την πλέον σύγχρονη μορφή του, αυτή της επιστημονικής τεκμηρίωσης. Στα επόμενα δύο κεφάλαια (τέταρτο και πέμπτο) αναλύεται σε επιμέρους κατηγορίες και γίνεται συνολική αποτίμηση των κριτικών που υφίστανται αναφορικά με το κίνημα της τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας τόσο σε μεθοδολογικό όσο και σε κοινωνικοπολιτικό επίπεδο. Το τελευταίο (έκτο) κεφάλαιο συνοψίζει τα ευρήματα που έχουν παρατεθεί στην πορεία της διατριβής και καταγίνεται με συμπεράσματα, ιδέες και ερωτήματα που απορρέουν από το σύνολο της μελέτης. Πιο αναλυτικά:

Το ***πρώτο κεφάλαιο*** της διατριβής παρουσιάζει μία ιστορική αναδρομή της ψυχοθεραπείας από τις απαρχές της γέννησής της, ως μία προσπάθεια άμβλυνσης της ανθρώπινης οδύνης διαμέσου των αιώνων και των πολιτισμών. Η μαγεία, η θρησκεία και η φιλοσοφία είναι τα πρώτα οχήματα που περιλαμβάνουν θεραπευτικές πρακτικές, σημεία ή παραλλαγές των οποίων συναντώνται έως σήμερα. Με την εξέλιξη των επιστημών, την αλλαγή των κοινωνικών και πολιτικών αιτημάτων, η επιστήμη, η ιατρική, η νευρολογία και εν τέλει η ψυχιατρική αναλαμβάνει τη νεότοκη επιστήμη της ψυχοθεραπείας από τον 19ο αιώνα και μετά.

Στα επιμέρους τμήματα του πρώτου κεφαλαίου παρουσιάζονται ορισμένες σημαντικές από τις προαναφερθέντες εξελίξεις. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στους πολιτισμούς των αρχαίων Ελλήνων και Αιγυπτίων (*1ο υποκεφάλαιο*), στις πανάρχαιες τεχνικές των Σαμάνων θεραπευτών (*2ο υποκεφάλαιο*) και στις ανατολικές θρησκευτικές κοσμοθεωρίες του Βουδισμού, του Ινδουισμού και του Ισλαμισμού (*3ο υποκεφάλαιο*), όπου συναντώνται ψυχοθεραπευτικά στοιχεία στην προσέγγιση της ψυχικής διαταραχής. Στη συνέχεια παρατίθενται οι σημαντικότεροι

ιστορικοί σταθμοί στη γέννηση και εξέλιξη της σύγχρονης δυτικής ψυχοθεραπείας, από το Βυζάντιο έως τον 20ο αιώνα (*4ο υποκεφάλαιο*), καθώς και τα κυρίαρχα σύγχρονα μοντέλα ψυχοθεραπείας με τριπλό άξονα την ψυχαναλυτική, γνωσιακή–συμπεριφορική και ανθρωπιστική προσέγγιση, όπως και τα μοντέλα ομαδικής και συνθετικής παρέμβασης (*5ο υποκεφάλαιο*).

Το ***δεύτερο κεφάλαιο*** θέτει ως στόχο να παρατεθούν τα πλέον σημαντικά ερωτήματα που θέτει η έρευνα των ψυχολογικών παρεμβάσεων από την ιστορική της απαρχή και κατά τη διάρκεια όλου του 20ου αιώνα. Στην προσπάθεια να παρατεθούν οι βασικές κατευθύνσεις της έρευνας για την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1990, αναζητήθηκαν τα ερωτήματα των ερευνητών τα οποία οδήγησαν σε επιμέρους ευρήματα. Συνοδευτικά στοιχεία αυτών των ερωτημάτων είναι και οι κυριότερες ερευνητικές απαντήσεις που δόθηκαν ανά περίπτωση, καθώς και οι προβληματισμοί που απορρέουν από την εξέλιξη της ερευνητικής δραστηριότητας και τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες κάθε χρονικής στιγμής.

Το δεύτερο κεφάλαιο χωρίζεται σε έξι υποενότητες. Οι πρώτες τρεις αναφέρονται σε τρία βασικά ερωτήματα που απασχόλησαν και απασχολούν τους ερευνητές. Συγκεκριμένα, στο *πρώτο υποκεφάλαιο* παρατίθενται οι ερευνητικές απαντήσεις στο ερώτημα που «γέννησε» την έρευνα στην ψυχοθεραπεία, δηλαδή στο αν είναι η ψυχοθεραπεία αποτελεσματική, διανύοντας ιστορικά όλες τις δεκαετίες του προηγούμενου αιώνα. Εφόσον η έρευνα απαντά στο γενικό αυτό ερώτημα θετικά, ακολουθεί η επόμενη ερώτηση που αφορά στο ζήτημα της ύπαρξης ή μη της «ιδανικής» θεραπείας υπό συγκεκριμένες συνθήκες, αντικείμενο που διαπραγματεύεται το *δεύτερο υποκεφάλαιο*. Ο ερευνητικός σχεδιασμός των συγκριτικών μελετών μέσω του οποίου έγινε προσπάθεια να βρεθεί η πιο αποτελεσματική θεραπεία και το επακόλουθο φαινόμενο της ισοδυναμίας των θεραπευτικών παρεμβάσεων αναλύονται διεξοδικά και παρατίθενται οι απόψεις υπέρ και κατά του φαινομένου της ισοδυναμίας.

Αντιμέτωποι με το παράδοξο της ισοδυναμίας οι ερευνητές άρχισαν να «τεμαχίζουν» και να ερευνούν την ίδια τη θεραπευτική διαδικασία, προσπαθώντας να αναζητήσουν τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα και τη βελτίωση ή μη των ασθενών. Στο *τρίτο υποκεφάλαιο* κατηγοριοποιούνται ορισμένοι βασικοί παράγοντες ή/και μεταβλητές που επηρεάζουν τόσο τη διεξαγωγή των ερευνών όσο και την ίδια τη διαδικασία και το αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας. Γίνεται αναφορά στους σημαντικότερους τομείς που έχουν ερευνηθεί, δηλαδή, στο είδος της ψυχολογικής παρέμβασης, στα φαινόμενα placebo, στους κοινούς παράγοντες μεταξύ των θεραπειών, στα χαρακτηριστικά του θεραπευτή και του ασθενούς και στη διάρκεια της θεραπείας

και του αποτελέσματος, ανεξάρτητα, αλλά και σε σχέση με το κόστος παροχής των παρεμβάσεων.

Η ερευνητική όμως εργασία ορίζεται και από το πλαίσιο στο οποίο λαμβάνει χώρα, εφόσον οι εκάστοτε κοινωνικές και πολιτικές απαιτήσεις διαμορφώνουν σε μεγάλο βαθμό τον προσανατολισμό της έρευνας. Το *τέταρτο υποκεφάλαιο* αναφέρεται στους θεσμούς που ιδρύθηκαν με σκοπό τη «νομιμοποίηση» της έρευνας για την ψυχοθεραπεία, στα σημαντικότερα κέντρα ερευνών που λειτούργησαν ιστορικά στις ΗΠΑ, καθώς και στους φορείς που χρηματοδοτούν και σαφώς επηρεάζουν τις έρευνες. Η ανασκόπηση όμως του αντικειμένου δεν μπορεί να θεωρηθεί, κατά τη γνώμη μου, επαρκής, εάν δεν συμπεριληφθεί (στο *πέμπτο υποκεφάλαιο*) η προέλευση και τα χαρακτηριστικά του κυριότερου ερευνητικού σχεδιασμού που «πριμοδοτείται» αυτή τη στιγμή στην ψυχοθεραπεία, δηλαδή της ελεγχόμενης κλινικής δοκιμασίας, καθώς και οι υπόλοιπες μορφές ερευνητικών σχεδιασμών. Στον επίλογο του παρόντος κεφαλαίου, στο *έκτο* και τελευταίο *υποκεφάλαιο*, γίνεται μία κριτική ανασκόπηση των ευρημάτων που έχουν παρατεθεί σε όλη την ενότητα με επιμέρους προβληματισμούς που αναδύονται σχετικά με την έρευνα στην ψυχοθεραπεία.

Στο ***τρίτο κεφάλαιο*** της διατριβής αναλύεται η προέλευση και η εξέλιξη του φαινομένου της ΕΤΨ. Αυτό το κεφάλαιο αποτελεί κατ' ουσία το πρώτο μέρος του «πυρήνα» της διατριβής, ο οποίος είναι η εξέταση και η κριτική αποτίμηση της τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας. Η παρουσίαση του φαινομένου της ΕΤΨ, ο τρόπος με τον οποίο προωθείται και εφαρμόζεται είναι τα δομικά στοιχεία του παρόντος κεφαλαίου. Το έτερο μισό, δηλαδή η ανάλυση της διαμάχης και των κριτικών που υφίστανται σχετικά με την ΕΤΨ, αποτελεί το αντικείμενο των επόμενων δύο κεφαλαίων (τέταρτο και πέμπτο) της παρούσας διατριβής. Σημειώνω, ωστόσο, ότι ο διαχωρισμός του αντικειμένου σε τρία κεφάλαια, έγινε για λόγους λειτουργικότητας, αν και η θεματική τους είναι αλληλένδετη, ενώ κάποια ψήγματα κριτικής ανάλυσης παρουσιάζονται ήδη στο τρίτο κεφάλαιο.

Η δομή του τρίτου κεφαλαίου έχει ως εξής: Το *πρώτο υποκεφάλαιο* ξεκινάει με την ανάλυση της εμφάνισης του κινήματος της επιστημονικά τεκμηριωμένης ιατρικής, δίνοντας τον ορισμό και τις επιρροές που έχει ασκήσει αυτό το κίνημα στην πρακτική της ιατρικής. Η αναγκαιότητα της αναφοράς στην τεκμηριωμένη ιατρική έγκειται στο ότι είναι το κίνημα από το οποίο προήλθε (και ουσιαστικά «αντέγραψε») η τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία. Στη συνέχεια αναφέρονται οι κύριες κριτικές που ασκούνται στην τεκμηριωμένη ιατρική, διαιρεμένες σε δύο τμήματα: στο μεθοδολογικό και δεοντολογικό κομμάτι, και σε ζητήματα οικονομικής και πολιτικής φύσεως.

Στο *δεύτερο υποκεφάλαιο* και αφού έχει γίνει κατανοητή η πηγή αναφοράς της ΕΤΨ, δηλαδή το αντίστοιχο ιατρικό μοντέλο, παρουσιάζονται οι εξελίξεις στις ψυχολογικές παρεμβάσεις, αναλύοντας, καταρχήν, τον ορισμό της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας, που αποτελεί εξάλλου και το κεντρικό στοιχείο του παρόντος τμήματος της διατριβής. Στη συνέχεια, αναφέρονται τα δύο βασικά αλλά και γενικά κριτήρια με τα οποία αξιολογείται η εκάστοτε ψυχολογική παρέμβαση, δηλαδή η αποτελεσματικότητα και η κλινική χρησιμότητα. Παράλληλα, εξετάζεται και η ιδιαίτερη και συχνά «ανταγωνιστική» σχέση που φαίνεται να αποδίδουν οι ερευνητές στις δύο έννοιες. Επιπρόσθετα, γίνεται ιδιαίτερη μνεία στον, κατά πολλούς, συμπληρωματικό πόλο της ΕΤΨ, δηλαδή στην τεκμηρίωση των παρεμβάσεων η οποία στηρίζεται στην κλινική πρακτική, καθώς και στη λειτουργία των ερευνητικών δικτύων που την απαρτίζουν.

Με τα προαναφερόμενα στοιχεία που εμπεριέχει το δεύτερο υποκεφάλαιο σκιαγραφείται ένας λειτουργικός ορισμός της έννοιας της ΕΤΨ. Παρέχεται η απαραίτητη βάση, ώστε να αναφερθώ στο *τρίτο υποκεφάλαιο* σε χρονολογικά πρότερες ακολουθίες σημαντικών αλλαγών στον τομέα της ψυχοθεραπείας, και κυρίως στους τρόπους οι οποίοι προτείνονται για τη διασύνδεση της εμπειρικής έρευνας με την κλινική πρακτική. Τα δύο βασικά, κατά τη γνώμη μου, μέσα με τα οποία γίνεται προσπάθεια να καλυφθεί το κενό μεταξύ έρευνας και πρακτικής είναι οι λίστες των τεκμηριωμένων παρεμβάσεων και οι οδηγοί κλινικής πρακτικής. Αναφέρομαι αρχικά στις Εμπειρικά Υποστηριζόμενες Θεραπείες και στα κριτήρια με τα οποία δημιουργούνται οι λίστες των τεκμηριωμένων θεραπειών. Επίσης, θεώρησα σημαντική την αναφορά στις έρευνες που αναλύουν τη διεισδυτικότητα ή εφαρμοσιμότητα των ΕΥΘ στην εκπαίδευση και την κλινική πρακτική, καθώς και στους παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την υιοθέτησή τους από τους κλινικούς.

Στη συνέχεια, παρατίθεται η φιλοσοφία και τα είδη των εμπειρικά τεκμηριωμένων οδηγών ψυχοθεραπευτικής πρακτικής, καθώς και οι τρόποι με τους οποίους προωθούνται στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη, ενώ γίνεται αναφορά στο ρόλο και την επιρροή των ψυχιατρικών οδηγών για τις τεκμηριωμένες παρεμβάσεις. Τέλος, παρουσιάζονται ορισμένες «εναλλακτικές» προτάσεις για την εμπειρική τεκμηρίωση των ψυχολογικών παρεμβάσεων, σε μία προσπάθεια να σκιαγραφηθεί πολύπλευρα η δυνατότητα τεκμηριωμένων θεραπειών. Δίνεται έμφαση στο μοντέλο που ακολουθεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μ. Βρετανίας, στην πρόταση περί ιεραρχίας των ερευνητικών τεκμηρίων, στις νευροβιολογικές επιρροές στη σύγχρονη έρευνα για την ψυχοθεραπεία και στη θεωρία των εμπειρικά υποστηριζόμενων αρχών περί αλλαγής.

Στο *τέταρτο*, και τελευταίο, *υποκεφάλαιο* κατατίθεται μία προσπάθεια συνοπτικής ανασκόπησης των προτεινόμενων επιστημονικά τεκμηριωμένων ψυχολογικών παρεμβάσεων. Η παράθεση των στοιχείων γίνεται με βάση τα πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα που έχουν δημοσιευτεί, σχετικά με τις αποτελεσματικές θεραπείες για συγκεκριμένες διαταραχές και πληθυσμούς, με κύριο χρονολογικό πλαίσιο τη δεκαετία 1997-2007. Η ανασκόπηση βασίζεται στο βιβλίο του A. Carr, (2009), *"What Works with Children, Adolescents, and Adults? A Review on the Effectiveness of Psychotherapy"*. Με «οδηγό» το προαναφερόμενο βιβλίο έχει γίνει ταξινόμηση και καταγραφή σε μορφή πινάκων των προτεινόμενων τεκμηριωμένων θεραπειών που έχουν εξεταστεί εμπειρικά, για τις κυριότερες κατηγορίες διαταραχών, αναφορικά με όλες τις ηλικιακές ομάδες. Η φιλοσοφία της συγκεκριμένης καταγραφής συμβαδίζει με τα πιο αυστηρά κριτήρια εμπειρικής τεκμηρίωσης των ψυχολογικών παρεμβάσεων. Η σύνοψη των ΕΤΨ γίνεται με σκοπό να προβληθεί η ευρύτητα και η διεισδυτικότητα του φαινομένου, καθώς και οι ελλείψεις που υπάρχουν στη σύγχρονη έρευνα - ορισμένες από τις οποίες, συνιστούν στοιχεία κριτικής στην εμπειρικά τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία.

Στο ***τέταρτο κεφάλαιο*** επιχειρείται μία σκιαγράφηση των πιο καίριων μεθοδολογικών ζητημάτων που ταλανίζουν τους ερευνητές και τους κλινικούς θεραπευτές σχετικά με την εφαρμογή των αρχών της ΕΤΨ στην έρευνα και την κλινική πρακτική. Οι διαφωνίες που παρατίθενται, φαίνεται έως σήμερα να μην έχουν διευθετηθεί επαρκώς και καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα θεμάτων, με κεντρικό άξονα την ερευνητική μεθοδολογία. Τα ζητήματα αυτά οριοθετούν το κυριότερο μέρος της κριτικής που υφίσταται η τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία και συχνά αντικατοπτρίζουν τη διαφορετική φιλοσοφία ή οπτική των ψυχοθεραπευτικών σχολών.

Στην προσπάθεια να συμπεριληφθούν όσο το δυνατόν πληρέστερα τα ζητήματα ερευνητικής μεθοδολογίας στα οποία εστιάζεται η κριτική στην ΕΤΨ, δημιουργήθηκαν *δεκατέσσερεις θεματικές κατηγορίες* (που αναφέρονται σε αντίστοιχα *υποκεφάλαια*) από την εξέταση και σύνθεση σχετικών δημοσιεύσεων της σύγχρονης βιβλιογραφίας. Οι κατηγορίες είναι αναφορικά οι εξής:

1. Η προβληματική της έννοιας του τεκμηρίου & της επαρκούς θεραπευτικής αλλαγής.
2. Η ερευνητική τεκμηρίωση των «μη τεκμηριωμένων παρεμβάσεων».
3. Η επιρροή των προτιμήσεων του ερευνητή στο θεραπευτικό αποτέλεσμα.
4. Η «αμεροληψία» των επιτροπών αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων.
5. Η ανεπάρκεια των κριτηρίων αξιολόγησης των θεραπειών.
6. Τα γενικά σημεία κριτικής στις ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες.
7. Η καταλληλότητα και εγκυρότητα των ομάδων ελέγχου.

8. Η προβληματική της χρήσης εγχειριδίων θεραπείας σε έρευνα & κλινική πρακτική.
9. Η μελέτη α) της συμμετοχής του θεραπευόμενου στις ΕΥΘ, β) της αντιπροσωπευτικότητας τους δείγματος στις κλινικές δοκιμασίες συγκριτικά με τους ασθενείς στην κοινότητα και γ) των ειδικών πληθυσμιακών χαρακτηριστικών που σχετίζονται με την εθνικότητα, τη γλώσσα, το φύλο, τον σεξουαλικό προσανατολισμό κλπ. στο πεδίο των τεκμηριωμένων παρεμβάσεων.
10. Η επιλογή των παρεμβάσεων που αξιολογούνται αναφορικά με τον τύπο και τη διάρκεια της θεραπείας και οι αντιδράσεις των ψυχοδυναμικών, ανθρωπιστικών και εκλεκτικών προσεγγίσεων.
11. Η σημασία των κοινών παραγόντων στο θεραπευτικό αποτέλεσμα και η μελέτη των Εμπειρικά Υποστηριζόμενων Σχέσεων στη ψυχοθεραπεία.
12. Η κλινική χρησιμότητα των εμπειρικά υποστηριζόμενων θεραπειών, η δυνατότητα εφαρμογής τους στην κλινική πρακτική και η συγκριτική εργασία μεταξύ των ΕΥΘ και της θεραπείας στην κοινότητα.
13. Η χρήση των νοσολογικών συστημάτων στην αξιολόγηση των ψυχολογικών παρεμβάσεων.
14. Η θέση και η συμβολή της ποιοτικής και διαδικαστικής έρευνας στην τεκμηρίωση της ψυχοθεραπείας.

Στο ***πέμπτο κεφάλαιο*** μετακινείται το κέντρο ενδιαφέροντος, από το πλαίσιο της μεθοδολογίας, στις εξίσου σημαντικές κοινωνικοπολιτικές και ηθικές επιρροές οι οποίες διαμορφώνουν και ισχυροποιούν το κίνημα της ΕΤΨ. Εξετάζονται παράγοντες που συσχετίζονται με τη δεοντολογία στην αξιολόγηση της ψυχοθεραπείας, με την κλινική πρακτική των επαγγελματιών και με τη λειτουργία των δυτικού τύπου συστημάτων υγείας. Αυτοί οι παράγοντες οριοθετούν τους τρόπους και τις αιτίες για τις οποίες το κίνημα της ΕΤΨ μπορεί να αξιολογηθεί όχι μόνο με επιστημονικές ή ψυχολογικές θεωρίες, αλλά και με πολιτικούς και οικονομικούς όρους.

Συγκεκριμένα, στο *πρώτο υποκεφάλαιο* εξετάζεται το κατά πόσον οι τεκμηριωμένες παρεμβάσεις αποτελούν την ιδανική ή βέλτιστη φροντίδα για τον κάθε ασθενή, δηλαδή αν επαληθεύεται η κύρια ηθική απαίτηση της τεκμηριωμένης πρακτικής. Αρχικά περιγράφονται ορισμένα ζητήματα δεοντολογίας που σχετίζονται με την ερευνητική εργασία για την αξιολόγηση της ψυχοθεραπείας και συγκεκριμένα με τη διεξαγωγή κλινικών δοκιμασιών και τη συμμετοχή ασθενών σε αυτές. Στη συνέχεια επιχειρείται η εξέταση του ερωτήματος, εάν η ΕΤΨ βελτιώνει την ποιότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας, λαμβάνοντας υπόψιν τις ιδιαιτερότητες και μεγιστοποιώντας επιλογές των θεραπευόμενων και των θεραπευτών στο πλαίσιο της ελεύθερης αγοράς ψυχικής υγείας, όπου προωθείται το όλο κίνημα.

Το *δεύτερο υποκεφάλαιο* αναλύει τις επιδράσεις και τις αλλαγές που επιφέρει η προώθηση της τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας και πρακτικής σε τρεις τομείς: την εκπαίδευση των θεραπευτών, την άσκηση του επαγγέλματος του κλινικού ψυχολόγου και την εξέλιξη της ερευνητικής εργασίας προς νέες, καινοτόμες παρεμβάσεις. Παρατίθενται παραδείγματα για τις θεσμικές αλλαγές και κυβερνητικές ή επίσημες πολιτικές που επηρεάζουν τους επαγγελματίες, και οι οποίες εκπορεύονται από το κίνημα της ΕΤΨ, και σημειώνονται οι κυριότερες φωνές αντίδρασης σχετικά με την επιρροή του κινήματος της ΕΤΨ στην πρακτική της ψυχοθεραπείας.

Το *τρίτο υποκεφάλαιο* εστιάζεται στον σημαντικό, αλλά μη συχνά αναφερόμενο στη βιβλιογραφία, παράγοντα που πυροδοτεί και αλληλεπιδρά με το κίνημα της ΕΤΨ, την πολιτική και οικονομία της υγείας. Η ΕΤΨ συμπλέει με τη λογική και πρακτική του νεοφιλελευθερισμού, γεγονός που αναδεικνύεται από τον άριστο συνδυασμό των δύο σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο. Η ανάλυση αυτών των αλληλεπιδράσεων γίνεται μέσα από την μελέτη των συστημάτων υγείας που προωθούν την τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία. Παρουσιάζονται ορισμένες θεσμικές αλλαγές οι οποίες συνδέονται με την εμφάνιση του κινήματος της ΕΤΨ στα συστήματα υγείας των ΗΠΑ, της Μ. Βρετανίας και της Γερμανίας. Παράλληλα σχολιάζεται η επίδραση και η εφαρμογή των αρχών της ΕΤΨ σε παγκόσμιο επίπεδο. Στη συνέχεια αναλύεται και η επιρροή του ισχυρού λόμπι των φαρμακευτικών εταιρειών στον τομέα της ψυχικής υγείας, που συμμετέχει στην τεκμηρίωση των ψυχολογικών (και μη) παρεμβάσεων, ελέγχοντας την ερευνητική εργασία και τις επιστημονικές δημοσιεύσεις. Όλοι οι προαναφερόμενοι παράγοντες, αν και μπορούν να θεωρηθούν «εξωγενείς», συμβάλλουν σε σημαντικό βαθμό στον ορισμό και τη διάδοση συγκεκριμένων παρεμβάσεων που προωθούνται ως τεκμηριωμένες.

Το *τέταρτο υποκεφάλαιο* αναλύει ορισμένα κριτικά ερωτήματα που, κατά τη γνώμη μου, εκφύονται από τη μελέτη των ανωτέρω πολιτικών και κοινωνικών μεταβλητών που υπεισέρχονται στο κίνημα της ΕΤΨ. Τίθενται ερωτήματα όπως: Πως το εκάστοτε σύστημα υγείας υιοθετεί μία πολιτική η οποία είναι ακόμη υπό αμφισβήτηση και δεν καλύπτει το σύνολο των αναγκών των ασθενών; Είναι οι κλινικοί αποκλειστικά υπεύθυνοι για την ετερογένεια στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών των συστημάτων υγείας; Όσο οι αλλαγές στα συστήματα υγείας εξαρτώνται από μονομερή οικονομικά συμφέροντα, ποιος μπορεί να υποστηρίξει ότι πράγματι η ΕΤΨ δημιουργήθηκε με βασικό «ευγενή» σκοπό την βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας; Μήπως επιπλέον η ΕΤΨ εκπαιδεύει όχι μόνο τους επαγγελματίες, αλλά και τους πολίτες να αντιλαμβάνονται την ψυχοθεραπεία ως ένα ακόμη ψυχοτρόπο φάρμακο;

Το ***έκτο κεφάλαιο*** της διατριβής αποτελεί μία σύνοψη των δεδομένων που αναλύθηκαν από την αρχή της διατριβής. Περιλαμβάνει μία συμπυκνωμένη κατάθεση των κυριότερων συμπερασμάτων που παρατέθηκαν σε όλα τα κεφάλαια της παρούσας μελέτης. Επιπρόσθετα, κατατίθενται ορισμένα σημεία προβληματισμού και κριτικής σχετικά με τον τρόπο ανάπτυξης και εφαρμογής του κινήματος της ΕΤΨ, καθώς και ερωτηματικά που είναι, κατά τη γνώμη μου, σημαντικά για τη μελλοντική διερεύνηση του ζητήματος των τεκμηριωμένων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

When we think of humankind all the way down from the time of the cavemen, we realize that we have needed people who played the role of the psychotherapist.
Rollo May (1995)

Η ψυχοθεραπεία είναι ευρέως γνωστή σαν ένα επίτευγμα των τελευταίων εκατό περίπου ετών, με ιδιαίτερη αναφορά στον Sigmund Freud και στη δημιουργία της ψυχαναλυτικής προσέγγισης. Στην πραγματικότητα όμως οι ρίζες της ψυχοθεραπείας φαίνεται να είναι πολύ παλαιότερες. Συμβαδίζουν με την προσπάθεια όλων των πολιτισμών να ξορκίσουν ή να θεραπεύσουν - μέσω της θρησκείας, των μύθων, της φιλοσοφίας και της ιατρικής - κάθε πηγή οδύνης για τα μέλη της εκάστοτε κοινωνίας· και η ψυχική νόσος είναι γενεσιουργός αιτία οδύνης.

Το πανανθρώπινο αίτημα για ανακούφιση από την οδύνη βρήκε ανταπόκριση σε κάθε εποχή της ανθρώπινης ιστορίας με διαφορετικούς τρόπους και μέσα. Ανάλογα με την κοινωνική, πολιτική, πολιτισμική και θρησκευτική κοσμοθεωρία και χρονική στιγμή η θεραπεία της ψυχικής νόσου συνδέεται με πολύ διαφορετικά στοιχεία, όπως για παράδειγμα, το υπερφυσικό στην περίπτωση των Σαμάνων, ο φιλοσοφικός ορθολογισμός στον αρχαίο ελληνικό πολιτισμό, το ανθρωπιστικό κλίμα στην αναγέννηση και την «ανάδυση» της ψυχιατρικής επιστήμης περίπου κατά το τέλος του 18ου αιώνα. Όπως αναφέρει ο Bromberg (1963) «*... είναι φανερό ότι για μία περίοδο άνω των δύο χιλιάδων ετών, ο πολιτισμένος κόσμος αντικατέστησε στις θεραπευτικές μεθόδους του τη μαγεία με την πίστη και την πίστη με την επιστήμη.*» (σελ. 21)

Το παρόν κεφάλαιο αποτελεί μία σύντομη ιστορική ανασκόπηση, όπου θα αναφερθούν επιλεγμένα ιστορικά στοιχεία που υποδεικνύουν την ύπαρξη ψυχοθεραπευτικών μεθόδων ανά την υφήλιο πολύ πριν τον 21ο αιώνα. Απώτερος στόχος είναι να παρουσιαστεί ένας λειτουργικός ορισμός της ψυχοθεραπείας, η οποία είναι το βασικό αντικείμενο της μελέτης μου και θα εξεταστεί εκτενέστερα στα επόμενα κεφάλαια. Η τοποθέτηση της ψυχολογικής θεραπείας στο ιστορικό της πλαίσιο δίνει το έναυσμα για να συνδεθούν τα εκάστοτε κοινωνικά, πολιτισμικά και πολιτικά στοιχεία της κάθε ιστορικής στιγμής με τις εξελίξεις στο συγκεκριμένο κλάδο, απαύγασμα των οποίων είναι η τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία που αναπτύσσεται στις αρχές του αιώνα που διανύουμε.

1. ΑΡΧΑΙΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ & ΑΙΓΥΠΤΙΟΙ

Σύμφωνα με τους Hawkins & Nestoros (1997) τη σημαντικότερη συμβολή μεταξύ των αρχαίων πολιτισμών στη διαμόρφωση της ψυχοθεραπείας, ως μία διαδικασία που στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, πρόσφερε ο αρχαίος Ελληνικός πολιτισμός της κλασικής, ελληνιστικής και ελληνορωμαϊκής περιόδου (5ος αι. π.Χ. - 2ος αι. μ.Χ.). Οι αρχαίοι Έλληνες φαίνεται να συμπεριφέρονταν υποστηρικτικά στους ψυχικά ασθενείς (κάτι που δεν ίσχυε πάντα για τους μη αρτιμελείς ή σωματικά αναπήρους), ενώ χρησιμοποιούσαν και τον λόγο ως θεραπευτικό εργαλείο (Rojcewicz, 2004).

Στο πλαίσιο της αρχαιοελληνικής θρησκείας αναφέρονται ενδεικτικά οι θεραπείες που λάμβαναν χώρα στους ναούς του Ασκληπιού, οι οποίοι λειτουργούσαν ως θρησκευτικά θεραπευτικά κέντρα (Pettis, 2006). Συγκεκριμένες θεραπευτικές πρακτικές είναι η «νοοθεραπεία» και η «ενκοίμιση» μέσα στον ναό, που θεωρούνται αρχαϊκοί πρόγονοι της γνωσιακής ψυχοθεραπείας και της κλινικής ύπνωσης αντίστοιχα (Hawkins & Nestoros, 1997). Η νοοθεραπεία στόχευε στην αλλαγή του τρόπου σκέψης του ατόμου σε πιο υγιή μοτίβα. Στην ενκοίμηση οι πιστοί-ασθενείς, αφού προετοιμάζονταν ψυχικά και σωματικά από τους ιερείς, κοιμόντουσαν μέσα στο ναό. Στη συνέχεια γινόταν από τους ιερείς ερμηνεία των ονείρων των πιστών, η οποία καθόριζε την κατάλληλη διάγνωση και θεραπεία πολλών ασθενειών, μεταξύ των οποίων και ψυχοσωματικές.

Ένα άλλο παράδειγμα θρησκευτικής θεραπευτικής είναι οι κορυβαντικές τελετές των πιστών της θεάς Κυβέλης και οι Βακχικές τελετές, όπου οι πιστοί χόρευαν, υπό τους ήχους μουσικών οργάνων, σε έξαλλους ρυθμούς, κατευνάζοντας μέσω ομοιοπαθητικής θεραπείας, όπως αναφέρει ο Πλάτωνας (Gill, 1985), την εσωτερική τους ανησυχία ή συναισθηματική ταραχή. Αν και σήμερα δεν εντοπίζονται πολλά κοινά σημεία ανάμεσα στις κύριες μεθόδους της ομαδικής ψυχοθεραπείας και σε αυτές τις τελετές, το αποτέλεσμά τους είναι η βελτίωση της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης των συμμετεχόντων και αυτό που ο Αριστοτέλης ονόμασε ως «κάθαρσις», δηλαδή ο εξαγνισμός της ψυχής από έντονα συναισθήματα, όπως ο φόβος και ο θυμός.

Η Αριστοτελική κάθαρση αναφερόταν φυσικά στην (ψυχοθεραπευτική) επίδραση που είχε στο Αθηναϊκό κοινό η θέαση των τραγωδιών. Ακόμη όμως και στο περιεχόμενο των θεατρικών κειμένων της αρχαίας Ελληνικής σκέψης, βρίσκονται στοιχεία ψυχοθεραπευτικών πρακτικών. Σε σωζόμενες τραγωδίες του Ευριπίδη (λ.χ. «Βάκχες», «Ηρακλής μαινόμενος») και του Σοφοκλή («Αίας»), όπως και στις κωμωδίες του Αριστοφάνη («Σφήκες») ανακαλύπτουμε σε θεατρικούς ρόλους δείγματα συμπεριφοράς που έχουν κοινά στοιχεία με τις σύγχρονες τεχνικές των ψυχοθεραπευτών, όπως ο σεβασμός του παραληρήματος, η αποδοχή και

υποστήριξη του ασθενούς και η ενσυναίσθηση. Μάλιστα, ο Devereux (1970) υποστηρίζει ότι στις Βάκχες του Ευριπίδη, υπάρχει η πρώτη ιστορικά καταγεγραμμένη σκηνή ψυχοθεραπείας[2], στο σημείο όπου ο Κάδμος επαναφέρει στη λογική τη μαινόμενη Αγαύη˙ γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι στην Αρχαία Ελλάδα εφαρμόζονταν ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι παράλληλα με τις ιατρικές και θρησκευτικές πρακτικές. Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι οι ποιητές, όπως ο Πίνδαρος, ακόμα και ο Όμηρος («Ιλιάδα»), έγραφαν για τη θεραπευτική δύναμη του λόγου σε συναισθηματικές καταστάσεις, όπως ο θυμός και η θλίψη, αλλά και σε σωματικές ασθένειες ή τραυματισμούς (Rojcewicz, 2004).

Εκτός από τη θρησκεία και την τέχνη, η αρχαία ελληνική ιατρική και η φιλοσοφία μελέτησαν εκτενέστατα την ανθρώπινη συμπεριφορά, εισάγοντας τον ορθολογισμό στη σπουδή και θεραπεία της (ψυχικής) νόσου. Οι μελέτες του Ιπποκράτη για ασθένειες όπως η φρενίτιδα και η μελαγχολία και η θεωρία του περί των τεσσάρων χυμών (αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή) είναι ευρέως γνωστές, ενώ τα γραπτά του θεωρούνται ως η πρώτη εφαρμογή ορθολογικής σκέψης σχετικά με την ψυχική νόσο (Colp,1989). Οι H. & K. Akiskal (2007) αναφέρουν μάλιστα ότι η πρώτη καταγεγραμμένη περίπτωση μελαγχολίας στο δυτικό κόσμο παρουσιάστηκε από τον Ιπποκράτη. Επίσης, η Πλατωνική θεώρηση περί ψυχής οδήγησε τον διάσημο φιλόσοφο να υποστηρίξει ότι οι ψυχικές διαταραχές μπορούν να θεραπευτούν όχι με φάρμακα, αλλά μέσα από ένα είδος διαλόγου (με ερωτήσεις και απαντήσεις) με έναν φιλόσοφο ή ιατρό, μέσω του οποίου ανακουφίζεται ο άνθρωπος και οδηγείται σε ένα ανώτερο επίπεδο φιλοσοφικής γνώσης (Colp,1989). Επιπρόσθετα, ο Πλάτωνας διαχώρισε την ψυχή σε τρία μέρη (με αντίστοιχες σωματικές εστίες), που έχουν συγκριθεί με την τοπογραφική θεωρία του Φρόιντ για το Εγώ, το Υπερεγώ και το Εκείνο. Τέλος, εξίσου διάσημες είναι οι μέθοδοι διαλόγου που χρησιμοποιούσε ο Σωκράτης για να εκμαιεύσει τη λύση των προβλημάτων που απασχολούσαν τον συνομιλητή του. Η σωκρατική «μαιευτική μέθοδος» αποτελεί ουσιαστικό εργαλείο και των σύγχρονων ψυχοθεραπευτών.

Μεταγενέστερα, οι Επικούριοι και οι Στωικιστές φιλόσοφοι ασχολήθηκαν συστηματικά με το άγχος και την αταραξία ή απάθεια, δηλαδή με ψυχικές καταστάσεις που αφορούν ιδιαίτερα την ψυχοθεραπεία. Μάλιστα οι διδαχές των τελευταίων αποτελούν πρωτόπλαστες ιδέες της σύγχρονης γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας (Howard, 2000). Αξίζει τέλος να αναφερθεί ότι οι Στωικιστές είχαν καταγράψει σε λεπτομερή λίστα τις διάφορες ασθένειες της ψυχής και τους τρόπους θεραπείας τους (δημιουργώντας κατά κάποιο τρόπο ένα αρχαίο DSM!), ενώ ασχολήθηκαν ιδιαίτερα με τη θεραπευτική δυναμική του

[2] Ο ακριβής όρος που χρησιμοποιείται είναι *"insight-and-recall psychotherapy"*.

διαλόγου με ένα άλλο άτομο στην πορεία αυτοεξέτασης των προσωπικών συναισθηματικών αδυναμιών. Ο μεταγενέστερος Ρωμαϊκός πολιτισμός επηρεάστηκε ιδιαίτερα από τις διδαχές των Στωικιστών και Επικούριων φιλοσόφων, ενώ με την εξαίρεση του Ρωμαίου ιατρού Γαληνού, ο οποίος ασχολήθηκε μεταξύ άλλων με τη μελαγχολία και εξέλιξε τις Ιπποκρατικές θεωρίες, η μελέτη των ψυχικών παθήσεων αναπαρήγαγε συνήθως τις παλαιότερες εργασίες (Colp, 1989).

Οι αρχαίοι Έλληνες όμως δεν ήταν μοναδικοί στη μελέτη και θεραπευτική προσέγγιση της ψυχικής νόσου. Προγενέστεροι σημαντικοί πολιτισμοί της Μεσογείου, όπως οι Σουμέριοι και οι Αιγύπτιοι (5000-2000 π.Χ.), είχαν αναπτύξει περίπλοκες θεωρήσεις για την ανθρώπινη οντότητα. Ειδικά για τον αιγυπτιακό πολιτισμό υπάρχουν μαρτυρίες εξαιτίας των παπύρων που χρησιμοποιούνταν για γραφή.

Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι στην εποχή των Φαραώ θεωρούσαν ότι το άτομο αποτελείται από τρία μέρη (Okasha, 2001): το σώμα (khat), την ψυχή που προστατεύει το σώμα από αρρώστιες (ka) και το πνεύμα που φεύγει μετά τον θάνατο του σώματος, μετοικεί στον «παράδεισο» και επιστρέφει περιοδικά στο μουμιοποιημένο σώμα (ba). Ένα ψυχοθεραπευτικό μέσο που χρησιμοποιούσαν οι αρχαίοι Αιγύπτιοι είναι ένα είδος ύπνωσης ή ενκοίμησης μέσα στους ναούς («πρόγονος» των τελετών στους ναούς του Ασκληπιού), όπου με τη χρήση ουσιών, όπως το όπιο, γινόταν ερμηνεία ονείρων και, μεταξύ άλλων, θεραπεία ψυχικών ασθενειών. Τόσο στον αιγυπτιακό πολιτισμό, όσο και στους λαούς της Μεσοποταμίας, η θεραπεία των ασθενειών συνδύαζε στοιχεία θρησκευτικά και υπερβατικά.

2. ΣΑΜΑΝΙΣΜΟΣ, ΜΑΓΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ: Ινδιάνοι, Αζτέκοι, Αφρικανικές φυλές

Η λέξη Σαμάνος (Shaman ή Saman), όπως τη γνωρίζουμε σήμερα, πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τους επιστήμονες για να περιγράψει τους θεραπευτές σε φυλές της Σιβηρίας (Madsen & Madsen, 1997), αν και αρχαιολογικά ευρήματα δείχνουν ότι σαμανιστικές πρακτικές υπήρχαν πολλές χιλιάδες χρόνια πριν, από την εποχή του ανθρώπου των σπηλαίων (Bromberg, 1963). Στις προϊστορικές κοινωνίες ο ψυχικός κόσμος συνδεόταν άμεσα με το υπερφυσικό, κάτι που εξακολουθεί να ισχύει εν μέρει μέχρι και σήμερα, κυρίως στο πεδίο της θρησκείας. Κατ' αυτό τον τρόπο οι υπερβατικές δυνάμεις είναι οι αιτίες των ψυχικών διαταραχών, αλλά μπορούν και να τις θεραπεύσουν.

Σύμφωνα με τον Torrey (1989), οι ρίζες της ψυχοθεραπείας μπορούν να αναζητηθούν στον Σαμανισμό που υπήρχε στους αρχαίους πολιτισμούς. Συγκεκριμένα, οι Σαμάνοι ήταν (και είναι) οι θεραπευτές και σύμβουλοι της εκάστοτε φυλής ή κοινωνίας, ενώ ο ιδιαίτερος ρόλος τους και οι πρακτικές τους

κάθε φορά προσαρμόζονται, όπως θα δούμε, στην κοσμοθεωρία και καθημερινή ζωή της κοινότητας.

Οι πρακτικές των Σαμάνων έχουν να επιδείξουν ομοιότητες με τις σύγχρονες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, ακόμη και να διαφωτίσουν, μέσα από την παραδοξότητά τους, τη θεραπευτική προσέγγιση ορισμένων ψυχοσωματικών φαινόμενων (Wiseman, 1999). Οι Σαμάνοι θεωρείται ότι κατέχουν εσωτερικές, υπερφυσικές θεραπευτικές δυνάμεις. Η αιτία της ασθένειας αποκαλύπτεται σε αυτούς εξαιτίας της σχέσης-επικοινωνίας που έχουν με τα πνεύματα (προγονικά, θεϊκά ή δαιμονικά), την οποία επιτυγχάνουν μέσα από μία ιδιαίτερη κατάσταση συνειδητότητας (γνωστή ως "Shamanic State of Consciousness"). Αν και συχνά οι Σαμάνοι περιγράφονται ως ψυχωτικοί από σύγχρονους μελετητές, αυτή η άποψη σήμερα αμφισβητείται (Stephen & Suryani, 2000), ενώ η αναλογία της συμπεριφοράς τους με τη συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία δεν είναι ομόλογη στην κοινωνική της λειτουργία, τουλάχιστον στην κοινότητα που δρουν. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα σαμανιστικής θεραπείας δίνει ο Levi Strauss περιγράφοντας και μελετώντας τη θεραπευτική πρακτική των Σαμάνων της φυλής Kuna στον Παναμά (Levi-Strauss, 1978).

Στην περίπτωση που αναφέρει ο Levi Strauss η σαμανιστική θεραπεία συνίσταται μόνο στον λόγο και όχι σε φαρμακευτική αγωγή ή στην φυσική επαφή, όπως και στις περισσότερες σύγχρονες ψυχοθεραπείες (Wiseman, 1999). Αν και εδώ οι ρόλοι αντιστρέφονται: είναι ο Σαμάνος που έχει τον λόγο και όχι ο ασθενής. Ο θεραπευτής αφού συναντήσει τον άρρωστο, απαγγέλλει μυθικές ιστορίες ή ψαλμούς (ikarkana). Μέσα από τον αλληγορικό του λόγο, διηγούμενος μια ιστορία, επαναδημιουργεί την ασυνείδητη εικόνα που έχει ο ασθενής για το σώμα του, περιγράφοντας μεταφορικά τις υποκειμενικές εμπειρίες του αρρώστου. Αυτό που δεν μπορεί να εκφράσει ο θεραπευόμενος με λόγια, το περιγράφει ο Σαμάνος μέσω μιας ιστορίας, εξατομικευμένης ανάλογα με την περίπτωση, που οδηγεί σε ένα είδος κάθαρσης[3], με την οποία αναδομείται η σχέση ανάμεσα στις συνειδητές σκέψεις του ασθενή για το σώμα του και τις φαντασιώσεις του γι' αυτό. Σε ένα δεύτερο επίπεδο, ο Σαμάνος συμβιβάζει τις υποκειμενικές εμπειρίες του ασθενούς με τις αντίστοιχες της κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκει - ενοποιεί δηλαδή την εικόνα του σώματος με την εικόνα του κοινωνικού εαυτού[4]. Σύμφωνα με τον Money (2001) η σαμανιστική πρακτική είναι σημαντικό εργαλείο στη θεραπευτική διαδικασία καθώς «*γεφυρώνει τον εσωτερικό κόσμο του ασθενούς με τον εξωτερικό κόσμο όπου εδράζεται το πρόβλημα*» (σελ. 126).

[3] Υπό την έννοια ότι βγαίνουν στο φως αθέατες φαντασιώσεις του ασθενή για την κατάστασή του.
[4] Καθώς συστατικό στοιχείο αυτού που ονομάζουμε υγεία είναι και η δυνατότητα του ατόμου να ανήκει σε μία κοινωνική ομάδα, να έχει κοινωνική ταυτότητα.

Σε αυτό το σημείο εντοπίζεται μία βασική διαφορά στην οπτική της ψυχοθεραπείας με τις σαμανιστικές τελετές. Η «τοποθέτηση» των ενστίκτων, συμπλεγμάτων, αρχέτυπων σύμφωνα με τους δυτικούς ψυχοθεραπευτές βρίσκεται στην εσωτερική πραγματικότητα του ατόμου. Αντίθετα οι Σαμάνοι πιστεύουν σε έναν πραγματικό, ανώτερο κόσμο όπου αναζητούν τη ρίζα κάθε ασθένειας και θεραπείας (Haule, 1997). Αναμφισβήτητα όμως, ακόμη και με τα στοιχεία που αναφέρθηκαν έως τώρα, είναι φανερή η ομοιότητα του ρόλου του παραδοσιακού Σαμάνου με τον ψυχοθεραπευτή· και οι δύο δρουν σε συνειδητό και ασυνείδητο επίπεδο σε σχέση με τις σκέψεις του θεραπευόμενου για την ασθένεια, χρησιμοποιούν κυρίως τον λόγο και σκοπός τους είναι να επανενταχθεί ο θεραπευόμενος ομαλά στο περιβάλλον του. Ο Glaser (2004) υποστηρίζει μάλιστα ότι υπάρχουν σημαντικές ομοιότητες μεταξύ των σαμανιστικών τελετουργιών με τις «μετα-μοντέρνες» θεραπευτικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη δραματοθεραπεία και στη θεραπεία μέσω τέχνης. Ο Money (2001) αναφέρει ότι η σύγχρονη θεώρηση της ψυχονευροανοσολογίας[5] ενέχει σημεία σύνδεσης με τις τεχνικές θεραπείας των σαμάνων, τη στιγμή που εμπεριέχουν ψυχολογικά, ιατρικά, κοινωνικά και εν γένει πολυπαραγοντικά στοιχεία στη θεραπεία που παρέχουν.

Σαμανιστικές τελετές υπήρχαν και υπάρχουν ανά την υφήλιο στην Ασία, την Αφρική, την Αμερική κ.α.. Στη συνέχεια θα γίνει μία συνοπτική αναφορά στις κοσμοθεωρίες και θεραπευτικές πρακτικές των Ινδιάνικων και Αφρικανικών φυλών και των Αζτέκων, στις οποίες συναντώνται και σαμανιστικές θεραπείες.

Σε όλες τις φυλές των Ινδιάνων η υγεία εξαρτάται απόλυτα από τη σχέση του ατόμου με το υπερφυσικό (Hultkrantz, 1989). Οι σοβαρές ασθένειες[6] οφείλονται στη διατάραξη ή εξασθένιση της παραπάνω σχέσης. Ο κρίκος που παρεμβαίνει μεταξύ ανθρώπων και πνευμάτων σε κάθε είδους κρίση ή ασθένεια είναι ο θεραπευτής της φυλής, άλλοτε ο Σαμάνος, άλλοτε ένα ηλικιωμένο σοφό μέλος της οικογένειας.

Όσο αναφορά στις ψυχικές διαταραχές και τον δυτικό διαχωρισμό μεταξύ της φυσιολογικής και παθολογικής συμπεριφοράς, οι Ινδιάνοι έχουν διαφορετικές αντιλήψεις. Συνήθως, η ψυχική διαταραχή συνδέεται με τον σαμανισμό και την ικανότητα να βλέπει κάποιος οράματα και όχι με κάποιου είδους παθολογία

[5] Ο συγγραφέας σημειώνει ότι η ψυχονευροανασολογία (psychoneyroimmunology) έχει αναδομήσει την παραδοσιακή θεώρηση του ανοσοποιητικού συστήματος ως παθητικό και με συγκεκριμένη φύση, με μία νέα οπτική του ως ένα σύστημα που συνδέεται στενά με ψυχολογικές και κοινωνικές μεταβλητές (λ.χ. στρες, απομόνωση, κατάθλιψη) και μπορεί να επηρεαστεί από γνωσιακές μεταβλητές (πεποιθήσεις, απόδοση νοήματος σε καταστάσεις, αξίες, εστίαση απόδοσης ελέγχου κλπ.) ενώ λειτουργεί με πολλούς τρόπους σα μία αντιληπτική διαδικασία.

[6] Οι καθημερινές δυσκολίες και το άγχος της επιβίωσης στη φύση «επέβαλλε» στην καθημερινότητα των Ινδιάνων εξαιρετική αντοχή στις κακουχίες, τον πόνο και την ασθένεια, την οποία αντοχή μάλιστα καλλιεργούσαν με πρακτικές και τελετές από μικρή ηλικία, ιδιαίτερα στα νέα αγόρια (πολεμιστές και κυνηγούς).

(Hultkrantz, 1989). Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις, όταν εμφανίζονται συμπεριφορές που δεν γίνονται αποδεκτές από τη φυλή (όπως ο κανιβαλισμός), οι Ινδιάνοι πιστεύουν σε τρεις πιθανές αιτίες: ότι δαιμονικά πνεύματα επηρεάζουν το άτομο, ότι τα πνεύματα των νεκρών έκλεψαν την ψυχή κάποιου ή ότι η συμπεριφορά του είναι αποτέλεσμα μαγείας.

Στην Κεντρική Αμερική πριν από την καταστροφική έλευση των Ισπανών κονκισταδόρ (το 1520 με ηγέτη τον Ερνάν Κορτές), άκμαζε ο αρχαίος πολιτισμός των Αζτέκων, σαφώς επηρεασμένοι από τους προγενέστερους Μάγια (Ortiz de Montellano, 1989). Σύμφωνα με τους Αζτέκους, η μυθική δομή του σύμπαντος χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει μεταφορικά το ανθρώπινο σώμα[7].

Το σύμπαν των Αζτέκων χωρίζεται σε τρία επίπεδα, καθένα αντιστοιχούμενο με μία δύναμη[8]. Η υγεία συνδέεται με την αρμονία ανάμεσα στις τρεις αυτές δυνάμεις, καθώς και με το πόσο ισχυρή είναι η παρουσία της κάθε μίας στο άτομο, ενώ είναι αποτέλεσμα ισορροπίας σωματικής, κοινωνικής (οι Αζτέκοι χαρακτηρίζονταν από ισχυρή αίσθηση του καθήκοντος και του μέτρου) και σε σχέση με τους θεούς. Οι ψυχικές διαταραχές σχετίζονται με τη διατάραξη της δύναμης teyolia και κατά συνέπεια με παθήσεις της καρδιάς, η οποία ήταν για τους Αζτέκους το κέντρο της σκέψης, του συναισθήματος, της μνήμης και της θέλησης.

Η θρησκεία των Αζτέκων είχε στενή σχέση με τον Σαμανισμό. Οι μάγοι-Σαμάνοι (nanahualtin) χρησιμοποιούσαν παραισθησιογόνες και ψυχεδελικές ουσίες για θεραπευτικούς ή διαγνωστικούς σκοπούς[9], ενώ θεωρούνταν χαρισματικοί θεραπευτές, καθώς «έπαιρναν» τις δυνάμεις τους από κάποιο θεϊκό σημάδι, όπως μία σοβαρή ασθένεια. Επιπρόσθετα, ανασκαφές στη Νότια Αμερική έχουν αποκαλύψει ότι ο Σαμάνος ήταν και εκεί ο θεραπευτής των φυλών και μεσολαβητής με τον υπερφυσικό κόσμο (Sullivan, 1989).

Στην αφρικανική ήπειρο[10] συναντώνται πρακτικές και θεωρήσεις περί ψυχικής ασθένειας, παρόμοιες με των σαμάνων της Κεντρικής και Ν. Αμερικής. Αν και η επίδραση των αποικιοκρατών, των χριστιανικών ιεραποστολών και του Ισλάμ είναι πλέον εμφανής στο αφρικανικό θρησκευτικό και ιατρικό γίγνεσθαι, διατηρούνται ακόμη αρχέγονες θεραπευτικές πρακτικές και στάσεις.

---

[7] Δηλαδή χρησιμοποιήθηκαν οι ίδιες λέξεις τόσο για τα μέρη του κόσμου, όσο και για το σώμα και τις ζωοποιές δυνάμεις που κατοικούν σε αυτό (κάτι αντίστοιχο με την έννοια που δίνουμε στην ψυχή).

[8] Τα τρία επίπεδα του κόσμου είναι: ο ανώτερος παράδεισος (superior heaven) που συνδέεται με το κεφάλι και τη δύναμη tonally, ο κατώτερος παράδεισος που συνδέεται με την καρδιά και τη δύναμη teyolia και ο κάτω κόσμος που συνδέεται με το συκώτι και την δύναμη ihiyotl.

[9] Πρακτικές που ισχύουν και στις μέρες μας σε πολλούς ιθαγενείς πληθυσμούς της Κεντρικής Αμερικής.

[10] Κυρίως στην δυτική, κεντρική και νότια Αφρική, σε κράτη όπως η Γκάνα, το Ζαΐρ, το Κονγκό, η Αγκόλα και η Τανζανία.

Σύμφωνα με τις παραδοσιακές δοξασίες των Αφρικανικών φυλών η υγεία και η ασθένεια, η τελευταία κυρίως με την υπαρξιακή υπόσταση της οδύνης, συνδέονται άρρηκτα με τον Δημιουργό, την κινητήρια δύναμη της ζωής και τη φύση (Janzen, 1989). Στην περίπτωση αυτή η οδύνη θεωρείται μέρος της ζωής και δεν αποδίδεται για παράδειγμα σε θεϊκή τιμωρία. Παράλληλα όμως οι δυσκολίες, οι ατυχίες και η αρρώστια μπορεί να προέρχονται από δυσαρμονία ή κακοτυχία που προκαλούν οι ίδιοι οι άνθρωποι (με κατάρες, άσχημες σκέψεις, «κακό μάτι» κλπ.) και η οποία επηρεάζει τις κοινωνικές σχέσεις και κατ' επέκταση την ισορροπία υγείας-ασθένειας. Όταν η αιτία της ασθένειας ορίζεται ως «ανθρωποκεντρική» συμπεριλαμβάνει αιτιακούς παράγοντες όπως τον εαυτό, τους προγόνους, την ευρύτερη οικογένεια και τα πνεύματα.

Η προαναφερόμενη αφρικανική κοσμοθεωρία οδηγεί τον θεραπευτή (μάγο, μάντη, κληρικό, σαμάνο κλπ.) να αναγνωρίζει στην αιτιολογία της ασθένειας οργανικά, συναισθηματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και περιβαλλοντικά αίτια. Δεν υφίσταται ο δυτικός διαχωρισμός ανάμεσα σε σωματική και ψυχική ή κοινωνική διαταραχή (Janzen, 1989). Συνεπώς, η ψυχοθεραπευτική διάσταση εντάσσεται σε κάθε θεραπευτική προσέγγιση είτε πρόκειται για ένα σπασμένο οστό, είτε για ψυχωτικό επεισόδιο, στο βαθμό που πρέπει να αποκατασταθεί η συνολική αρμονία του ατόμου με το σώμα του, τον εαυτό του, την οικογένειά του και τους προγόνους του.

Ιδιαίτερη μνεία αξίζει να δοθεί στις αφρικανικές τελετές "ngoma" που γίνονται με συνοδεία κρουστών οργάνων και χορού, οι οποίες λαμβάνουν χώρα σε περιπτώσεις χρόνιων ασθενειών (όπως η ανικανότητα τεκνοποίησης ή η επιληψία) σαν ύστατο θεραπευτικό μέσο. Ο σκοπός τους είναι να επανενταχθεί ο ασθενής στην κοινότητα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του και, από την άλλη πλευρά, η κοινωνία να ενσωματώσει το «νέο» μέλος της. Κατ' αυτό τον τρόπο, η λειτουργία των τελετών είναι να προσδώσουν στον ασθενή ένα καινούργιο ρόλο, αυτόν του θεραπευτή του εαυτού του, δημιουργώντας τη νέα του ταυτότητα βασισμένη στην εμπειρία της οδύνης και της θεραπείας.

Κατόπιν όσων αναφέρθηκαν, γίνεται κατανοητό ότι οι παραδοσιακοί θεραπευτές στην αφρικανική ήπειρο[11] έχουν πολλαπλό ρόλο. Είναι γιατροί, ψυχοθεραπευτές, θρησκευτικοί και πνευματικοί καθοδηγητές, προφήτες και εξορκιστές. Η θεραπεία δεν μπορεί παρά να περιλαμβάνει φάρμακα (συνήθως βότανα), θρησκευτικές τελετές, αλλά και ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου και του ευρύτερου κοινωνικού περίγυρου. Η ολιστική θεραπεία του ατόμου και της κοινωνίας είναι ο

[11] Όπως και σε άλλες ηπείρους όπου ζουν πλέον απόγονοι των πρώτων αφρικανών σκλάβων που μεταφέρθηκαν κατά την αποικιοκρατία, για παράδειγμα στην Καραϊβική.

σκοπός κάθε παραδοσιακού θεραπευτή, αφού απαντήσει σε δύο βασικά ερωτήματα: πως συνέβη και γιατί συνέβη η εκάστοτε κρίση.

3. ΑΝΑΤΟΛΙΚΕΣ ΘΡΗΣΚΕΙΕΣ: Βουδισμός, Ινδουισμός, Ισλάμ

Οι αρχαίες ανατολικές θρησκείες και πολιτισμοί έχουν επίσης πολλά στοιχεία ψυχοθεραπευτικής θεωρίας και πρακτικής. Σε όλες τις ανατολικές θρησκείες η έννοια της ισορροπίας και της αρμονίας ανάμεσα στο σωματικό, πνευματικό και κοινωνικό επίπεδο του εαυτού είναι σημαντικό κομμάτι αυτού που ονομάζεται υγεία.

Η πανάρχαια βουδιστική παράδοση έχει εστιάσει περισσότερο από 2.500 χρόνια στην αναζήτηση και καλλιέργεια του «πνευματικού ευ ζην» και στη θεραπεία ψυχολογικών προβλημάτων και θεωρείται η πιο «ψυχολογική» από όλες τις αντίστοιχες παραδόσεις ή θρησκείες (Wallace & Shapiro, 2006). Το Βουδιστικό ιερό κείμενο Dhammapada (path of virtue ή μονοπάτι της αρετής) ξεκινάει με την έκφραση *«Ό,τι είμαστε είναι αποτέλεσμα αυτού που σκεφτόμαστε: θεμελιώνεται στις σκέψεις μας, κατασκευάζεται από τις σκέψεις μας»* (Kitagawa, 1989, σελ. 15). Αυτή η πεποίθηση βρίσκεται μάλλον σε αντιστοιχία με τη σύγχρονη γνωσιακή προσέγγιση στην ψυχοθεραπεία.

Όλα τα Βουδιστικά δόγματα διακατέχονται από τις τέσσερις αλήθειες που δίδασκε ο Βούδας για τη διατήρηση της πνευματικής υγείας (Kitagawa, 1989): α) η αναγνώριση ότι η οδύνη είναι βασικό στοιχείο της ύπαρξης, β) η αναγνώριση της αιτίας της οδύνης, γ) η απομάκρυνση της αιτίας και δ) το οκταπλό μονοπάτι που οδηγεί στην απομάκρυνση της αιτίας[12]. Σε γενικές γραμμές οι βουδιστικές διδαχές, ανεξάρτητα από τα επιμέρους είδη ή δόγματα, στοχεύουν στη μείωση της ανθρώπινης οδύνης, και σε αυτό το σημείο μοιράζονται «κοινό έδαφος» με την δυτικού τύπου ψυχοθεραπεία.

Η ορθόδοξη βουδιστική παράδοση, εν τούτοις, αντιμετωπίζει σπάνια την ψυχική ασθένεια με τη σύγχρονη δυτική έννοιά της και υποστηρίζει τη σημαντικότητα της ισορροπίας και αρμονίας σε σχέση με όλες τις πνευματικές ικανότητες. Σύμφωνα με τον βουδισμό η ψυχική οδύνη -που μπορεί να εκφράζεται με άγχος, απόγνωση, κατάθλιψη κλπ.- οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε μη ισορροπία του νου (Wallace & Shapiro, 2006). Ο σκοπός της βουδιστικής «θεραπείας» δεν είναι μόνο να αμβλύνει την (ψυχική) ασθένεια, αλλά (κυρίως) να προσφέρει "διαφώτιση" (enlightenment) του ασθενούς μέσα από μία διαδικασία αλλαγής του νόμου της αιτιότητας ή "karma", ώστε το άτομο να αναγνωρίσει τις αδυναμίες του, κάτι που η ίδια η οδύνη της ασθένειας μπορεί να διευκολύνει (Birnbaum, 1989). Η βουδιστική

[12] Το οποίο περιλαμβάνει: σωστή κατανόηση, σκέψη, λόγο, πράξη, τρόπο ζωής, προσπάθεια, μέριμνα & συγκέντρωση.

"διαφώτιση" ως ενδοσκόπηση, αυτογνωσία και αποκάλυψη ασυνείδητων συγκρούσεων έχει φανερά πολλά κοινά στοιχεία με τη σύγχρονη δυτική ψυχοθεραπεία.

Όσο αναφορά στην έννοια της απόγνωσης (despair, hopelessness), η οποία σύμφωνα με τη δυτική ψυχιατρική είναι συχνά αποτέλεσμα ψυχικής δυσφορίας ή διαταραχής και συνήθως ορίζεται ως καταθλιπτική συμπτωματολογία, στις Βουδιστικές κοινωνίες νοηματοδοτείται με δύο τρόπους (Obeyesekere, 1989): είτε με ηθική σημασία μέσω της πρακτικής του διαλογισμού, που οδηγεί τον άνθρωπο στη "Nirvana" (συνειδητοποίηση της φύσης της ζωής και της σωτηρίας) είτε με την επίθεση και κατοχή από κάποιο δαιμονικό πνεύμα, όπου διατηρούνται πρακτικές εξορκισμού για την απομάκρυνση του δαιμονίου από τον άνθρωπο. Και στις δύο περιπτώσεις η απόγνωση ερμηνεύεται από τον Βουδισμό ως μία γενικότερη κατάσταση της ύπαρξης, ένα πρόβλημα της ανθρώπινης οντότητας που συνδέεται με τη θνητότητα και τον θάνατο και σε καμία περίπτωση δεν απομακρύνει τον «ασθενή» από την κοινότητα, καθώς μοιράζονται την ίδια κοσμοθεωρία και κατανοούν την έννοια της οδύνης με παρόμοιο τρόπο μέσα από μύθους και βουδιστικές διδαχές (Obeyesekere, 1989). Σύμφωνα με τα παραπάνω, η βουδιστική έννοια της οδύνης της ύπαρξης φαίνεται να συμπλέει με τη λεγόμενη Υπαρξιακή προσέγγιση στη δυτική ψυχοθεραπεία.

Πολλές ψυχοθεραπευτικές πρακτικές και θεωρίες συναντώνται και στις παραδόσεις των αρχαίων Ινδών (Hindu). Η έννοια του εαυτού στην Ινδία δεν είναι αποκλειστικά μία ψυχολογική κατηγορία, όπως στη Δύση. Περιλαμβάνει εκτός από τους ζώντες, τα πνεύματα των προγόνων, καθώς και τις οικογενειακές θεότητες (Kakar, 1989). Κάθε ασθένεια, σωματική ή ψυχική, μπορεί να αναφέρεται είτε στο σώμα, στον εαυτό (ψυχή) ή στον κοινωνικό εαυτό και τα συμπτώματα να ανάγονται σε οποιαδήποτε απο τις τρεις κατηγορίες. Συνεπώς, η ανθρώπινη ταυτότητα συμπεριλαμβάνει το στενό σύνδεσμο ψυχής και σώματος σύμφωνα με την παραδοσιακή Ινδική ιατρική, γνωστή ως Ayurveda[13].

Οι παραδόσεις των Ινδών αιτιολογούν τις ψυχικές ασθένειες με δύο τρόπους: η νόσος είναι είτε αποτέλεσμα διατάραξης χυμών (θυμίζοντας την Ιπποκρατική ιατρική) ή κατοχής από δαιμονικά πνεύματα. Στην πρώτη περίπτωση ο θεραπευτής χορηγεί φάρμακα, ενώ στη δεύτερη αναλαμβάνει ο Σαμάνος (Kakar, 1989). Συνοπτικά, αναφέρουμε ότι η ψυχή σύμφωνα με την Ινδική παράδοση εδράζει στο καλούμενο "manas" (που μεταφράζεται συχνά σαν mind, αν και δεν έχει ακριβώς τη «δυτική» σημασία), το οποίο αντιστοιχεί στην ψυχαναλυτική

[13] Η Ayurveda – η οποία ανάγεται στην πανάρχαια Σανσκριτική ιατρική θεωρία- εφαρμόζεται και σήμερα ευρέως (μάλιστα έχει γίνει «μόδα» στις δυτικές κοινωνίες) και περιλαμβάνει εκτός από χορήγηση φαρμάκων, διαλογισμό, διαιτητικές συμβουλές και άλλες πρακτικές. [βλ. Knipe D. (1989)].

έννοια του Εγώ, μεσολαβώντας στην εσωτερική και εξωτερική πραγματικότητα του ατόμου και λειτουργώντας μέσω της ενεργοποίησης των αισθητηριακών και κινητικών οργάνων, της συλλογιστικής και της ορθής κρίσης. Η διαταραχή στη λειτουργία του "manas" προκαλεί την ψυχική ασθένεια.

Εφόσον η ψυχή συνδέεται, όπως αναφέρθηκε, με το σώμα, η ανισορροπία των σωματικών χυμών προκαλεί και ψυχικές ασθένειες, δηλαδή επηρεάζει το manas, ενώ και το ίδιο εμπεριέχει δύο είδη χυμών (σκοτάδι-αδράνεια και πάθος-ενεργητικότητα), οι οποίοι όταν διαταράσσονται προκαλούν κυρίως ψυχικές ασθένειες (Kakar, 1989). Οι λόγοι όμως που οι αυτοί οι «πνευματικοί χυμοί» χάνουν την ισορροπία τους βρίσκονται, σύμφωνα με τους Ινδούς, πριν από τη γέννηση του ανθρώπου σε απωθημένες επιθυμίες και άλυτα τραύματα της μητέρας που περνάνε στο έμβρυο κατά την κύηση (στον 3ο και 4ο μήνα) ή στα μνημονικά ίχνη αυτών των απωθημένων πόθων του ίδιου του ατόμου από προηγούμενη ζωή. Αυτές οι θεωρήσεις θυμίζουν ψυχαναλυτικού τύπου προσεγγίσεις της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης του ατόμου, καθώς και της σχέσης βρέφους-μητέρας. Όπως και στην περίπτωση του Σαμάνου στον Παναμά, που παρέθεσα στο προηγούμενο υποκεφάλαιο, έτσι και στην αρχαία Ινδική παράδοση λεγόμενη ως Atharvaveda, οι θεραπείες έχουν στόχο να εξισορροπήσουν τη διαταραχή που υπάρχει εντός του σώματος, αλλά και ανάμεσα στον άρρωστο και την οικογένεια, κοινότητα κλπ.

Σημαντική θέση στις ανατολικές θρησκείες κατέχει ο Ισλαμικός πολιτισμός, ο οποίος διαμορφώθηκε μέσω της καθολικής επιρροής της θρησκείας σε κάθε πτυχή της ζωής και της καθημερινότητας του ατόμου. Συνεπώς, η Ισλαμική θεώρηση για την ψυχική νόσο διαφαίνεται κυρίως από το κείμενο του Κορανίου (Okasha, 2001). Η υγεία, όπως και η νόσος, ορίζονται σύμφωνα με το Κοράνι, μέσα από την έννοια της ολότητας του ευ ζην, η οποία είναι το δώρο του Θεού στους ανθρώπους. Άρα, η ασθένεια δεν θεωρείται ότι προκαλείται μόνο από σωματικά, αλλά από ψυχοσωματικά αίτια, όταν η ολότητα του ευ ζην διαταράσσεται. Η ομοιότητα της Ισλαμικής θεώρησης περί υγείας με την πρακτική της σύγχρονης δυτικής ψυχοθεραπείας συναντάται στο ότι στον Ισλαμικό πολιτισμό η θεραπεία κάθε ασθένειας βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στη σχέση που αναπτύσσει ο ασθενής με τον γιατρό, στην αμοιβαία εμπιστοσύνη που καλλιεργείται μεταξύ τους και στην κοινή τους πίστη στη θεραπεία και λιγότερο στην ίδια τη χορήγηση φαρμάκων (Antes, 1989).

Οι ψυχικά ασθενείς (majnoon), σύμφωνα με το Κοράνι, είναι υπερφυσικά όντα που κυριεύονται από το πνεύμα του θεού[14] ή από κατώτερα πνεύματα (jinns) - και

[14] Περιπτώσεις όπου ο πιστός φτάνει σε μυστικιστική κατάσταση και διαθέτει εαυτόν ολοκληρωτικά στον Θεό.

συνεπώς δεν χρειάζονται τιμωρία, αλλά εξατομικευμένη παρέμβαση από παραδοσιακούς θεραπευτές με θρησκευτική εμπειρία. Επίσης, όσοι εμφανίσουν ψυχολογικού τύπου διαταραχές, σύμφωνα με το Ισλάμ, μπορεί να είναι άτομα που τολμούν να δοκιμάσουν έναν εναλλακτικό, νεωτερικό τρόπο ζωής (όπως τη μυστικιστική φιλοσοφία του Σουφισμού), θεώρηση παρόμοια με τις διακηρύξεις του κινήματος της αντιψυχιατρικής που έλαβαν χώρα πολλούς αιώνες αργότερα. Γενικά οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερο σεβασμό από τους μουσουλμάνους, καθώς θεωρούν ότι η «τρέλα» είναι το δώρο του θεού στους πιο πιστούς ανθρώπους, απελευθερώνοντάς τους με αυτό τον τρόπο από τα θρησκευτικά τους καθήκοντα (Antes, 1989). Μία ακόμη Ισλαμική ερμηνεία για την ψυχική νόσο, σύμφωνα με το Κοράνι, πρεσβεύει ότι η ψυχική ασθένεια μπορεί να είναι αποτέλεσμα δυσαρμονίας ή ψυχικής αλλοτρίωσης, στις οποίες είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς οι μη πιστοί.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι μετά τον θάνατο του Προφήτη Μωάμεθ (632 μ.Χ.) ιδρύθηκαν πολλές κλινικές στον Αραβικό Κόσμο, όπως στη Βαγδάτη και το Κάιρο, στις οποίες υπήρχε συχνά ειδική πτέρυγα για τη θεραπεία των ψυχικά ασθενών (Rahman, 1989). Ο Rahman (1989) σημειώνει, λόγου χάριν, πως το έγγραφο επιχορήγησης του νοσοκομείου Mansūrī (ίσως το μεγαλύτερο μουσουλμανικό μεσαιωνικό ίδρυμα της εποχής, που χτίστηκε στο Κάιρο το 1283) «*έδινε ιδιαίτερη έμφαση στη θεραπεία όλων των ασθενών ανεξαρτήτως θρησκείας, τάξης ή φύλου... και στη θεραπεία των πνευματικά ασθενών*» (σελ. 159). Ένα είδος θεραπείας που χρησιμοποιήθηκε για τους ασθενείς στις κλινικές αυτές (Αραβικές και Οθωμανικές) ήταν η μουσικοθεραπεία όπου χρησιμοποιούσαν μουσικές μπάντες. Μάλιστα αναπτύχθηκαν τρία είδη μουσικής θεραπείας: ένα για τους καταθλιπτικούς, ένα για τους ψυχωτικούς και ένα για όλους τους ασθενείς - ανεξαρτήτως ψυχικής νόσου- με σκοπό να τους κατευνάσει.

4. ΔΥΤΙΚΟΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ: Από το Βυζάντιο έως τον 20ο αιώνα

Με τα στοιχεία που παρατέθηκαν ως τώρα, θα ήταν άτοπο να υποστηριχθεί ότι η ψυχοθεραπευτική φροντίδα για την ψυχική ασθένεια πρωτοεμφανίστηκε ως επίτευγμα των Δυτικών πολιτισμών ή κοινωνιών. Φαίνεται ότι η πρόνοια για τη θεραπεία της ψυχικής νόσου παρουσιάστηκε σχεδόν ταυτόχρονα με τη δημιουργία της πρώτης οργανωμένης ανθρώπινης κοινότητας πολλές χιλιάδες χρόνια πριν. Στον αντίθετο πόλο, για αιώνες μετά τις μελέτες του Ιπποκράτη, η αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών στη Δύση υπήρξε μακράν του να θεωρηθεί «ανθρωπιστική», όταν την ίδια περίοδο, στις Αραβικές χώρες, περιέθαλπαν, όπως ανέφερα, τους ψυχικά ασθενείς με εξαιρετική πρόνοια.

Ξεκινώντας τη μελέτη μου από το Βυζάντιο έως και τον 20ο αιώνα θα αναφερθώ σε ορισμένα από τα πιο σημαντικά, κατά τη γνώμη μου, γεγονότα που σημάδεψαν

την εξέλιξη της σύγχρονης ψυχοθεραπείας τόσο σε επιστημονικό όσο και σε κοινωνικοπολιτικό επίπεδο. Ο περιορισμένος χώρος που καταλαμβάνει το παρόν κεφάλαιο δεν συνάδει σαφώς με πλήρη ιστορική καταγραφή, κάτι που υπερβαίνει και τον ουσιαστικό στόχο της διατριβής. Καθότι όμως θεωρώ ότι η ολοκληρωμένη μελέτη του αντικειμένου της (επιστημονικά τεκμηριωμένης) ψυχοθεραπείας είναι θεμιτό να συμπεριλαμβάνει την παρουσίαση της γέννησης και της εξέλιξής της, θα προσπαθήσω να εκθέσω συνοπτικά τα πιο σημαντικά ιστορικά συμβάντα.

4.Α. ΒΥΖΑΝΤΙΟ-ΜΕΣΑΙΩΝΑΣ

Με την πτώση της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας και την άνοδο του Βυζαντίου, καθώς και μετέπειτα στα χρόνια του Μεσαίωνα, η ψυχική διαταραχή ταυτίστηκε συχνά με το μεταφυσικό και το δαιμονικό στοιχείο και εξοστρακίστηκε από την κοινωνία. Ο Χριστιανισμός εδραιώθηκε στο Βυζάντιο, θρησκεία η οποία ενώ διδάσκει την αγάπη προς αλλήλους, ήταν η αφορμή για αιματοκυλίσματα, όπως οι Σταυροφορίες. Η θρησκεία αντικατέστησε τον αρχαιοελληνικό ορθό λόγο με την πίστη. Αποτέλεσμα ήταν ο άνθρωπος να θεωρηθεί κυριευμένος από σκοτεινά ένστικτα και ζωώδεις δυνάμεις τα οποία οδηγούν στη διαφθορά και την παραφροσύνη.

Σε όλη την Ευρώπη, ειδικά κατά τα πρωτοχριστιανικά χρόνια, εξακολουθούσε να είναι δημοφιλής η παγανιστική μαγεία και πρακτική ιατρική, που ήταν ένας συνδυασμός αστρολογίας, μαγείας, προκαταλήψεων, αλχημείας κ.α. (Bromberg, 1963). Σταδιακά με τις αυτοκρατορικές απαγορεύσεις και την αποδοχή του Χριστιανισμού οι παγανιστικές τεχνικές ενσωματώθηκαν και κυρίως αντικαταστάθηκαν με την εξομολόγηση και τον εξορκισμό από τον ιερέα-πνευματικό. Αυτή υπήρξε και η επικρατούσα προσέγγιση για την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου σε όλη την ιστορική περίοδο των σκοτεινών χρόνων του Μεσαίωνα.

Στο Βυζάντιο από τον 6ο αιώνα είχαν ιδρυθεί τα λεγόμενα «μωροτροφεία»[15], φιλανθρωπικά ιδρύματα όπου στεγάζονταν ή καλύτερα εξορίζονταν οι τρελοί (Colp, 1989). Ο Bromberg (1963) υποστηρίζει πως, ανεξάρτητα από το γεγονός ότι η επιρροή της εκκλησίας καθυστέρησε την ανάπτυξη της ιατρικής έρευνας για πολλούς αιώνες, παράλληλα έφερε στο κέντρο της προσοχής, όψεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς (μέσα από τα κηρύγματα για τη σωτηρία της ψυχής, την απάρνηση των υλικών απολαύσεων, το έλεος, τη συγχώρεση κ.α.) οι οποίες αργότερα απασχόλησαν, υπό διαφορετικό σαφώς πρίσμα, τη δια λόγου θεραπεία. Επιπρόσθετα, ορισμένα μοναστικά κινήματα, κυρίως κατά την περίοδο των Σταυροφοριών, αναλάμβαναν τη φροντίδα των άπορων αρρώστων, στους

[15] "morotrophia"

οποίους συγκαταλέγονταν και ψυχικά ασθενείς. Η φροντίδα των μοναχών διαπνεόταν από ανθρωπιστικό πνεύμα. Επιπλέον, η θεραπεία στα μοναστήρια ήταν κατά κύριο λόγο «πνευματική» και όχι σωματική. Παρεχόταν «*φαγητό, ανάπαυση και πνευματική ηρεμία για τους ασθενείς μέσα σε ατμόσφαιρα ταπεινοφροσύνης και βοήθειας*» (Bromberg, 1963, σελ. 39).

Ο μοναστικός ανθρωπισμός ήταν όμως μία μικρή εξαίρεση στην απόλυτη και αυταρχική εξουσία της εκκλησίας. Ο θρησκευτικός σκοταδισμός του Μεσαίωνα δεν άφηνε πολλά περιθώρια για επιστημονικό ή ορθολογικό τρόπο σκέψης. Η δαιμονολογία και το κυνήγι μαγισσών ταύτισε τη διαφορετικότητα και την ψυχική διαταραχή με τη μαγεία. Ο Φουκώ (2004) αναφέρει ότι «*Ο Μεσαίωνας την τρέλα την έχει κατατάξει στ' αμαρτήματα*» (σελ. 27). Οι πνευματικά ασθενείς συχνά κατηγορούνταν ως όργανα του Σατανά, δαιμονισμένοι ή αιρετικοί και βασανίζονταν ώσπου να ομολογήσουν, εκτελούνταν στην πυρά της Ιεράς Εξέτασης ή σωριάζονταν σε άσυλα – φυλακές μαζί με ποινικούς κατάδικους ή όσους τόλμησαν να αμφισβητήσουν την πολιτική και θρησκευτική εξουσία.

4.Β. ΔΙΑΦΩΤΙΣΜΟΣ-18ος ΑΙΩΝΑΣ

Ακόμα και με την έλευση του «αιώνα του Ορθολογισμού» (17ος αιώνας) και μετέπειτα της περιόδου του Διαφωτισμού (μέσα 18ου αιώνα) και την ανάπτυξη της φιλοσοφίας και των επιστημών, η εξέλιξη τόσο της ψυχολογίας όσο και της ψυχοθεραπείας θα ήταν σχεδόν ανύπαρκτη. Ο θρησκευτικός φανατισμός του Μεσαίωνα αντικαθίσταται από τις επιβολές της μοναρχίας και της νέας αστικής τάξης. Οι «τρελοί» εξακολουθούν να αποτελούν κοινωνικό μίασμα και γι' αυτό εγκλείονται μαζί με όσους θεωρούνται κοινωνικά ανεπιθύμητοι (άποροι, φτωχοί, άρρωστοι κλπ.) σε ιδιότυπες φυλακές, οι οποίες τον 18ο αιώνα συναντώνται σε όλη την Ευρώπη (Φουκώ, 2004).

Συγκεκριμένα, στη Μ. Βρετανία θεσπίζονται τα "houses of correction" από το 1575 και στις γερμανόφωνες χώρες τα αντίστοιχα αναμορφωτήρια[16] ήδη από το 1620. Το 1656 ιδρύεται με βασιλικό διάταγμα το πρώτο Γενικό Νοσοκομείο[17] στο Παρίσι, ίδρυμα με χαρακτήρα περιοριστικό και όχι ιατρικό, όπου «*οι διευθυντές θα έχουν στη διάθεσή τους φυλακές, πασσάλους, λαιμαριές και μπουντρούμια*» (Φουκώ, 2004, σελ. 45) και εγκλείονται οι «φτωχοί του Παρισιού» είτε είναι άστεγοι, άποροι, άρρωστοι ή φρενοβλαβείς. Στο ίδιο κλίμα, στις ΗΠΑ ιδρύεται το πρώτο άσυλο για τρελούς το 1773 στο Williamsburg της Βιρτζίνια (Colp, 1989).

Μέχρι και το τέλος του 18ου αιώνα η ψυχική διαταραχή δεν θεωρείται ασθένεια, αλλά κυριαρχία των ζωώδων ενστίκτων στον άνθρωπο (Φουκώ,2004). Ωστόσο, η

[16] "zuchthäusern"
[17] "hôpital general"

εξέλιξη της ιατρικής, της (νευρο)ανατομίας, της φυσικής και της χημείας, η μαζική εκτύπωση βιβλίων, η ανάπτυξη των πανεπιστημιακών ιδρυμάτων και του ορθολογιστικού και θετικιστικού πνεύματος, εν τέλει θα συμβάλλουν στην αργή μεν αλλά σταδιακή αποδόμηση του σκοταδισμού και στην ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης (Bromberg, 1963). Επιπρόσθετα, η απομάκρυνση από την υπερεξουσία της εκκλησίας και η επανεμφάνιση του ανθρωπιστικού ιδεώδους, θα δώσει τον απαιτούμενο χώρο για τη μελέτη κοινωνικών και ψυχικών προβλημάτων.

Το 1774 η Βρετανική κυβέρνηση θα εντάξει με νομοσχέδιο όλα τα ψυχιατρικά ιδρύματα στον κρατικό έλεγχο, ενώ οι κρίσεις μανίας του βασιλιά Γεωργίου ΙΙΙ θα φέρουν μεγαλύτερη δημοσιότητα σε θέματα που αφορούν στη θεραπεία της ψυχικής νόσου (Bromberg, 1963). Επίσης, μέγιστη συμβολή θα έχουν η Γαλλική επανάσταση (1789) και η ακόλουθη πρώτη διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου στην αλλαγή αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών και κυρίως στο να αντικατασταθούν οι αστυνομικοί διοικητές με γιατρούς στον νέο τύπο ασύλου που είναι διαμορφωμένο αποκλειστικά για φρενοβλαβείς.

Η ενασχόληση με την ψυχική ασθένεια εντείνεται και εμφανίζονται τα πρώτα νοσολογικά συστήματα καταγραφής ασθενειών στα οποία η ψυχική νόσος αποτελεί ξεχωριστή κατηγορία. Η ανάπτυξη της νευροφυσιολογίας δεν μπορούσε παρά να επηρεάσει και την επιστημονική σκέψη σχετικά με την ψυχική διαταραχή. Ο Βρετανός καθηγητής Ιατρικής στο Παν/μιο του Εδιμβούργου W. Cullen (Colp, 1989) χρησιμοποιεί για πρώτη φορά τον όρο «νεύρωση» και «νευρωτικός» για να περιγράψει μία ομάδα διαταραχών αίσθησης και κίνησης (συμπεριλαμβανομένης και της υστερίας) «*που δεν εξαρτώνται από μία τοπική προσβολή των οργάνων αλλά από μία γενική ασθένεια του νευρικού συστήματος*» (Cullen W., 1779-1784, παρατίθεται από τον Bromberg, 1963, σελ. 74).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η μεγάλη τομή στην ίδρυση του ασύλου ήταν η ένταξη του ιατρού και μετέπειτα του ψυχίατρου[18] στην αξιολόγηση και θεραπεία των ασθενών (Φουκώ, 2004). Πρωτοπόροι στην αλλαγή των συνθηκών διαμονής και θεραπευτικής αντιμετώπισης των έγκλειστων στα άσυλα της εποχής θεωρούνται οι V. Chiarugi (Ιταλία), Ph. Pinel (Γαλλία), W. & S. Tuke (Αγγλία) και B. Rush (Αμερική), οι οποίοι έκαναν πράξη την ανθρωπιστική προσέγγιση των ψυχικά ασθενών με διαφορετικά μέσα και τρόπους ο καθένας. Ο Pinel ειδικά ξεχωρίζει εξαιτίας του ότι μελέτησε επιστημονικά τις ψυχικές διαταραχές και ουσιαστικά παρουσίασε την ψυχιατρική ως ειδικότητα της ιατρικής (Pichot, 2008), ενώ δημιούργησε την «ηθική θεραπεία»[19], μακρινό πρόγονο των σύγχρονων ψυχοθεραπειών.

[18] Η εξουσία που απέκτησε τότε ο ψυχίατρος θα μεταφερθεί σταδιακά τον επόμενο αιώνα από τον χώρο του ασύλου στη σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου στην Φροϋδική ψυχανάλυση.
[19] "moral treatment"

Το ανθρωπιστικό πνεύμα όμως άργησε να ενσωματωθεί στην καθημερινή πρακτική των ιατρών. Ο πειραματισμός με σωματικές θεραπείες όπως η αφαίμαξη, οι ψυχρολουσίες και η ακινητοποίηση των ασθενών συνεχίζει να υφίσταται. Η κυρίαρχη κοινωνική προκατάληψη απέναντι στην «τρέλα» δεν ευνοεί τις κρατικές κυρίως μεταρρυθμίσεις για τον εγκλεισμό και τον σωφρονισμό. Μέχρι και το τέλος του 18ου αι. οι περισσότερες θεραπείες της ψυχικής διαταραχής δεν ασχολούνταν αποκλειστικά με τον ψυχολογικό παράγοντα, αλλά με το σώμα του ασθενούς, έχοντας ως κύριο άξονα μια *ηθική* αντίληψη για τη σωματική θεραπεία της τρέλας (Φουκώ, 2004). Στην πραγματικότητα έως και τις δύο τελευταίες δεκαετίες του 18ου αιώνα, η ιατρική ελάχιστα πλησίασε το πεδίο της ψυχοθεραπείας (Bromberg, 1963).

4.Γ. 19ος ΑΙΩΝΑΣ

Ο 19ος αιώνας σημαδεύει την ανάπτυξη της ψυχοθεραπείας ουσιαστικά μέσα από την εξέλιξη της ψυχιατρικής ως αυτόνομος ιατρικός κλάδος και τη συνακόλουθη εκτενή ενασχόληση με την ψυχική ασθένεια. Στις αρχές του αιώνα έχει ενσωματωθεί στη σκέψη πολλών επιστημόνων η πεποίθηση ότι η θεραπεία της διαταραγμένης συμπεριφοράς πρέπει να εστιάζει στο νου του ασθενούς και ότι η ανθρωπιστική στάση του θεραπευτή είναι σημαντικό κομμάτι της θεραπείας (Bromberg, 1963).

Καθώς οι επιστήμονες ανακαλύπτουν τον ηλεκτρισμό και τους μαγνήτες, δημιουργούνται διαφορετικές, μη οργανικές, θεραπευτικές προσεγγίσεις της ψυχικής νόσου. Στο Παρίσι, από το 1778, ο αυστριακός γιατρός F. A. Mesmer, επηρεασμένος από τη Νευτώνεια φυσική, θα δώσει νέα πνοή στην έρευνα και θεραπεία της ψυχικής ασθένειας, εγκαινιάζοντας με τις αμφιλεγόμενες μελέτες του πάνω στο ζωικό μαγνητισμό (animal magnetism)[20] τη σύγχρονη εποχή της ύπνωσης. Ο τρόπος με τον οποίο ο Mesmer θεράπευε τους ασθενείς του, που πολύ αργότερα ορίστηκε από τον Bernheim ως υποβολή[21] και το γεγονός ότι βασική προϋπόθεση της μεσμερικής θεραπείας ήταν η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή (Ποταμιάνος, 2000), έχει οδηγήσει στο να χαρακτηριστεί ο Mesmer ως ο «πρώτος ενσυνείδητος ψυχοθεραπευτής» της σύγχρονης εποχής (Bromberg, 1963) και ο μεσμερισμός ως η πρώτη «κοσμική» ψυχοθεραπεία (Cushman, 1995). Τον σημερινό όρο «ύπνωση» όμως εισήγαγε το 1843 ο Άγγλος γιατρός J. Braid,

[20] Είδος μαγνητικής ενέργειας (magnetic fluid), η οποία, σύμφωνα με τον Mesmer, εκλύεται από τα ουράνια σώματα και επηρεάζει τους ανθρώπους, όπως και οτιδήποτε πάνω στη γη. Η διατάραξη της κανονικής ροής αυτής της ενέργειας προκαλεί ορισμένες ασθένειες. Σύμφωνα με τον Mesmer, ένας καλά εκπαιδευμένος θεραπευτής μπορεί να μάθει να εντοπίζει τα σημεία φραγμού της ενέργειας με την αφή, το μασάζ και άλλες πρακτικές και έχει τη δυνατότητα να διορθώσει τη ροή του ζωικού μαγνητισμού και έτσι να θεραπεύσει τους ασθενείς. Στην πορεία των «ερευνών» του ανακάλυψε ότι μπορούσε να χρησιμοποιήσει αντικείμενα, όπου είχε διοχετεύσει τον ζωικό μαγνητισμό, στη θεραπεία των ασθενών του [Wampold & Bhati (2004)].

[21] "suggestion"

δίνοντας επιστημονικό κύρος στην πρακτική, που μέχρι τότε αποδοκιμαζόταν από τους επίσημους επιστημονικούς φορείς της εποχής και το Βατικανό.

Δεν πρέπει όμως να αγνοηθεί το γεγονός ότι για τουλάχιστον τέσσερις δεκαετίες εφαρμόζονται ακόμη μεσαιωνικές μέθοδοι με σκοπό τον περιορισμό των βίαιων ασθενών (κυρίως σε περιπτώσεις μανίας) στα δημόσια άσυλα. Αυτές οι μέθοδοι παίρνουν τη μορφή νέων μηχανημάτων ακινητοποίησης τα οποία θεωρούνται πιο ανθρώπινο μέσο περιορισμού σε σχέση με τις «αλυσίδες» (Bromberg, 1963). Στον αντίθετο πόλο, τα ιδιωτικά νοσοκομεία περιθάλπουν τους εύπορους ασθενείς σύμφωνα με τις αρχές της ηθικής θεραπείας των Pinel, Tuke κλπ. Οι φωνές αντίδρασης για την απάνθρωπη μεταχείριση των ψυχικά ασθενών είναι λίγες αλλά δυναμικές, με πρωτοπόρο την Dorothea Dix στα μέσα του 19ου αιώνα στην Αμερική (Bromberg, 1963). Με τη συμβολή της μεταφέρονται πολλοί ασθενείς από πτωχοκομεία και φυλακές σε άσυλα και εισάγεται σε μεγάλο βαθμό στη διοίκηση των τελευταίων ιατρικό προσωπικό.

Στην Ευρώπη οι εξελίξεις είναι εξίσου σημαντικές. Στη Γαλλία οι συνεχιστές του Pinel ιδρύουν νέα άσυλα (ο όρος διατηρείται και δυστυχώς κάποιες φορές και οι παλαιότερες πρακτικές). Το ίδιο συμβαίνει και στη Μ. Βρετανία, τη Γερμανία και αλλού, ενώ γίνονται πολλές αξιόλογες εμπειρικές μελέτες κλινικών περιπτώσεων. Η ψυχιατρική προσπαθεί απεγνωσμένα να αποκτήσει ιατρικό χαρακτήρα αναζητώντας βιολογική αιτιολογία στις ψυχικές διαταραχές (Pichot, 2008).

Στις Γερμανόφωνες χώρες δημιουργούνται δύο ρεύματα μελέτης της ψυχικής νόσου, μέσα από τις επιρροές του ρομαντισμού και της φυσικής φιλοσοφίας, όπου η ψυχική ασθένεια ορίζεται είτε ψυχική ή σωματική στην αιτιολογία της (Colp, 1989). Στη βιβλιογραφία οι γερμανικοί όροι των οπαδών κάθε θεωρίας αποδίδονται ως «ψυχιστές»[22] και «σωματιστές»[23] (Pichot, 2008). Σημαντικοί εκπρόσωποι των «ψυχιστών» είναι ο Γερμανός ψυχίατρος J. Reil, ο οποίος θεωρείται ο πατέρας της Rational Psychotherapy (Λογική Ψυχοθεραπεία), και ο Γερμανός ιατρός J. Heinroth. Ο τελευταίος εισήγαγε τον όρο «ψυχοσωματικός» (psychosomatic) και δημοσίευσε το 1818 το βιβλίο "Disturbances of the Mind". Ένα κεφάλαιο του βιβλίου του Heinroth χαρακτηρίζεται ως η πρώτη προσπάθεια καθιέρωσης ενός ουσιαστικού κλινικού συστήματος ψυχοθεραπείας. Αυτούσιος ο όρος «ψυχοθεραπεία» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Βρετανό ψυχίατρο W. Cooper Dendy το 1853 στο άρθρο του με τίτλο "Psychotherapeia, or the Remedial Influence of Mind", όπου όρισε την ψυχοθεραπεία ως «*...την πρόληψη και θεραπεία (της ασθένειας) μέσω ψυχικής επιρροής*» (Colp, 1989, σελ. 2147).

[22] "Psychiker"
[23] "Somatiker"

Το αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς θα οδηγήσει ώστε το 1875 στη Γερμανία να ιδρυθεί το πρώτο επιστημονικό εργαστήριο Ψυχολογίας από τον W. Wundt (Ποταμιάνος, 2000). Την ίδια χρονιά ολοκληρώνεται και ένα ψήφισμα που περιλαμβάνει είκοσι προτάσεις σχετικά με την ψυχική διαταραχή από τον Σύλλογο Ιατρικών Επιθεωρητών των Αμερικανικών Ιδρυμάτων για τους Ψυχικά Πάσχοντες[24] (Bromberg, 1963). Οι προτάσεις του Συλλόγου είναι επαναστατικές στο περιεχόμενό τους, τονίζουν την ιασιμότητα της ψυχικής νόσου, την ανθρωπιστική μεταχείριση των ασθενών σε κατάλληλα διαμορφωμένα νοσοκομεία, όπου είναι αναγκαίο να τίθεται επικεφαλής ιατρικό προσωπικό. Παράλληλα είναι ίσως η πρώτη φορά που συνδέονται η αποτελεσματικότητα της (ψυχο)θεραπείας και η οικονομία της υγείας στην τέταρτη & πέμπτη πρόταση των Αμερικάνων Ιατρικών Επιθεωρητών. Συγκεκριμένα, οι δύο ανωτέρω προτάσεις αναφέρουν: «*Είναι ανθρώπινο, οικονομικό και αποτελεσματικό για κάθε πολιτεία να φροντίζει επαρκώς και καλά για όλους τους φρενοβλαβείς της.*» και «*Το καλύτερο νοσοκομείο -βέλτιστα χτισμένο, βέλτιστα διευθετημένο και βέλτιστα διοικούμενο- είναι πάντα το φθηνότερο στο τέλος*» (Bromberg, 1963, σελ. 108).

Στον τομέα όμως της διάγνωσης της ψυχικής νόσου το τοπίο είναι θολό. Μέχρι και τα τέλη του 19ου αιώνα υπάρχει ελάχιστη συμφωνία ανάμεσα στους ψυχίατρους αναφορικά με τις διαγνωστικές κατηγορίες των ψυχικών παθήσεων. Οι μελέτες του E. Kraepelin σχετικά με την κατηγοριοποίηση των ψυχώσεων και η θεώρηση των ψυχικών ασθενειών ως έννοιες με ιστορικό, πορεία και πρόγνωση, θα βάλουν μία τάξη στο χάος των διαγνώσεων, ενώ το «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής» που δημοσίευσε ο ίδιος, υιοθετήθηκε ευρέως για πολλές δεκαετίες από τους επιστήμονες [Bromberg, (1963), Colp, (1989)]. Σημαντική είναι, επίσης, η ανάπτυξη της νευρολογίας, ως ειδικότητας της ιατρικής, με αντικείμενο τη μελέτη και θεραπεία των παθήσεων του νευρικού συστήματος, με αποτέλεσμα να γίνουν εκτεταμένες νευρολογικές μελέτες και περιγραφή πολλών κλινικών συνδρόμων και νευρολογικών νόσων [Bromberg, (1963), Pichot, (2008)].

Η αναγνώριση της επιστήμης της νευρολογίας σε συνδυασμό με το καταπιεστικό «ηθικοπλαστικό» κλίμα της βικτοριανής περιόδου -ιδιαίτερα για τις νέες γυναίκες- είναι λόγοι που, μεταξύ άλλων, οδηγούν στην αύξηση της συχνότητας περιπτώσεων «νευρασθένειας»[25] και υστερίας. Τα συχνά εμφανιζόμενα υστερικά και νευρωσικά συμπτώματα γίνονται αντικείμενο μελέτης και θεραπείας από τους

[24] "Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane", ιδρύθηκε το 1844 και μετονομάστηκε τελικά το 1921 ως "American Psychiatric Association".

[25] Όρος που εισήγαγε ο αμερικανός νευρολόγος G. M. Beard στο τέλος του 19ου αιώνα και περιγράφει τη «νευρική εξάντληση» με συμπτώματα που αναφέρονται στο αυτόνομο νευρικό σύστημα, στις πνευματικές λειτουργίες και στη σεξουαλική λειτουργικότητα. Η νευρασθένεια έγινε «μόδα» στην Αμερική και είναι ανάλογη με περιγραφές σοβαρών περιστατικών υστερίας σε γαλλικές και γερμανικές κλινικές της ίδιας εποχής [Bromberg, (1963)].

νευρολόγους της βικτοριανής εποχής, που στην προσπάθεια να ανακαλύψουν τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου και των ψυχικών δυνάμεων (ένστικτα, βούληση κλπ.), θα δημιουργήσουν θεωρίες όπως η λιβιδινική[26]. Σταδιακά όλο και περισσότεροι νευρολόγοι αναλαμβάνουν περιστατικά που μέχρι τότε κατέληγαν συνήθως σε άσυλα, με αποτέλεσμα οι δύο κλάδοι (ψυχιατρική-νευρολογία) να αλληλοεπηρεαστούν με θετικά αποτελέσματα για τη μέχρι τότε εμβρυακή ψυχοθεραπεία. Ο Bromberg (1963) σημειώνει ότι η νευρολογία έφερε στο προσκήνιο το πεδίο της ψυχοβιολογίας, όπου το κύριο αντικείμενο μελέτης είναι πλέον το νευρικό σύστημα και όχι η «ψυχή», επηρεάζοντας σημαντικά την ανάπτυξη της ψυχοθεραπείας ως επιστημονικό πεδίο.

Η ψυχοθεραπεία όμως θα επηρεαστεί και από έναν απρόσμενο τομέα, αυτόν του Μεσμερισμού. Στα τέλη του 19ου αι. η ύπνωση έγινε ευρέως γνωστή από τον διακεκριμένο Γάλλο νευρολόγο J. M. Charcot, ο οποίος άσκησε επίδραση σε πλήθος επιστημόνων, μεταξύ των οποίων και ο S. Freud (Bourdin, 2005). Ο Charcot υποστήριξε (θεωρητικά και κυρίως εμπειρικά) ότι η ύπνωση σχετίζεται νευροπαθολογικά με την υστερία και ότι τα υστερικά συμπτώματα μπορούν να εισαχθούν και να απομακρυνθούν μέσω της ύπνωσης (Bromberg, 1963). Την ίδια εποχή, οι H. Bernheim & A. Liebault στην ιατρική σχολή του Nancy, έδειξαν ότι η ύπνωση είναι κυρίως φαινόμενο ψυχολογικής φύσεως, αντιτιθέμενοι στη νευρολογική θεωρία του Charcot, στηρίζοντας την ιδέα ότι η χρήση της υποβολής παίζει τον ουσιαστικό ρόλο στην ύπνωση και κατ' επέκταση στην εξάλειψη των συμπτωμάτων του θεραπευόμενου (Bromberg, 1963).

Η ενασχόληση των J. Breuer & S. Freud με την ύπνωση σε περιστατικά υστερίας (όπως η πασίγνωστη Άννα Ο.) θα οδηγήσει τον τελευταίο στη δημιουργία της τεχνικής του ελεύθερου συνειρμού και της έννοιας της μεταβίβασης και τελικά στην ψυχαναλυτική θεωρία και πρακτική. Παρόλο που οι τεχνικές του Freud είναι οι πιο γνωστές και επιτυχείς, την ίδια περίοδο αναπτύχθηκε πληθώρα και άλλων ψυχοθεραπευτικών τεχνικών, όπως η μέθοδος του Γάλλου καθηγητή ψυχολογίας P. Janet, η τεχνική της «ψυχολογικής επανεκπαίδευσης» του Ελβετού νευροπαθολόγου Bubois και η «θεραπεία μέσω της ηρεμίας» του Αμερικανού νευρολόγου S. W. Mitchell (Pichot, 2008). Από τη στιγμή που η ψυχοθεραπεία συνδέθηκε στενά με τη νεύρωση, η οποία μελετήθηκε κατεξοχήν από νευρολόγους, είναι εντυπωσιακό ότι η καταγωγή της ψυχοθεραπείας συνδέεται στενά με τη νευρολογία, παρόλο που η ανακάλυψη της ψυχολογικής «καταγωγής» των νευρώσεων, έδωσε το έναυσμα στους ψυχίατρους να διεκδικήσουν την ψυχοθεραπεία ως αποκλειστικό τους εργαλείο (και φυσικά ποτέ δεν το κατάφεραν ολοκληρωτικά).

[26] Δεν είναι βέβαια τυχαίο το γεγονός ότι αυτή την περίοδο εκτός της υστερίας και νευρασθένειας – που θεωρούνται γυναικείες ασθένειες- εμφανίζονται πολύ συχνά σεξουαλικές διαστροφές και βίαιη εγκληματική συμπεριφορά, όπως φόνοι και βιασμοί, οι οποίοι χαρακτηρίζονται ως ανδρική ψυχολογική νόσος [Cushman (1995)].

Ο 19ος αιώνας σήμανε την αρχή της επιστήμης της ψυχοθεραπείας. Αν και η επιστημονική κοινότητα στρέφεται όλο και περισσότερο στην αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου ως ασθένειας, η κοινωνική απομόνωση των ψυχασθενών εξακολουθεί να υφίσταται. Το δεύτερο μισό του 19ου αιώνα στα άσυλα συσσωρεύεται μεγάλος αριθμός ασθενών με αποτέλεσμα σταδιακά να μεταμορφώνονται σε τόπους φυλάκισης ή αποθήκευσης ανθρώπων, ιδιαίτερα των οικονομικά ασθενέστερων, αρρώστων ή των μεταναστών -στην περίπτωση των ΗΠΑ (Colp, 1989). Φαίνεται ότι η προσβασιμότητα σε ουσιαστικές θεραπευτικές παροχές εξακολουθούσε να είναι προνόμιο λίγων και κυρίως των οικονομικά ισχυρών.

4.Δ. 20ος ΑΙΩΝΑΣ

Αν ο 19ος αιώνας ήταν η βρεφική ηλικία της σύγχρονης δυτικής ψυχοθεραπείας, ο 20ος αιώνας υπήρξε η εφηβεία της[27]. Η εμφάνιση νέων επαγγελμάτων που σχετίζονται με την ψυχική νόσο, εκτός της ψυχιατρικής (όπως η εργασιοθεραπεία, η ψυχιατρική κοινωνική εργασία, η κλινική ψυχολογία), δημιούργησε καινούργιες προοπτικές στην ψυχοθεραπεία. Η εκβιομηχάνιση και η αστικοποίηση των δυτικών χωρών, επέφερε κοινωνικές αλλαγές που σχετίζονται με την τεράστια αύξηση στον αριθμό των έγκλειστων σε άσυλα. Ο Pichot (2008) σημειώνει ότι στη Μ. Βρετανία, λόγου χάριν, από 16.000 το 1860, οι έγκλειστοι αυξήθηκαν στους 98.000 το 1910, ενώ παρόμοιες αυξητικές τάσεις υπήρχαν στις ΗΠΑ και αλλού, συμβάλλοντας στον «έκδηλο εκφυλισμό του ασυλικού συστήματος».

Σημαντική επιρροή στη δημοσιοποίηση θεμάτων που άπτονται της ψυχικής υγείας, τόσο σε επίπεδο πρόληψης, όσο και θεραπείας, είχε το Κίνημα Ψυχικής Υγιεινής (Mental Hygiene Movement) που ξεκίνησε την πρώτη δεκαετία του 20ου αιώνα, στις ΗΠΑ από τον πρώην τρόφιμο ψυχιατρικού νοσοκομείου C. Beers & τους γνωστούς ιατρούς και ψυχολόγους A. Meyer, W. James & T. Salmon (Bromberg, 1963). Η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τις απάνθρωπες συνθήκες θεραπείας των ψυχικά ασθενών, οι καμπάνιες για την εξάλειψη του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, η έμφαση στη διαπαιδαγώγηση ως μέσο πρόληψης διαταραχών και οι ψυχοπροφυλακτικές συμπεριφορές προβλήθηκαν από το κίνημα και οδήγησαν σε δομικές αλλαγές στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Αποτέλεσμα ήταν η ίδρυση ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία από τα μέσα του αιώνα και μετά και η ανάπτυξη της κοινοτικής ψυχιατρικής και εξωνοσοκομειακής φροντίδας των θεραπευόμενων, γεγονότα τα οποία έδωσαν

[27] Η σύγχρονη ψυχοθεραπεία δεν μετράει περισσότερο από 110 χρόνια «ζωής», ίσως λοιπόν θα ήταν άτοπο να υποστηριχθεί ότι πρόκειται για ένα «ενήλικο» επιστημονικό πεδίο, γεγονός που θα επικυρωθεί στα επόμενα κεφάλαια, όπου θα αναφερθούν εκτός των εξελίξεων και οι σημαντικές ερευνητικές ελλείψεις του κλάδου.

τεράστια ώθηση στην άσκηση της ψυχοθεραπείας σε ευρεία κλίμακα, ενώ ενέταξαν την κοινωνική προοπτική στη δια λόγου θεραπεία. Επιπρόσθετα το Κίνημα Ψυχικής Υγιεινής επηρέασε την ψυχοθεραπεία σε σημαντικό βαθμό, προσδίδοντας στις ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές ιατρικό κύρος[28] (Cushman, 1995). Εφόσον λοιπόν η ψυχοθεραπεία θεωρείται εργαλείο θεραπευτικό, ξεκινά η «ιατρικοποίησή» της και όπως αναφέρει ο Cushman (1995, σελ. 40), «*Ήταν τότε δυνατό, σε μία πιο εξισορροπημένη και αντικειμενική ατμόσφαιρα, να μπορεί η ψυχοθεραπεία να μετρηθεί σύμφωνα με ποσοτικά μέτρα όπως το ποσό του χρόνου και των χρημάτων που δαπανιόταν στη διάρκεια της θεραπείας. Αυτό, με τον καιρό, επέτρεψε στην ψυχοθεραπεία να πάρει "τη θέση της στο γενικό πλαίσιο των καπιταλιστικών σχέσεων"*». Η ψυχοθεραπεία, έγινε πολύ σύντομα, πέρα από ιατρικό εργαλείο, και μία προσφιλής μέθοδος «χειραγώγησης» για τις πάσης φύσεως εξουσίες.

Όσο αναφορά στις μεθόδους που υπήρχαν στις αρχές του 20ου αιώνα, η ύπνωση χρησιμοποιείται ευρύτατα στην ψυχοθεραπεία, έχοντας παράλληλα αναπτυχθεί μία εκτεταμένη βιβλιογραφία αναφορικά με την οργανική συνυπαιτιότητα της ύπνωσης. Οι πρώτοι που θα δώσουν έμφαση στη λειτουργία της διαπροσωπικής σχέσης θεραπευτή και θεραπευόμενου στην ύπνωση είναι οι J. Breuer & S. Freud στις μελέτες τους για την υστερία (Bromberg, 1963). Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο υποκεφάλαιο, η φροϋδική ψυχανάλυση αναπτύχθηκε στη βάση της «γαλλικής ψυχοπαθολογίας» (μελέτες του Charcot για την ύπνωση), αλλά σταδιακά μεταμορφώθηκε σε ένα αυτόνομο οικοδόμημα.

Η ψυχανάλυση αντικατέστησε σε μεγάλο βαθμό την ύπνωση και την υποβολή στη θεραπεία της νεύρωσης και των διαταραχών προσωπικότητας. Στο θεωρητικό κομμάτι, η σύνδεση της έννοιας του ασυνειδήτου με τις ψυχικές διαταραχές, η ερμηνεία των ονείρων του ασθενούς και της (αντι)μεταβίβασης, η πρακτική του ελεύθερου συνειρμού, η θεωρία της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης, όπως και όλο το επιστημονικό έργο του S. Freud, επηρέασε σημαντικά την εξέλιξη της ψυχοθεραπείας, τόσο θεωρητικά όσο και πρακτικά. Αν και υπήρξε έντονη αντίδραση στις ιδέες του Freud, ιδιαίτερα κατά τις πρώτες δύο δεκαετίες του 20ου αιώνα, από τους ψυχίατρους της εποχής, την τοπική κοινωνία και την εκκλησία, η έλξη που ασκούσε στους θεραπευτές η ψυχανάλυση ήταν αδιαμφισβήτητα μεγάλη. Στην πραγματικότητα το ισχυρό αντιφροϋδικό κίνημα βοήθησε στη «διαφήμιση» της νέας θεραπείας. Όπως απαντούσε ο Φρόυντ τους επικριτές του *«Δεν βλέπω τι θα κερδίσουμε εάν αισχυνόμαστε από τη σεξουαλικότητα»* (Bromberg, 1963, σελ. 199).

[28] Οι αποκλίνοντες θεωρούνται πλέον ασθενείς.

Στις αρχές του αιώνα η ψυχανάλυση κυριάρχησε στη δυτική Ευρώπη για να μεταφερθεί και εξελιχθεί κατόπιν και στον Νέο Κόσμο, ιδιαίτερα μετά την επίσκεψη του ίδιου του Freud & Jung στη Μασαχουσέτη το 1909, όπου ο πρώτος έκανε διάλεξη στο πανεπιστήμιο Clark (Storr, 2008). Ο ίδιος ο Freud επανεξέταζε διαρκώς τις υποθέσεις και τα θεωρητικά του πορίσματα, εξελίσσοντας την ψυχαναλυτική θεωρία. Η εμπειρία του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου, όταν οι θεραπευτές είχαν να αντιμετωπίσουν μετατραυματικά σύνδρομα (ή το λεγόμενο «σοκ βομβαρδισμού» των στρατιωτών), έφερε νέα ερωτήματα αναφορικά με τη «στενότητα» της σεξουαλικής θεωρίας για τη νεύρωση και οδήγησε σε επανεξέταση της λιβιδινικής θεωρίας σε σχέση με το «Εγώ» από τον Φρόυντ (Bromberg, 1963).

Οι μαθητές, διαφωνούντες και υποστηρικτές, του Freud δημιούργησαν νέους δρόμους στην ψυχαναλυτική θεωρία και πρακτική εξελίσσοντας τις Φροϋδικές θεωρίες. Ορισμένοι από τους πιο γνωστούς μαθητές του Φρόυντ και «μεταρρυθμιστές» της ορθόδοξης ψυχαναλυτικής παράδοσης είναι οι Carl Jung, Alfred Adler & Otto Rank.

Ο C. Jung διαφοροποιήθηκε από τον δάσκαλό του υποστηρίζοντας έννοιες όπως αυτή του συλλογικού ασυνείδητου, το οποίο εμφανίζεται με εικόνες και αρχέτυπα σε κάθε άτομο, ενώ έδωσε έμφαση στη σημαντικότητα της μητέρας στην ψυχική δομή των ατόμων σε αντίθεση με το πατερναλιστικό σχήμα του Φρόυντ (Bromberg, 1963). Η γιουνγκιανή προσέγγιση ονομάστηκε *αναλυτική ψυχολογία*[29]. Ο A. Adler αρνήθηκε τα σεξουαλικά θεωρήματα του Φρόυντ, θεωρώντας τη νεύρωση ως αποτέλεσμα στρεβλής προσπάθειας ικανοποίησης της ανάγκης για κυριαρχία ή ανωτερότητα που έχει κάθε άνθρωπος. Δημιούργησε επίσης ένα θεραπευτικό σχήμα που διερευνά το σχέδιο ζωής (life-plan) κάθε ατόμου. Τελικά η αντλεριανή θεωρία και πρακτική καθιερώθηκε με τον όρο *ατομική ψυχολογία*[30] (Bromberg, 1963). Ο O. Rank έδωσε έμφαση στο τραύμα της γέννησης ως την πρωτότυπη εμπειρία άγχους του ατόμου που μπορεί να εμφανιστεί αργότερα με νευρωτική συμπτωματολογία. Επιπλέον, εφόσον στόχος της θεραπείας είναι η ανα-γέννηση (rebirth), ο Rank πρότεινε χρονικό περιορισμό στη διάρκειά της. Η θεραπεία σύμφωνα με τη θεωρία του Rank ονομάστηκε *Will Therapy* (στα ελληνικά θα μπορούσε να αποδοθεί ως «Θεραπεία της Βούλησης»), από την αρχή ότι η μεταβίβαση είναι στην ουσία σύγκρουση θέλησης ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο (Bromberg, 1963).

Τις πρώτες δεκαετίες του 20ου αιώνα, με την ισχυρή επιρροή της ψυχαναλυτικής θεωρίας, δημιουργούνται οι προβολικές δοκιμασίες (όπως του Rorschach).

[29] "analytical psychology"
[30] "individual psychology"

Παράλληλα αναπτύσσεται ο τομέας της παιδικής ψυχιατρικής και ψυχοθεραπείας με τις μελέτες των M. Klein & A. Freud (Colp, 1989). Ο νέος αιώνας, οι πόλεμοι, η κοινωνική απομόνωση, ο ατομικισμός μέσα στις καπιταλιστικές κοινωνίες της Δύσης είναι παράγοντες που φέρνουν στο προσκήνιο περισσότερο τις διαπροσωπικές σχέσεις παρά τις ενδο-ψυχικές συγκρούσεις και τα ένστικτα του ατόμου. Η ψυχοθεραπεία (ψυχαναλυτική και μη), αναπτύσσεται μέσα στο αντίστοιχο πολιτισμικό και πολιτικό περιβάλλον και διαμορφώνεται απομακρυνόμενη από τον άνθρωπο της βικτοριανής περιόδου, αναζητώντας νέες προσεγγίσεις που να ικανοποιούν τις καινούργιες κοινωνικές και ατομικές συνθήκες.

Περαιτέρω διαφοροποιήσεις από τη Φροϋδική παράδοση συνεχίζουν να εμφανίζονται. Στο ψυχαναλυτικό κομμάτι αναφέρω ενδεικτικά τους K. Horney και W. Reich (Bromberg, 1963). Η K. Horney θεώρησε τη νεύρωση σαν το αποτέλεσμα διατομικών συγκρούσεων και όχι απαραίτητα παιδικών απωθημένων ή ενστίκτων και το νευρωσικό σύμπτωμα σαν προστατευτικό εργαλείο του ανθρώπινου χαρακτήρα. Επιπλέον, τόνισε την ανάγκη «εξανθρωπισμού» του ψυχαναλυτή κατά τη διάρκεια των συνεδριών. Ο W. Reich ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την ανάλυση του ανθρώπινου χαρακτήρα και τις αντιστάσεις που αυτός προβάλει κατά τη θεραπεία. Την ίδια περίοδο εμφανίζονται και οι πρώτες ομαδικές ψυχοθεραπείες από τους L. Wender και J. L. Moreno (Rosenbaum, Lakin & Roback, 1995). Ο L. Wender ενσωμάτωσε ψυχαναλυτικές ιδέες στην ομαδική ψυχοθεραπεία και η δημοσίευσή του για την ομαδική θεραπεία ψυχιατρικών περιστατικών υιοθετήθηκε και χρησιμοποιήθηκε ως εγχειρίδιο στο στρατιωτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου. Ο Moreno δημιούργησε το "Theatre of Spontaneity", στην προπολεμική Βιέννη, τοποθετώντας ηθοποιούς και μέλη του κοινού να αναπαραστήσουν αυθόρμητα, γεγονότα που αναφέρονταν στις καθημερινές εφημερίδες. Η θεραπευτική δυναμική της δραματοποίησης ή αναπαράστασης γεγονότων και ρόλων οδήγησε στη δημιουργία του τύπου ομαδικής θεραπείας που αργότερα ονομάστηκε ως ψυχόδραμα.

Το αντίπαλο δέος στην ψυχαναλυτική προσέγγιση υπήρξε η θεωρία του συμπεριφορισμού. Τις δεκαετίες του 1920-30 πειραματικοί ψυχολόγοι, όπως ο J. B. Watson στην Αμερική, ανέπτυξαν ιδιαίτερα αυτή την ψυχολογική θεωρία (Liberman & Bedell, 1989). Ο Watson μελέτησε τα αντικειμενικά εξωτερικά συμβάντα σε αντίθεση με τις περισσότερες κλινικές μελέτες της εποχής, που έδιναν έμφαση στο ενδοψυχικό κομμάτι. Στόχος της ερευνητικής του προσπάθειας ήταν να οριστεί η ψυχολογία ως «*ένας καθαρά αντικειμενικός πειραματικός κλάδος της φυσικής επιστήμης. Ο θεωρητικός του στόχος είναι η πρόβλεψη και ο έλεγχος της συμπεριφοράς*» (Watson, 1913, παρατίθεται από τον Cushman, 1995, σελ.41).

Η σύγχρονη θεωρία του συμπεριφορισμού, ωστόσο, γεννήθηκε περίπου το 1950, όταν οι αρχές της μάθησης (απευαισθητοποίηση, ενδυνάμωση) αποσαφηνίστηκαν εργαστηριακά στις μελέτες των I. Pavlov, J. Wolpe & B. F. Skinner. Με την ενσωμάτωση αυτών των μελετών ο J. Wolpe δημιουργεί την τεχνική της συστηματικής απευαισθητοποίησης και με τις κλασικές μελέτες του Skinner δημιουργείται μία πληθώρα συμπεριφορικών ψυχοθεραπευτικών μεθόδων. Η περαιτέρω ανάπτυξη του συμπεριφορισμού είναι ραγδαία, τόσο σε δημοσιευμένες μελέτες όσο και στην κλινική πρακτική. Αξίζει, εντούτοις, να σημειωθεί ότι ήδη από τις πρώτες δεκαετίες του 20ου αιώνα, η ψυχολογία χρησιμοποιείται σε τομείς πέραν της ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας και έρευνας, όπως η διαφήμιση και η διαχείριση προσωπικού, εφαρμόζοντας τα θεωρητικά ευρήματα στην καθημερινή ζωή, στην εργασία, στη διαφήμιση και φυσικά απαντώντας στην ανάγκη για κατανάλωση και παραγωγικότητα του αναπτυσσόμενου καπιταλισμού.

Η μετανάστευση στις ΗΠΑ ευρωπαίων ψυχαναλυτών και ψυχιάτρων, ιδιαίτερα τις δεκαετίες που μαινόταν ο 2ος Παγκόσμιος πόλεμος, το γενικότερο πνεύμα πλουραλισμού και ανάπτυξης, καθώς και η επιρροή του Αμερικανού ψυχιάτρου A. Meyer (ιδρυτής της ψυχοβιολογίας) επηρέασε καθοριστικά την εμφάνιση πολλών ψυχοθεραπευτικών σχολών και στην Αμερική. Αναπτύσσεται η διαπροσωπική θεραπεία[31] από τον H. S. Sullivan, η ομαδική και η υπαρξιακή ψυχοθεραπεία και οι ψυχαναλυτικές θεωρίες των D. Winnicott & H. Kohut[32]. Με το πέρας του πολέμου (από το 1945 και μετά) και την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών στο στρατιωτικό προσωπικό (υπολογίστηκε ότι περίπου δύο εκατομμύρια βετεράνοι θα χρειάζονταν ψυχολογική ή ψυχιατρική υποστήριξη), αναγνωρίζεται στις ΗΠΑ η άμεση ανάγκη έρευνας και κυρίως θεραπείας για τις ψυχικές διαταραχές. Η διατήρηση της ψυχικής υγείας ανάγεται σε σημαντικό μέλημα των τότε πολιτικών παραγόντων, που χρειάζονται υγιείς και συνεπώς παραγωγικούς πολίτες. Την έλλειψη προσωπικού στον τομέα ψυχικής υγείας θα καλύψουν οι κλινικοί ψυχολόγοι, που για πρώτη φορά εκπαιδεύονται στην ψυχοθεραπεία -μέχρι τότε διεξήγαγαν κυρίως ψυχομετρικά τεστ- ενώ δημιουργούνται πολλά νέα ψυχιατρικά νοσοκομεία και ερευνητικά κέντρα (Ποταμιάνος, 2000).

Οι Vandenbos, Cummings & Deleon (1995) σημειώνουν πέντε βασικούς παράγοντες που διευκόλυναν την αναγνώριση και προσβασιμότητα της ψυχοθεραπείας στο ευρύ κοινό και διεύρυναν τις εκπαιδευτικές δυνατότητες των υποψήφιων ψυχοθεραπευτών, στην Αμερική, το διάστημα 1940-1959:

[31] "interpersonal therapy"
[32] "self psychology"

α) την επιρροή του 2ου παγκοσμίου πολέμου (όπως αναφέρθηκε παραπάνω),
β) τα προγράμματα διαχείρισης βετεράνων μετά τον πόλεμο (ίσως ο μεγαλύτερος «εργοδότης» και φορέας εκπαίδευσης στην ψυχοθεραπεία για τους κλινικούς ψυχολόγους μεταπολεμικά!),
γ) την ίδρυση του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας (National Institute of Mental Health) το 1948, το οποίο χρηματοδοτεί εκπαιδευτικά και ερευνητικά προγράμματα στην ψυχοθεραπεία,
δ) τη σταδιακή επέκταση της ιατρικής ασφάλισης ως εργασιακή παροχή (κάτι που συμπεριέλαβε την εξωνοσοκομειακή ψυχοθεραπεία από το 1960 και μετά) και
ε) τα κυβερνητικά κοινωνικά και ιατρικά προγράμματα και νομοσχέδια σχετικά με την ψυχική υγεία που εφαρμόστηκαν την ίδια περίοδο.

Στην εδραίωση της ψυχοθεραπείας στις ΗΠΑ μέχρι και την τελευταία δεκαετία του 20ου αιώνα συντέλεσαν τόσο οι περαιτέρω νομοθετικές ρυθμίσεις της ομοσπονδιακής κυβέρνησης, με την ίδρυση κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας, η εξάπλωση των πανεπιστημιακών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και η ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης (Vandenbos, Cummings & Deleon, 1995).

Το πολιτικό, κοινωνικό και οικονομικό πλαίσιο στο οποίο πραγματοποιείται η ψυχοθεραπεία επηρεάζει ή πυροδοτεί και την εμφάνιση νέων θεραπευτικών μοντέλων. Τις τελευταίες δεκαετίες του 20ου αιώνα από το 1960 και μετά, εμφανίζονται νέες θεωρίες στην ψυχολογία (Cushman, 1995), όπως η θεωρία περί εξάρτησης (addiction theory από τους Donovan & Marlett, Norwood, Schaef), η ανθρωπιστική ψυχολογία (Maslow, May, Rogers κ.α.), η γνωσιακή ψυχολογία (Baars, Kruglanski, Weisz & Zigler) και η οικογενειακή θεραπεία (Haley, Hoffman, Minuchin). Απόρροια αυτών των θεωριών είναι και οι αντίστοιχες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, οι οποίες θα αναφερθούν στο επόμενο υποκεφάλαιο. Αυτή η «έκρηξη» θεωριών αντικατοπτρίζει και τη μεγαλύτερη εισχώρηση της ψυχοθεραπείας στις δυτικές κοινωνίες, την αύξηση του αριθμού αιτούντων βοήθεια και τη διαφοροποίηση των αιτημάτων ή διαταραχών που εμφανίζονται στο προσκήνιο. Τα ηνία της ψυχοθεραπείας πλέον αρχίζουν να παραλαμβάνουν και οι ψυχολόγοι. Είναι ενδεικτικό ότι, εκτός των ψυχιάτρων, μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1970, σχεδόν 1 στους 4 κλινικούς ψυχολόγους ασκούν ιδιωτική πρακτική και σχεδόν οι μισοί εργάζονται ιδιωτικά με όρους μερικής απασχόλησης (Vandenbos, Cummings & Deleon, 1995).

Εκτός από την ανάπτυξη ψυχολογικών θεραπειών, η ιατρική και η νευρολογία, προσθέτει στη φαρέτρα της θεραπείας ψυχικών ασθενειών νέα βέλη. Το κοινό θεωρητικό πλαίσιο όλων των βιοϊατρικών μεθόδων που δοκιμάζονται τον 20ο αιώνα αναφέρεται στην ύπαρξη φυσιολογικής-οργανικής βάσης στις διαταραγμένες ψυχικές λειτουργίες και συνεπώς σχηματίζεται η υπόθεση ότι, εάν

αλλάξει η φυσιολογία π.χ. του εγκεφάλου, θα υπάρξει και ανάλογη βελτίωση στον ασθενή (Bromberg, 1963). Η χρήση του ηλεκτρισμού στην νευροφυσιολογία, η ανάπτυξη της χημείας και της βακτηριολογίας και οι χειρουργικές μέθοδοι θεραπείας επηρεάζοην και χρησιμοποιούνται ευρύτατα ή και παράλληλα με ψυχολογικές θεραπείες.

Από τις αρχές του αιώνα οι ερευνητές πειραματίζονται με θεραπείες νάρκωσης σε κατατονικούς ή χρόνιους ψυχικά ασθενείς και παροχή ουσιών με θεραπευτικό σκοπό, όπως η ινδική κάνναβη και το όπιο (πρακτική αρχέγονη που συναντάται από την εποχή των σαμάνων και του Ιπποκράτη) ή άλλων χημικών ουσιών, όπως η μεσκαλίνη. Στις δεκαετίες του 1930-40 εφαρμόζεται ευρέως σε Ευρώπη και Αμερική η θεραπεία σχιζοφρενών με χορήγηση μεγάλων δόσεων ινσουλίνης, όπου προκαλείται υπογλυκαιμικό κώμα για μερικές ώρες στον ασθενή. Παράλληλα, αναπτύσσονται η θεραπεία με ηλεκτροσόκ και οι αμφιλεγόμενες ψυχοχειρουργικές επεμβάσεις, όπως η λοβοτομή, οι οποίες εφαρμόζονται και για τις σοβαρές καταθλιπτικές και ψυχωσικές διαταραχές· τεχνικές που εγκαταλείφθηκαν σε μεγάλο βαθμό με την ανακάλυψη νέων φαρμάκων.

Μέχρι τη δεκαετία του 1970 θεμελιώνεται ο επιστημονικός τομέας της ψυχοφαρμακολογίας (Colp, 1989) με την ανακάλυψη των αντιψυχωτικών, ηρεμιστικών, αντικαταθλιπτικών και άλλων ψυχοπροφυλακτικών φαρμάκων, όπως το Lithium. Τα φάρμακα κατευνάζουν ή εξαλείφουν τη συμπτωματολογία, μειώνουν τον χρόνο νοσηλείας και θεραπεύουν τον ασθενή (εάν ο στόχος της θεραπείας είναι η εξάλειψη των συμπτωμάτων). Η ψυχοφαρμακολογία συνδυάζεται συχνά με ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις με τελικό στόχο την ολιστική θεραπεία, τόσο σε επίπεδο συμπτωματολογίας, όσο και σε αιτιακό, ενδοψυχικό, διαπροσωπικό ή και κοινωνικό επίπεδο. Μέχρι σήμερα, η χορήγηση ψυχοφαρμάκων εμφανίζεται ως η κυρίαρχη μέθοδος θεραπείας των ψυχοκοινωνικών διαταραχών, γεγονός που υποστηρίζεται από την αυξανόμενη συνταγογράφηση και κατανάλωσή τους.

5. ΣΥΧΡΟΝΑ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ και ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Στον αιώνα που διανύουμε εμφανίζονται τρεις ισχυρές θεωρητικές προσεγγίσεις στην ψυχοθεραπεία: η γνωσιακή-συμπεριφορική, η ανθρωπιστική και η ψυχαναλυτική προσέγγιση. Κάθε προσέγγιση αντανακλά και ένα ή πολλά διαφορετικά πρότυπα θεώρησης του κόσμου (και του κοινωνικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος), ανάλογα με τον τρόπο που εξηγούνται και αντιμετωπίζονται οι ψυχικές διαταραχές. Παράλληλα κάθε θεώρηση ενσωματώνει τις εμπειρίες και επιρροές του (ή των) πρωτεργάτη/τών της. Από τις αντίστοιχες θεωρίες αναφύονται μοντέλα ψυχοθεραπείας, άλλοτε διακριτά, άλλοτε εκλεκτικά.

Στο παρόν υποκεφάλαιο θα εξεταστούν συνοπτικά τα κυριότερα μοντέλα ψυχοθεραπείας που υπάρχουν σήμερα με βάση τις τρεις θεωρητικές προσεγγίσεις. Επιλέχθηκαν να αναφερθούν εκείνα τα μοντέλα που έπαιξαν ιστορικά σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη του κλάδου, καθώς και όσα συνεχίζουν να είναι κεντρικής σημασίας τόσο στην εκπαίδευση όσο και στην έρευνα. Η αναλυτική περιγραφή των θεωριών, μεθόδων και τεχνικών κάθε προσέγγισης υπερβαίνει το σκοπό του παρόντος κεφαλαίου, καθότι στην αντίστοιχη βιβλιογραφία υπάρχει πληθώρα πληρέστατων καταγραφών πάνω στο θέμα. Τελικός σκοπός είναι η παράθεση και λειτουργική περιγραφή των κυριότερων προσεγγίσεων, ώστε σε συνδυασμό με την προγενέστερη ιστορική αναδρομή, να ολοκληρωθεί ο ορισμός του αντικειμένου της ψυχοθεραπείας όσο το δυνατόν πιο σφαιρικά.

5.Α. Ψυχανάλυση και Ψυχαναλυτική/Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία

Πριν καταγραφούν τα ειδικά χαρακτηριστικά της ψυχανάλυσης και της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας, ίσως είναι θεμιτή η αναφορά στις θεμελιώδεις έννοιες που διαχέουν την ψυχαναλυτική θεραπευτική προσέγγιση· έννοιες που εξελίσσονται μέχρι σήμερα και παράλληλα επηρεάζουν και χρησιμοποιούνται από τους ψυχοθεραπευτές πολλών διαφορετικών κατευθύνσεων. Αναφέρονται συγκεκριμένα οι έννοιες της μεταβίβασης, αντίστασης, αντιμεταβίβασης και θεραπευτικής συμμαχίας (Karasu, 1989):

Η *μεταβίβαση* στην ανάλυση αναφέρεται στα έντονα συναισθήματα που αναπτύσσει ο αναλυόμενος προς τον αναλυτή, τα οποία σηματοδοτούν αναβίωση παλαιότερων σημαντικών σχέσεων του αναλυόμενου (ειδικά ανάμεσα στο βρέφος και τον γονέα) και συνηγορούν στη δημιουργία μίας θεραπευτικής σχέσης μη ρεαλιστικών, θετικών ή αρνητικών φαντασιώσεων (θετική ή αρνητική μεταβίβαση). Η μεταβίβαση μπορεί να εμφανιστεί στη θεραπεία και ως μεταβιβαστική νεύρωση ή ναρκισσιστική μεταβίβαση. Η ενδελεχής ανάλυση της μεταβίβασης θεωρείται το διακριτικό τεχνικό γνώρισμα της ψυχανάλυσης σε σχέση με τις υπόλοιπες ψυχοθεραπευτικές προτάσεις.

Η *αντίσταση* νοηματοδοτείται ως το σύνολο όλων των ψυχικών δυνάμεων ή μηχανισμών άμυνας του αναλυόμενου που παρεμποδίζουν την αποκάλυψη ασυνείδητων αναμνήσεων και κατ' επέκταση την πρόοδο της θεραπείας. Η αντίσταση αξιοποιείται και αναλύεται συστηματικά από τον θεραπευτή, συσχετίζεται με τη μεταβίβαση πολλαπλά και μπορεί να είναι συνειδητή ή ασυνείδητη, εκφυόμενη από το Εγώ, το Εκείνο ή το Υπερεγώ και σύμφωνη ή μη με την προσωπικότητα του αναλυόμενου.

Η *αντιμεταβίβαση* αναφέρεται στα ασυνείδητα συναισθήματα και σκέψεις που προκαλούνται στον αναλυτή από τον αναλυόμενο. Η αντιμεταβίβαση επιδρά στη

θεραπεία καθώς επηρεάζει την ουδετερότητα-αντικειμενικότητα του θεραπευτή. Γι' αυτό το λόγο οι ψυχαναλυτές αναλύονται οι ίδιοι κατά την εκπαίδευσή τους, ώστε να αναγνωρίζουν το αντιμεταβιβαστικό υλικό και τη σημασία του και να το χρησιμοποιούν προς όφελος του αναλυόμενου.

Μετά τη δεκαετία του 1950 ορισμένοι ψυχαναλυτικοί κύκλοι (Zetzel, Greenson) άρχισαν να αναγνωρίζουν το γεγονός ότι δεν είναι όλες οι αντιδράσεις του αναλυόμενου εκφράσεις μεταβίβασης και όρισαν αυτό που ονομάζεται σήμερα *θεραπευτική συμμαχία*, η οποία αναφέρεται στην πραγματική σχέση του εδώ και τώρα ανάμεσα στον αναλυτή και αναλυόμενο. Είναι πλέον αποδεκτό ότι η σύναψη αμοιβαίας, με αίσθημα εμπιστοσύνης, ρεαλιστικής θεραπευτικής συμμαχίας που δημιουργείται σε ατμόσφαιρα αποδοχής και ενσυναίσθησης είναι πρωταρχικής σημασίας στοιχείο ώστε να μπορέσει να ξεκινήσει η ουσιαστική θεραπευτική διαδικασία.

Η *κλασική ψυχανάλυση* (συχνά ταυτιζόμενη με τον ιδρυτή της S. Freud) επικεντρώνεται στη συστηματική ανάλυση της μεταβίβασης και της αντίστασης του ασθενούς, ενώ ενθαρρύνεται η παλινδρόμηση και η δημιουργία νεύρωσης μεταβίβασης. Για λόγους οικονομίας χώρου δεν αναφέρονται οι υπόλοιπες ψυχαναλυτικές θεωρίες που έχουν ως κεντρικό χαρακτηριστικό ανάλυσης τις διαπροσωπικές σχέσεις του θεραπευόμενου. Πρωτεργάτες των θεωριών αυτών ήταν οι Sullivan, Horney, Fromm-Reichmann, Fromm & μετέπειτα οι Strupp & Klerman. Αυτές οι θεωρίες όρισαν το πεδίο της «διαπροσωπικής ψυχανάλυσης» και επηρέασαν σημαντικά τη διαμόρφωση των ψυχοδυναμικών ψυχοθεραπειών (Eagle & Wolitzky, 1995). Σημαντικό παράδειγμα επιρροής τους είναι η *διαπροσωπική ψυχοθεραπεία για την κατάθλιψη*, η οποία υποστηρίζεται πειραματικά και εξελίσσεται ερευνητικά σε εντυπωσιακό βαθμό στις μέρες μας (Markowitz & Weissman, 2008). Σημειώνεται, ωστόσο, ότι, αν και η συγκεκριμένη θεραπεία θεωρητικά εντοπίζεται στο πεδίο της ψυχανάλυσης, ορισμένοι εκπρόσωποι της πλέον δεν την θεωρούν ψυχοδυναμική θεραπεία (Weissman & Markowitz, 1994).

Ο σκοπός της κλασικής ψυχανάλυσης είναι η επίγνωση και η επίλυση ενδοψυχικών συγκρούσεων μέσω της αναδιοργάνωσης της προσωπικότητας του αναλυόμενου (ενώ η ανακούφιση από τα συμπτώματα είναι έμμεσο αποτέλεσμα της διαδικασίας). Η κύρια τεχνική που χρησιμοποιείται είναι ο ελεύθερος συνειρμός, ενώ αποφεύγεται η συνδρομή ψυχοτρόπων φαρμάκων ή επικουρικών θεραπειών. Επιπλέον, ο ψυχαναλυτής λειτουργεί σαν καθρέφτης των αντιδράσεων του αναλυόμενου, είναι απόλυτα ουδέτερος και εκτός οπτικής εμβέλειας του τελευταίου. Η κλασική ψυχανάλυση είναι ιδιαίτερα μακρόχρονη θεραπεία με μεγάλη συχνότητα συνεδριών εντός της εβδομάδας. Οι αναλυόμενοι

πρέπει να διαθέτουν ισχυρό κίνητρο, δυνατότητα εμπλοκής σε αντικειμενότροπες σχέσεις και ανθεκτικότητα στη ματαίωση (ισχυρό Εγώ). Συνήθως πρόκειται για νευρωσικούς ασθενείς ή με ήπια ψυχοπαθολογία. Η ψυχανάλυση συχνά θεωρείται η «θεραπεία των πλουσίων» διότι η πολυετής διάρκεια και το υψηλότατο κόστος της την καθιστά απρόσιτη στο ευρύ κοινό. Τα τελευταία χρόνια και ιδιαίτερα με την εμφάνιση της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας η κλασική ψυχανάλυση δεν παρουσιάζεται ως ιδιαίτερα «αποτελεσματική» θεραπεία, εξαιτίας έλλειψης σχετικών ερευνητικών τεκμηρίων[33] και χρησιμοποιείται κυρίως ως εκπαιδευτικό εργαλείο για την ανάλυση μελλοντικών ψυχαναλυτών.

Η *ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία* δημιουργήθηκε ανταποκρινόμενη στις ανάγκες της σύγχρονης εποχής για πιο σύντομες, οικονομικά ανεκτές θεραπείες. Ο αριθμός των συνεδριών έχει μειωθεί συνήθως σε μία την εβδομάδα, ανάλογα με τις ανάγκες του αναλυόμενου. Πρόκειται για μία βραχύχρονη θεραπεία όπου ο αναλυτής βρίσκεται πρόσωπο με πρόσωπο με τον αναλυόμενο και είναι πιο «ενεργός» στη θεραπευτική διαδικασία. Ανάλογα με τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται η βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία ιστορικά ονομάζεται εκφραστική (expressive)[34] ή υποστηρικτική (supportive)[35], αν και αυτοί οι όροι πλέον δεν χρησιμοποιούνται συχνά (Ursano & Ursano, 2008). Σύμφωνα με τα κριτήρια επιλογής, την τεχνική, το στόχο και τη διάρκεια της θεραπείας υπάρχουν διάφορα μοντέλα ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας (Ursano & Ursano, 2008), όπως η *εστιακή ψυχοθεραπεία* των Malan & Tavistock, η *βραχεία αγχοεκλυτική ψυχοθεραπεία* που ερεύνησε ο Σιφναίος, η *ψυχοθεραπεία περιορισμένης χρονικής διάρκειας* του Mann, η *βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία με μεγάλο εύρος πεδίου* του Davanloo κ.α.

Σε όλα τα επιμέρους μοντέλα ο θεραπευτής χρησιμοποιεί λιγότερο κεντρικά την ανάλυση της μεταβίβασης και εντάσσει τις διαπροσωπικές σχέσεις και τα συμβάντα του παρόντος στη θεραπεία. Ο στόχος παραμένει η αναδιοργάνωση της προσωπικότητας του αναλυόμενου, αλλά και η καλύτερη προσαρμογή του στο περιβάλλον και τις ανθρώπινες σχέσεις, καθώς και η απαλλαγή από τα συμπτώματα. Η διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής επηρεάζεται από πλήθος παραγόντων, όπως η διάγνωση και το ιστορικό του ασθενούς, η φαρμακευτική αγωγή (αν υφίσταται), το γνωστικό και αναπτυξιακό μοτίβο του θεραπευόμενου, η συναισθηματική του ετοιμότητα και η ποιότητα της σχέσης του με τον θεραπευτή (Ursano & Ursano, 2008). Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία δίνει την ευκαιρία στους ψυχαναλυτικά προσκείμενους ψυχοθεραπευτές να εργάζονται με μεγαλύτερο

[33] Αναλυτικά στοιχεία παρατίθενται στο τέταρτο κεφάλαιο της διατριβής.
[34] Άλλες ονομασίες που συναντώνται στη βιβλιογραφία είναι: uncovering, insight-oriented, evocative, interpretive psychoanalytic psychotherapy.
[35] Ονομάζεται και suggestive, relationship-oriented, suppressive, repressive.

εύρος συμπτωματολογίας από τη νεύρωση και τις διαταραχές προσωπικότητας έως και την ψύχωση.

5.Β. Συμπεριφορική και Γνωσιακή Προσέγγιση

5.Β.α. Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία

Η συμπεριφορική θεραπεία είναι κυρίως μία εμπειρική και λειτουργική προσέγγιση με σκοπό την ανάλυση και θεραπεία κλινικών προβλημάτων (Liberman & Bedell, 1989). Χρησιμοποιεί τις αρχές της ανθρώπινης μάθησης, έτσι όπως τις μελέτησε η πειραματική ψυχολογία εδώ και ένα περίπου αιώνα. Ένα βασικό αξίωμα της θεραπείας είναι ότι εφόσον επιτευχθούν αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου, τότε επισυμβαίνουν αλλαγές στο γνωσιακό και συναισθηματικό επίπεδο. Το πιο διακριτό χαρακτηριστικό της συμπεριφορικής θεραπείας σε σχέση με τις υπόλοιπες προσεγγίσεις είναι ο λεπτομερής και ακριβής καθορισμός των προβλημάτων και των στόχων της θεραπείας.

Συγκεκριμένα, ο θεραπευτής πρέπει να απαντήσει στα εξής τέσσερα βασικά ερωτήματα στην αρχή (αλλά και κατά τη διάρκεια) της θεραπείας: Ποια είναι τα προβλήματα και οι στόχοι της θεραπείας, πώς μπορεί να μετρηθεί και παρακολουθηθεί η πρόοδος του ασθενούς, ποια περιβαλλοντικά στοιχεία συνηγορούν στη διατήρηση του προβλήματος και ποιες παρεμβάσεις είναι πιθανόν αποτελεσματικές. Με αυτό τον τρόπο δημιουργείται ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο για κάθε θεραπευόμενο.

Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία προγραμματίζεται για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, εστιάζεται κυρίως στα συμβάντα ή προβλήματα του παρόντος και επιχειρεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά του ασθενούς, αλλάζοντας το περιβάλλον του, ειδικότερα το διαπροσωπικό και κοινωνικό περιβάλλον. Προϋπόθεση της αποτελεσματικότητας, ωστόσο, είναι μία ισχυρή θεραπευτική συμμαχία. Γι' αυτό χρειάζεται καταρχήν η συμφωνία και η ενεργή συμμετοχή του θεραπευόμενου στον τρόπο με τον οποίο θα επιτευχθούν οι επιθυμητές συμπεριφορικές αλλαγές, ενώ συχνά ζητείται η συνδρομή ατόμων από το περιβάλλον του (συγγενείς, δάσκαλοι, φίλοι κλπ.). Ο τερματισμός της θεραπείας καθορίζεται από την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων.

Οι εφαρμογές της συμπεριφορικής θεραπείας επεκτείνονται σε όλο σχεδόν το εύρος των ψυχιατρικών διαταραχών. Ειδικά για τις διαταραχές άγχους (π.χ. αγοραφοβία) η αποτελεσματικότητα της θεραπείας έχει πολλαπλώς πιστοποιηθεί ερευνητικά, όπως και σε ορισμένες διατροφικές διαταραχές (π.χ. παχυσαρκία). Όταν η συμπεριφορική θεραπεία εφαρμόζεται σε ψυχιατρικούς ασθενείς (για παράδειγμα σε περιστατικά σχιζοφρενικών διαταραχών), συνοδεύεται συχνά από

βιοιατρικές θεραπείες (όπως χορήγηση ψυχοφαρμάκων), ώστε να μειωθούν τα συμπτώματα και να υπάρχει βελτιωμένη προσοχή και συγκέντρωση που είναι βασικές προϋποθέσεις για την ένταξη στην εν λόγω θεραπεία.

5.Β.β Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία στηρίζεται θεωρητικά στη γνωσιακή ψυχολογία, στη θεωρία επεξεργασίας της πληροφορίας[36] και στην κοινωνική ψυχολογία (Beck & Rush, 1989). Πρόκειται για μία εμπειρικά δομημένη θεραπεία που βασίζεται στο θεμελιώδες αξίωμα της γνωσιακής θεωρίας ότι ο τρόπος που οι άνθρωποι δομούν γνωστικά τις εμπειρίες τους καθορίζει το πως νιώθουν και συμπεριφέρονται. Σε περιπτώσεις ψυχοπαθολογίας όμως τα φυσιολογικά γνωστικά σχήματα είναι διαστρεβλωμένα, εξαιτίας κάποιας προκατάληψης ή λάθους (bias) στο σύστημα επεξεργασίας της πληροφορίας. Κατ' αυτό τον τρόπο οι άνθρωποι ερμηνεύουν με λανθασμένο τρόπο τα συμβάντα, αποτυγχάνουν να δημιουργήσουν επιτυχείς στρατηγικές όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα ή φτάνουν σε μη ακριβή συμπεράσματα για τον εαυτό τους ή το περιβάλλον τους.

Ο στόχος της γνωσιακής ψυχοθεραπείας είναι ακριβώς να διορθώσει τα επαναλαμβανόμενα λάθη στη σκέψη και τις γνωστικές διαστρεβλώσεις (γνωσίες), όπως αυτές που προαναφέρθηκαν. Γι'αυτό το λόγο χρησιμοποιούνται πολλές τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς που βοηθούν τον ασθενή να διακρίνει, ελέγξει και διορθώσει τα λανθασμένα γνωστικά πρότυπα και πεποιθήσεις που χρησιμοποιεί στην παρούσα χρονική στιγμή της ζωής του. Όταν επισυμβεί η αλλαγή στη σκέψη και η αντίστοιχή προσαρμογή στην πράξη, συνήθως επέρχεται βελτίωση των συμπτωμάτων και της συμπεριφοράς του θεραπευόμενου. Σύμφωνα με τη γνωσιακή θεωρία, κάθε ψυχοπαθολογική διαταραχή αντιστοιχεί σε συγκεκριμένο γνωστικό προφίλ[37], στο οποίο γίνονται οι αντίστοιχες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις ανάλογα με την ιδιαιτερότητα κάθε θεραπευόμενου (Beck & Rush, 1989). Τα αίτια της διαταραχής δεν αναζητούνται στις γνωσιακές δομές, αλλά σε αλληλοεπηρεαζόμενους αναπτυξιακούς, περιβαλλοντικούς, ενδοψυχικούς και βιολογικούς παράγοντες.

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι δομημένη και χρονικά προκαθορισμένη, ενώ έχει χρησιμοποιηθεί επιτυχώς στη θεραπεία πολλών διαταραχών, κυρίως άγχους, φοβιών, κατάθλιψης, νευρικής ανορεξίας, προβλημάτων εξάρτησης από αλκοόλ και τοξικές ουσίες, ψυχαναγκαστικής διαταραχής και ήπιων διαταραχών προσωπικότητας. Ο ψυχοθεραπευτής έχει ενεργή συμμετοχή, καθοδηγεί τον θεραπευόμενο και επισημαίνει τα προβλήματα, προτείνει τεχνικές και σχεδιάζει

[36] "information-processing theory"

[37] Για παράδειγμά η κατάθλιψη συνδέεται με χρονίζουσα, έντονη αίσθηση ήττας ή απώλειας, θλίψη και απόσυρση ενδιαφέροντος από πρότερους στόχους, στοιχεία που έχουν ένταση και παρατεινόμενη διάρκεια χρόνου.

το θεραπευτικό πλάνο, διατηρώντας όμως μη κριτική στάση και ισχυροποιώντας τη θεραπευτική συμμαχία.

5.Β.γ. Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία

Η πολύ δημοφιλής σήμερα γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία αναπτύχθηκε από τη σύμπραξη της συμπεριφορικής θεραπείας με την αποκαλούμενη «γνωσιακή επανάσταση» στη γενική ψυχολογία. Ορισμένοι θεωρητικοί αναφέρουν την ΓΣΘ ως κομμάτι της συμπεριφορικής θεραπείας παρά ως αυτόνομη οντότητα (Fishman & Franks, 1995). Κεντρικής σημασίας στοιχείο της θεραπείας είναι η μεσολάβηση γνωστικών διαδικασιών και προσωπικών εμπειριών στην αλλαγή της συμπεριφοράς. Στην πράξη ο θεραπευτής συνδυάζει γνωσιακές τεχνικές θεραπείας με στρατηγικές διαχείρισης της συμπεριφοράς με σκοπό τη διόρθωση δυσλειτουργικών γνωσιακών σχημάτων και την εκμάθηση νέων, αποτελεσματικών προτύπων συμπεριφοράς.

Κατά τη διάρκεια των συνεδριών οι δυσλειτουργικές σκέψεις και ερμηνείες αντιμετωπίζονται ως υποθέσεις που πρέπει να εξεταστούν και να δοκιμαστούν από το δίδυμο θεραπευτή - ασθενή. Ο θεραπευόμενος συνήθως αναλαμβάνει εργασία στο σπίτι[38] και σταδιακά, μέσω της ψυχοθεραπείας εκπαιδεύεται να αναγνωρίζει τις δυσλειτουργικές ερμηνείες του, να τις αμφισβητεί και να τις αλλάζει (Clark, 2008). Ο θεραπευτής έχει ενεργό ρόλο στη διάγνωση και εκπαίδευση του ασθενούς -και κατ' επέκταση χρειάζεται η συνεργασία μεταξύ τους, ενώ ο χρόνος εξάλειψης των συμπτωμάτων και ολοκλήρωσης της θεραπείας είναι σύντομος. Οι εντυπωσιακά πολλές έρευνες που στηρίζουν την αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ σε πληθώρα διαταραχών (γεγονός που θα σχολιαστεί αναλυτικά στα επόμενα κεφάλαια), έχει οδηγήσει στο να θεωρείται και να είναι σήμερα από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η εφαρμογές της ΓΣΘ επεκτείνονται στις αγχώδεις διαταραχές (Clark, 2008), στις διαταραχές πρόσληψης τροφής (Fairburn, 2008), στις καταθλιπτικές διαταραχές (Fenell, 2008), καθώς και στην (πρόσφατη σχετικά) αντιμετώπιση ψυχωσικών συμπτωμάτων, όπως οι παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις (Birchwood & Spences, 2008).

5.Γ. Ανθρωπιστική Προσέγγιση

Ο όρος ανθρωπιστική προσέγγιση αναφέρεται στο σύνολο των θεραπευτικών προτάσεων που απορρέουν από ένα ευρύ φιλοσοφικό φάσμα. Ανθρωπιστικές, υπαρξιστικές και φαινομενολογικές ιδέες των Sartre, Kierkergaard, Heidegger και άλλων φιλοσόφων έχουν δανείσει την πνευματική τους παρακαταθήκη σε προσεγγίσεις όπως η Gestalt, η Υπαρξιστική και η Προσωποκεντρική (Rice &

[38] "homework"

Greenberg, 1995). Η γενικότερη θεώρηση της «διαταραχής» στην ανθρωπιστική προσέγγιση απορρίπτει τις μηχανιστικές και καθοδηγητικές[39] μεθόδους των ψυχοδυναμικών, γνωσιακών, συμπεριφορικών και συστημικών θεωρήσεων. Η διαταραχή προέρχεται από την «απάνθρωπη» και αποσυνθετική επίδραση των κοινωνικών συνθηκών κάθε ιστορικής χρονικής στιγμής. Όλες οι ανθρωπιστικές προσεγγίσεις μοιράζονται επιπλέον την εστίαση στην υποκειμενικότητα, την εξατομικευμένη υπαρξιακή πραγματικότητα του ατόμου.

Σύμφωνα με τους Rice & Greenberg (1995) υπάρχουν τέσσερα κεντρικά θέματα που αγγίζουν όλες τις ανθρωπιστικές προσεγγίσεις:

- Το πιο βασικό χαρακτηριστικών όλων των προσεγγίσεων είναι η συνάφειά τους με την φαινομενολογική προσέγγιση[40].
- Οι ανθρωπιστικοί θεραπευτές θεωρούν σημαντική την τάση του ατόμου προς ανάπτυξη ή πραγμάτωση.
- Είναι κεντρική η πίστη στον αυτο-καθορισμό ως ανθρώπινη ικανότητα, όπου η επιλογή και η θέληση είναι καίριες έννοιες.
- Οι ανθρωπιστικές προσεγγίσεις «μοιράζονται» τον ατομοκεντρισμό που εμπεριέχει το σεβασμό και τη μέριμνα για την ατομική εμπειρία του θεραπευόμενου.

Στο παρόν πόνημα επέλεξα να αναφερθώ μόνο στην προσωποκεντρική προσέγγιση, καθώς είναι από τις πλέον γνωστές και ιστορικά αναπτυσσόμενες ανθρωπιστικές παρεμβάσεις.

5.Γ.α. Πελατοκεντρική – Προσωποκεντρική Ψυχοθεραπεία

Η πελατοκεντρική θεραπεία (γνωστή σήμερα και ως προσωποκεντρική προσέγγιση εξαιτίας του εύρους των εφαρμογών της από την εκπαίδευση έως την διοίκηση επιχειρήσεων), είναι το θεωρητικό παιδί του C. Rogers και έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα μετά την δεκαετία του 1960 (Rogers & Sanford, 1989).

Η κεντρική ιδέα του μοντέλου υποστηρίζει ότι κάθε άτομο έχει απεριόριστες δυνατότητες να κατανοήσει τον εαυτό του και να αλλάξει τον τρόπο που ζει και συμπεριφέρεται, οι οποίες μπορούν να απελευθερωθούν και να κατανοηθούν μέσα σε μία ανθρώπινη σχέση με συγκεκριμένες ιδιότητες. Όταν το ένα μέλος της σχέσης (για παράδειγμα ο ψυχοθεραπευτής) επικοινωνεί την αυθεντικότητά του, την απόλυτη, μη κριτική αποδοχή του πελάτη και τη βαθιά ενσυναίσθηση των προσωπικών νοημάτων και συναισθημάτων του τελευταίου, μπορούν να συμβούν

[39] "directive"

[40] Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η φαινομενολογική προσέγγιση «*...θεμελιώνεται στην πίστη στη μοναδική ανθρώπινη ικανότητα για στοχαστική συνειδητότητα, και στην πίστη ότι είναι αυτή η ικανότητα που μπορεί να οδηγήσει στον αυτοκαθορισμό και την ελευθερία.*» [Rice & Greenberg, (1995), σελ. 198]

σημαντικές αλλαγές στο δεύτερο μέλος της σχέσης (τον πελάτη). Συνεπώς, η ποιότητα της ψυχοθεραπευτής σχέσης είναι πολύ σημαντική για τον προσωποκεντρικό θεραπευτή και η συμπεριφορά-στάση του καθορίζει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Rogers & Sanford, 1989). Η προσωποκεντρική ψυχοθεραπεία εξελίσσεται μέχρι και σήμερα εμπειρικά (μέσα από τη θεραπεία μεγάλου εύρους πελατών και αφομοιώνοντας τα ερευνητικά ευρήματα) και δίνει έμφαση στα φιλοσοφικά ζητήματα που απορρέουν από την πρακτική της ψυχοθεραπείας.

Η πελατοκεντρική θεραπεία διακρίνεται από τα υπόλοιπα μοντέλα στο ότι θεωρεί ότι το ιατρικό πρότυπο της διάγνωσης, παθολογίας και θεραπείας δεν είναι το πλέον ενδεδειγμένο για τη διαχείριση ψυχολογικά διαταραγμένων ατόμων. Η θεραπεία στοχεύει στην αλλαγή του τρόπου που ο πελάτης βιώνει την αμεσότητα των εμπειριών του (η δυνατότητα να ζει πλήρως κάθε στιγμή) και συνεπώς δίνει έμφαση στο παρόν, στα συναισθήματα του πελάτη και στην ίδια τη διαδικασία της θεραπείας και όχι άμεσα στη δομική αλλαγή της προσωπικότητας του ατόμου. Επιπρόσθετα, θεωρείται ότι οι αρχές της ψυχοθεραπείας μπορούν να εφαρμοστούν σε όλα τα άτομα ανεξάρτητα από το αν έχουν κατηγοριοποιηθεί ως νευρωτικά, ψυχωτικά κλπ. Τέλος, η εξέλιξη και ο τερματισμός της θεραπείας γίνεται σύμφωνα με τον ρυθμό και τις ανάγκες κάθε πελάτη.

5.Δ. Ομαδική Ψυχοθεραπεία, Ψυχόδραμα, Ομάδες Αυτοβοήθειας

Η *ομαδική ψυχοθεραπεία*, φαινόμενο με ρίζες στον αρχαίο κόσμο και θρησκείες, πρόσθεσε στην παλέτα των ψυχοθεραπευτικών μεθόδων τον πολύ σημαντικό κοινωνικό παράγοντα του «ανήκειν», ο οποίος έχει διαβρωθεί στη σύγχρονη ατομικιστική κοινωνία (Rosenbaum, Lakin & Roback, 1995). Με την τωρινή μορφή της εμφανίζεται κυρίως μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, όπου οι ελλείψεις σε κλινικό προσωπικό στα στρατιωτικά νοσοκομεία οδήγησαν σε χρήση ομάδων θεραπείας εξαιτίας, επιπλέον, της πληθώρας των ασθενών.

Σήμερα η ομαδική ψυχοθεραπεία καταλαμβάνει ένα σημαντικό κομμάτι της πρακτικής των θεραπευτών. Αναφέρεται σε ένα είδος θεραπείας όπου επιλεγμένοι ασθενείς σχηματίζουν μια ομάδα με την καθοδήγηση ή το συντονισμό του θεραπευτή (ο οποίος μπορεί να λαμβάνει «ηγετικό» ή συμμετοχικό ρόλο στην ομάδα). Ο σκοπός της ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι η βελτίωση της διαταραγμένης συμπεριφοράς κάθε συμμετέχοντα διαμέσου των αλληλεπιδράσεων των μελών της ομάδας (Sadock, 1989). Η επιλογή των συμμετεχόντων, το μέγεθος της ομάδας, ο χρόνος κάθε συνάντησης και ο τρόπος αλληλεπίδρασης της ομάδας και του θεραπευτή διαφέρουν ανάλογα με τον θεραπευτικό σκοπό της ομάδας και την θεωρητική προσέγγιση του θεραπευτή. Τα στοιχεία της αλληλοϋποστήριξης, της συνεκτικότητας, της προσωπικής

αποκάλυψης, του ελέγχου της πραγματικότητας στην ομάδα είναι ορισμένοι παράγοντες που συμβάλλουν στην προσωπική αλλαγή κάθε μέλους, αν και δεν υπάρχει μία καθολικά αποδεκτή θεωρία για τη λειτουργία των ψυχοθεραπευτικών ομάδων μέχρι σήμερα.

Ανάλογα με το θεωρητικό υπόβαθρο του θεραπευτή-συντονιστή έχουν διαμορφωθεί διαφορετικές προσεγγίσεις στην ομαδική ψυχοθεραπεία: ομάδες με ψυχαναλυτικό/ψυχοδυναμικό προσανατολισμό (για παράδειγμα με επιρροή από την θεωρία του A. Adler ή των Νεο-Φροϋδικών), ομάδες με γνωσιακό-συμπεριφορικό ή προσωποκεντρικό προσανατολισμό, επηρεασμένες από την θεραπεία Gestalt κ.α. Σύμφωνα με τους Rosenbaum, Lakin & Roback (1995) μόνο ένα θεωρητικό ρεύμα δεν συμπεριέλαβε επίσημα την ομαδική ψυχοθεραπεία στις πρακτικές του, η αναλυτική ψυχολογία του C. Jung.

Το *Ψυχόδραμα* (Rosenbaum, Lakin & Roback, 1995), με ιδρυτή τον J. L. Moreno, στηρίζεται στην ιδέα ότι οι διαταραγμένες σχέσεις του ατόμου με οικεία πρόσωπα, όπως συγγενείς ή φίλους, προκαλούν συναισθηματικές εντάσεις που οδηγούν ενίοτε σε πραγματικές διαταραχές. Η βελτίωση αυτών των δυσλειτουργιών επέρχεται μέσα από τη δραματοποίηση ή αναπαράσταση των οδυνηρών συνθηκών, σκέψεων, συναισθημάτων κλπ. του ατόμου, το οποίο αναλαμβάνει ρόλους μέσα στην ομάδα. Αυτή η τεχνική οδηγεί στην κάθαρση και εκτόνωση ψυχοσυναισθηματικών εντάσεων. Η πρακτική του ψυχοδράματος στηρίζεται στην καθοδήγηση του θεραπευτή με την οποία δραματοποιούνται συμβάντα, σκέψεις, συναισθήματα ενός μέλους, με τη βοήθεια συνήθως κάποιου ή κάποιων μελών (βοηθητικό Εγώ) και την παρατήρηση του κοινού, δηλαδή των υπολοίπων μελών (Sadock, 1989). Χρησιμοποιούνται τεχνικές όπως το παιχνίδι ρόλων ή η αντιστροφή ρόλων, ο μονόλογος, ο καθρέφτης κα.

Ένα ακόμη φαινόμενο ομαδικής ψυχοθεραπείας που αναπτύσσεται έντονα στις μέρες μας είναι οι *ομάδες αυτοβοήθειας* (Rosenbaum, Lakin & Roback, 1995). Πρόκειται για θεραπευτικές ομάδες που λαμβάνουν χώρα χωρίς τη συνδρομή κάποιου «ειδικού επιστήμονα». Ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνονται και ο σκοπός τους καλύπτει μεγάλο φάσμα λειτουργιών από προσωπικά, κοινωνικά έως πολιτικά θέματα (ομάδες τερματικών ασθενών, κακοποιημένων γυναικών, ανώνυμοι αλκοολικοί κλπ.). Η αποτελεσματικότητά τους έχει αποδοθεί στην ατομική αντίδραση σε κοινές δεινές εμπειρίες, αν και θα ήταν πολύ βοηθητικό για τους θεραπευτές να εξετάσουν πως αυτές οι ομάδες τελικά λειτουργούν χωρίς την συνδρομή της «επιστήμης»!

5.Ε. Οικογενειακή Θεραπεία

Ο όρος «θεραπεία οικογένειας» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1950 από τον αμερικανό ψυχίατρο N. Ackerman (Bloch & Harari, 2008). Η οικογενειακή θεραπεία είναι ένα ερευνητικό και κλινικό ρεύμα που ξεκίνησε περίπου την ίδια περίοδο με τις μελέτες οικογενειακών συστημάτων σχιζοφρενών ασθενών[41]. Στηρίζεται στην ιδέα ότι η ατομική ψυχολογική ή/και συμπεριφορική δυσλειτουργία είναι εκδήλωση κάποιου προβλήματος στο οικογενειακό σύστημα (Lansky, 1989). Οι πνευματικές ρίζες της λεγόμενης και ως συστημικής θεωρίας ανάγονται στην ανθρωπολογία και στην κυβερνητική (cybernetics). Η συστημική θεραπεία εστιάζει στο σύστημα το οποίο παράγει το πρόβλημα του θεραπευόμενου, ενώ η ύφεση των συμπτωμάτων, αν και δεν είναι πρωταρχικός στόχος των θεραπευτών, μπορεί, σε πρώτο επίπεδο, να συμβάλλει στον προσδιορισμό δυσλειτουργικών όψεων του συστήματος.

Σήμερα μπορούν να εντοπιστούν πολλά διαφορετικά είδη οικογενειακής θεραπείας. Συνοπτικά, τα μοντέλα οικογενειακής θεραπείας ακολουθούν αντίστοιχες ψυχολογικές θεωρίες και είναι τα ακόλουθα (Lansky, 1989):

α) Δομικό μοντέλο (structural) οικογενειακής θεραπείας των Minuchin, Montalvo,
β) Στρατηγικό Μοντέλο (Strategic) που επεξεργάστηκε η ομάδα του Palo Alto (με πρωτεργάτη τον Bateson), ο J. Haley και η ομάδα του Μιλάνου (στην βιβλιογραφία ονομάζονται και Communication Theorists),
γ) Μοντέλο Συμπεριφορικής-Κοινωνικής Ανταλλαγής (Behavioural-Social Exchange) των Liberman, Patterson & Alexander,
δ) Ψυχοδυναμικό μοντέλο των Ackerman, Framo, Lidz, Meissner κ.α.,
ε) Μοντέλο οικογενειακών συστημάτων του Bowen και
στ) το Υπαρξιακό Μοντέλο των Satir & Whitaker.

Κάθε μοντέλο διαφοροποιείται στην αιτιολογία που δίνει για την οικογενειακή παθολογία και κατ' επέκταση στους θεραπευτικούς στόχους. Για παράδειγμα, το στρατηγικό μοντέλο ορίζει το σύμπτωμα ως μία πράξη επικοινωνίας μέσα στο οικογενειακό πρότυπο συνδιαλλαγών, ενώ το ψυχοδυναμικό μοντέλο δίνει έμφαση στις άλυτες συγκρούσεις και απώλειες στην οικογένεια προέλευσης μέσα από μία διαδικασία προβολής στην τωρινή οικογένεια με τη μορφή συμπτωμάτων.

5.ΣΤ. Άλλα είδη ψυχοθεραπείας, «Σύνθεση» θεωριών, Συμβουλευτική

Η ψυχοθεραπεία ως δυναμικό φαινόμενο απαντά στις συνεχώς διαφοροποιούμενες ανάγκες των ατομικών, κοινωνικών, πολιτικών, πολιτισμικών και άλλων φαινομένων. Υπάρχουν πολλά είδη ψυχοθεραπείας, εκτός από όσα

[41] Ωστόσο, η θεώρηση της οικογένειας στο θεραπευτικό πλάνο υπήρχε πολύ παλαιότερα, ήδη από την εποχή των παραδοσιακών θεραπευτών-μάγων. Θυμίζουμε επίσης, τη διάσημη θεραπεία του μικρού Χανς από τον S. Freud.

αναφέρθηκαν στο παρόν κεφάλαιο, όπως η θεραπεία ζεύγους, η θεραπεία σεξουαλικών δυσλειτουργιών, η παιδική ψυχοθεραπεία, η ψυχοφυσιολογική θεραπεία, η θεραπεία κρίσεων κα. Τα είδη ψυχοθεραπείας έχουν υπολογιστεί σε πάνω από 400 (Arkowitz, 1995), ενώ πλέον είναι πολύ συχνό το φαινόμενο συνδυασμού διαφορετικών θεωριών στη δημιουργία νέων ψυχοθεραπευτικών μοντέλων. Το πιο κλασικό παράδειγμα αυτής της «σύμπραξης» είναι η συμπεριφορική-γνωσιακή ψυχοθεραπεία (η οποία ήδη παρουσιάστηκε), ενώ μπορεί να αναφερθεί η γνωσιακή-υπαρξιακή ψυχοθεραπεία (Schacht & Strupp, 1989) και η πιο γνωστή γνωσιακή-αναλυτική ψυχοθεραπεία (Ryle, 1990).

Σύμφωνα με τον Stricker (2006) σήμερα υπάρχουν τέσσερις διαφορετικές προσεγγίσεις στη σύνθεση ψυχοθεραπειών που ποικίλλουν από την ερευνητική τεκμηρίωση και θεωρητική λογική στην οποία βασίζονται έως την προσωπική επιλογή του κλινικού. Αναφέρεται η θεωρητική σύνθεση (theoretical integration), ο τεχνικός εκλεκτισμός (technical eclecticism), η προσέγγιση των κοινών παραγόντων (common factors approach) και η αφομοιωτική σύνθεση (assimilative integration). Στην συνέχεια παραθέτω τις τρεις από τις τέσσερις προσεγγίσεις, με την εξαίρεση αυτής των κοινών παραγόντων, η οποία θα παρουσιαστεί αναλυτικά στο δεύτερο κεφάλαιο της διατριβής.

Η σκέψη για τη σύνθεση διαφόρων θεωριών (theoretical integration), και συγκεκριμένα της ψυχαναλυτικής θεωρίας και του συμπεριφορισμού ξεκίνησε περίπου το 1970 από τον L. P. Wachtel με το κλασικό του πλέον βιβλίο "Psychoanalysis and Behavior Therapy: Toward an Integration" (Wachtel, 1997), ενώ την επόμενη δεκαετία αναπτύχθηκε πολύ έντονα από τους Schacht, Gill, Franks, Messer & Winokur (Arkowitz, 1995). Σήμερα οι δημοσιευμένες μελέτες αναφορικά με τη σύνθεση θεωριών είναι αυξανόμενες και επεκτείνονται σε όλες τις θεωρητικές προσεγγίσεις, όπως η προαναφερόμενη γνωσιακή-αναλυτική θεραπεία. Η θεωρητική σύνθεση είναι μία περίπλοκη προσέγγιση στην οποία ενσωματώνονται συστηματικά αρκετές θεωρίες, παράγοντας ένα νέο σχήμα, στο οποίο λαμβάνονται υπόψιν περισσότεροι παράγοντες από ότι σε μία προσέγγιση.

Πέρα όμως από την επίσημη ιστορική διαδρομή, οι επαγγελματίες ψυχοθεραπευτές στην πρακτική τους ενσωματώνουν στοιχεία ή τεχνικές που θεωρούν βοηθητικά για τους θεραπευόμενούς τους, χωρίς απαραίτητα να είναι προσκολλημένοι σε ένα «δόγμα». Η κλινική πρακτική δεν βασίζεται μονόπλευρα σε κάποια θεωρία, αλλά στην κρίση και την εμπειρία του θεραπευτή. Αν και το τελευταίο φαινόμενο έχει ονομαστεί (τεχνικός) εκλεκτισμός και συχνά κατηγορείται για έλλειψη θεωρητικού υπόβαθρου (κάτι που οι συνθετικές θεωρίες υποστηρίζουν), η ψυχοθεραπευτική πρακτική ενέχει πάντα το στοιχείο της

προσωπικότητας και υποκειμενικής εμπειρίας του θεραπευτή, κάτι που δεν μπορεί να ελεγχθεί ή οριοθετηθεί από μία θεωρητική εκπαίδευση.

Τέλος, η πιο σύγχρονη προσπάθεια σύνθεσης θεωριών προέρχεται από τον Messer [Messer, (1992), όπως παρατίθεται από τους Stricker, (2006), Messer, (2001), Messer, (2006)] με τον όρο «αφομοιωτική σύνθεση». Ένα βασικός και κεντρικός θεωρητικός προσανατολισμός του θεραπευτή προϋπάρχει, αλλά αφομοιώνονται τεχνικές από άλλες προσεγγίσεις, όταν θεωρείται αναγκαίο για τη διευκόλυνση της προόδου του ασθενούς. Η θεωρία της αφομοιωτικής σύνθεσης προσομοιάζει με τον τεχνικό εκλεκτισμό, παρουσιάζοντας ωστόσο θεωρητική τεκμηρίωση.

Ένας λειτουργικός ορισμός των ψυχοθεραπευτικών πρακτικών δεν θα μπορούσε παρά να συμπεριλάβει και την επαγγελματική δραστηριότητα της συμβουλευτικής. Η *συμβουλευτική,* προερχόμενη από εθελοντικά κινήματα κατά τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο, είναι δύσκολο να οριστεί, καθώς υπάρχει έλλειψη διαχωρισμού ορίων ανάμεσα σε αυτή και την ψυχοθεραπεία και στις μεθόδους που χρησιμοποιούνται. Είναι όμως ευρύτατα διαδεδομένη και χρησιμοποιείται ως «*διαδικασία της βοήθειας και καθοδήγησης των ασθενών, από ένα εκπαιδευμένο πρόσωπο σε επαγγελματική βάση, κατά τη διαδικασία επίλυσης προσωπικών, κοινωνικών ή ψυχολογικών προβλημάτων και δυσκολιών...Ο όρος συμβουλευτική περιλαμβάνει ποικίλες δράσεις όπως παροχή πληροφοριών, συμβουλές, καθοδήγηση και βοηθητικές δραστηριότητες, οι οποίες συγχωνεύονται με συγκεκριμένες ψυχολογικές θεραπείες*» (Hobbs & Sanders, 2008, σελ. 1861). Η ανάπτυξη της συμβουλευτικής διαφαίνεται και από το ότι σε αρκετά Παν/μια υπάρχει πλέον τομέας συμβουλευτικής ψυχολογίας που εκπαιδεύονται ειδικοί επιστήμονες.

Η συμβουλευτική εφαρμόζεται είτε συμπληρωματικά με άλλες παρεμβάσεις όπως η φαρμακοθεραπεία, είτε ως συγκεκριμένη παρεμβατική θεραπευτική διαδικασία. Ο συσχετισμός της με τις ψυχοθεραπείες είναι πολύπλοκος καθώς, τόσο θεωρητικά όσο και πρακτικά, η συμβουλευτική ενσωματώνει διάφορα στοιχεία από τα κυρίαρχα μοντέλα ψυχοθεραπείας. Έτσι αναγνωρίζεται η ψυχοδυναμική, διαπροσωπική, πελατοκεντρική και γνωσιακή-συμπεριφορική συμβουλευτική (Hobbs & Sanders, 2008). Επίσης, υπάρχει το μοντέλο επίλυσης προβλημάτων και η συμβουλευτική σε καταστάσεις κρίσης. Σε γενικές γραμμές η θεραπευτική συμμαχία είναι βασική προϋπόθεση και της συμβουλευτικής, ενώ η αποτελεσματικότητά της σε καταστάσεις άγχους, πένθους, κατάθλιψης ή διαπροσωπικών δυσκολιών είναι αναγνωρισμένη. Το πεδίο εφαρμογής συμβουλευτικών υπηρεσιών καλύπτει πολλούς τομείς, όπως η πρωτοβάθμια περίθαλψη, το γενικό νοσοκομείο, οι φοιτητικές ή εθελοντικές συμβουλευτικές υπηρεσίες και οι υπηρεσίες συμβουλευτικής προσωπικού στον εργασιακό χώρο.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

«Θεραπεία ψυχολογικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών μέσω της διαπροσωπικής επικοινωνίας μεταξύ του/των ασθενούς/ών και ενός εκπαιδευμένου θεραπευτή ή συμβούλου με σκοπό τη βελτίωση ή απαλλαγή από υπάρχοντα συμπτώματα ή και την προσωπική ανάπτυξη του ασθενούς, χωρίς τη συνδρομή ψυχοτρόπων φαρμάκων...» είναι ο κλασικός ορισμός της σύγχρονης, δυτικής ψυχοθεραπείας ο οποίος συναντάται στις περισσότερες εγκυκλοπαιδικές πηγές[42]. Η διαδρομή όμως της ψυχοθεραπευτικής τεχνικής από τα σπάργανά της έως τον 21ο αιώνα είναι ενδιαφέρουσα και πολυδιάστατη, οριζόμενη από ποικίλους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας.

Στο παρόν κεφάλαιο έγινε προσπάθεια να παρουσιαστούν επιλεκτικά στοιχεία αναφορικά με τη γέννηση και ιστορική διαδρομή της ψυχοθεραπείας με απώτερο σκοπό να οριστεί όσο το δυνατόν πιο λειτουργικά ο πυρήνας της διατριβής, δηλαδή η ψυχοθεραπεία. Τόσο η ιστορική αναδρομή, όσο και τα θεωρητικά ψυχοθεραπευτικά μοντέλα που αναφέρθηκαν, είχαν σκοπό να αναδείξουν την πολυπλοκότητα και το ευρύ φάσμα εφαρμογών της ψυχοθεραπείας.

Ως φροντίδα άμβλυνσης της ανθρώπινης οδύνης, η ψυχοθεραπεία εμφανίζεται σχεδόν ταυτόχρονα με τις πρώτες οργανωμένες ανθρώπινες κοινότητες. Σταδιακά η ψυχοθεραπευτική πρακτική ενσωματώνεται σε πολλές και διαφορετικές πρακτικές που αντιστοιχούν στα κοινωνικά, πολιτισμικά και πολιτικά «ρεύματα» της αντίστοιχης ιστορικής περιόδου· αναφέρθηκα ήδη στις σαμανιστικές θεραπείες, στα διδάγματα των αρχαίων ανατολικών θρησκειών, στον αρχαιοελληνικό καλλιτεχνικό και επιστημονικό λόγο, στη χριστιανική εξομολόγηση και τον εξορκισμό, στην «ηθική θεραπεία» της περιόδου του Διαφωτισμού, στον μεσμερισμό, την ύπνωση, τη φροϋδική ψυχανάλυση και στις εξελίξεις των τελευταίων δύο αιώνων οι οποίες έλαβαν χώρα στα πεδία της ψυχιατρικής, της νευρολογίας και της ψυχολογίας. Το πλαίσιο στο οποίο διαμορφώθηκε η σύγχρονη, δυτική μορφή της «δια λόγου θεραπείας» ορίζουν τόσο οι επιστημονικές ανακαλύψεις όσο και οι κοινωνικοπολιτικές αλλαγές στην Ευρώπη και Αμερική του 19ου και 20ου αιώνα.

Τους τελευταίους δύο αιώνες η επιστήμη και συγκεκριμένα η ιατρική, παραλαμβάνει τα ηνία της ψυχοθεραπείας από τη μαγεία, τη φιλοσοφία και τη θρησκεία. Ο ιατρός αντικαθιστά το Σαμάνο, το φιλόσοφο και τον ιερέα. Φυσική συνέπεια αυτής της πραγματικότητας είναι η ανάγκη να οριστεί, να διερευνηθεί και τελικά να «ιατρικοποιηθεί» το αντικείμενο της θεραπείας, εφόσον εντάσσεται

[42] Λ.χ. στην εγκυκλοπαίδεια Britannica (www.Britannica.com)

καταρχήν στο πλαίσιο μελέτης και κυρίως πρακτικής των ψυχιάτρων και των νευρολόγων. Οι ιστορικές ανακατατάξεις του 20ου αιώνα δίνουν το έναυσμα για σημαντικές αλλαγές και στην ψυχοθεραπεία. Όλες οι κοινωνικές επιστήμες εναπόκειται το «έργο» της διαχείρισης του πληθυσμού σε περιόδους κοινωνικής ή οικονομικής κρίσης, γεγονός που προσδίδει στην ψυχοθεραπεία ένα σημαντικό κίνητρο ύπαρξης και εξέλιξης. Συγκεκριμένα, είναι οι τραγικές συνέπειες των δύο παγκόσμιων πολέμων που θα «ανοίξουν» τον σκοτεινό χώρο των συνεδριών και για επαγγελματίες υγείας εκτός των αποφοίτων της ιατρικής, ιδίως για τους κλινικούς ψυχολόγους. Η χορήγηση κρατικών κονδυλίων για ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα στον τομέα της ψυχοθεραπείας γίνεται πραγματικότητα και εντάσσει στους κυβερνητικούς προϋπολογισμούς, κατά κύριο λόγο στις ΗΠΑ, την αναγνωριζόμενη επιστήμη.

Η ψυχοθεραπεία εφαρμόζεται σταδιακά όλο και περισσότερο στο ευρύ κοινό, γεγονός που οδηγεί στο να γίνει αντικείμενο ενδελεχούς έρευνας με σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και τεχνικών. Όμως συναφής ανάγκη της παροχής της ψυχοθεραπείας είναι και η «απόδειξη» της αποτελεσματικότητάς της. Αναδύονται θεμιτά ερευνητικά ερωτήματα όπως το ποιες είναι οι καταλληλότερες θεραπείες για τη βελτίωση συγκεκριμένων διαταραχών, ποιοι είναι οι παράγοντες που διευκολύνουν ή όχι το θεραπευτικό αποτέλεσμα, πως συνδυάζεται ή αντικαθιστά η ψυχοθεραπεία τη χορήγηση φαρμάκων, ποια είναι η σχέση και το κόστος μεταξύ της διάρκειας της παρέμβασης και του θεραπευτικού αποτελέσματος· ερωτήματα που αντιμετώπισε με θέρμη η επιστημονική κοινότητα και οδήγησαν τα τελευταία είκοσι χρόνια σε διαμάχες και διαξιφισμούς ανάμεσα στους υπέρμαχους διαφορετικών ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων. Η «απόδειξη» της αποτελεσματικότητας κάθε προσέγγισης έφερε, όπως θα παρουσιαστεί στα επόμενα κεφάλαια, αλλαγές τόσο στο ερευνητικό, όσο και στο εκπαιδευτικό και θεωρητικό κομμάτι της ψυχοθεραπείας.

Το κίνητρο που αναδόμησε όμως την ανάγκη για αποτελεσματικότητα δεν μπορεί να αναζητηθεί μόνο στους θεμιτούς επιστημονικούς και δεοντολογικούς λόγους. Όπως αναφέρει ο Ποταμιάνος (2000), η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας αναφέρεται σε τρία επίπεδα ανάλυσης: στο ατομικό, στο επιστημονικό-επαγγελματικό και στο κοινωνικό-πολιτισμικό-οικονομικό. Η ψυχοθεραπεία, ως κομμάτι της φροντίδας του ασθενούς, έχει πλέον ενταχθεί στα κρατικά και ιδιωτικά συστήματα υγείας, τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική. Είναι λογικό λοιπόν να σκεφτούμε ότι παράλληλα με την επιστήμη, τα ηνία παίρνει ένας άλλος κινητήριος μοχλός της σύγχρονης κοινωνίας στον «έλεγχο» της ψυχοθεραπείας· η πολιτική και η οικονομία, και συγκεκριμένα η οικονομία της υγείας. Πως θα μπορούσε εξάλλου η ψυχοθεραπεία να αποκλειστεί από τους κρατικούς προϋπολογισμούς ή από τις ασφαλιστικές εταιρείες όταν

χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο από τους πολίτες και μάλιστα όταν θεωρείται «επιστημονική» παρέμβαση για την ψυχική νόσο;

Είναι φανερό ότι η ψυχοθεραπεία και συγκεκριμένα το αίτημα για αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων, δεν μπορεί να μελετηθεί μόνο στο στενό πλαίσιο των ακαδημαϊκών ερευνών. Εξελίσσεται και μεταλλάσσεται παράλληλα με τις κοινωνικοπολιτικές αλλαγές κάθε ιστορικής στιγμής, γεγονός που αναδείχθηκε μέσω της ιστορικής αναδρομής αυτού του κεφαλαίου. Στόχος μου είναι λοιπόν να εντάξω την μελέτη της ψυχοθεραπείας στο ευρύτερο περιβάλλον εξέλιξής της, στο σύγχρονο κοινωνικό γίγνεσθαι και να μελετήσω τις αλληλεπιδράσεις που λαμβάνουν χώρα στο κομμάτι της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας. Με βάση τα παραπάνω, στο επόμενο βήμα της μελέτης θα διερευνηθεί η εξέλιξη στην έρευνα της ψυχοθεραπείας από τα πρώτα βήματα στην δεκαετία του 1950 μέχρι και το σύγχρονο κομμάτι του «evidence-based psychotherapy». Μέσα σε αυτό το πλαίσιο αναφοράς θα μπορέσει να γίνει κατανοητή η ανάγκη και ο τρόπος διαμόρφωσης του αιτήματος για τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ
Η ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: Ιστορική Εξέλιξη-Κύριοι Τομείς Έρευνας

Does simply talking with patients produce real changes in them?
O'Brien C. & Woody G. (1989)

Εδώ και αρκετούς αιώνες η επιστήμη αποτελεί τον θεματοφύλακα της αλήθειας για το δυτικό κόσμο. Από τη φιλοσοφική σύλληψη του θετικισμού, που αναπτύχθηκε αρχικά στο χώρο των φυσικών επιστημών, απορρέει η πεποίθηση ότι υπάρχουν αντίστοιχοι «νόμοι» που κυβερνούν τόσο την κοινωνία όσο και το άτομο, και οι οποίοι, χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες μεθόδους ανάλυσης, θα μπορέσουν να ανακαλυφθούν. Παράλληλα, η σταδιακά αυξανόμενη εμπιστοσύνη των πολιτών στις τεκμηριωμένες αποδείξεις, τις καθιστούν πλέον αναγκαία προϋπόθεση για οποιαδήποτε επίλυση κάθε είδους προβληματισμού.

Υπό αυτή την πραγματικότητα ο S. Freud πρέσβευε ότι η ψυχανάλυση, τόσο στο θεωρητικό όσο και στο πρακτικό της κομμάτι, μπορούσε και έπρεπε να θεωρηθεί επιστημονική μέθοδος[43] και συνεπώς αξιόπιστη στην αποτελεσματικότητά της. Μάλιστα στο βιβλίο του «Εισαγωγή στην Ψυχανάλυση» (Φρόυντ, [1917] 1996) υποστήριζε ότι τα αποτελέσματα της ψυχανάλυσης «*...δεν θα ήταν εφικτά με καμία άλλη μέθοδο*» (σελ. 436). Ο ίδιος όμως δεν εφάρμοσε ποτέ στις ερευνητικές του εργασίες μεθοδολογία που να εμπεριέχει στατιστική ανάλυση δεδομένων. Στήριξε τα επιχειρήματά του περί αποτελεσματικότητας της ψυχανάλυσης βασιζόμενος στις ατομικές μελέτες περιπτώσεων που διεξήγαγε αυτός και οι συνεργάτες του και στην προϋπόθεση ότι οι μεταγενέστεροι ψυχαναλυτές είναι απαραίτητο να εκπαιδευτούν άρτια, δηλαδή σύμφωνα με τις δικές του αρχές, ώστε να παράγουν παρόμοια αποτελέσματα. Παρά τις προσπάθειες του ίδιου του Freud και των συνεχιστών του έργου του να τεκμηριώσουν τα επιτυχή αποτελέσματα της ανάλυσης, οι κριτικές για το εάν και κάτω από ποιές συνθήκες είναι η ψυχανάλυση αποτελεσματική δεν σταμάτησαν να υφίστανται ακόμη και σήμερα (Meyer, 2007). Το ερώτημα περί αποτελεσματικότητας όμως, παραμένει επίκαιρο για πολλές δεκαετίες, συμπεριλαμβάνει όλα τα είδη των ψυχολογικών παρεμβάσεων και έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη μεγάλου εύρους ερευνητικής δραστηριότητας.

[43] Με τον όρο «επιστημονική μέθοδο» εννοώ τη μέθοδο έρευνας κατά την οποία ορίζεται ένα ζήτημα προς διερεύνηση, συλλέγονται σχετικά δεδομένα με τα οποία σχηματίζεται μια υπόθεση και η οποία εξετάζεται εμπειρικά.

Η έρευνα στην ψυχοθεραπεία καλύπτει ένα σημαντικό κομμάτι της κλινικής ψυχολογίας. Ως εφαρμοσμένη κλινική επιστήμη ένας από τους κύριους στόχους της είναι η προστασία και προαγωγή της ευημερίας του ασθενούς προσδιορίζοντας τις αρχές και τις διαδικασίες που διευκολύνουν τα θετικά αποτελέσματα[44] της θεραπείας. Σύμφωνα με τους Strupp & Howard (1995) η ιστορική διαδρομή της έρευνας των ψυχοθεραπευτικών μεθόδων έχει επηρεαστεί από την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων. Ανάμεσα στους κυριότερους παράγοντες συγκαταλέγονται:

α) η συνεχής ανάπτυξη νέων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων και η συναδός επιστημονική απαίτηση για τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς τους,
β) η ανακάλυψη νέων στατιστικών τεχνικών και επιστημονικών μεθοδολογιών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην κλινική έρευνα,
γ) η αυξανόμενη ζήτηση ψυχοθεραπευτικών υπηρεσιών από το κοινό και
δ) η παράλληλη κινητοποίηση των πολιτικών παραγόντων σε θέματα που άπτονται της ποιότητας ζωής και του οικονομικού κόστους που έχουν οι αντίστοιχες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η ερευνητική δραστηριότητα (και στην ψυχοθεραπεία) ορίζεται από τα επιμέρους ερωτηματικά που αναδύονται τόσο από ακαδημαϊκές, όσο και από κοινωνικοπολιτικές απαιτήσεις. Σκοπός μου είναι να παραθέσω τα πλέον σημαντικά ερωτήματα που θέτει η έρευνα των ψυχολογικών παρεμβάσεων από την ιστορική της απαρχή στην αυγή του 20ου αιώνα έως και την τελευταία δεκαετία του. Στο παρόν κεφάλαιο θα δώσω έμφαση στα ερωτήματα που συνδέονται με την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας και κατ' επέκταση με την επιστημονικά τεκμηριωμένη θεραπεία, η οποία θα αποτελέσει τον πυρήνα του επόμενου κεφαλαίου. Συνοδευτικά στοιχεία αυτών των ερωτημάτων θα είναι και οι κυριότερες ερευνητικές απαντήσεις, καθώς και οι προβληματισμοί που απορρέουν από την εξέλιξη της ερευνητικής δραστηριότητας και τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες κάθε χρονικής στιγμής.

1. «ΕΙΝΑΙ Η ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ;»

Η εμφάνιση της έρευνας στην ψυχοθεραπεία ταυτίζεται με την ανάδυση του ερωτήματος της αποτελεσματικότητάς της. Η ψυχαναλυτική παράδοση είναι η πρώτη προσέγγιση που μελετά αυτό το ερώτημα, παρά τις αντιρρήσεις του ιδρυτή της, ο οποίος αντιδρά με σκεπτικισμό στην εμβρυακή στατιστική και έρευνα της ανθρώπινης συμπεριφοράς που υπήρχε τη δεδομένη χρονική περίοδο. Κάτω, ωστόσο, από τις κοινωνικές και ακαδημαϊκές πιέσεις για «αποδείξεις» των αποτελεσμάτων που πρεσβεύει η ψυχανάλυση, ήδη από τη δεκαετία του 1920, τα

[44] Με τον όρο «θετικό αποτέλεσμα» αναφέρομαι στις ενδείξεις βελτίωσης ή ίασης του ασθενούς μετά τη λήξη της θεραπείας.

ψυχαναλυτικά ινστιτούτα άρχισαν να συλλέγουν συστηματικά δεδομένα για τα αποτελέσματα των θεραπειών που διεξάγουν (Strupp & Howard, 1995). Το ψυχαναλυτικό ινστιτούτο του Βερολίνου μάλιστα δημοσιεύει τα αποτελέσματα των ερευνών του το 1930 και ακολουθεί το αντίστοιχο στο Λονδίνο, στο Σικάγο και αλλού.

Αυτές οι μελέτες, με τα σημερινά δεδομένα είναι σαφώς ανεπαρκείς. Μάλιστα ορισμένοι μελετητές, όπως ο F. Sulloway (Borch-Jacobsen, 2007), υποστηρίζουν ότι η έλλειψη επιστημονικής μεθοδολογίας είναι ευκρινής στις ατομικές μελέτες περιπτώσεων του ίδιου του Freud, ο οποίος, αν και διατυπώνει ευφυέστατες υποθέσεις, δεν τις ελέγχει εμπειρικά. Το γεγονός ότι η ψυχαναλυτική εκπαίδευση (με την καθιέρωση της διδακτικής ανάλυσης) «ιδιωτικοποιήθηκε» σε μικρά ψυχαναλυτικά ινστιτούτα, με ευθύνη του ιδρυτή της, είναι, σύμφωνα με τον Sulloway, γεγονός που ισοδυναμεί με τον «*τερματισμό του ελέγχου της εγκυρότητας των υποθέσεων, δηλαδή με απόρριψη των επιστημονικών αρχών...*» και συμπληρώνει, «*...εξαιτίας της ακαμψίας της εκπαιδευτικής μεθόδου της, η ψυχανάλυση έπαψε να είναι επιστήμη...*» (σελ. 58-59).

Όπως αναφέρουν οι Lambert & Bergin (1995), ένα από τα βασικά προβλήματα των πρώιμων αυτών ερευνών ήταν ότι δεν αξιολογούσαν κατά πόσο η βελτίωση των ασθενών οφειλόταν και σε παρεμβαλλόμενους παράγοντες, όπως η ύφεση των συμπτωμάτων με το πέρασμα του χρόνου (αυθόρμητη ύφεση), και όχι στην ίδια την παρέμβαση. Τη δεκαετία του 1930 εμφανίζονται και οι πρώτες μη ψυχαναλυτικές προσπάθειες έρευνας των θεραπευτικών παρεμβάσεων, οι οποίες όμως χαρακτηρίζονταν από μικρά δείγματα ασθενών, ασάφεια διαγνώσεων και μη επαρκή περιγραφή της θεραπευτικής διαδικασίας.

Την επόμενη δεκαετία παρουσιάζεται μία παύση στη δημοσίευση ερευνών από τα ψυχαναλυτικά ινστιτούτα. Οι Strupp & Howard (1995) εύστοχα σημειώνουν ότι η μείωση των δημοσιεύσεων πιθανόν οφείλεται στα απογοητευτικά αποτελέσματα των ερευνών, τα οποία θα ενέτειναν τις ήδη υπάρχουσες κριτικές στο ψυχαναλυτικό κίνημα. Οι δεινές συνθήκες που επικρατούν κατά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο διευκολύνουν μόνο τις γνωστές αποτρόπαιες ερευνητικές «δραστηριότητες» των συνεργατών του Χίτλερ στα στρατόπεδα συγκέντρωσης...

Η σύγχρονη έρευνα στην ψυχοθεραπεία σηματοδοτείται το 1952 από το γνωστό δημοσίευμα του Βρετανού ψυχολόγου, H. J. Eysenck "The Effects of Psychotherapy: An Evaluation" (Eysenck, 1952). Ο συγγραφέας κάνει ανασκόπηση 24 δημοσιευμένων μη ελεγχόμενων ερευνών (από ψυχοδυναμικές και μη προσεγγίσεις) για τα αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας, τα οποία συγκρίνει με δύο ομάδες ελέγχου ασθενών, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν σε δημόσια νοσοκομεία των ΗΠΑ και σε γενικούς

ιατρούς, χωρίς όμως να λάβουν ψυχοθεραπεία. Το ανωτέρω άρθρο καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ψυχοθεραπεία (ψυχαναλυτική και μη) δεν έχει καλύτερο αποτέλεσμα από τη μη παροχή θεραπείας στους ασθενείς με νευρωτικές διαταραχές. Στο ίδιο συμπέρασμα (η παροχή ψυχοθεραπείας έχει την ίδια αποτελεσματικότητα με την μη παροχή) καταλήγει σε παρόμοιο άρθρο του το 1957 και ο Levitt, ο οποίος εξέτασε την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας σε παιδιά και εφήβους (Levitt, 1957). Ακολούθως, ο Eysenck προτείνει να σταματήσει η εκπαίδευση των κλινικών ψυχολόγων ως ψυχοθεραπευτών, έως ότου αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας. Αυτή η πρόταση όμως είχε τις ακριβώς αντίθετες συνέπειες από τις προσδοκίες του συγγραφέα. Οι αντιδράσεις των θεραπευτών και ερευνητών υπήρξαν καταιγιστικές, επιχειρηματολογώντας εναντίον των δεδομένων, της μεθοδολογίας και των κινήτρων του συγγραφέα, δίνοντας κατ' αυτό τον τρόπο τεράστια ώθηση στην έρευνα για την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων.

Οι δημοσιεύσεις που ακολουθούν στις δεκαετίες 1950-1970 έχουν ως κύριο στόχο να απαντήσουν στο ερώτημα της αποτελεσματικότητας, αξιολογώντας τη βελτίωση ή μη των ασθενών με μετρήσεις της κλινικής τους εικόνας πριν και μετά την ψυχοθεραπεία (Ποταμιάνος, 2000). Ο ερευνητικός τους σχεδιασμός περιλαμβάνει κυρίως κατανομή ασθενών με παρόμοια ψυχοπαθολογία σε ομάδες ατόμων που κάνουν ψυχοθεραπεία, σε ομάδες ελέγχου με ή χωρίς λίστα αναμονής[45], ώστε να είναι δυνατή η σύγκριση ομάδων που λαμβάνουν ή όχι θεραπεία. Το γενικότερο συμπέρασμα των ερευνών αυτής της περιόδου είναι ότι η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας είναι περιορισμένης εμβέλειας, κυρίως εξαιτίας της επιδείνωσης μερίδας ασθενών[46] και της αυθόρμητης ύφεσης μερίδας

[45] Για λόγους δεοντολογίας οι ομάδες ελέγχου αντικαταστάθηκαν σε ορισμένες έρευνες με ασθενείς που λάμβαναν θεραπεία μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα (wait-list control groups).

[46] Η μελέτη των αρνητικών αποτελεσμάτων της ψυχοθεραπείας (δηλαδή των περιπτώσεων που επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια ή μετά την παρέμβαση) είναι σπάνια στην αντίστοιχη βιβλιογραφία. Η ελλιπής ερευνητική δραστηριότητα οφείλεται εν μέρει στο ότι είναι δύσκολο να συλλεχθεί μεγάλο δείγμα ασθενών που χειροτέρεψαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας, έτσι ώστε να διεξαχθεί έρευνα με όρους αξιοπιστίας, κυρίως επειδή τα αρνητικά αποτελέσματα παρατηρούνται σε μικρή μερίδα ασθενών. Επιπρόσθετα, η εμπειρική μελέτη ασθενών που επιδεινώνονται κατά τη θεραπευτική διαδικασία δεν συνάδει με τη δεοντολογική αρχή της προστασίας του ασθενούς που συμμετέχει σε έρευνα.
Μία ενδιαφέρουσα ανασκόπηση σχετικά με τα αρνητικά αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας κάνει ο Mohr (1995), όπου μελετά 46 έρευνες σχετικά με ψυχοθεραπεία σε ενηλίκους, μη ψυχωτικούς ασθενείς. Καταλήγει στο ότι η επιδείνωση σχετίζεται με ορισμένα χαρακτηριστικά του ασθενούς, του θεραπευτή, αλλά και της ίδιας της παρέμβασης. Συγκεκριμένα, φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στα αρνητικά θεραπευτικά αποτελέσματα και τις ακόλουθες μεταβλητές-χαρακτηριστικά (Mohr, 1995):
Α) Ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, με ιδεοψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή ή με σοβαρές διαπροσωπικές δυσκολίες.
Β) Άτομα με μειωμένα κίνητρα ή με προσδοκίες «ανώδυνης» βελτίωσης από τη θεραπεία, δηλαδή άτομα που δεν είναι διατεθειμένα να καταβάλλουν προσωπική προσπάθεια.
Γ) Θεραπευτές με ελλιπή τεχνική, με έλλειψη ενσυναίσθησης, που υποεκτιμούν τη σοβαρότητα των προβλημάτων του ασθενούς, που διαφωνούν με τον ασθενή για την στοχοθέτηση της θεραπείας.
Δ) Τέλος, η αδυναμία του θεραπευτή να διαχειριστεί την αντιμεταβίβαση και η προσήλωσή του σε συχνές ερμηνείες της μεταβίβασης.

νευρωτικών ασθενών (Ποταμιάνος, 2000). Όπως αναφέρει ο Garfield (1995) «*η ψυχοθεραπεία εθεωρείτο θεραπεία κάποιας ισχύος, αλλά θα ήταν "για καλό ή για κακό"*» (σελ. 352).

Η μειωμένη αξιοπιστία της ψυχοθεραπείας σύντομα θα αμφισβητηθεί. Οι συστηματικές ανασκοπήσεις των τότε ερευνών δείχνουν ότι η ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους μπορεί να είναι διφορούμενη. Συγκεκριμένα, τα αδύναμα σημεία τους συνίστανται κατά κύριο λόγο στο ότι:
- Πρώτον, οι ερευνητές δεν έκαναν τυχαία κατανομή των ασθενών στις πειραματικές συνθήκες (για παράδειγμα, επέλεγαν ως ομάδα ελέγχου ασθενείς με "ελαφριά" συμπτωματολογία, όσους είχαν αρνηθεί ή σταματήσει πρόωρα τη θεραπεία ή άτομα χωρίς κάποια ψυχοπαθολογία).
- Δεύτερον, δεν οριοθετούσαν με τα ίδια κριτήρια (για παράδειγμα την ίδια διάγνωση) την πειραματική και την ομάδα ελέγχου, όπως και τις μετρήσεις πριν και μετά τη θεραπεία (για παράδειγμα, ο χρόνος αναμονής της ομάδας ελέγχου ήταν μικρότερος από τον χρόνο θεραπείας της πειραματικής ομάδας), με αποτέλεσμα τόσο οι ομάδες, όσο και οι μετρήσεις να μην είναι κατ' ουσίαν ισοδύναμες και συγκρίσιμες (Lambert & Bergin, 1995).

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα των ερευνών μέχρι και το 1970 είναι συχνά αντιφατικά, επειδή η ακολουθούμενη μεθοδολογία δεν λάμβανε υπόψη τις μεταβλητές που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπειών, όπως το είδος της ψυχολογικής παρέμβασης, το προφίλ του θεραπευτή και τα χαρακτηριστικά των ασθενών (και του περιβάλλοντός τους) που αναζητούν ή παραπέμπονται σε θεραπεία. Η πρόοδος όμως στο σχεδιασμό και έλεγχο της εσωτερικής και εξωτερικής εγκυρότητας των ερευνών θα είναι σημαντική.

Η θεώρηση περί μέτριας αποτελεσματικότητας ανατρέπεται τελικά, όταν οι ανασκοπήσεις των ερευνών από την εποχή του Eysenck έως και την δεκαετία του 1990 αναδεικνύουν το γενικό συμπέρασμα ότι η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική (Smith, 1982) στους ενήλικες [βλ. λ.χ. Manos & Vasilopoulou, (1984), Shapiro & Shapiro, (1982), Smith & Glass, (1977)], στους εφήβους και στα παιδιά [βλ. λ.χ. Casey & Berman, (1985), Kazdin, Bass, Ayers *et al*, (1990),

---

Σε γενικές γραμμές η ψυχοθεραπεία ενέχει μία μερίδα θεραπευόμενων που δεν βελτιώνονται, αντίθετα επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια των συνεδριών. Οι σύγχρονες μελέτες δείχνουν ένα σταθερό ποσοστό ατόμων που επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια ή μετά τη θεραπεία μέχρι της τάξεως του 10%. Σε ανασκόπηση της σχετικής ερευνητικής δραστηριότητας ο Lilienfield (2007) αξιολογεί και προτείνει μία προσωρινή λίστα δυνητικά επιζήμιων θεραπειών (potentially harmful therapies ή PSTs). Στις τελευταίες ανήκουν θεραπείες που έχουν αξιολογηθεί σε κλινικές δοκιμασίες και φαίνεται να οδηγούν μία σημαντική μειονότητα ασθενών σε επιδείνωση. Στη λίστα του Lilienfield συγκαταλέγονται θεραπείες όπως η ομαδική θεραπεία εφήβων με διαταραχές συμπεριφοράς και η συμβουλευτική πένθους για άτομα με «φυσιολογικό» πένθος. Φαίνεται να έχει μόλις ξεκινήσει μία συζήτηση για το πόσο εφικτό είναι να δημιουργηθεί μία επιστημονικά τεκμηριωμένη λίστα θεραπειών που προκαλούν επιδείνωση, σε αντιστοιχία με τις τεκμηριωμένα αποτελεσματικές θεραπείες [Jarrett, (2008)].

Tramontana, (1981), Weisz, Weiss, Han *et al*, (1995)], σε ένα μεγάλο φάσμα διαταραχών, συμπεριλαμβάνοντας πολλούς τύπους θεραπειών. Για παράδειγμα, σε μία γνωστή έρευνα μετά από τριάντα περίπου χρόνια από το άρθρο του Eysenck, οι Smith, Glass & Miller (1980) θα δημοσιεύσουν μετά-ανάλυση 475 ελεγχόμενων ερευνών για τα αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας[47], φτάνοντας στο γενικό συμπέρασμα ότι η ψυχοθεραπεία είναι πολύ αποτελεσματική[48]. Αν και η μεθοδολογία τους εξετάστηκε κριτικά[49], η τελική πρόταση των Smith & συν. (1980) έγινε αποδεκτή, όπου και αναδεικνύεται ότι μόνο το 20% των ατόμων που λαμβάνουν θεραπεία έχουν βελτίωση ίση ή μικρότερη από τον μέσο όρο των ατόμων που δεν λαμβάνουν ψυχολογική θεραπεία.

Συνακόλουθα, το 1986 οι Lambert, Shapiro & Bergin [Lambert & Bergin, (1995), Lambert & συν., (1986)] αναφέρουν ότι το ποσοστό βελτίωσης στους υπό θεραπεία ασθενείς είναι 70% ενώ στις ομάδες έλεγχου 40%. Τέλος, το 1996 ο Grissom διεξάγει σύνθεση 68 μετά-αναλύσεων ψυχοθεραπείας σε μεγάλο εύρος ψυχολογικών προβλημάτων, σε ενηλίκους, εφήβους και παιδιά (Grissom, 1996). Το συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι περίπου το 68% των θεραπευόμενων βελτιώθηκε, συγκριτικά με το 32% των ατόμων στις ομάδες ελέγχου. Με λίγα λόγια, φαίνεται να υπάρχει μία γενικότερη ομοφωνία στο ότι η ψυχοθεραπεία αποφέρει θετικά αποτελέσματα. Το μειονέκτημα αυτής της παραδοχής, είναι, ότι δεν είχαν (και δεν έχουν) εξεταστεί *όλα* τα είδη ψυχοθεραπείας, των οποίων ο αριθμός αυξάνει διαρκώς, κάνοντας την εμπειρική έρευνα όλο και πιο δύσκολη. Εντούτοις, τα περισσότερα είδη «παραδοσιακής» ψυχοθεραπείας έχουν ελεγχθεί ερευνητικά[50] -όχι όμως σε όλο το φάσμα των ψυχολογικών διαταραχών- ώστε να υπάρχουν ενδείξεις των θετικών αποτελεσμάτων σε σχέση με τη μη θεραπεία.[51]

Επίσης οι έρευνες δείχνουν ότι η ψυχοθεραπεία μειώνει τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα πιο γρήγορα και ουσιαστικά σε σχέση με την αυθόρμητη ύφεση ή τις επιρροές του περιβάλλοντος (Lambert & Bergin, 1995). Η επανεκτίμηση των δεδομένων του Eysenck από τους McNeilly & Howard (1991) αναδεικνύει ότι με την ψυχοθεραπεία επιτυγχάνεται βελτίωση των ασθενών σε περίπου 15 εβδομαδιαίες συνεδρίες, ενώ η αυθόρμητη ύφεση διαρκεί έως και δύο χρόνια. Δηλαδή, ακόμη και

---

[47] "controlled outcome studies"

[48] Την έρευνα παραθέτουν οι Strupp & Howard (1995).

[49] Η κριτικές εστιάστηκαν κυρίως στο ότι οι Smith, Glass & Miller περιέλαβαν στη μετα-ανάλυσή τους ένα μεγάλο αριθμό ερευνών στις οποίες στρατολογήθηκαν υποκείμενα μέσω διαφήμισης ή επιδίωξης των θεραπευτών και γι' αυτό τα δείγματα δεν αντιπροσωπεύουν την πραγματική κλινική πρακτική, ενώ επιπλέον η πλειονότητα των θεραπευτών είχε μικρή εμπειρία και προτίμηση (bias) στη θεραπεία την οποία ερευνούσε [O'Brien & Woody, (1989)].

[50] Ο Carr (2009) διαχωρίζει τα είδη των θεραπειών που έχουν ελεγχθεί για τη συνολική τους αποτελεσματικότητα, με μετα-αναλύσεις ελεγχόμενων μελετών και αφηγηματικές ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας, σε τέσσερις κατηγορίες: Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία, Ανθρωπιστική, Γνωσιακή Συμπεριφορική και Συστημικές θεραπείες.

[51] Στο τρίτο κεφάλαιο θα αναφερθούν αναλυτικά οι εξειδικευμένες θεραπευτικές προτάσεις που ισχύουν σήμερα για τις περισσότερες ψυχολογικές διαταραχές, στο πλαίσιο των επιστημονικά τεκμηριωμένων ψυχοθεραπειών.

αν παρουσιάζεται αυθόρμητη ύφεση μίας διαταραχής σε χρονικό διάστημα ενός ή δύο ετών, όπως έχει παρατηρηθεί, η ψυχοθεραπεία σίγουρα συμβάλει στη σημαντική μείωση του χρόνου που το άτομο υποφέρει (Garfield, 1995).

Όπως είδαμε, η δεκαετία του 1990 υπήρξε ορόσημο στην ψυχοθεραπευτική έρευνα, οπότε και δημιουργείται επιτέλους συναίνεση στο ότι η ψυχοθεραπεία, ως γενική θεραπευτική διαδικασία, είναι αποδεδειγμένα πιο αποτελεσματική από τη μη θεραπεία (VandenBos, 1986). Παρότι όμως τα επιστημονικά ευρήματα υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα, οι οικονομικές πιέσεις που δέχεται ο τομέας της ψυχοθεραπείας με τη μείωση των σχετικών κονδυλίων και τη μη ασφαλιστική κάλυψη των ψυχιατρικών διαδικασιών είναι ισχυρές. Ενδεικτικά αναφέρεται, ότι τη δεκαετία 1988-1997 η εργοδοτική κάλυψη αντίστοιχων υπηρεσιών ψυχικής υγείας μειώνεται στο 54% στις ΗΠΑ, σε αντίθεση με μείωση της τάξεως του 7% στις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας (Ritvo & Papilsky, 1999). Η παραδοξότητα του φαινομένου έγκειται στο ότι ενώ οι έρευνες υποστηρίζουν την ψυχοθεραπεία ως θεραπείας επιλογής για πληθώρα διαταραχών, η πολιτική υγείας που υιοθετούν οι ΗΠΑ περιορίζει τις δυνατότητες των ασθενών να επιλέξουν την ψυχοθεραπεία και των υπηρεσιών να την προσφέρουν[52].

Ακόμη πιο πρόσφατα δημοσιεύματα της τελευταίας δεκαετίας επιβεβαιώνουν το γενικό συμπέρασμα ότι η ψυχοθεραπεία είναι σαφώς πιο αποτελεσματική από τη μη θεραπεία (Ritvo & Papilsky, 1999). Η παραδοχή του γενικού αυτού συμπεράσματος έδωσε ώθηση στην επόμενη γενιά ερευνών που ασχολήθηκαν με τα επιμέρους στοιχεία που οδηγούν στη βελτίωση των ασθενών ή αλλιώς με τους μηχανισμούς που επηρεάζουν τη θεραπευτική αλλαγή. Το ουσιαστικό λοιπόν ερώτημα που τίθεται πλέον αφορά σε ποιο είδος ψυχοθεραπείας, από ποιον θεραπευτή, σε ποιον ασθενή και κάτω από ποιες συνθήκες είναι αποτελεσματικό, καθώς και ποιες διαδικασίες διευκολύνουν τη βελτίωση του ασθενούς (O'Brien & Woody, 1989).

2. «ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΙΔΑΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;»

Από τη δεκαετία του 1990 και μετά η έρευνα σταμάτησε να ασχολείται αποκλειστικά με το κλασικό πια ερώτημα εάν είναι η ψυχοθεραπεία αποτελεσματική. Η μεταγενέστερη ερευνητική εργασία οφείλει να διερευνήσει τα σχετικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των προτεινόμενων εναλλακτικών θεραπευτικών προτάσεων για ασθενείς διαφόρων διαγνωστικών κατηγοριών. Σε ένα δεύτερο επίπεδο, οι κοινωνικοπολιτικές πιέσεις επηρεάζουν την έρευνα για την ψυχοθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει πλέον και μελέτες κόστους-

[52] Στο πέμπτο κεφάλαιο του παρόντος υπάρχει αναλυτική αναφορά στις πολιτικοοικονομικές συνθήκες των ΗΠΑ και της Μ. Βρετανίας τα τελευταία 15 χρόνια, που επηρεάζουν την παροχή των ψυχολογικού τύπου παρεμβάσεων.

αποτελεσματικότητας[53], εφόσον η πολιτική υγείας που συνάδει με τη νεοφιλελεύθερη ιδεολογία διαπραγματεύεται την οικονομική κάλυψη της ψυχοθεραπείας στα συστήματα υγείας. Οι δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς που χρηματοδοτούν τις έρευνες ενδιαφέρονται για τον χρόνο που απαιτείται ώστε να επιτευχθεί η θεραπευτική αλλαγή, τη φύση και το μέγεθος της αλλαγής κα., στοιχεία που αποδεικνύονται εμπειρικά μόνο μέσα από επαρκείς και ολοκληρωμένες μελέτες (VandenBos, 1986).

Ουσιαστικά οι ερευνητές στράφηκαν στις επιμέρους θεραπείες σχεδιάζοντας συγκριτικές μελέτες. Υπάρχουν πολλές διαμάχες αναφορικά με το σχεδιασμό και την ερμηνεία αυτών των μελετών, εντούτοις, η χρησιμότητα τους έγκειται στο ότι εξετάζουν μοντέλα παρέμβασης σε συγκεκριμένες διαταραχές, «εξατομικεύοντας» σε κάποιο βαθμό τις ψυχολογικές παρεμβάσεις. Επιπλέον, στην περίπτωση που υπάρξει καθολική ερευνητική συμφωνία για το πιο λειτουργικό μοντέλο ψυχοθεραπείας υπό συγκεκριμένες συνθήκες, θα μπορούσε αυτό να χρησιμοποιηθεί ως βάση αξιολόγησης των νέων παρεμβάσεων, δηλαδή ως πρότυπη παρέμβαση (διευκολύνοντας έτσι την επίλυση ηθικών ζητημάτων σχετικά με τη χρήση των ομάδων ελέγχου), κάτι που μέχρι στιγμής δεν έχει ωστόσο επιτευχθεί.

Ακόμη όμως και αν οι έρευνες καταδείξουν ότι το χ μοντέλο είναι η ιδανική παρέμβαση π.χ. για την ψ διαταραχή στους ενήλικες, δεν μπορεί να θεωρηθεί δεοντολογικά αποδεκτή η κατάργηση εναλλακτικών προσεγγίσεων με έναν ικανοποιητικό βαθμό αποτελεσματικότητας. Εφόσον ο ανθρώπινος παράγοντας θα είναι πάντα φορέας διαφορετικότητας και κάθε ασθενής θα πρέπει να έχει το δικαίωμα επιλογής τόσο θεραπευτή όσο και παρέμβασης που του ταιριάζει και κατ' επέκταση είναι αποτελεσματική για τον ίδιο.

2.Α.ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ[54]

Τι έχει όμως επιτευχθεί μέσω των συγκριτικών ερευνών; Το γενικό συμπέρασμα για αυτό το είδος έρευνας είναι ότι οριστικές απαντήσεις δεν υπάρχουν σχετικά με την υπεροχή ή μη κάποιας θεραπείας σε σχέση τις υπόλοιπες. Ας μην αμελείται το γεγονός ότι ο τεράστιος αριθμός των προσεγγίσεων (πάνω από 400 μοντέλα ψυχοθεραπείας) καθιστά εξαιρετικά δύσκολη τη συστηματική αξιολόγησή τους.

Μία συνοπτική ιστορική ανασκόπηση των πιο σημαντικών μελετών, από την πρώτη εφαρμογή της μεθόδου της μετα-ανάλυσης (από τους Smith & Glass, 1977),

[53] "cost-effectiveness"
[54] "horse race design"

ως ένα μέσο για να αξιολογηθεί συγκριτικά η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας παραθέτει ο Wampold (2006a, σελ. 300-301):

«Οι Smith, Glass και συνεργάτες (1977, 1980) συνέλεξαν και ανέλυσαν κάθε διαθέσιμη μελέτη σχετικά με την αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας εκείνο τον καιρό και βρήκαν μερικές διαφορές ανάμεσα στους τύπους της θεραπείας. Συνολικά, η γνωσιακή, η γνωσιακή-συμπεριφορική και η συμπεριφορική θεραπεία παρήγαγαν μεγαλύτερα αποτελέσματα από τους άλλους τύπους θεραπείας. Ωστόσο, αφού προσαρμόστηκαν τα αποτελέσματα στις διαφορές στην αντιδραστικότητα[55] των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στις έρευνες, οι διαφορές εξαφανίστηκαν, διότι οι μελέτες των γνωσιακών και συμπεριφορικών θεραπειών χρησιμοποιούσαν πιο αντιδραστικά εργαλεία μέτρησης.

Οι Shapiro & Shapiro (1982) βελτίωσαν τις μετα-αναλύσεις των Smith & Glass, συμπεριλαμβάνοντας αρκετές συμπεριφορικές μελέτες που είχαν προηγουμένως παραλειφθεί και εξετάζοντας άμεσες συγκρίσεις μεταξύ δύο ή περισσότερων θεραπειών... (ενώ) ταξινόμησαν κάθε θεραπεία στους εξής τύπους: α) Εξιστόρηση[56], αυτο-έλεγχος και επιτήρηση, β) Αυτοπαρατήρηση και έλεγχος των φυσικών λειτουργιών με ηλεκτρονικά μέσα (biofeedback), γ) Συγκεκαλυμμένη συμπεριφορική, δ) Χαλάρωση, ε) Συστηματική απευαισθητοποίηση, στ) Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, ζ) Γνωσιακή, η) Δυναμική-Ανθρωπιστική, θ) Συνδυαστική, ι) Μη ταξινομημένη και κ) Ελάχιστη[57] θεραπεία. Μετά εξετάστηκαν τα αποτελέσματα των άμεσων συγκρίσεων σχετικά με τις θεραπείες που ανήκαν σε διαφορετικές κατηγορίες. Αποκλείοντας τις ελάχιστες παρεμβάσεις, που δεν σκόπευαν να είναι θεραπευτικές, και τις συνδυαστικού τύπου θεραπείες, που δεν ήταν «καθαροί» τύποι θεραπειών, η μόνη σύγκριση που έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ήταν ένα πλεονέκτημα της γνωσιακής θεραπείας σε σχέση με τη συστηματική απευαισθητοποίηση. Εντούτοις, οι Berman, Miller & Massman (1985), έδειξαν ότι αυτή η διαφορά ευθυνόταν στο γεγονός ότι οι ερευνητές που διεξήγαγαν τις μελέτες συγκρίνοντας τη γνωσιακή και τη συστηματική απευαισθητοποίηση στη μετα-ανάλυση των Shapiro & Shapiro είχαν μεροληψία[58] υπέρ των γνωσιακών θεραπειών. Όταν συμπεριλήφθηκαν μεταγενέστερες έρευνες που διεξήχθησαν από υποστηρικτές της συστηματικής απευαισθητοποίησης, το αποτέλεσμα για τις διαφορές κατά μήκος όλων των θεραπειών ήταν κοντά στο μηδέν.

Η μετα-ανάλυση που έγινε από τους Wampold, Mondin, Moody, Stich και συν. (1997), επίσης εξέτασε μόνο άμεσες συγκρίσεις μεταξύ θεραπειών, αλλά

[55] "reactivity"
[56] "rehearsal"
[57] "minimal"
[58] "allegiance"

ελαχιστοποίησε το πρόβλημα της ταξινόμησης των θεραπειών σε τύπους συμπεριλαμβάνοντας κάθε σύγκριση (ακόμη και μέσα στην ίδια κατηγορία) και περιλαμβάνοντας μόνο τις θεραπείες που ήταν bona fide (δηλ. θεραπείες που σκόπευαν να είναι θεραπευτικές). Όταν συναθροίστηκαν όλες αυτές οι συγκρίσεις, η καλύτερη εκτίμηση ήταν ότι δεν υπήρχε διαφορά στην αποτελεσματικότητα μεταξύ θεραπειών ».

Συμπερασματικά, η συγκριτικές μελέτες δεν φαίνεται να έχουν εντυπωσιακά αποτελέσματα στο σύνολό τους, αν και υπάρχουν ενδείξεις για την υπεροχή ορισμένων θεραπειών σε συγκεκριμένα ψυχολογικά προβλήματα, γεγονός που με την εξέλιξη της έρευνας υποστηρίζεται όλο και πιο συχνά, όπως θα παρουσιαστεί στα επόμενα κεφάλαια της διατριβής.

2.Α.α. Ισοδυναμία Θεραπευτικών Παρεμβάσεων

Το 1975 ο Luborsky και συν. (Luborsky & συν., 1975) δημοσιεύει ένα άρθρο με τον χαρακτηριστικό τίτλο «*Is it true that "everyone has won and all must have prizes?*"», το οποίο αναδεικνύει τους προβληματισμούς που υπάρχουν για τις συγκριτικές μελέτες και θέτει ένα σημαντικό ερώτημα σχετικά με τα αδύναμα ή ισότιμα αποτελέσματα που οι τελευταίες παρουσιάζουν. Από την δεκαετία του 1980 έως και πρόσφατα οι μετέπειτα ανασκοπήσεις συγκριτικών μελετών οδηγούνται σε ένα γενικότερο συμπέρασμα. Φαίνεται να υπάρχει σχετική ισοδυναμία στην αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων ή όπως αποκαλείται το φαινόμενο *"the dodo bird effect"*, σε αναφορά στο γνωστό παραμύθι «Η Αλίκη στη Χώρα των Θαυμάτων» [Lambert & Bergin, (1995), Ποταμιάνος, (2000)]. Αυτό σημαίνει ότι οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν μελετηθεί και συγκριθεί ερευνητικά είναι εξίσου αποτελεσματικές στην πλειονότητα των κλινικών διαταραχών. Ο Luborsky & συν. (2002) μάλιστα εξακολουθεί να εργάζεται ερευνητικά και να υποστηρίζει την ύπαρξη του φαινομένου. Σε πρόσφατη δημοσίευσή του (Luborsky και συν., 2002) αναφέρεται σε 17 μετα-μετα-αναλύσεις ερευνών (δηλαδή μετα-αναλύσεις των μετα-αναλύσεων) που συγκρίνουν διαφορετικά είδη ψυχοθεραπείας σε αντιπαράθεση με έρευνες που συγκρίνουν θεραπείες με ομάδες ελέγχου, όπου καταλήγει ότι οι παρατηρούμενες διαφορές στην αποτελεσματικότητα των προσεγγίσεων είναι στατιστικά αμελητέες.

Απόρροια της ισοδυναμίας των θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι το εξής παράδοξο φαινόμενο: ενώ σύμφωνα με τις θεωρητικές κατασκευές των μοντέλων ψυχοθεραπείας υπάρχουν διαφορετικές τεχνικές, διαφορετικές θεωρήσεις περί αλλαγής και διαφορετικές εν γένει θεωρίες προσωπικότητας, τα μοντέλα

φαίνεται να έχουν τα ίδια αποτελέσματα αν συγκριθούν στη θεραπευτική πρακτική[59].

Οι απόψεις των ερευνητών για την ύπαρξη ή όχι του φαινομένου της ισοδυναμίας δεν είναι ομόφωνες στο σύνολό τους. Οι Stiles, Shapiro & Elliot (1986) κάνοντας εκτεταμένη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την ισοδυναμία των θεραπευτικών παρεμβάσεων σημειώνουν ορισμένα επιχειρήματα κατά & υπέρ της ύπαρξης του φαινομένου. Οι απόψεις *κατά* τις ισοδυναμίας αναφέρουν καταρχήν την αναξιοπιστία της τεχνικής της μετα-ανάλυσης, η οποία χρησιμοποιείται προκειμένου να εξαχθούν γενικότερα συμπεράσματα από τις συγκριτικές έρευνες. Εάν η μετά-ανάλυση δεν είναι ιδιαίτερα αξιόπιστη, όπως υποστηρίζουν κάποιοι ερευνητές[60], τότε το φαινόμενο της ισοδυναμίας οφείλει την ύπαρξή του στη μη επαρκή τεχνική και όχι στα πραγματικά δεδομένα. Επιπρόσθετα, υπάρχουν στοιχεία που συνηγορούν στο ότι η παρατηρούμενη ισοδυναμία οφείλεται εν μέρει στα μικρά δείγματα των ανασκοπούμενων μελετών καθώς και στη μη καταλληλότητα των χρησιμοποιούμενων εργαλείων μέτρησης του αποτελέσματος (Gerber & Michels, 2008).

Ένα ακόμη επιχείρημα κατά της ισοδυναμίας είναι ότι στη συγκριτική μελέτη των θεραπευτικών μοντέλων εμπεριέχονται πολλές και πολυδιάστατες μεταβλητές που συχνά δεν λαμβάνονται υπόψη από τις αντίστοιχες έρευνες. Η «αποδεδειγμένη» ισοδυναμία κατ' ουσίαν παρουσιάζει τα θεραπευτικά αποτελέσματα μεταξύ ομοιογενών θεραπευτών, ασθενών και πλαισίων, κάτι που παλαιότερα ονόμασε ο Kiesler (1966) «μύθο της ομοιομορφίας»[61], επισημαίνοντας τον κίνδυνο που ενέχει η αντιμετώπιση όλων των θεραπευτών, των ασθενών και των θεραπειών με όρους ισοδυναμίας. Στην κλινική πραγματικότητα παρ' όλα αυτά, η χ θεραπεία από τον ψ θεραπευτή στο ιδιαίτερο πλαίσιο και τις μοναδικές συνθήκες που χορηγείται στον συγκεκριμένο ασθενή, είναι μεταβλητές που επηρεάζουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα και υπερβαίνουν το ερώτημα ποια θεραπεία είναι αποτελεσματικότερη συγκριτικά με κάποια άλλη σύμφωνα με τον μέσο όρο των αποτελεσμάτων τους. Η ψυχοθεραπεία δεν μπορεί παρά να είναι εξατομικευμένη θεραπεία και έτσι εξ ορισμού είναι απίθανο να υπάρχει ισοδυναμία ανάμεσα στα θεραπευτικά μοντέλα, αλλά είναι πιθανόν να υπάρχουν

[59] Για παράδειγμα, ένας ψυχοδυναμικά προσανατολισμένος θεραπευτής είναι εξίσου αποτελεσματικός με έναν προσωποκεντρικό θεραπευτή ανεξάρτητα από το τι προσφέρει ο καθένας. Στην πρώτη περίπτωση προσφέρεται αναλυτική ερμηνεία της μεταβίβασης και ο θεραπευτής δεν προβαίνει σε αυτο-αποκαλύψεις, ενώ στη δεύτερη ο θεραπευτής είναι ανοικτός και «αυθεντικός», αποφεύγοντας τις ερμηνείες και χρησιμοποιώντας ενσυναισθητική αντανάκλαση. Ακόμη και στην περίπτωση των θεραπευτών που χαρακτηρίζονται ως «εκλεκτικοί», η επιλογή των τεχνικών και των παρεμβάσεων διαφοροποιείται σε κάθε περιστατικό και συνεδρία και θα περίμενε κανείς τα ερευνητικά πορίσματα να είναι εξίσου διαφορετικά και όχι ισοδύναμα αναφορικά με την αποτελεσματικότητα.

[60] Κυρίως λόγω αδυναμιών που έχουν όλες οι τεχνικές ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, όπως η διφορούμενη ποιότητα των ερευνών που εξετάζονται και η μεροληψία των ερευνητών η οποία επηρεάζει τα αποτελέσματα.

[61] "Uniformity Myth"

διαφορετικές δυνατότητες σε διαφορετικά πλαίσια, ασθενείς και θεραπευτές, τις οποίες η μέχρι τώρα μεθοδολογία δεν έχει ανακαλύψει[62].

Ιδιαίτερα στο πλαίσιο των ερευνητών που ασχολούνται με τις γνωσιακές-συμπεριφορικές θεραπείες, έχει υποστηριχθεί ερευνητικά ότι οι τελευταίες αποφέρουν καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τις «παραδοσιακές» θεραπείες, συνηγορώντας υπέρ της αμφισβήτησης του "Dodo bird effect" [Hunsley & DiGiulio, (2002), Weisz & συν., (1995)]. Για παράδειγμα, η Chambless (2002) σχολιάζοντας την εργασία του Luborsky και συν. (2002) υποστηρίζει ότι η υπόθεση της ύπαρξης της ισοδυναμίας που αποδεικνύουν πρέπει να αναθεωρηθεί, διότι είναι αβάσιμη για τους εξής λόγους: η μετα-μετά ανάλυση που έγινε από τον Luborsky & συν. περιέχει μεθοδολογικά λάθη (για παράδειγμα περιλαμβάνει έρευνες που συγκρίνουν μοντέλα ψυχοθεραπείας με φαρμακοθεραπεία), ενώ δεν συμπεριλαμβάνει έρευνες με πολλές κατηγορίες πελατών, όπως παιδιά και εφήβους, άτομα με ψυχωτικές διαταραχές ή ιατρικά προβλήματα. Επίσης, η ισοδυναμία των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν ευσταθεί διότι έχει γίνει υπερ-γενίκευση σε συγκρίσεις θεραπειών, οι οποίες δεν έχουν πραγματωθεί ερευνητικά. Στο ίδιο πνεύμα η Chambless υποστηρίζει ότι είναι λανθασμένη η υπόθεση πως η μέση διαφορά ανάμεσα σε όλα τα είδη θεραπειών και όλα τα είδη προβλημάτων μπορεί να γίνει δεκτή ότι αναπαριστά τη διαφορά ανάμεσα σε δύο θεραπείες για ένα συγκεκριμένο πρόβλημα.

Στον αντίθετο πόλο οι απόψεις *υπέρ* της ισοδυναμίας των θεραπευτικών παρεμβάσεων αναφέρουν ότι το φαινόμενο εξηγείται μέσω της ύπαρξης κοινών ενεργών μεταβλητών σε όλα τα μοντέλα, που πηγάζουν κυρίως από τη σχέση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, αλλά και από επιμέρους κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ των θεραπευτών και μεταξύ των ασθενών. Αναφορά και σχολιασμός για τις έρευνες που έχουν ασχοληθεί με τα κοινά χαρακτηριστικά

[62] Η παραδοξότητα του ευρήματος της θεραπευτικής ισοδυναμίας και η εμφάνιση αμφιλεγόμενων ευρημάτων στις έρευνες που συσχετίζουν χαρακτηριστικά του ασθενούς ή/και του θεραπευτή με το αποτέλεσμα, οδήγησε σε μεγαλύτερη έμφαση στη διαδικαστική έρευνα, δηλαδή στην έρευνα για τη διαδικασία της αλλαγής που συμβαίνει κατά τη θεραπεία. Μία ερευνητική προοπτική αυτού του είδους, που έχει περιγραφεί ως "*events paradigm*", υποστηρίζει την άποψη ότι για να μελετηθεί η θεραπευτική διαδικασία, χρειάζεται διεξοδική ενασχόληση με τα σημαντικά και συγκεκριμένα γεγονότα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, τα οποία χρησιμοποιούνται ως μονάδες ανάλυσης. Η θεραπευτική διαδικασία ορίζεται ως μία αλυσίδα καταστάσεων του πελάτη και υπο-αποτελεσμάτων που συνδέονται μαζί στην πορεία προς τα οριστικά αποτελέσματα. Συνήθως γίνεται αξιολόγηση μετά τη συνεδρία και από τα δύο μέλη (θεραπευτής-ασθενής) με διάφορα εργαλεία (λ.χ. Interpersonal Process Recall), όπου αναφέρονται τα σημαντικά συμβάντα της συνεδρίας και τα οποία διαφωτίζονται σε αναφορά με τις αντιλήψεις του ασθενούς και του θεραπευτή γι' αυτά. Κάθε σημαντικό συμβάν αναλύεται διεξοδικά και δημιουργούνται κλινικές μικρο-θεωρίες οι οποίες δείχνουν πως συμβαίνει η διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής και πως μπορεί να διευκολυνθεί σε συγκεκριμένες κλινικές συνθήκες. Οι υπέρμαχοι της άποψης αυτής υποστηρίζουν ότι τα ευρήματα περί θεραπευτικής ισοδυναμίας ουσιαστικά απεικονίζουν τον Μ.Ο. ενός μεγάλου συνόλου ετερογενών συμβάντων μέσα σε κάθε θεραπεία. Αυτό το είδος έρευνας θεωρείται ιδιαίτερα χρήσιμο για τους θεραπευτές καθώς προσφέρει πρακτικές πληροφορίες σε ζητήματα όπως η επίλυση περίπλοκων συναισθηματικών αντιδράσεων. [Gordon, (2000), Stiles, Shapiro & Elliot (1986)].

μεταξύ των θεραπειών θα παρουσιαστεί αναλυτικά στη συνέχεια του παρόντος κεφαλαίου (υποκεφάλαιο 3.Γ, σελ.79). Πρέπει εντούτοις να σημειωθεί ότι έως σήμερα δεν υπάρχει μία καθολικά αποδεκτή θεωρία ή ακριβής περιγραφή όλων των αναφερόμενων ως κοινών παραγόντων στα διάφορα ψυχοθεραπευτικά μοντέλα (Høglend, 1999).

2.Α.β. Συνέπειες της Ισοδυναμίας των Θεραπευτικών Παρεμβάσεων

Η εξήγηση που δίνουν οι Lambert & Bergin (1995) στο φαινόμενο της ισοδυναμίας των θεραπευτικών παρεμβάσεων συνοψίζεται σε τρεις προτάσεις:

α) Διαφορετικές θεραπείες παράγουν ισοδύναμα αποτελέσματα μέσω διαφορετικών μηχανισμών. Η γνώση που κατέχουμε για τα όρια της αποτελεσματικότητας των θεραπειών δεν είναι επαρκής ώστε να εξακριβωθεί αυτή η πρόταση.
β) Η ερευνητική δραστηριότητα δεν έχει εντοπίσει ακόμη τη διαφορική αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Η έρευνα έχει εξελιχθεί σημαντικά, δεν πρέπει όμως να παραληφθεί το γεγονός ότι η πλειονότητα των ερευνών για πολλές δεκαετίες αντιμετώπιζε μεθοδολογικά προβλήματα που καθιστούν την ανασκόπηση των ευρημάτων, τα οποία σχετίζονται με τη δυσκολία να απορριφθεί η μηδενική υπόθεση, προβληματική. Το κυριότερο μέλημα των ερευνητών είναι η βελτίωση της μεθοδολογίας, έτσι ώστε να εξακριβωθεί μελλοντικά η μη ισοδυναμία των μοντέλων ή ειδάλλως η εξειδικευμένη αποτελεσματικότητα κάθε τύπου θεραπείας.
γ) Οι διαφορετικές θεραπείες ενσωματώνουν κοινούς παράγοντες που είναι θεραπευτικοί, αν και δεν αναφέρονται στις θεωρητικές κατασκευές των μοντέλων. Κατ' αυτό τον τρόπο, όλες οι θεραπείες είναι αποτελεσματικές ή συγκριτικά αποτελεσματικές διότι ενσωματώνουν σκόπιμα ή μη τα ίδια θεραπευτικά συστατικά.

Η τρίτη πρόταση πέραν του ότι προσφέρει εξήγηση στο φαινόμενο της ισοδυναμίας, αποτελεί ένα ερευνητικό κομμάτι που διερευνά τα ενεργά συστατικά της ψυχοθεραπείας και σχετίζεται με τα placebo φαινόμενα. Όπως αναφέρει ο Lambert (2002) *" Ενώ στατιστικά σημαντικές διαφορές μπορούν μερικές φορές να βρεθούν υποστηρίζοντας την ανωτερότητα μιας θεραπείας σε σχέση με μία άλλη, αυτές οι διαφορές δεν είναι τόσο μεγάλες ώστε οι πρακτικές συνέπειές τους να αξίζουν προσοχής. Επιπρόσθετα, περίπου τα 2/3 των παρατηρούμενων μικρών διαφορών μεταξύ θεραπειών στην έκβασή τους μπορούν να αποδοθούν στην ερευνητική πίστη[63]."* (σελ. 20).

[63] "allegiance"

Οι πιο σημαντικές συνέπειες της ισοδυναμίας στη θεωρία, πρακτική και εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία είναι σύμφωνα με τους Lambert & Bergin (1995) οι εξής:
-Πρώτον, παρατηρείται μία μείωση στην πρακτική μονοδιάστατων προσεγγίσεων, όπως η ψυχανάλυση και οι συμπεριφορικές θεραπείες, σε αντίθεση με τις εκλεκτικές προσεγγίσεις ή το συνδυασμό διαφορετικών μοντέλων.
-Δεύτερον, εφόσον όλες οι θεραπείες φαίνεται να είναι σχετικά αποτελεσματικές παρατηρείται αύξηση των βραχύχρονων και ομαδικών θεραπειών σε αντίθεση με τις μακρόχρονες ατομικές θεραπείες.
-Τέλος, οι ερευνητές στρέφονται ξανά στην διαδικαστική έρευνα[64] μέσω της οποίας αναζητούνται οι μηχανισμοί που διευκολύνουν ή εμποδίζουν τη θεραπευτική αλλαγή.

Αν θέλουμε όμως να εντάξουμε την ψυχοθεραπεία στο μακρο-επίπεδο αναφοράς της - από τη στιγμή που κοινωνικοί, πολιτικοί και οικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν την κατεύθυνση που παίρνει η έρευνα μέσα στον χρόνο, τότε τίθεται το ερώτημα αν αυτή η ισοδυναμία των αποτελεσμάτων μετράει συγκεκριμένο είδος αποτελεσματικότητας και αν αυτό που θεωρείται αποτελεσματικό τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, ισχύει διαχρονικά και διαπολιτισμικά. Αν για παράδειγμα μία θεραπεία βοηθάει στη βελτίωση έκφρασης συναισθημάτων, με ποια κριτήρια θεωρείται σημαντική ή ασήμαντη αυτού του τύπου η θεραπευτική αλλαγή; Ποιος αποφασίζει ότι η μείωση των συμπτωμάτων είναι πιο ουσιαστική ή στατιστικά σημαντική από την ενίσχυση της αυτογνωσίας; Με αυτή την λογική πολλές θεραπείες είναι κατάλληλες για ένα συγκεκριμένο «πρόβλημα» αλλά έχουν πολύ διαφορετικά αποτελέσματα (και το αντίστροφο).

Η θεώρηση ότι η ψυχοθεραπεία πρέπει να παράγει ομόφωνα αναγνωρισμένη βελτίωση προέρχεται από την ιατρική. Στην ιατρική όμως η αποκατάσταση της οργανικής υγείας είναι κοινώς επιθυμητή και αποδεκτή (αν και τα τελευταία χρόνια η εξατομίκευση των θεραπειών είναι ο απώτερος στόχος των γενετιστών). Αναρωτιέμαι πως μπορεί μία τόσο ετερογενής έννοια όσο η ψυχολογική κανονικότητα να γίνει κοινά αποδεκτή μέσα στο χρόνο και τις κοινωνίες. Οι Stiles, Shapiro & Elliot (1986, σελ. 171) αναφέρουν ότι *«εάν η ψυχολογική υγεία είναι πλουραλιστική, τότε και οι ψυχολογικές θεραπείες θα πρέπει κανονικά να είναι»*.

[64] "process research"

3. ΒΑΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ

Σε κάθε ψυχολογική παρέμβαση υπεισέρχεται ένα πολυδιάστατο πλήθος παραγόντων που σχετίζονται τόσο με το πλαίσιο και τις συνθήκες διεξαγωγής της θεραπείας, με τα τεχνικά και ειδικά χαρακτηριστικά του τύπου παρέμβασης, όσο και με τους ενεργούς συμμετέχοντες, δηλαδή τον θεραπευτή και τον ή τους θεραπευόμενους. Κάθε παράγοντας επηρεάζει δυνητικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα με ποικίλους τρόπους και σε διαφορετικό βαθμό. Οι ερευνητές που ασχολούνται με τη μελέτη των μεταβλητών που επηρεάζουν τη θεραπευτική αλλαγή έχουν προσφέρει σημαντική γνώση για τις διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα κατά τη θεραπεία και για τις επιδράσεις που προκαλούνται από κάθε ξεχωριστό παράγοντα ή τους διάφορους συνδυασμούς τους. Αυτό το είδος της γνώσης είναι ουσιαστικό στο βαθμό που διευκολύνει την κατανόηση του φαινομένου της ψυχοθεραπείας και συμβάλλει στην αναγνώριση των τρόπων με τους οποίους μπορεί να βελτιωθεί η παρεχόμενη βοήθεια και συνεπώς να γίνει πιο αποτελεσματική.

Οι παράγοντες που αναφέρονται στη συνέχεια αποτελούν τις μεταβλητές εκείνες που έχουν μελετηθεί διεξοδικά και συνδέονται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, χωρίς όμως να εξαντλούν όλο το ερευνητικό φάσμα. Κάθε παράγοντας συνδέεται με τους υπόλοιπους σε διάφορα επίπεδα και με διαφορετικές διεργασίες, (όπως για παράδειγμα η «προτυποποίηση»[65] του είδους της παρέμβασης έχει κοινά στοιχεία με τη μελέτη των χαρακτηριστικών του θεραπευτή) και γι' αυτό το λόγο η κατηγοριοποίηση που έχει γίνει -σε έξι παράγοντες- δεν είναι απόλυτη και καθοριστική. Γίνεται αναφορά στις ακόλουθες μεταβλητές:

α) στο είδος της ψυχολογικής παρέμβασης,
β) στα φαινόμενα placebo στην ψυχοθεραπεία,
γ) στους κοινούς παράγοντες μεταξύ των θεραπειών,
δ) στα χαρακτηριστικά του θεραπευτή
ε) στα χαρακτηριστικά του ασθενούς, καθώς και
στ) στη διάρκεια της θεραπείας και του θεραπευτικού αποτελέσματος.

3.Α.ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Είναι κατανοητό ότι η ερευνητική προσπάθεια για την αξιολόγηση της ψυχοθεραπείας δεν μπορεί να θεωρηθεί λειτουργική εάν δεν ορίζει επακριβώς το

[65] Με τον όρο «προτυποποίηση» (ή τυποποίηση) της ψυχοθεραπείας ("standardize") αναφέρομαι στην προσπάθεια των ερευνητών να δημιουργήσουν ένα πρότυπο είδος παρέμβασης στην εκάστοτε έρευνα, δηλαδή να ορίσουν με πλήρη σαφήνεια το είδος της θεραπείας, (με τη βοήθεια οδηγών θεραπείας, με εκπαίδευση των θεραπευτών στη χρήση τους και έλεγχο της θεραπευτικής διαδικασίας) έτσι ώστε τα παρατηρούμενα αποτελέσματα να μπορούν να αναπαραχθούν και κυρίως να οφείλονται στην ίδια την παρέμβαση και όχι σε «εξωγενείς» παράγοντες, όπως τα διαφορετικά προφίλ των θεραπευτών.

είδος της παρέμβασης που προσφέρεται σε μία έρευνα. Ο Ποταμιάνος (2000) αναφέρει ότι «*...ο όρος ψυχοθεραπεία είναι εξαιρετικά ασαφής αν δεν περιγράψουμε με λεπτομέρειες το μοντέλο της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, την ακριβή διαδικασία παροχής της θεραπείας, τον αριθμό των συνεδριών για κάθε ασθενή και την τελική χρονοδιάρκεια της παρέμβασης...*» (σελ. 166). Κατά τις πρώτες δεκαετίες έρευνας η περιγραφή των θεραπειών συμπυκνωνόταν στην ονομασία του είδους της θεραπείας που προσφερόταν ανά μελέτη, κάτι που έθετε αξεπέραστα εμπόδια στην αξιολόγηση της έρευνας συνολικά και στην επικοινωνία ή αναπαραγωγή των αποτελεσμάτων της.

Ακόμη όμως και αν γίνει εφικτή η ακριβής περιγραφή της θεραπείας (είδος, διαδικασία, χρόνος, δοσολογία κλπ.), ο τρόπος που λειτουργεί κάθε θεραπευτής επηρεάζεται από την προσωπική του πείρα και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του (Ποταμιάνος & συν., 1998). Διαφορετικές τεχνικές θα χρησιμοποιηθούν από εξίσου έμπειρους θεραπευτές της ίδιας θεωρητικής σχολής στο ίδιο πρόβλημα, κάτι που έχει αποδειχθεί μέσω της ανάλυσης συνεδριών που καταγράφηκαν ηλεκτρονικά (O'Brien & Woody, 1989). Άρα η ίδια η θεραπευτική διαδικασία θα διαφοροποιηθεί ανάλογα με το προσωπικό προφίλ κάθε θεραπευτή. Εφόσον όμως η αναπαραγωγή του ίδιου τύπου θεραπείας γίνεται με διαφορετικό τρόπο ανά θεραπευτή, πως μπορούν να εξαχθούν έγκυρα συμπεράσματα ή γενικεύσεις και εν τέλει πως μπορεί να «προτυποποιηθεί» ένα είδος παρέμβασης στο ερευνητικό πρωτόκολλο, ειδικά όταν χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα πολλοί θεραπευτές;

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι πρώτες ερευνητικές εργασίες της Φροϋδικής σχολής βασίζονταν σε ατομικές μελέτες περιπτώσεων ασθενών. Εύλογα βγαίνει το συμπέρασμα, ότι ο υποκειμενισμός που διέπει τον εκάστοτε συγγραφέα αυτών των μελετών, η έλλειψη ελέγχου της ερευνητικής διαδικασίας, όπως και η αδυναμία αναπαραγωγής του αποτελέσματος, καθιστά αδύνατο τον έλεγχο της αξιοπιστίας τους. Η τεχνολογικές εξελίξεις όμως θα διευκολύνουν σύντομα το έργο των ερευνητών. Πρωτοπόρος υπήρξε ο C. Rogers & οι συνεργάτες του οι οποίοι θα μαγνητοφωνήσουν συνεδρίες για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1940 με σκοπό τη μελέτη των θεραπευτικών τεχνικών και της σχέσης θεραπευτή και πελάτη στην προσωποκεντρική θεραπεία (Strupp & Howard, 1995). Οι αρχικές αντιδράσεις σε θέματα δεοντολογίας που άπτονται της καταγραφής συνεδριών σταδιακά θα εξαλειφθούν. Η καταγραφή συνεδριών με ηλεκτρονικά μέσα (αργότερα με φιλμ και βίντεο) χρησιμοποιείται ευρύτατα πλέον στην εκπαίδευση και στην έρευνα, διευκολύνοντας τις προσπάθειες ορισμού του είδους της

παρέμβασης που παρέχεται ή αξιολογείται, ενώ έχει επηρεάσει και το είδος έρευνας που επιλέγεται κάθε φορά[66].

Ένας άλλος τρόπος που χρησιμοποιείται για την επίτευξη τυποποιημένων θεραπευτικών παρεμβάσεων στις έρευνες για την αξιολόγηση της ψυχοθεραπείας είναι η χορήγηση «θεραπευτικών εγχειριδίων» (Luborsky & DeRubeis, 1984). Η χρήση εγχειριδίων δεν είναι καινούργια. Σύμφωνα με τους Ollendick & King (2004) ήδη από τη δεκαετία του 1960 χρησιμοποιούνταν εγχειρίδια για την εκπαίδευση θεραπευτών και τον ορισμό των θεραπειών στην ερευνητική εργασία. Στα εγχειρίδια «*...περιγράφονται λεπτομερώς οι θεραπευτικές διαδικασίες και τεχνικές της εκάστοτε ψυχολογικής παρέμβασης και παρατίθενται κλινικά παραδείγματα. Τα εγχειρίδια διαφέρουν ως προς τις ψυχολογικές διαταραχές στις οποίες αναφέρονται, έστω και αν χρησιμοποιείται το ίδιο μοντέλο παρέμβασης*» (Ποταμιάνος, 2000, σελ. 168).

Ο αριθμός των εγχειρίδιων αυξάνει διαρκώς και περιλαμβάνει ψυχαναλυτικές, ανθρωπιστικές, γνωσιακές και συμπεριφορικές θεραπείες. Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι, ενώ εγχειρίδια για συμπεριφορικές θεραπείες εμφανίστηκαν τη δεκαετία του 1960 (διότι η ίδια η συστηματική φύση των συμπεριφορικών θεραπειών συνταιριάζει με την κύρια λειτουργία των εγχειριδίων, δηλαδή τη σκιαγράφηση των βασικών κατευθύνσεων, διαδικασιών και στρατηγικών της θεραπείας), τα αντίστοιχα στις ψυχοδυναμικές θεραπείες δημιουργήθηκαν μετά το 1980[67], μόνο ως απαραίτητη συνθήκη για την αρτιότητα των θεραπευτικών πρωτοκόλλων και όχι απαραίτητα για την εκπαίδευση νέων θεραπευτών. Τα εγχειρίδια ψυχοδυναμικής θεραπείας περιγράφουν τις βασικές αρχές της θεραπείας, χωρίς όμως να αποκλείουν την κλινική ελαστικότητα και δημιουργικότητα, γι' αυτό θα μπορούσαν καλύτερα να χαρακτηριστούν ως «κατευθυντήριες γραμμές», καθώς οι θεραπευτικές παρεμβάσεις προσαρμόζονται στα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του πελάτη. Επιπλέον, μέχρι στιγμής, δεν φαίνεται να έχει σχεδιαστεί κάποιο εγχειρίδιο ψυχοθεραπείας το οποίο να

[66] Άμεσο αποτέλεσμα της δυνατότητας παρατήρησης από τρίτους των αλληλεπιδράσεων μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή είναι η δημιουργία της πεποίθησης ότι η μελέτη αυτών των αλληλεπιδράσεων (λεκτικών και μη) θα διευκολύνει την ανακάλυψη των μεταβλητών που ορίζουν τη θεραπευτική αλλαγή, δηλαδή των «βασικών συστατικών» της ψυχοθεραπείας. Μέσα από τις επιρροές των θεωριών του συμπεριφορισμού και θετικισμού, ιδίως στις ΗΠΑ, δημιουργήθηκε τόσο η διαδικαστική ανάλυση (process analysis) όσο και η ανάλυση περιεχομένου (content analysis - η ανάλυση περιεχομένου χρησιμοποιήθηκε στην ψυχολογία, κυρίως από τους θεωρητικούς της επικοινωνίας, οι οποίοι και ανέπτυξαν αντίστοιχες θεωρίες) στις κοινωνικές επιστήμες και φυσικά στην ψυχοθεραπεία. Από τις δεκαετίες του 1940 και 1950 οι ερευνητές δίνουν έμφαση στην ανάλυση της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας με σκοπό να διερευνηθούν και ερμηνευθούν τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Συνεπώς υπήρξε η ανάγκη να δημιουργηθούν τα αναγκαία εργαλεία ώστε να συνδεθεί η διαδικασία με το αποτέλεσμα. Τόσο η διαδικαστική έρευνα (process research) όσο και η έρευνα για την έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος (outcome research) αποτελούν έως σήμερα βασικούς σχεδιασμούς της ψυχοθεραπευτικής έρευνας.

[67] Οι πιο γνωστοί πρώιμοι οδηγοί θεραπείας για ψυχοδυναμικές θεραπείες είναι του Luborsky L. (1984). Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment. NY: Basic books & των Strupp H. & Binder L. (1984). Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy. NY: Basic books

διευκολύνει την επίδραση της φαρμακοθεραπείας ή να μελετά την αποτελεσματικότητα συνδυαστικών θεραπειών ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας (Høglend, 1999).

Οι Luborsky & DeRubeis (1984) παραθέτουν το σύνολο των λόγων για τους οποίους δημιουργήθηκαν οι συγκεκριμένοι «οδηγοί θεραπείας»: χρησιμεύουν στις αντικειμενικές ερευνητικές συγκρίσεις διαφορετικών μοντέλων θεραπείας, στη μέτρηση του βαθμού κατά τον οποίο ένας θεραπευτής παρέχει ό,τι ακριβώς προβλέπεται από μία θεραπευτική προσέγγιση[68], καθώς και στην εκπαίδευση των θεραπευτών για συμμετοχή σε έρευνες αλλά και για παροχή κλινικών υπηρεσιών. Τα εγχειρίδια αποτελούν, με άλλα λόγια, μια συστηματική και αξιόπιστη μέθοδο που συμβάλλει στη σύλληψη των κεντρικών προβλημάτων του πελάτη, η οποία μπορεί να αξιολογηθεί τόσο από τον θεραπευτή όσο και από ανεξάρτητους κριτές (Lambert & Bergin, 1995).

Στην «προτυποποίηση» ωστόσο της θεραπείας ακολουθείται μία σειρά από βήματα, ώστε να διασφαλιστεί ότι όλοι οι θεραπευτές θα εφαρμόσουν τη θεραπεία με τον ίδιο τρόπο. Τα βήματα προτυποποίησης που χρησιμοποιούνται στις μελέτες αξιολόγησης του αποτελέσματος της ψυχοθεραπείας είναι τα εξής (Crits-Cristoph & Gladis, 2008): οι θεραπευτές επιλέγονται ανάλογα με τα κριτήρια του ερευνητικού πρωτοκόλλου, στη συνέχεια εκπαιδεύονται στον επιδιωκόμενο τρόπο χρήσης του εγχειριδίου και πιστοποιούνται με βάση την απόδοσή τους στο μοντέλο ψυχοθεραπείας κατά την εκπαίδευση. Τέλος, γίνεται συνεχής αξιολόγηση της προσήλωσης και ικανότητας των θεραπευτών να ακολουθούν τις οδηγίες σε όλη τη διάρκεια της έρευνας.

Συμπερασματικά, ο συνδυασμός της ηλεκτρονικής καταγραφής συνεδριών και της χρήσης εγχειριδίων βοηθάει σημαντικά στον ορισμό του είδους της θεραπείας που ερευνάται, μειώνοντας ή διορθώνοντας παρεμβαλλόμενες μεταβλητές που πηγάζουν από την ίδια τη διαδικασία της ψυχοθεραπείας και το προφίλ του θεραπευτή. Επιπρόσθετα, γίνεται δυνατή η συγκριτική μελέτη θεραπειών με ακριβείς μετρήσεις. Αν και τα εγχειρίδια δεν εγγυώνται απόλυτη ομοιομορφία, κυρίως εξαιτίας του ότι υπάρχουν ατομικές διαφορές στη βαρύτητα που δίνει ο κάθε θεραπευτής στις επιμέρους ενδείξεις τους, υποστηρίζεται ερευνητικά ότι η μεγαλύτερη πιστότητα του θεραπευτή στις υποδείξεις τους συνδέεται με καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα (O'Brien & Woody, 1989).

Έχουν δημοσιευθεί όμως και έρευνες που υποδεικνύουν ότι η προσήλωση στους «οδηγούς θεραπείας» δεν αποτελεί απόλυτο εχέγγυο θετικών αποτελεσμάτων,

[68] "degree of conformity"- βαθμός συμμόρφωσης

τόσο στη βελτίωση της θεραπευτικής συμμαχίας όσο και στη συνολική βελτίωση του πελάτη (Høglend,1999). Για παράδειγμα, σε μελέτη του ερευνητικού κέντρου του Παν/μίου Vanderbilt (Henry & Strupp, 1995) οι ερευνητές ανέπτυξαν και δοκίμασαν ένα εγχειρίδιο για βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία. Ο ερευνητικός σχεδιασμός περιελάμβανε 16 έμπειρους θεραπευτές (κλινικούς ψυχολόγους και ψυχιάτρους) που ο καθένας τους ανέλαβε δύο ασθενείς πριν και δύο ασθενείς μετά την εκπαίδευση στη χρήση του εγχειριδίου (κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης οι θεραπευτές είδαν ένα επιπλέον περιστατικό). Η έρευνα έδειξε ότι η εκπαίδευση με εγχειρίδια συμπεριλαμβάνει πιθανά θετικά και αρνητικά αποτελέσματα και δεν οδηγεί απαραίτητα σε άμεση συσχέτιση ανάμεσα στην τεχνική προσήλωση στο εγχειρίδιο και στο αποτέλεσμα της θεραπείας. Αν και υπήρξαν θετικά αποτελέσματα ως συνέπεια της εκπαίδευσης με εγχειρίδια, η μη ικανότητα των θεραπευτών να αποφύγουν αντι-θεραπευτικές διαδικασίες ή να χειριστούν επιτυχώς τη θεραπευτική σχέση με δύσκολους ασθενείς δεν αποφεύχθηκε.

Ένα ακόμη ερώτημα που τίθεται σχετικά με την εφαρμογή των εγχειριδίων αφορά στην εξωτερική εγκυρότητα των ερευνών, δηλαδή πόσο αντικατοπτρίζουν την κλινική πρακτική. Όσο πιο τυποποιημένα είναι (τα εγχειρίδια), τόσο λιγότερο μπορούν να εφαρμοστούν στην πλειονότητα των συνθετικών κλινικών παρεμβάσεων [Chorpita, Barlow, Albano, & συν., (1998), Garfield, (1995)]. Η λογική που ακολουθείται στη χορήγηση οδηγών θεραπείας είναι παρόμοια με τη ρύθμιση των δόσεων ενός φαρμάκου στον ασθενή. Σε ποιό βαθμό μπορεί η ψυχοθεραπεία να χορηγείται σε «δόσεις», όπως η φαρμακοθεραπεία και πως μπορεί αυτή η πρακτική να εφαρμοστεί στο «μη ελεγχόμενο» πεδίο των συνεδριών;

Εντούτοις, η εξέλιξη στο σχεδιασμό πιο ευέλικτων θεραπευτικών σχημάτων, τα οποία να μπορούν να αξιολογηθούν, επιφέρει βελτιώσεις και στην εξωτερική εγκυρότητα των ερευνών. Οι Peveler & Fairburn (1992) έδειξαν ερευνητικά ότι η ευελιξία του θεραπευτή με την εναλλαγή από τη γνωσιακή-συμπεριφορική στη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία σε ασθενείς με νευρική βουλιμία και ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη είναι θεμιτή ανάλογα με την ανταπόκριση των τελευταίων στη θεραπεία. Στην ίδια λογική είναι πιθανόν να είναι εφικτή και απαραίτητη η εξέλιξη της έρευνας με την ενσωμάτωση αλγορίθμων στους οδηγούς θεραπείας, κατά τον συνδυασμό πολλαπλών θεραπευτικών στρατηγικών, στο βαθμό που αποδίδει εμπειρικά δεδομένα στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων.

3.Β. ΤΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ PLACEBO ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εφόσον έχει γίνει γενικά παραδεκτό από την επιστημονική κοινότητα ότι η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική, αναδύθηκε το ερώτημα σε ποιους

παράγοντες οφείλεται αυτή η αποτελεσματικότητα. Μήπως η βελτίωση των ασθενών οφείλεται σε εξωγενείς παράγοντες, όπως οι ελπίδες τους, οι θετικές προσδοκίες τους και η «πίστη» του θεραπευτή στην τεχνική που εφαρμόζει και την εμπειρία του; Οι ερευνητές για να απαντήσουν σε αυτά τα ερωτήματα, προσπαθούν να διαχωρίσουν τα τεχνικά χαρακτηριστικά των ψυχολογικών παρεμβάσεων από τις επιμέρους «έξωθεν» επιρροές που μπορεί να υφίστανται κατά τη διάρκεια των συνεδριών. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται για να ελέγξει αυτούς τους εξωγενείς παράγοντες, οι οποίοι δεν σχετίζονται με τις ψυχοθεραπευτικές τεχνικές κάθε μοντέλου, προήλθε από την ιατρική έρευνα και κυρίως από τον τομέα της ψυχοφαρμακολογίας και είναι η εφαρμογή του placebo (εικονική θεραπεία) στην ψυχοθεραπευτική έρευνα (Lambert & Bergin, 1995).

Στην ψυχιατρική έρευνα η τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη με χρήση εικονικού φαρμάκου χρησιμοποιείται ευρύτατα για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας. Στο συγκεκριμένο ερευνητικό σχεδιασμό οι ασθενείς κατανέμονται τυχαία στην ομάδα θεραπείας και στην ομάδα ελέγχου και από τα ευρήματα των δύο ομάδων συγκρίνονται οι επιδράσεις π.χ. μιας ενεργούς χημικής ουσίας με εκείνες μιας αδρανούς ουσίας, όπως ένα χάπι από ζάχαρη (placebo). Τόσο οι ασθενείς όσο και οι ιατροί δεν γνωρίζουν σε ποια συνθήκη συμμετέχουν, δηλαδή ποιοι παίρνουν το ενεργό φάρμακο (διπλά τυφλή μεθοδολογία), ενδυναμώνοντας έτσι την εσωτερική εγκυρότητα της μελέτης.

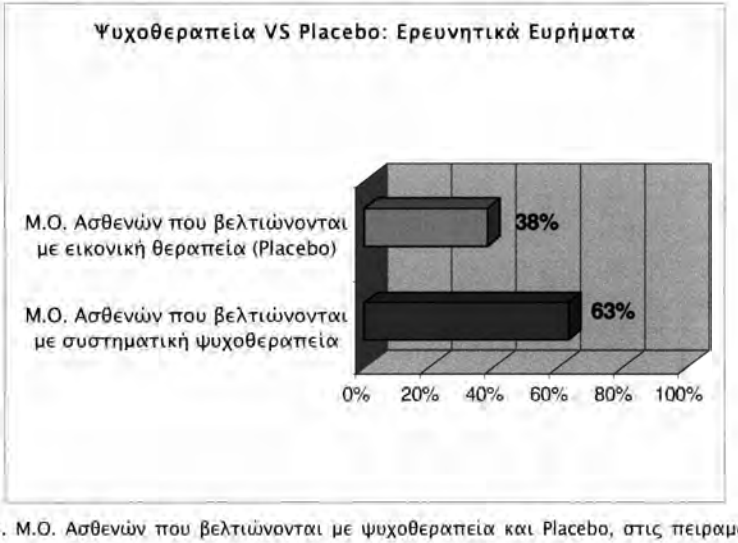
Η έννοια του placebo στην ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει παράγοντες όπως τα αποτελέσματα της συναισθηματικής υποστήριξης και προσοχής του θεραπευτή, οι προσδοκίες του ασθενούς για αλλαγή κτλ., δηλαδή τα χαρακτηριστικά της θεραπείας, του θεραπευτή και του ασθενούς που συμμετέχουν στη θεραπευτική διαδικασία, τα οποία όμως δεν συνδέονται με θεωρητικούς και τεχνικούς σχηματισμούς, όπως η ερμηνεία της μεταβίβασης ή η συστηματική απευαισθητοποίηση. Στις έρευνες μια συνήθης πρακτική που ακολουθείται για να μελετηθεί η επίδραση των φαινομένων placebo στην ψυχοθεραπεία, είναι η δημιουργία μίας συνθήκης ελάχιστης επαφής του θεραπευτή με τον ασθενή[69] ή η παροχή μη-κατευθυντικής υποστηρικτικής ατμόσφαιρας. Σε ορισμένες έρευνες οι ασθενείς λαμβάνουν τυπική κλινική διαχείριση[70] των προβλημάτων τους, αλλά όχι με τη μορφή της ψυχοθεραπείας που εξετάζεται στη μελέτη.

Στην εικονική παρέμβαση ο θεραπευτής παρέχει την παρουσία του στον ίδιο βαθμό, όπως και στην ενεργή συνθήκη (ψυχοθεραπεία), χωρίς να χρησιμοποιεί συγκεκριμένες τεχνικές ή να δημιουργεί θεραπευτική συμμαχία με τον θεραπευόμενο. Οι ασθενείς λαμβάνουν μία ακίνδυνη, αλλά «αξιόπιστη» εικονική

[69] "minimal contact"
[70] "routine clinical management"

θεραπεία, στην οποία για παράδειγμα, μπορεί να εμπλέκονται σε ατομικές ή ομαδικές συζητήσεις για αληθοφανή θέματα (όπως ζητήματα επικαιρότητας) ή σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες με τον θεραπευτή (π.χ. η παρακολούθηση ενός φιλμ). Αν και η ίδια η έννοια του placebo είναι να διαχωρίζει τους ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη θεραπεία από τους χημικούς μηχανισμούς των φαρμάκων που επιφέρουν ίαση, και συνεπώς αντιτίθεται στην ψυχολογική έρευνα, βοήθησε ιδιαίτερα στη διάψευση όσων υποστηρίζουν ότι η ψυχοθεραπεία είναι «*ψευδοθεραπεία που προσφέρει ελπίδες στους ασθενείς*» (Lambert & Bergin, 1995).

Οι έρευνες δείχνουν ότι οι ασθενείς στις ομάδες ελέγχου που υποβάλλονται σε εικονική παρέμβαση βελτιώνονται λιγότερο από όσους λαμβάνουν συγκεκριμένη θεραπεία (Lambert & Bergin,1995). Όπως φαίνεται στο Γράφημα 1., κατά μέσο όρο, 63 στους 100 ασθενείς έχουν επιτυχή θεραπευτικά αποτελέσματα με συστηματική ψυχοθεραπεία, σε αντίθεση με 38 στους 100 ασθενείς που υποβάλλονται σε «εικονική» ή ελάχιστη θεραπεία (Høglend, 1999). Είναι γεγονός όμως, ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν εικονική θεραπεία συχνά έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με όσους ασθενείς *δεν* λαμβάνουν καμιά παρέμβαση, γεγονός που υποδεικνύει την επιρροή ψυχολογικών παραγόντων που δεν σχετίζονται με τις θεραπευτικές τεχνικές.



Γράφημα 1. Μ.Ο. Ασθενών που βελτιώνονται με ψυχοθεραπεία και Placebo, στις πειραματικές και ομάδες ελέγχου αντίστοιχα.

Όπως θα δείξω στη συνέχεια, τα φαινόμενα placebo μελετήθηκαν και από μία άλλη σκοπιά, αυτή των κοινών μεταβλητών ανάμεσα σε διαφορετικού είδους

παρεμβάσεις. Το σημαντικό εντούτοις επίτευγμα της έρευνας στην ψυχοθεραπεία είναι ότι έδειξε πως πολλά είδη ψυχοθεραπείας περιέχουν στοιχεία πιο ισχυρά και ενεργά από τις επιμέρους placebo επιρροές.

3.Γ. ΚΟΙΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Αρκετοί ερευνητές ασχολούνται με την υπόθεση ότι ορισμένοι κοινοί παράγοντες, που υπάρχουν στις περισσότερες παρεμβάσεις, προάγουν τη θεραπευτική αλλαγή, υπό την προϋπόθεση της ύπαρξης ισοδυναμίας στα θεραπευτικά αποτελέσματα των διαφορετικών προσεγγίσεων (Garfield, 1995). Αν και η πλειονότητα των θεωρητικών κατασκευών, των ερευνών και των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στην ψυχοθεραπεία δίνουν βαρύτητα στα επιμέρους τεχνικά χαρακτηριστικά των θεραπειών που επιφέρουν αλλαγή, η έρευνα έχει αναδείξει πληθώρα «μη τεχνικών» παραγόντων οι οποίοι διευκολύνουν τη θεραπεία (Lambert & Bergin, 1995): όπως η υποστηρικτικότητα, η ενσυναίσθηση, η δυνατότητα ανατροφοδότησης, η αίσθηση ασφάλειας, η υποβολή, η αξιοπιστία, η προσοχή, οι προσδοκίες βελτίωσης, η έκθεση σε αγχογόνες καταστάσεις, η ενθάρρυνση αντιμετώπισης των φόβων, η αλλαγή των προσδοκιών προσωπικής αποτελεσματικότητας και ισχύος. Κατά βάση στη θεώρηση περί κοινών παραγόντων έχει δοθεί ευρέως η ερμηνεία ότι περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία που δεν συγκαταλέγονται στο οικοδόμημα των διαφορετικών μοντέλων, από τα φαινόμενα placebo έως άλλους κοινούς παράγοντες, όπως η θεραπευτική συμμαχία, η υποβολή, η προσοχή και η ελπίδα (Parloff & Elkin, 1995).

Από τους κοινούς παράγοντες που έχουν διερευνηθεί στην ψυχοθεραπεία, τη μεγαλύτερη εμπειρική υποστήριξη έχουν στοιχεία που σχετίζονται κυρίως με την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης, τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή και του ασθενούς. Οι Lambert & Barley (2001) μάλιστα αναφέρουν ότι οι κοινοί παράγοντες που εμπεριέχονται στη θεραπευτική σχέση έχουν αναδειχθεί ερευνητικά ότι συσχετίζονται πιο ισχυρά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα από τις επιμέρους εξειδικευμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Ενδεικτικό είναι το ποσοστό βελτίωσης των πελατών της ψυχοθεραπείας που αποδίδουν στην επιρροή διάφορων κατηγοριών θεραπευτικών παραγόντων οι Assay & Lambert (1999, βλ. Γράφημα 2).

Στο Γράφημα 2. παρατηρούμε ότι οι εξωθεραπευτικοί παράγοντες, δηλαδή οι μεταβλητές που σχετίζονται με τον πελάτη (τα χαρακτηριστικά του) και το περιβάλλον του (οικογένεια, φιλικό και κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο), αντιστοιχούν σε 40% ποσοστό βελτίωσης (στο θεραπευτικό αποτέλεσμα) και η θεραπευτική σχέση, η οποία περιλαμβάνει έννοιες όπως η ενσυναίσθηση, σε 30% ποσοστό βελτίωσης. Επομένως, οι δύο αυτοί παράγοντες κατέχουν την ισχυρότερη επιρροή στο θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ακολούθως, οι προσδοκίες βελτίωσης των ασθενών σε συνδυασμό με τα φαινόμενα placebo, καθώς και οι

παράγοντες που απορρέουν από τις θεραπευτικές τεχνικές του εκάστοτε μοντέλου, κατέχουν, ο κάθε παράγοντας, από 15% ποσοστό συμμετοχής στη βελτίωση του πελάτη. Ουσιαστικά, οι Assay & Lambert επιβεβαιώνουν τη σημαντική συμμετοχή που έχει τόσο η θεραπευτική σχέση όσο και οι μεταβλητές που συνδέονται με τον αποδέκτη της ψυχοθεραπείας στη θετική έκβαση της παρέμβασης. Οι διαφορετικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται στο εκάστοτε μοντέλο ψυχοθεραπείας, όπως και τα placebo φαινόμενα, υποστηρίζεται, ότι συνεισφέρουν σε μικρότερο ποσοστό θεραπευτικής αλλαγής σε αντίθεση με τους υπόλοιπους παράγοντες.



Γράφημα 2. Συσχέτιση θεραπευτικών παραγόντων με το ποσοστό βελτίωσης του πελάτη στην ψυχοθεραπεία (προσαρμογή από Assay & Lambert, 1999).

3.Γ.α Η Θεραπευτική Σχέση

Πληθώρα ερευνών έχει δείξει ότι η θεραπευτική σχέση είναι παράγοντας κεφαλαιώδους σημασίας που επηρεάζει το αποτέλεσμα της παρέμβασης (Lambert & Bergin, 1995). Όπως αναφέρει ο Høglend (1999) περισσότερα από 100 εμπειρικά ευρήματα υποστηρίζουν ότι η ποιότητα της σχέσης συνδέεται με θετική έκβαση. Η ενσυναίσθηση, η αποδοχή, η ανεκτικότητα, η υποστηρικτικότητα του θεραπευτή και η θεραπευτική συμμαχία εν γένει είναι οι μεταβλητές που έχουν κατά κύριο λόγο ερευνηθεί και επηρεάζουν τη θεραπευτική αλλαγή στην πλειονότητα των προσεγγίσεων (αν και η προσωποκεντρική προσέγγιση του C. Rogers τις τοποθέτησε πρώτη στον πυρήνα του θεωρητικού της σχήματος).

Αναφορικά με τη θεραπευτική συμμαχία, δηλαδή τον αμοιβαίο συνεργατικό δεσμό που δημιουργείται μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, θεωρείται από τους πιο

σημαντικούς κοινούς παράγοντες μεταξύ των ψυχοθεραπειών, καθώς φαίνεται ότι επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα κατά μήκος διαφορετικών θεραπειών, ανεξάρτητα από τις θεωρητικές και τεχνικές διαφορές τους. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, οι επιμέρους τεχνικές ή εξειδικευμένες θεωρίες είναι το «όχημα» δια μέσου του οποίου ενεργοποιείται η θεραπευτική συμμαχία, η οποία εμπεριέχει τα περισσότερα θεραπευτικά συστατικά (Stiles, Shapiro & Elliot, 1986). Τέλος, σύμφωνα με τον Carr (2009) η θεραπευτική συμμαχία συνεισφέρει στο συνολικό αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας σε ποσοστό 38%, δηλαδή επηρεάζει σε εξαιρετικό βαθμό τόσο τη διαδικασία όσο και την τελική έκβαση της θεραπείας.

Στην προσπάθεια να εφαρμοστεί η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας στην έρευνα για την ψυχοθεραπεία διαχωρίστηκαν τρία στοιχεία της έννοιας (Bordin, 1979, παρατίθεται από τους Stiles, Shapiro & Elliot, 1986):
α) ο συναισθηματικός δεσμός μεταξύ πελάτη και θεραπευτή,
β) η ποιότητα της εμπλοκής των δύο συμμετεχόντων στα θέματα της θεραπείας &
γ) ο βαθμός στον οποίο ο θεραπευτής και ο πελάτης συμφωνούν στους στόχους της θεραπείας.

Σε σχέση με την υπόθεση ότι η συμμαχία με τον θεραπευτή προβλέπει το θεραπευτικό αποτέλεσμα, οι μελέτες του Luborsky (1995) έδειξαν ότι όταν μετρηθεί στις πρώτες συνεδρίες, η θετική συμμαχία συσχετίζεται με αντίστοιχο αποτέλεσμα. Ωστόσο, λίγες έρευνες έχουν μελετήσει τη σχέση θεραπευτικής συμμαχίας και αποτελέσματος μεταξύ διαφορετικών θεραπειών. Στη συνέχεια παρατίθενται τρεις σχετικές μελέτες. Ανάμεσα σε αυτές είναι η έρευνα των Marmar, Gaston, Gallagher & Thompson (1989) όπου μελετήθηκε η θεραπευτική συμμαχία σε σχέση με το αποτέλεσμα σε τρεις διαφορετικές θεραπείες (συμπεριφορική, γνωσιακή και βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία) σε ασθενείς τρίτης ηλικίας με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Τα αποτελέσματα έδειξαν παρόμοια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην έκβαση της ψυχοθεραπείας και τη θεραπευτική συμμαχία μεταξύ των τριών θεραπειών. Επίσης, τα επίπεδα της συμμαχίας δεν διέφεραν μεταξύ των μοντέλων, ενώ για κάθε ψυχοθεραπεία ξεχωριστά, μόνο στη γνωσιακή η συσχέτιση συμμαχίας και θεραπευτικής αλλαγής βρέθηκε ισχυρή.

Μία ακόμη έρευνα, είναι η πιλοτική φάση του ερευνητικού προγράμματος για την κατάθλιψη του Εθνικού Ινστιτούτου για την Ψυχική Υγεία των ΗΠΑ (Krupnick & συν., 1994), όπου μελετήθηκαν η διαπροσωπική, η γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, η ενεργή και placebo φαρμακοθεραπεία. Οι μετρήσεις για τη σχέση συμμαχίας και αποτελεσμάτων έδειξαν ισχυρή συσχέτιση των δύο παραγόντων ανάμεσα στις 4 θεραπευτικές προτάσεις της έρευνας, ενώ για την κάθε θεραπεία χωριστά, μόνο στη διαπροσωπική προσέγγιση βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση.

Στο κύριο μέρος της ανωτέρω έρευνας (Krupnick & συν.,1996) μελετήθηκε ο ρόλος της θεραπευτικής συμμαχίας σε όλο το δείγμα των ασθενών που είχαν συμπληρώσει τουλάχιστον δύο συνεδρίες, δηλαδή σε 225 άτομα. Πρόκειται για τη μεγαλύτερου εύρους έρευνα με χρήση τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης κλινικής δοκιμασίας που μελέτησε τη σχέση μεταξύ θεραπευτικής συμμαχίας και θεραπευτικού αποτελέσματος τόσο σε διαφορετικά είδη ψυχοθεραπείας (γνωσιακή-συμπεριφορική & διαπροσωπική) όσο και σε φαρμακοθεραπεία.

Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική σχέση μεταξύ συμμαχίας και αποτελέσματος σε όλες τις συνθήκες και μετρήσεις, ενώ οι μεταβολές στο θεραπευτικό αποτέλεσμα (με την έννοια της μείωσης συμπτωμάτων) αποδόθηκαν περισσότερο στη συμμαχία παρά στην εκάστοτε θεραπευτική μέθοδο. Σημειώνεται, ότι και στις δύο συνθήκες φαρμακοθεραπείας (ενεργή και εικονική), η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος στη σχέση ιατρού-ασθενούς, σχετίστηκε ισχυρά με το αποτέλεσμα[71]. Επίσης, βρέθηκε ότι η συνεισφορά του ασθενούς στη θεραπευτική σχέση σχετίζεται ισχυρά με (δηλαδή προβλέπει) το αποτέλεσμα, σε αντίθεση με τη συνεισφορά του θεραπευτή[72], εύρημα που έρχεται σε συμφωνία με παλαιότερες μελέτες (βλ. Stiles, Shapiro, Elliot, 1986).

Σύμφωνα με όσα παρατέθηκαν, η θεραπευτική συμμαχία φαίνεται να είναι ένας παράγοντας με σημαντική επιρροή στην έκβαση, ανεξάρτητα από τον τύπο της θεραπείας, όπου ο ρόλος του ασθενούς αποτελεί κεντρικό στοιχείο πρόβλεψης του θεραπευτικού αποτελέσματος. Οι δεκαετίες έρευνας έχουν δείξει ότι η ψυχοθεραπεία είναι μία διαπροσωπική διαδικασία στην οποία ένα κύριο θεραπευτικό συστατικό είναι η φύση της θεραπευτικής σχέσης (Lambert & Barley, 2001). Συνεπώς, ένας τρόπος για να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας είναι μαθαίνοντας να βελτιώνουμε την ικανότητα του θεραπευτή να συσχετίζεται με τους πελάτες του. Ουσιαστικά η θεραπευτική συμμαχία είναι μία έννοια που εμπεριέχει πολλά χαρακτηριστικά τόσο του θεραπευτή όσο και του ασθενούς τα οποία συνεισφέρουν ή επηρεάζουν τη θεραπεία (Stiles, Shapiro & Elliot, 1986). Ορισμένα από αυτά τα χαρακτηριστικά συναντώνται στη θεωρία περί κοινών παραγόντων στα ψυχοθεραπευτικά μοντέλα και αρκετά έχουν συνδεθεί θετικά ή αρνητικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

---

[71] Φαίνεται ότι πέρα από την επιλογή του σωστού φαρμάκου και δοσολογίας υπάρχουν και άλλα στοιχεία που επιδρούν έντονα στην αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας και σχετίζονται με την ποιότητα της σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς.

[72] Η συνεισφορά του θεραπευτή δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σε σχέση με το αποτέλεσμα, κάτι που μπορεί να οφείλεται στην ομοιομορφία των παρεμβάσεων και του προφίλ των θεραπευτών, όσο και στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών της έρευνας.

3.Γ.β. Άλλοι Κοινοί Παράγοντες

Η έρευνα έχει αναδείξει και ορισμένους άλλους κοινούς παράγοντες, εκτός από τη θεραπευτική σχέση και τις ποιότητες που περιλαμβάνει, που είναι συναφείς με την ισοδυναμία των μοντέλων ψυχοθεραπευτικής τεχνικής. Για παράδειγμα, στην έρευνα των Zeiss, Lewinsohn & Muñoz (1979) έγινε σύγκριση της εκπαίδευσης σε διαπροσωπικές ικανότητες (ένα πρόγραμμα για την αύξηση των ευχάριστων δραστηριοτήτων και της απόλαυσης από πιθανές ευχάριστες δραστηριότητες) με μία γνωσιακή προσέγγιση για την τροποποίηση των καταθλιπτικών σκέψεων. Όλες οι ομάδες ασθενών βελτιώθηκαν ισοδύναμα, ανεξάρτητα από την τεχνική που χρησιμοποιήθηκε. Οι ερευνητές εξήγησαν τα αποτελέσματα βάση της υπόθεσης ύπαρξης κοινών παραγόντων.

Αυτά τα κοινά στοιχεία είναι η αύξηση της αυτο-αποτελεσματικότητας του ασθενούς, μέσω της εκπαίδευσης στις ικανότητες αυτοβοήθειας που λαμβάνει χώρα κατά την ψυχοθεραπεία. Ο ασθενής ουσιαστικά αποκτά περισσότερες δεξιότητες οι οποίες λειτουργούν αυξάνοντας τις προσδοκίες που έχει για κυριαρχία/υπερίσχυση σε δύσκολες καταστάσεις και ενισχύοντας την αντίληψή του σχετικά με την απόκτηση μεγαλύτερης θετικής ενίσχυσης από τα βιώματά του. Αναφορά στους ίδιους κοινούς παράγοντες έχει γίνει από ερευνητές που συνέκριναν γνωσιακές, συμπεριφορικές και βραχείες δυναμικές θεραπείες με παρόμοια θετικά αποτελέσματα (Lambert & Bergin, 1995).

Επιπρόσθετο στοιχείο που εντοπίζεται στις διαφορετικές θεραπείες και επιδρά με κοινό τρόπο είναι η έκθεση των προβλημάτων του ασθενούς και η κινητοποίησή του στην αναζήτηση λύσεων (Lambert & Bergin, 1995). Σε όλες τις δια λόγου θεραπείες ο ασθενής εκθέτει τις δύσκολες σκέψεις, αναμνήσεις, σχέσεις ή καταστάσεις που βιώνει, αν και στις συμπεριφορικές θεραπείες αυτό γίνεται με πιο δομημένο τρόπο. Επίσης, όλες οι θεραπείες βοηθούν ή ενθαρρύνουν τους ασθενείς να αναπτύξουν δεξιότητες με σκοπό να αντιμετωπίζουν συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως το άγχος ή ο φόβος. Τέλος, στις περισσότερες παρεμβάσεις ακολουθείται ένα κοινό μοτίβο: προηγούνται παρεμβάσεις υποστήριξης του θεραπευόμενου, ακολουθούν παρεμβάσεις αναπλαισίωσης του τρόπου που γίνονται «αντιληπτά» τα προβλήματα και τέλος γίνονται παρεμβάσεις που προωθούν (άμεσα ή έμμεσα) νέα μοτίβα συμπεριφοράς (Carr, 2009).

Το ζήτημα των κοινών παραγόντων στις θεραπείες συνδέεται άμεσα με την πιθανότητα διερεύνησης ειδικών παραγόντων ή εξειδικευμένων θεραπειών για συγκεκριμένα προβλήματα. Εφόσον είναι δυνατή η ανάπτυξη παρεμβάσεων που να απευθύνονται σε συγκεκριμένες διαταραχές, τα θεραπευτικά αποτελέσματα θα είναι πιο ισχυρά, όπως για παράδειγμα, η εξέλιξη των συμπεριφορικών και

γνωσιακών τεχνικών οδήγησε στην εξειδίκευση θεραπειών για προβλήματα όπως η βουλιμία, διάφορες φοβίες ή αγχώδεις διαταραχές. Ο Garfield (1995) υποστηρίζει ότι η κατάλληλη χρήση τόσο των κοινών όσο και των ειδικών παραγόντων που επιδρούν στη θεραπεία θα αποτελέσει πιθανόν την πιο αποτελεσματική προσέγγιση για την εξέλιξη των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων.

3.Δ. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το προφίλ του θεραπευτή επηρεάζει αναμφίβολα τη θεραπευτική διαδικασία. Εκτός από την επαγγελματική εμπειρία του και την εκπαίδευσή του, η προσωπικότητα του θεραπευτή, οι αξίες, οι εμπειρίες, η ηλικία, το φύλο και η κοινωνικοοικονομική τάξη είναι μερικοί από τους παράγοντες που διαφοροποιούν τους θεραπευτές μεταξύ τους και οι οποίοι έχουν αξιολογηθεί ερευνητικά (O'Brien & Woody, 1989). Οι παλαιότερες μελέτες δεν έχουν αναδείξει κάποιον ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα (όπως η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, η προσωπικότητα του θεραπευτή, η εκπαίδευση και η πείρα που διαθέτει, η προσωπική του θεραπεία ή η εποπτεία που έχει λάβει), ο οποίος να επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα, εκτός από την ίδια τη σχέση ασθενούς και θεραπευτή [Beutler και συν. (2004), Høglend, (1999), Ποταμιάνος, (2000)].

Τα τελευταία όμως χρόνια υπάρχει ένα αυξανόμενο σώμα εμπεριστατωμένων μελετών που υποστηρίζει ότι η εκπαίδευση, η εποπτεία, η εμπειρία του θεραπευτή, καθώς και η παροχή ανατροφοδότησης για την πρόοδο του ασθενούς, συμβάλλουν σε θετικά αποτελέσματα, ποιοτικά και ποσοτικά, στην έκβαση της θεραπείας (Carr, 2009). Επιπλέον, στην εκτενή ανασκόπηση του Beutler και συν. (2004) αναφέρεται ρητά η απουσία σύγχρονων ερευνών που να επιδιώκουν συσχετισμούς μεταξύ χαρακτηριστικών του θεραπευτή (προσωπικότητα, αξίες, εθνικότητα, ηλικία, φύλο κ.α.) και θεραπευτικού αποτελέσματος. Αυτοί οι τομείς έρευνας χρειάζονται περισσότερα στοιχεία ώστε να θεμελιωθούν ισχυρά επιχειρήματα υπέρ της επιρροής των προαναφερθέντων μεταβλητών στην έκβαση της ψυχοθεραπείας.

Σε αντίθεση με την έλλειψη ερευνών που να μελετούν τα ατομικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή, υπάρχει πληθώρα εργασιών που εστιάζεται στη χρήση συγκεκριμένων τεχνικών εκ μέρους του. Η χορήγηση εγχειριδίων συμβάλλει στην προσπάθεια αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας (βλ. υποκεφάλαιο 3.Α., σελ.72). Επιπρόσθετα όμως, μπορεί να δώσει στοιχεία και για το πόσο πιστά γίνεται η αναπαραγωγή των οδηγιών από τους θεραπευτές, ώστε να μειωθεί η μεροληψία τους στις εκπονηθείσες έρευνες (Ποταμιάνος, 2000). Ειδάλλως είναι δύσκολο να λάβει χώρα μία συγκριτική μελέτη, εάν δεν εξασφαλιστεί ότι η διεξαγωγή της θεραπείας γίνεται με συγκεκριμένους κανόνες

που να οριοθετούν τη διαφορετικότητα των μοντέλων που συγκρίνονται (Stiles, Shapiro & Elliot, 1986). Σε γενικές γραμμές φαίνεται ότι η ευέλικτη και όχι «άκαμπτη» χρήση οδηγών θεραπείας, διευκολύνει τη θετική έκβαση, αν και υπάρχει μία συνεχιζόμενη αντιπαράθεση μεταξύ των ερευνητών και θεραπευτών σχετικά με την αυξανόμενη χρήση τους στην κλινική πρακτική (λεπτομέρειες σχετικά με την αντιπαράθεση για τη χρήση εγχειριδίων θα παρατεθούν στα επόμενα κεφάλαια).

Παράλληλα όμως με τη χρήση εγχειριδίων οι ερευνητές μελετούν και άλλα στοιχεία της θεραπείας που επηρεάζονται απ' το προφίλ του θεραπευτή. Σε μετα-ανάλυση του Crits-Christoph & συν. (1991) συσχετίστηκαν 4 παράγοντες (η χρήση εγχειριδίου, το επίπεδο εμπειρίας του θεραπευτή, η διάρκεια της θεραπείας και ο τύπος της θεραπείας: γνωσιακή-συμπεριφορική και ψυχοδυναμική-διαπροσωπική) με τις διαφορές στην αποτελεσματικότητα των θεραπευτών[73]. Η μετα-ανάλυση έδειξε ότι η χρήση εγχειριδίων και η μεγαλύτερη εμπειρία του θεραπευτή συνδέονται με μικρές διαφοροποιήσεις στην αποτελεσματικότητα των θεραπευτών (μεγαλύτερη ομοιομορφία αποτελεσμάτων), ενώ η μη χρήση εγχειριδίων και οι λιγότερο έμπειροι θεραπευτές προκαλούν μεγαλύτερες αποκλίσεις (τα αποτελέσματα μεταξύ θεραπευτών διαφέρουν σημαντικά)[74]. Σε γενικές γραμμές, η επίδραση του θεραπευτή φαίνεται να είναι ισχυρή σε σχέση με το αποτέλεσμα και γι' αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στο σχεδιασμό συγκριτικών μελετών, με τη χρήση εγχειριδίων και εκπαιδευμένων θεραπευτών.

Στις κλινικές δοκιμασίες, που γίνονται στον τομέα της έρευνας των ψυχολογικών παρεμβάσεων τα τελευταία 15 χρόνια, ένας επιμέρους στόχος είναι να μειωθεί στο ελάχιστο η επιρροή του θεραπευτή ως μεταβλητή που επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα, ώστε αυτό να αποδοθεί στο είδος της θεραπείας που ερευνάται. Ακόμη όμως και στο ελεγχόμενο αυτό πλαίσιο, υπάρχουν ενδείξεις ότι ορισμένα ευρήματα αποδίδονται στα χαρακτηριστικά των θεραπευτών, αν και δεν εντοπίζονται σε όλες τις μελέτες. Για παράδειγμα, στη μελέτη της Elkin και συν. (2006) επαναξιολογήθηκαν τα δεδομένα της έρευνας του NIMH για την κατάθλιψη, με σκοπό να προσδιοριστεί ποσοτικά η συνεισφορά του θεραπευτή στο αποτέλεσμα. Ανάλογα με τον τύπο της ανάλυσης, δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των διαφορετικών ψυχοθεραπειών (διαπροσωπική, γνωσιακή-συμπεριφορική), οι οποίες να μπορούν να αποδοθούν σε συγκεκριμένους θεραπευτές.

[73] Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από 15 δημοσιευμένες ερευνητικές εργασίες για την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας, από όπου συνάχθηκαν 27 θεραπευτικές ομάδες & 141 θεραπευτές.

[74] Σημειώνεται, ωστόσο, ότι η έρευνα αυτή ενέχει περιορισμούς στη μεθοδολογία και το σχεδιασμό της (π.χ. μικρό δείγμα, ομογενοποίηση διαφορετικών τύπων θεραπείας, μη εξέταση χαρακτηριστικών των ασθενών κ.α.).

Σε μία άλλη πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη του Okiishi & συν. (2006) συλλέχθηκαν δεδομένα από περισσότερους από 5.000 φοιτητές που παρακολουθήθηκαν από 71 θεραπευτές, για περίοδο έξι ετών, σε ένα πανεπιστημιακό κέντρο συμβουλευτικής[75]. Αρχικά συσχετίστηκε το θεραπευτικό αποτέλεσμα με τα εξής χαρακτηριστικά του θεραπευτή: φύλο, εκπαίδευση, εμπειρία και θεωρητικός προσανατολισμός. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι κανένας από αυτούς τους παράγοντες δεν επιδρά καταλυτικά στη βελτίωση των ασθενών, όπως ανέφεραν και οι παλαιότερες μελέτες. Βρέθηκαν όμως σημαντικές διαφορές μεταξύ των θεραπευτών στον αριθμό των συνεδριών που παρείχαν, στην ταχύτητα και στο συνολικό ποσοστό της θεραπευτικής αλλαγής (παρόλο που οι αρχικές μετρήσεις έδειξαν ότι όλοι είχαν ισοδύναμα δείγματα ασθενών σχετικά με τον βαθμό σοβαρότητας των διαταραχών τους), γεγονός που καθιστά ευκρινές το πόσο σημαντική μεταβλητή αποτελεί ο κάθε θεραπευτής για το αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας[76].

Υπάρχουν λοιπόν στοιχεία που υποστηρίζουν ότι τα διαφορετικά θεραπευτικά αποτελέσματα εξηγούνται και ως παράμετρος των ατομικών διαφορών μεταξύ θεραπευτών. Ίσως εν μέρει διότι κάποιοι θεραπευτές φαίνεται να έχουν καλύτερα αποτελέσματα με συγκεκριμένο τύπο ασθενών. Δύο σύγχρονες μελέτες που επιβεβαιώνουν ποσοτικά τη σημαντική επίδραση του θεραπευτή είναι οι ακόλουθες: Η νατουραλιστική έρευνα του Lutz & συν. (2007) έδειξε ότι το ποσοστό της συνολικής διαφοροποίησης στο θεραπευτικό αποτέλεσμα κατά μήκος των συνεδριών, με τη μορφή αλλαγών στην ένταση των συμπτωμάτων, το οποίο αποδίδεται στους θεραπευτές είναι 8% και το ποσοστό της διαφοροποίησης στους ρυθμούς βελτίωσης του ασθενούς που αποδίδεται στους θεραπευτές είναι περίπου 17%. Στην έρευνα του Dinger & συν. (2008) σε δείγμα ασθενών ενδονοσοκομειακής περίθαλψης το ποσοστό διαφοροποίησης της θεραπευτικής συμμαχίας που αποδίδεται στους θεραπευτές βρέθηκε 33%, πολύ μεγαλύτερο σε αντίθεση με το 3%, ποσοστό διαφοροποίησης στην έκβαση της θεραπείας[77]. Οι θεραπευτές διέφεραν στην αποτελεσματικότητά τους σε σχέση με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του ασθενούς (στην αρχή της θεραπείας) και διέφεραν επίσης, στον βαθμό συσχέτισης της θετικής θεραπευτικής συμμαχίας με το αποτέλεσμα.

Κατόπιν των προαναφερόμενων παραδειγμάτων, γίνεται κατανοητό ότι υπάρχει μία συνεχιζόμενη συζήτηση για τη διαφορική επίδραση του θεραπευτή ως μεταβλητή που επηρεάζει πολλές πλευρές της θεραπευτικής διαδικασίας. Το

[75] Σκοπός της έρευνας ήταν να αξιολογηθεί το επίπεδο υπηρεσιών του κέντρου και να βελτιωθεί η ποιότητα της θεραπευτικής φροντίδας.

[76] Το γεγονός ότι τα δεδομένα κρατήθηκαν ανώνυμα και δεν υπήρχε ηλεκτρονική καταγραφή των συνεδριών εμπόδισε τους ερευνητές να εντοπίσουν πιο συγκεκριμένα στοιχεία για την επιρροή του θεραπευτή.

[77] Το χαμηλό ποσοστό της διαφοροποίησης των θεραπευτών σε σχέση με το αποτέλεσμα σχετίζεται, εντούτοις, με το συγκεκριμένο πλαίσιο θεραπείας (νοσοκομειακή περίθαλψη) που ενεργοποιεί αντισταθμιστικούς μηχανισμούς.

κοινό χαρακτηριστικό όλων των σχετικών μελετών είναι η κεντρική θέση που δίνουν στην επιρροή του θεραπευτή σε σχέση με το συνολικό αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας. Ο Carr (2009) αναφέρει ότι το 46-69% των αποτελεσμάτων της ψυχοθεραπείας οφείλονται στον θεραπευτή και συγκεκριμένα στην εκπαίδευσή του, στη δυνατότητά του να διαμορφώσει συμμαχία με τον ασθενή όπως και να εφαρμόσει συγκεκριμένες θεραπευτικές τεχνικές.

Στις έρευνες που ζητείται από τους ίδιους τους ασθενείς να αξιολογήσουν ποιοι παράγοντες είναι πιο σημαντικοί στη θεραπεία τους, φαίνεται να υπάρχει μία γενικότερη ομοφωνία. Σε αυτό το σημείο οι ασθενείς δίνουν έμφαση στα χαρακτηριστικά του θεραπευτή περισσότερο από τις ειδικές τεχνικές που χρησιμοποιεί (Lambert & Bergin, 1995). Οι θεραπευόμενοι τονίζουν παράγοντες όπως η προσωπικότητα του θεραπευτή, η βοήθεια στην ενδοσκόπηση, η ενθάρρυνση και η εμπιστοσύνη, ενώ δεν σημειώνουν ως καίριες τις επιμέρους τεχνικές της θεραπείας. Αν και αυτού του τύπου οι μελέτες αντιμετωπίζουν μεθοδολογικά προβλήματα, το γεγονός ότι τα ευρήματά τους αναπαράγονται χρησιμοποιώντας διαφορετικά εργαλεία μέτρησης (ερωτηματολόγια), αποτελεί ένδειξη των κοινών παραγόντων που υπάρχουν ανεξάρτητα από το είδος της θεραπείας και σχετίζονται με τη θεραπευτική σχέση και με τον ίδιο τον θεραπευτή. Τέλος, ένα άλλο ζήτημα που σχετίζεται με την αξιολόγηση της θεραπείας είναι το ποια χαρακτηριστικά του θεραπευτή λειτουργούν καλύτερα με ποιο είδος ασθενούς. Έχει γίνει ερευνητική προσπάθεια στον συγκεκριμένο τομέα, τα αποτελέσματα, εντούτοις, δεν είναι ενδεικτικά σαφούς απάντησης (Garfield, 1995), αν και η έρευνα των τελευταίων ετών είναι πολλά υποσχόμενη σε αυτό τον τομέα.

3.Ε. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥ

Είναι αδιαμφισβήτητο ότι στη δημιουργία της θεραπευτικής σχέσης παίζουν σημαντικό ρόλο τόσο τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή όσο και του ασθενούς. Στην κλινική πρακτική ο ίδιος θεραπευτής έχει διαφορετικά αποτελέσματα με διαφορετικούς ασθενείς. Με άλλους θα δημιουργήσει θετική σχέση και η θεραπεία θα αποβεί αποτελεσματική, ενώ με περίπου έναν στους 10 ασθενείς δεν θα έχει εξίσου θετικά αποτελέσματα. Αν και η έκβαση της θεραπείας μπορεί να αποδοθεί στην ικανότητα του θεραπευτή να διαπραγματευτεί με διαφορετικούς ασθενείς τα χαρακτηριστικά των τελευταίων, όπως η ωριμότητα, η κινητοποίηση, οι προσδοκίες, η οργάνωση της προσωπικότητας κλπ., οι ασθενείς δεν παύουν να επηρεάζουν ενεργά το θεραπευτικό πλαίσιο με ποικίλους τρόπους.

Ο Gordon (2005) υποστηρίζει ότι οι ερευνητικές προσεγγίσεις που έχουν ως σκοπό να διευρύνουν τις γνώσεις μας για την ψυχοθεραπεία, εφόσον δεν παρουσιάζουν την οπτική του ασθενούς στην ερμηνεία των θεραπευτικών συμβάντων,

ουσιαστικά παρέχουν μία περιορισμένη εικόνα της πραγματικής φύσης της θεραπείας. Στην προσπάθεια να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων η μεταβλητή του ασθενούς είναι καίριας σημασίας. Καταρχήν, οι ερευνητές οφείλουν να λάβουν υπόψη τους το δείγμα των ασθενών που χρησιμοποιείται στην έρευνα (Garfield, 1995). Στην περίπτωση που το δείγμα είναι ετερογενές ή αποτελείται από μη κλινικούς ασθενείς (για παράδειγμα φοιτητές), τότε το αποτέλεσμα δεν μπορεί να είναι πάντα γενικεύσιμο. Επιπλέον, πρέπει να ληφθεί υπόψη η δυνατότητα των ερευνητικών αποτελεσμάτων να καταδείξουν ποιοι ασθενείς μπορούν να βελτιωθούν από την ψυχοθεραπεία (ή από συγκεκριμένο είδος θεραπείας) και ποιοι όχι.

Οι μεταβλητές που έχουν μελετηθεί και αφορούν στον θεραπευόμενο είναι μεγάλου εύρους. Παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το οικονομικό, μορφωτικό & πολιτισμικό πλαίσιο αναφοράς των ασθενών, όπως επίσης και παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή ασθενών σε (συγκεκριμένου τύπου) ψυχοθεραπεία έχουν γίνει αντικείμενο ενδελεχούς έρευνας (Ποταμιάνος, 2000). Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης θα αναφερθώ στις έρευνες εκείνες που συνδέουν τα χαρακτηριστικά των ασθενών με την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας.

Σε πρώιμη μελέτη του, ο Luborsky και συν. (1971) κάνοντας ανασκόπηση 166 μελετών (που περιλαμβάνουν μοντέλα ατομικής ψυχοθεραπείας σε ενηλίκους) κατέληξε στο ότι γενικά δεν φαίνεται να υπάρχει ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στα δημογραφικά στοιχεία των θεραπευόμενων (όπως το φύλο, την ηλικία και την κοινωνικοοικονομική τάξη) και την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας. Υποστηρίζεται, ωστόσο, από τους συγγραφείς ότι υπάρχει μία τάση σε νεότερους ασθενείς, σε άτομα με ικανοποιητική λειτουργικότητα της προσωπικότητάς τους και με υψηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις να έχουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα, αν και δεν σημειώνεται καταλυτική ερευνητική απόδειξη της θετικής αυτής συσχέτισης.

Μεταγενέστερες ανασκοπήσεις της σχετικής βιβλιογραφίας για την επιρροή των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών στο θεραπευτικό αποτέλεσμα υποστηρίζουν ότι κανένας από τους παράγοντες ηλικία, φύλο και κοινωνική τάξη δεν επηρεάζει τη θεραπευτική αλλαγή (Garfield, 1978). Για παράδειγμα, η μετα-ανάλυση που διεξήγαγε η Smith (1982) σε 475 μελέτες για την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας και 112 μελέτες για τα συγκριτικά αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας και ψυχοδραστικών φαρμάκων, είχε παρόμοια συμπεράσματα: η ηλικία του ασθενούς και η διάγνωσή του, (όπως και η εμπειρία και η εκπαίδευση του θεραπευτή) είναι μεταβλητές που δεν επηρεάζουν καταλυτικά την έκβαση της θεραπείας. Η πρόσφατη και πληρέστατη ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας από τους Clarkin & Levy (2004) αναδεικνύει ότι η

ηλικία, το φύλο και η εθνικότητα (φυλή) των ασθενών σχετίζονται με ανακόλουθο τρόπο με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, αν και, μεταξύ άλλων, φαίνεται ότι το υψηλό κοινωνικοοικονομικό στάτους συνδέεται με καλύτερη ανταπόκριση στην ψυχοθεραπεία. Στο συγκεκριμένο πεδίο η έρευνα δεν δίνει ακόμη σταθερές απαντήσεις και τα ποικίλα ερωτήματα μένουν να απαντηθούν σε μελλοντικές μελέτες.

Αρκετές μελέτες έχουν γίνει για την επιρροή ή όχι των προσδοκιών και των κινήτρων των ασθενών σε σχέση με τη θεραπευτική αλλαγή. Οι προσδοκίες βελτίωσης στην αρχή της θεραπείας, δεν φαίνεται να συσχετίζονται ισχυρά με το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Συνολικά, στις έρευνες υπάρχουν αντικρουόμενα συμπεράσματα, είτε θετικά είτε αρνητικά, σε σχέση με τις προσδοκίες του πελάτη. Ορισμένες ενδείξεις παρουσιάζουν ότι οι προσδοκίες για βελτίωση κατά τη διάρκεια της θεραπείας επηρεάζουν την τελευταία[78] (Garfield, 1978). Επιπλέον, η ύπαρξη ισχυρών κινήτρων για ψυχοθεραπεία φαίνεται γενικά να σχετίζεται με θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα (Ποταμιάνος, 2000).

Ερευνητικές αναφορές δείχνουν ότι οι ασθενείς που είναι πιο πρόθυμοι να συνάψουν ουσιαστική σχέση με τον θεραπευτή τους έχουν επιτυχή θεραπεία, σε αντίθεση με τους ασθενείς που δεν σχετίζονται με ικανοποιητικό τρόπο με τον θεραπευτή και έχουν την τάση να κρατούν την αλληλεπίδραση σε πιο επιφανειακό επίπεδο (Lambert & Bergin, 1995). Γενικά, οι ασθενείς που έχουν λιγότερο προβληματικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας, καλή ικανότητα εγκαθίδρυσης σταθερών και αμοιβαίων διαπροσωπικών σχέσεων και καλές ικανότητες συνεργασίας και λεκτικής επικοινωνίας έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι έχουν επιτυχή θεραπεία και μάλιστα τρεις φορές πιο συχνά σε σχέση με τους ασθενείς που δεν έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά (Høglend, 1999).

Ένα ακόμη ζήτημα που παραμένει σημαντικό στην έρευνα είναι η δυνητική επίδραση των εξωτερικών γεγονότων της ζωής του ασθενούς στο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Garfield, 1995). Στην περίπτωση του ασθενούς που αναζητάει θεραπεία εξαιτίας μίας κατάστασης κρίσης στη ζωή του, η επίλυση της κρίσης μπορεί να οδηγήσει σε θετικό τερματισμό της θεραπείας πολύ γρήγορα σε αρκετές περιπτώσεις. Αντίστοιχα, σημαντικά (τραυματικά) γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή του ασθενούς κατά τη διάρκεια της θεραπείας, μπορεί να επηρεάσουν την τελευταία αρνητικά. Η έρευνα του Ινστιτούτου Menninger (Wallerstein, 1995) είναι από τις λίγες που έλαβαν υπόψη τους αυτόν τον παράγοντα και αναγνωρίστηκε η δυσκολία του να εκτιμηθεί ο βαθμός επιρροής των εξωτερικών γεγονότων στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Όπως έχει αναφερθεί,

[78] Ιδίως όταν εφαρμόζεται συστηματική απευαισθητοποίηση.

οι Assay & Lambert (1999) αποδίδουν ιδιαίτερα σημαντική επιρροή στα εξωθεραπευτικά γεγονότα ζωής του πελάτη ή του περιβάλλοντός του σε σχέση με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, τα οποία δεν σχετίζονται άμεσα με τη θεραπεία, πρέπει όμως να λαμβάνονται υπόψη στην τελική έκβαση. Σε γενικές γραμμές φαίνεται ότι η ύπαρξη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και χαμηλού επιπέδου στρεσογόνων παραγόντων σχετίζεται με θετικά αποτελέσματα (Carr, 2009).

Μία ακόμη μεταβλητή που έχει σχετιστεί με τη θεραπευτή αλλαγή είναι ο βαθμός νοσηρότητας των διαταραχών του ασθενούς. Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, όπου η νοσολογική κατηγοριοποίηση των ασθενών, μέσω π.χ. DSM, χρησιμοποιείται ευρέως, έχει δώσει προτεραιότητα στη διάγνωση του ασθενούς ως μεταβλητή που επηρεάζει το αποτέλεσμα. Η σοβαρότητα των ψυχιατρικών διαταραχών του ασθενούς πριν τη θεραπεία φαίνεται να συνδέεται με το τελικό αποτέλεσμα και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην επιλογή της κατάλληλης προσέγγισης [O'Brien & Woody, (1989), Project MATCH Research Group, (1997)]. Αρκετές έρευνες δείχνουν ότι οι σοβαρά διαταραγμένοι ψυχιατρικοί ασθενείς ή οι λιγότεροι λειτουργικοί έχουν λιγότερα οφέλη από την ψυχοθεραπεία (Luborsky, 1995). Επιπρόσθετα η ύπαρξη σύνθετων περιπτώσεων, όπου οι θεραπευόμενοι έχουν πολλαπλά, χρόνια προβλήματα και ειδικότερα διαταραχές προσωπικότητας, φαίνεται ότι συνδέεται με μικρότερη ή πιο αργή βελτίωση σε σχέση με λιγότερο σύνθετες περιπτώσεις [Carr, (2009), Clarkin & Levy (2004)].

Όταν, εντούτοις, οι ασθενείς με τη μικρότερη λειτουργικότητα συγκριθούν με τις ομάδες ελέγχου, η αποτελεσματικότητα των θεραπειών είναι ξεκάθαρη. Με άλλα λόγια, φαίνεται ότι όσοι ασθενείς λειτουργούν ήδη ικανοποιητικά στην αρχή της θεραπείας, την τερματίζουν με υψηλότερη λειτουργικότητα, σε σχέση με όσους στην αρχή της θεραπείας έχουν υψηλότερο επίπεδο διαταραχής. Το κέρδος όμως των δεύτερων είναι εξίσου μεγάλο, αν όχι μεγαλύτερο, καθώς έχουν δυνατότητα περισσότερης βελτίωσης, αν και στη λήξη της θεραπείας μπορεί να αξιολογηθούν ως «μη ικανοποιητικά λειτουργικοί». Πρέπει όμως να αναφερθεί ότι οι διαφορές μεταξύ των μελετών στον τρόπο διάγνωσης και μέτρησης του αποτελέσματος, τα διαφορετικά είδη θεραπείας ανά έρευνα και τα διαφορετικά δείγματα ασθενών αποτελούν προβλήματα στην εξέταση των προαναφερόμενων μεταβλητών– δηλαδή της συσχέτισης λειτουργικότητας και νοσηρότητας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Garfield, 1978).

Εξαιτίας αυτών των προβλημάτων στη μεθοδολογία, όπως και της παρουσίας του φαινομένου της ισοδυναμίας των θεραπευτικών παρεμβάσεων, αρκετοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει τα τελευταία χρόνια να συσχετίσουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των ασθενών με ορισμένους τύπους θεραπείας, στην προσπάθεια να παραχθούν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα (Crits-Cristoph & Gladis,

2008). Για παράδειγμα, οι ασθενείς με ιστορικό υψηλής ποιότητας διαπροσωπικών σχέσεων τείνουν να έχουν καλύτερα αποτελέσματα στη σύντομη, επικεντρωμένη[79] δυναμική θεραπεία, ενώ οι ασθενείς με ιστορικό χαμηλής ποιότητας διαπροσωπικών σχέσεων τείνουν να πηγαίνουν καλύτερα σε λιγότερο εστιασμένες ψυχοδυναμικές θεραπείες (Høglend, 1999).

Μία έρευνα συναφούς φιλοσοφίας είναι του Sotsky και συν. (1991) όπου εξετάστηκαν ορισμένα χαρακτηριστικά των ασθενών με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (162 ασθενείς που ολοκλήρωσαν 16 εβδομάδες θεραπείας), τα οποία ενδεχομένως αποτελούν ενδείξεις για το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Συγκεκριμένα, σε συνδυασμό με την αξιολόγηση της σοβαρότητας της νόσου σε κάθε ασθενή, εντοπίστηκαν έξι χαρακτηριστικά που πιθανόν προβλέπουν το αποτέλεσμα σε όλες τις παρεχόμενες θεραπείες του ερευνητικού πλαισίου (την διαπροσωπική, γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, στη φαρμακοθεραπεία με imipramine και το placebo): κοινωνική και γνωστική δυσλειτουργία, προσδοκίες βελτίωσης, ενδογενή και διπλή κατάθλιψη (ταυτόχρονη ύπαρξη μείζονος καταθλιπτικής και δυσθυμικής διαταραχής), διάρκεια του παρόντος καταθλιπτικού επεισοδίου[80].

Στον αντίποδα ένα σημαντικό πρόβλημα αυτών των μελετών είναι η εξαιρετική πληθώρα μεταβλητών που υπεισέρχονται, οι οποίες δεν είναι εύκολο να ελεγχθούν, όπως οι διαφορετικές διαγνώσεις και οι συνδυασμοί θεραπευτή, πλαισίου, προβλημάτων του ασθενούς κλπ. Δύο από τις πιο εκτεταμένες τυχαιοποιημένες έρευνες που έχουν γίνει πρόσφατα, από το Project MATCH Research Group (1997) όπου συσχετίστηκαν τρία είδη ατομικής ψυχοθεραπείας με ασθενείς εξαρτημένους από το αλκοόλ σε αναφορά με διαφορετικά χαρακτηριστικά τους (νοσηρότητα, κινητοποίηση, φύλο κ.α.), καθώς και η έρευνα του NIDA (National Institute on Drug Abuse, US) από τον Crits-Christoph & συν. (1999), όπου μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα τεσσάρων ψυχοκοινωνικών θεραπειών σε άτομα εξαρτημένα από κοκαΐνη, δεν βρήκαν ισχυρές αποδείξεις σχετικά με την ύπαρξη συγκεκριμένων αλληλεπιδράσεων μεταξύ χαρακτηριστικών των ασθενών και τύπου θεραπείας.

---

[79] "focused"

[80] Επιπλέον, βρέθηκαν ορισμένες διαβαθμίσεις της νοσηρότητας αυτών των χαρακτηριστικών που διαφοροποιούν το θεραπευτικό αποτέλεσμα στις τέσσερις θεραπευτικές προτάσεις: η χαμηλή κοινωνική δυσλειτουργία σχετίζεται με πολύ καλή ανταπόκριση στην διαπροσωπική θεραπεία. Η χαμηλή γνωσιακή δυσλειτουργία σχετίζεται με πολύ καλή ανταπόκριση στην γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και το imipramine. Η υψηλή δυσλειτουργικότητα στην εργασία σχετίζεται με υψηλή ανταπόκριση στο imipramine. Η υψηλή καταθλιπτική νοσηρότητα και απώλεια λειτουργικότητας (impairment) σχετίζεται με πολύ καλή ανταπόκριση τόσο στο imipramine όσο και στην διαπροσωπική θεραπεία. Συμπερασματικά, φαίνεται ότι χαρακτηριστικά των ασθενών με μείζων καταθλιπτική διαταραχή που αφορούν στην κοινωνική, γνωστική και εργασιακή λειτουργικότητα επηρεάζουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα και αποτελούν έμμεσες ενδείξεις για την επιλογή της καλύτερης εναλλακτικής θεραπείας.

Πρέπει ακόμη να τονίσω ότι τα στοιχεία που διαθέτουμε για τους θεραπευόμενους προέρχονται κατά κύριο λόγο από δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών. Κατ' αυτό τον τρόπο, ένα μεγάλο δείγμα ατόμων που αναζητούν βοήθεια στον ιδιωτικό τομέα και είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν γι' αυτή, παραμένει άγνωστο για την πλειονότητα των ερευνητών και θέτει τα υπάρχοντα συμπεράσματα σε περιορισμούς. Οι νατουραλιστικές μελέτες συμβάλλουν στη διερεύνηση αντίστοιχων ερωτημάτων, περιοριζόμενες όμως λόγω μεθοδολογικών ατελειών. Επιπλέον, η μη ικανοποιητική ύπαρξη ερευνητικών αποτελεσμάτων στις έρευνες που μελετούν χαρακτηριστικά θεραπευτών και θεραπευόμενων μπορεί να οφείλεται και στην εν γένει πολυπλοκότητα της έρευνας των ψυχολογικών παρεμβάσεων, η οποία, αν και έχει επιδείξει τεράστια πρόοδο εδώ και μισό αιώνα, φαίνεται πως είναι προς το παρόν δύσκολο να απαντήσει με βεβαιότητα σε πολλά ακόμη ερωτήματα.

3.ΣΤ. Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ, ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ & Η ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Μέχρι στιγμής έχουν εξεταστεί ορισμένοι παράγοντες που επηρεάζουν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στη διαδικασία και το αποτέλεσμά τους. Αναφέρθηκαν το είδος της παρέμβασης, τα φαινόμενα placebo, οι κοινοί παράγοντες που δρουν ανεξάρτητα από το θεραπευτικό μοντέλο, οι μεταβλητές του θεραπευτή και του ασθενούς. Οι έρευνα όμως έχει στραφεί και σε πιο τεχνικά χαρακτηριστικά της θεραπείας, όπως είναι ο αριθμός των συνεδριών (σε αντιστοιχία με τις «δόσεις» του φαρμάκου στο ιατρικό μοντέλο), το κόστος της εκάστοτε παρέμβασης και η διάρκεια διατήρησης του θετικού αποτελέσματος μετά τον τερματισμό της θεραπείας.

Η διάρκεια της θεραπείας σε σχέση με την αποτελεσματικότητα είναι ένας παράγοντας που έχει δώσει κατά καιρούς αντίθετα ερευνητικά αποτελέσματα. Η έρευνα σύγκρισης μακρόχρονων και βραχύχρονων θεραπειών αναφορικά με το αποτέλεσμα έχει ξεκινήσει από τα μέσα της δεκαετίας του 1950 και έχει προκαλέσει σημαντικές αλλαγές στην πρακτική και εκπαίδευση των ψυχοθεραπευτών (Lambert & Bergin, 1995). Κατά τη δεκαετία του 1980 οι ερευνητές αρχίζουν να προσθέτουν μελέτες κόστους-αποτελεσματικότητας σε σχέση με τη διάρκεια θεραπείας, κυρίως ως συνέπεια των πιέσεων από τους φορείς που χρηματοδοτούν τις έρευνες, που έχουν στόχο τη μείωση του κόστους στις υπηρεσίες υγείας.

Αρκετές έρευνες υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα των μακρόχρονων και μη θεραπειών. Για παράδειγμα, ο Lesser (1981) κάνει ανασκόπηση ερευνών αποτελεσματικότητας η οποία δείχνει ότι, όχι μόνο η ψυχοθεραπεία είναι πιο αποτελεσματική από το placebo, όπως έχουμε ήδη δει, αλλά και ότι τόσο η μακρόχρονη όσο και η βραχεία ψυχοθεραπεία

είναι εξίσου αποτελεσματικές. Επιπλέον, η ανασκόπηση των μελετών κόστους-αποτελεσματικότητας φανερώνει ότι ενώ η βραχεία θεραπεία είναι αποτελεσματική με χαμηλό κόστος[81], η μακρόχρονη μειώνει ξεκάθαρα τα έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης των ασθενών, αντισταθμίζοντας το κόστος των συνεδριών. Την ίδια περίοδο η μετα-ανάλυση της Smith (1982) καταλήγει στο ότι η διάρκεια και το μοντέλο της θεραπείας δεν έχουν ισχυρή συσχέτιση με το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

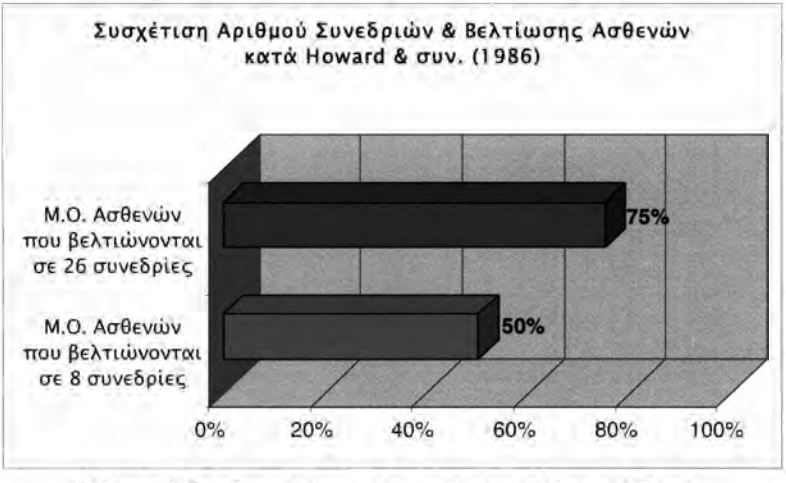
Αναφορικά με τη συσχέτιση του κόστους χρήσης ψυχοθεραπευτικών υπηρεσιών και λοιπών ιατρικών υπηρεσιών[82], υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία που συνηγορούν στο συμπέρασμα ότι οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις μειώνουν σημαντικά το κόστος χρήσης των υπόλοιπων ιατρικών υπηρεσιών (Hunsley, 2003). Σε γενικές γραμμές τα άτομα που λαμβάνουν ψυχοθεραπεία φαίνεται να χρησιμοποιούν λιγότερο άλλες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας, ενώ κάνουν λιγότερες εισαγωγές σε νοσοκομεία σε σχέση με όσους δεν επιλέγουν τις ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες.

Σημαντικές σε αυτό το πλαίσιο είναι οι μετα-αναλύσεις των Chiles και συν. (1999) & Gabbard και συν. (1997). Ο Chiles (1999) έκανε μετα-ανάλυση 91 μελετών (για το χρονικό διάστημα 1967-1991) που συμπεριλάμβαναν χειρουργικούς ασθενείς, άτομα με ψυχολογικές διαταραχές ή χρήστες ουσιών και άτομα με υψηλή συχνότητα χρήσης ιατρικών υπηρεσιών. Οι μελέτες αναφέρονται σε παροχή ψυχοθεραπείας ή ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων με ή χωρίς συνοδές ιατρικές υπηρεσίες. Στο 90% των μελετών βρέθηκαν στοιχεία μείωσης του κόστους χρήσης των ιατρικών υπηρεσιών που κυμαίνονταν σε ποσοστά 20-30%, ενώ στο 93% των μελετών το κόστος παροχής ψυχοθεραπείας ήταν χαμηλότερο σε σχέση με τις υπόλοιπες υπηρεσίες του ιατρικού συστήματος. Στη δεύτερη μετα-ανάλυση (Gabbard και συν., 1997) 18 μελετών από το 1984 έως το 1994, αναφορικά με ψυχοθεραπεία σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών, φαίνεται ότι στο 80% των ερευνών το κόστος παροχής ιατρικών υπηρεσιών είναι υψηλότερο σε σχέση με την παροχή ψυχοθεραπείας. Σε σοβαρές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, οι διπολικές διαταραχές και οι διαταραχές προσωπικότητας, η ψυχοθεραπεία μειώνει τη συχνότητα και τη διάρκεια νοσοκομειακής περίθαλψης, ενώ φαίνεται να έχει θετική επίδραση στην προσαρμογή και απόδοση στην εργασιακή απασχόληση.

Με σκοπό να προσδιοριστεί η σχέση μεταξύ διάρκειας θεραπείας και ωφέλειας του ασθενούς ο Howard & συν. (1986) έκανε μετα-ανάλυση σε δημοσιευμένες μελέτες, όπου συλλέχθηκαν δεδομένα για περισσότερους από 2.400 ασθενείς,

[81] "cost effective"
[82] "medical cost offset"

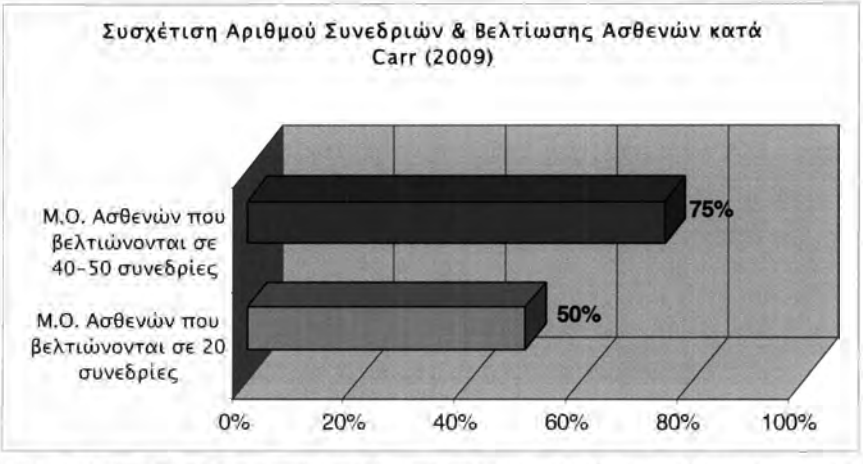
καλύπτοντας πάνω από τριάντα χρόνια έρευνας. Όπως φαίνεται στο Γράφημα 3. η ανάλυση των ερευνητών έδειξε ένα σχετικά σταθερό μοτίβο συσχέτισης του αριθμού συνεδριών και της βελτίωσης των ασθενών. Συγκεκριμένα, περίπου το 50% των ασθενών βελτιώνονται μετρήσιμα σε 8 εβδομαδιαίες συνεδρίες, ενώ το 75% σε 26 συνεδρίες, που αντιστοιχούν σε έξι μήνες θεραπείας, ιδιαίτερα για περιπτώσεις ήπιας ή μέτριας νοσηρότητας (McNeilly & Howard, 1991). Το συγκεκριμένο εύρημα συνηγορεί με την αμφισβήτηση της αναγκαιότητας ύπαρξης των μακρόχρονων θεραπειών για την πλειονότητα των ασθενών. Μάλιστα σε μεταγενέστερη περίληψη της προαναφερόμενης έρευνας, ένας εκ των αρχικών ερευνητών, ο Kopta (2003) χαρακτηρίζει αυτή την προσπάθεια ως «ναυαρχίδα των ερευνών» στον υπολογισμό του πόση ψυχοθεραπεία είναι αρκετή, η οποία καθιέρωσε τον αριθμό των συνεδριών (ή «δόση», όπως αναφέρεται) ως κοινή θεραπευτική μονάδα στην ψυχοθεραπεία, και φυσικά (ας σημειωθεί...) ότι επηρέασε τις αποφάσεις οικονομικής αποζημίωσης υπέρ των σύντομων θεραπειών.



Γράφημα 3. Συσχέτιση Διάρκειας Θεραπείας και Ωφέλειας Ασθενούς.

Πιο πρόσφατες μετα-αναλύσεις νατουραλιστικών ερευνών και κλινικών δοκιμασιών, έχουν αμφισβητήσει τα ευρήματα του Howard (1986) και συγκεκριμένα το ό,τι χρειάζονται μόλις 8 συνεδρίες για να βελτιωθεί το 50% των θεραπευόμενων. Τα στοιχεία που υπάρχουν αναφέρονται στον ενήλικο πληθυσμό και καταδεικνύουν ότι ο μεγαλύτερος αριθμός συνεδριών αυξάνει και την βελτίωση, αν και με την πρόοδο της θεραπείας μειώνεται το ποσοστό βελτίωσης ανά συνεδρία. Στη σχετική ανασκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας που προτείνει ο Carr (2009), το τελικό συμπέρασμα του συγγραφέα, που παρουσιάζεται στο Γράφημα 4., είναι ότι το 50% των ασθενών βελτιώνεται σε

περίπου 20 συνεδρίες (ή 6 μήνες εβδομαδιαίων συνεδριών). Επιπλέον, στο 75% των ασθενών βελτιώνεται στον διπλάσιο αριθμό συνεδριών, δηλαδή σε 40-50 συνεδρίες (περίπου ένα έτος εβδομαδιαίων συνεδριών). Περαιτέρω αναλύσεις δείχνουν ότι υπάρχει διαφορετικός βαθμός βελτίωσης για διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες και κριτήρια αποτελέσματος.



Γράφημα 4. Ανασκόπηση ερευνητικών ευρημάτων σχετικά με τη διάρκεια θεραπείας και κλινικά σημαντικής βελτίωσης των ασθενών.

Παρατηρούμε ότι η πλειονότητα των ερευνών αποδίδει κριτήρια αποτελεσματικότητας στις βραχύχρονες θεραπείες τόσο σε επίπεδο βελτίωσης του ασθενούς όσο και σε επίπεδο κόστους. Αποτέλεσμα της συνεχούς ερευνητικής υποστήριξης των σύντομων θεραπειών σε συνδυασμό με το εύρημα της ισοδυναμίας των παρεμβάσεων είναι η «μετατροπή» των ψυχοδυναμικών θεραπειών, σε πιο βραχείες και εστιασμένες, ιδίως στην Β. Αμερική. Οι ερευνητικές «αποδείξεις» έχουν υποβιβάσει την προυπάρχουσα έμφαση στην τεχνική της ερμηνείας της μεταβίβασης ως το κλειδί της αποτελεσματικότητας στην ψυχοδυναμική προσέγγιση, τουλάχιστον σε χρονικά σύντομες παρεμβάσεις (Høglend, 1999). Κατ' ουσία, οι ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις φαίνεται να κινούνται προς την κατεύθυνση των γνωσιακών-συμπεριφορικών, και ως εκ τούτου αναδύεται το ερώτημα εάν αυτή η μετάλλαξη οφείλεται σε πραγματικούς όρους αποτελεσματικότητας ή στην ανάγκη των θεραπευτών να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις ενός οικονομικού συστήματος και μιας αγοράς εργασίας που ασκεί έντονες πιέσεις.

Υπάρχουν, ωστόσο, έρευνες που στηρίζουν την αντίθετη άποψη. Η έρευνα της ένωσης καταναλωτών των ΗΠΑ «Consumer Reports» (1995), όπου εξετάστηκε το ερώτημα πως οι ασθενείς διάγουν στις πραγματικές συνθήκες θεραπείας, έδειξε,

σύμφωνα με την αποτίμηση του Seligman (1995), ότι όσο πιο μακρόχρονη είναι η θεραπεία τόσο μεγαλύτερη η βελτίωση των ασθενών, σε επίπεδο συμπτωματολογίας, όπως και σε γενικότερο επίπεδο λειτουργικότητας. Παρόμοια συμπεράσματα παρουσιάζει και η μελέτη των Friedman & συν. (2005), στην οποία ζητήθηκε από 51 έμπειρους ψυχιάτρους-ψυχαναλυτές να αναφέρουν τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών τους σε ιδιωτική πρακτική την παρούσα χρονική στιγμή της έρευνας, σε συνάρτηση με το είδος διαταραχής, τη χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων και τη διάρκεια θεραπείας. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η βελτίωση των ασθενών συνδέεται με τη διάρκεια της θεραπείας, τη διάγνωση και τις επιμέρους θεραπευτικές τεχνικές.

Η πιο πρόσφατη προσπάθεια των Leichsenring & Rabung (2008) για μετα-ανάλυση δημοσιευμένων ερευνών τα τελευταία πενήντα χρόνια σχετικά με τη μακρόχρονη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, επιβεβαίωσε την ισχυρή αποτελεσματικότητα αυτού του μοντέλου[83]. Μελετήθηκαν τα αποτελέσματα της θεραπείας σε σχέση με σοβαρές ψυχικές διαταραχές[84], τη συνολική αποτελεσματικότητα της θεραπείας, την κοινωνική λειτουργικότητα και τη λειτουργικότητα της προσωπικότητας των ασθενών. Σύμφωνα με τις συγκριτικές αναλύσεις των ελεγχόμενων δοκιμασιών η μακρόχρονη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έχει σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα στη γενική αποτελεσματικότητα, στα «προβλήματα-στόχους» της θεραπείας και στη λειτουργικότητα της προσωπικότητας των ασθενών σε σχέση με πιο βραχείες μορφές ψυχοθεραπείας. Όσο αναφορά στη γενική αποτελεσματικότητα της θεραπείας των ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, μετά τη θεραπεία ήταν κατά μέσο όρο 96% καλύτερα σχετικά με τις ομάδες σύγκρισης. Οι ερευνητές τονίζουν ότι εφόσον υπάρχει απόδειξη της αποτελεσματικότητας της μακρόχρονης ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας σε σύνθετες και σοβαρές ψυχικές διαταραχές, χρειάζεται περαιτέρω έρευνα πάνω σε συγκεκριμένες διαταραχές, η οποία να συμπεριλαμβάνει μελέτες κόστους-αποτελεσματικότητας.

Αξίζει σε αυτό το σημείο να μεταφέρω τον σχολιασμό που γίνεται σε αυτή την έρευνα από τον Glass, αναπληρωτή εκδότη του περιοδικού της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης (2008): *"...η μετα-ανάλυση των Leichsenring & Rabung ... παρέχει απόδειξη για την αποτελεσματικότητα της μακρόχρονης ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές οι οποίοι συχνά δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στις σύντομες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Είναι ειρωνικό και ενοχλητικό ότι αυτό συμβαίνει σε μία περίοδο που η παροχή της*

[83] Αναφέρεται σε έρευνες που έχουν δημοσιευθεί από την 1/1/1960 έως 31/5/2008 σε σχέση με τη μακρόχρονη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία. Συγκεκριμένα αναλύθηκαν 23 μελέτες (11 τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες και 12 μελέτες παρατήρησης -observational studies) που περιελάμβαναν ατομικές ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες διάρκειας τουλάχιστον ενός έτους (50 συνεδρίες) σε σύνολο 1053 ασθενών.

[84] Λ.χ. διαταραχή προσωπικότητας, χρόνιες & πολλαπλές ψυχικές διαταραχές, σύνθετες καταθλιπτικές διαταραχές και διαταραχές άγχους.

ψυχοθεραπείας από ψυχιάτρους στις ΗΠΑ μειώνεται σημαντικά. Οι αιτίες για αυτό [το γεγονός] αξίζουν προσεκτικής αξιολόγησης. Ως κάποιο σημείο αυτό ίσως αντικατοπτρίζει τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των θεραπειών για κάποιες ψυχικές διαταραχές [που συμπεριλαμβάνουν] φάρμακα και σύντομες υποστηρικτικές συνεδρίες... αυτή η τάση φαίνεται να σχετίζεται ισχυρά με οικονομικά κίνητρα και με άλλες πιέσεις μείωσης του κόστους. Αυτό πραγματικά θέλαμε για τους ασθενείς με νόσους που προκαλούν δυσλειτουργικότητα και οι οποίοι θα μπορούσαν να ανταποκριθούν σε πιο εντατική θεραπεία;" (σελ. 1589)

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα, που σχετίζεται με τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα, είναι το ερώτημα του πόσο διαρκεί η βελτίωση των ασθενών *μετά* τον τερματισμό της θεραπείας, σε τι επίπεδο, σε ποιους ασθενείς, ποια είναι η συχνότητα των υποτροπών και ποιοι παράγοντες μπορούν να τη μειώσουν. Γι' αυτό το λόγο, προτάθηκαν και γίνονται συνήθως, ως αναπόσπαστο κομμάτι των ερευνών, οι διαχρονικές[85] μετρήσεις, δηλαδή μετρήσεις που αξιολογούν την κατάσταση των συμμετεχόντων μετά τη λήξη της θεραπείας. Η διαφωνία των ερευνητών έγκειται στον χρόνο που πρέπει γίνονται. Ένας παράγοντας που λαμβάνεται υπόψη στον ορισμό της διάρκειας των διαχρονικών μετρήσεων είναι το «φυσικό ιστορικό» μιας διαταραχής, όταν είναι γνωστή η πιθανότητα υποτροπής και το χρονικό διάστημα μεταξύ των υποτροπών της διαταραχής (Roth & Fonagy, 1996). Στις περισσότερες κλινικές έρευνες οι διαχρονικές αξιολογήσεις λαμβάνουν χώρα έως και 6 με 24 μήνες (ή και αργότερα) μετά τον τερματισμό της θεραπείας (Garfield,1995). Οι δυσκολίες τέτοιων ερευνών έγκεινται στο ότι χρειάζονται πολύ χρόνο (ή και αρκετά χρόνια, εάν η αξιολόγηση είναι μακροχρόνια) για να ολοκληρωθούν, ώστε να διασφαλίσουν ικανό δείγμα και να αξιολογηθούν όλες οι μετρήσεις, ενώ τα πρακτικά ζητήματα της μείωσης του δείγματος με τον χρόνο και της αλλαγής συνεργατών δεν μπορούν να αγνοηθούν.

Συνολικά, η έρευνα έχει δείξει ότι πολλοί ασθενείς διατηρούν τα θετικά αποτελέσματα της θεραπείας για μεγάλες περιόδους μετά το πέρας της, ακόμη και αν έχουν ιστορικό επανεμφανιζόμενων προβλημάτων. Μία ερευνητική ανασκόπηση του θέματος έγινε από τους Nicholson & Berman (1983), οι οποίοι μελέτησαν 67 διαχρονικές μετρήσεις αναφορικά με ένα μεγάλο εύρος νευρωσικών διαταραχών. Τα ευρήματά τους επιβεβαιώνουν το συμπέρασμα ότι η ψυχοθεραπεία έχει διατηρήσιμα αποτελέσματα, παρόμοια με την περίοδο ολοκλήρωσής της. Φυσικά αυτό δεν ισχύει για όλες τις διαταραχές, καθώς αρκετές, όπως οι εξαρτήσεις, η κατάχρηση αλκοόλ, η παχυσαρκία και η κατάθλιψη, έχουν υψηλά ποσοστά υποτροπών (και γι' αυτό οι διαχρονικές μετρήσεις πρέπει να γίνονται έως και 12 μήνες μετά τη θεραπεία). Επίσης, μέχρι

[85] "follow-up"

στιγμής οι βραχείες θεραπείες, ίσως με την εξαίρεση της γνωσιακής θεραπείας για την κατάθλιψη, δεν έχουν δείξει δυνατότητα αποτροπής των υποτροπών. Ακόμη συμβαίνει κάποιοι ασθενείς να εμφανίσουν διαφορετική διαταραχή μετά τον τερματισμό της θεραπείας και να αναζητήσουν εναλλακτική παρέμβαση. Τέλος, ο Høglend (1999) αναφέρει ευρήματα πρόσφατων ερευνών όπου αναδεικνύεται ότι οι ομάδες ασθενών και ομάδες ελέγχου παρουσιάζουν παρόμοιες διαφορές στα αποτελέσματα, τόσο κατά τον τερματισμό της θεραπείας, όσο και στις μετέπειτα μετρήσεις, ενώ ορισμένες έρευνες υποδεικνύουν μία αύξηση αυτών των διαφορών με την πάροδο του χρόνου, ενισχύοντας κατ' αυτό τον τρόπο την επιχειρηματολογία υπέρ της διάρκειας των αποτελεσμάτων της ψυχοθεραπείας.

4. "ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗ" ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

Οι πρώτοι ερευνητές που ασχολήθηκαν με την ψυχοθεραπεία δεν είχαν ούτε την ευκαιρία της εκπαίδευσης στην έρευνα, ούτε τα διαθέσιμα εργαλεία και τη μεθοδολογία που υπάρχει σήμερα. Επρόκειτο συνήθως για εκπαιδευμένους θεραπευτές, κυρίως ψυχιάτρους και ακαδημαϊκούς δασκάλους, που έδειξαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την έρευνα. Από εκείνες τις πρώτες μέρες μέχρι σήμερα έχει διανυθεί τεράστια απόσταση και έχουν δημοσιευθεί πάνω από 1000 έρευνες για την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας. Η ανάγκη όμως για ίδρυση θεσμικών οργάνων που να εκπροσωπούν και να αξιολογούν τις ερευνητικές εργασίες ξεκίνησε πολύ νωρίς, μέσα στο 1950, όταν η δημοσίευση ερευνών απέκτησε ανοδική πορεία.

4.Α. ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΑΙ ΘΕΣΜΟΙ

Στα τέλη της δεκαετίας του 1950 η μεγάλη έκταση δημοσιεύσεων και η ανάγκη για ανταλλαγή ιδεών με πιο συστηματικό τρόπο ανάμεσα στους ερευνητές οδήγησε στη διοργάνωση του πρώτου μεγάλου συνεδρίου για την έρευνα στην ψυχοθεραπεία, το 1958 στην Ουάσιγκτον. Το συνέδριο οργανώθηκε από επιτροπή μελών του τομέα κλινικής ψυχολογίας της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης και χρηματοδοτήθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο για την Ψυχική Υγεία (Strupp & Howard, 1995). Η κύρια θεματολογία του συνεδρίου αφορούσε τρία ερευνητικά θέματα: τα προβλήματα ελέγχου των ερευνών, τις μεθόδους αξιολόγησης της θεραπευτικής αλλαγής και τη σχέση θεραπευτή και ασθενούς. Είναι εντυπωσιακό ότι σήμερα, μισό αιώνα μετά, τα ζήτημα που απασχόλησαν στο πρώτο συνέδριο για την έρευνα των ψυχολογικών παρεμβάσεων, εξακολουθούν να προβληματίζουν όσους ερευνητές και/ή κλινικούς εργάζονται και ενδιαφέρονται για το συγκεκριμένο τομέα.

Ακολούθησαν άλλα δύο συνέδρια, το πρώτο στην Β. Καρολίνα το 1961, όπου εξετάστηκαν μεγάλες έρευνες που είχαν ήδη ολοκληρωθεί και θέματα αναφορικά

με τη μέτρηση των θεραπευτικών αλλαγών, τη συνεισφορά του θεραπευτή στη θεραπευτική διαδικασία, τον ορισμό, μέτρηση & ανάλυση συγκεκριμένων μεταβλητών, όπως η μεταβίβαση και η αντίσταση. Το τελευταίο συνέδριο έλαβε χώρα το 1966 στο Σικάγο. Η έρευνα επικεντρώθηκε στη συμπεριφορική θεραπεία, στις αλληλεπιδράσεις θεραπευτή-ασθενούς, ενώ ήταν η πρώτη φορά που συσχετίστηκε η ψυχοφαρμακολογία με την ψυχοθεραπεία. Το κόστος των ερευνών απασχόλησε όλες τις συναντήσεις και κυρίως η προβληματική της συγκέντρωσης πόρων και της συνεργασίας μεταξύ των ερευνητών σε μεγάλου εύρους μελέτες που μέχρι τότε υπήρχαν στη βιοϊατρική έρευνα. Ο ρόλος του Εθνικού Ινστιτούτου για την Ψυχική Υγεία των ΗΠΑ υπήρξε καθοριστικός, τόσο ως φορέας χρηματοδότησης ερευνών και συνεδρίων για την έρευνα, όσο και ως φορέας πραγματοποίησης ερευνητικού και εκπαιδευτικού έργου στον ίδιο τομέα.

Η συνεχιζόμενη ανάγκη για ένα αυτόνομο όργανο εκπροσώπησης της πληθώρας νέων ερευνητών οδήγησε το 1970 στην πρώτη συνάντηση του μετέπειτα θεσμικού φορέα εκπροσώπησης των ερευνητών παγκοσμίως που ονομάστηκε «Κοινωνία για την Έρευνα στην Ψυχοθεραπεία» (Society for Psychotherapy Research)[86]. Το θεσμικό αυτό όργανο αναπτύσσεται συνεχώς έως σήμερα και εκπροσωπεί τους ερευνητές σε όλη την υφήλιο. Όπως αναφέρουν οι Howard & Orlinsky (1995), οι οποίοι υπήρξαν πρωταγωνιστές στη δημιουργία του φορέα, η «Κοινωνία για την Έρευνα στην Ψυχοθεραπεία» "*...έχει αναπτυχθεί από* [τα πρώτα] *70 μέλη Αμερικάνων στο 1968 σε πάνω από 1.000 μέλη σήμερα σε περισσότερες από είκοσι τέσσερεις χώρες... έχει γίνει το κύριο μέρος συνάντησης για τη διεθνή κοινότητα των ερευνητών στην ψυχοθεραπεία...*" (σελ. 412). Παράλληλα όμως με τη δημιουργία συλλογικών οργάνων, οι ερευνητές έκαναν και κάνουν αξιόλογη δουλειά σε διάφορα ερευνητικά κέντρα ανά την υφήλιο, ορισμένα από τα οποία θα αναφερθούν στη συνέχεια.

4.Β. ΚΕΝΤΡΑ ΕΡΕΥΝΩΝ ΣΤΙΣ ΗΠΑ

Τις δεκαετίες 1940-1980 δημιουργήθηκαν και δραστηριοποιήθηκαν στις ΗΠΑ αρκετά κέντρα ερευνών σχετικά με την ψυχοθεραπεία. Η ύπαρξη των κέντρων έρευνας σχετίζεται άμεσα με την ιστορική πορεία του πεδίου που μας ενδιαφέρει, ενώ τα χαρακτηριστικά των αντίστοιχων ερευνών επηρεάζονται αναμφισβήτητα τόσο από τους πρωτεργάτες κάθε κέντρου, όσο και από τους φορείς που συνεργάστηκαν με αυτό τόσο σε ερευνητικό όσο & σε επίπεδο χρηματοδότησης[87]. Στον περιορισμένο χώρο της μελέτης μου θα αρκεστώ στην σύντομη αναφορά ορισμένων μόνο ερευνητικών κέντρων, από τα πιο γνωστά τουλάχιστον κατά τις

[86] Society for Psychotherapy Research. http://www.psychotherapyresearch.org/index.cfm

[87] Αναλυτική παρουσίαση ιστορικά σημαντικών κέντρων έρευνας παρατίθεται από τους Freedheim *et al* (1995) στο κεφ. 12 του βιβλίου "History of Psychotherapy" με τίτλο "Historical Developments in Research Centres" όπου περιγράφονται οι δραστηριότητες δώδεκα σημαντικών κέντρων έρευνας από τους ανθρώπους που θεμελίωσαν το καθένα από αυτά.

πρώτες δεκαετίες της έρευνας για την ψυχοθεραπεία. Στόχος μου είναι να δώσω ένα μικρό δείγμα αναφοράς για την ερευνητική δραστηριότητα και τους φορείς που την υποστήριξαν στην ιστορική της πορεία έως σήμερα.

Ανάμεσα στα πρώτα ιστορικά κέντρα ερευνών, συγκαταλέγεται το *Συμβουλευτικό Κέντρο του Παν/μίου του Σικάγο* (Strupp & Howard, 1995). Ιδρύθηκε το 1945 από τον C. Rogers όπου, αν και ο βασικός στόχος ήταν η μελέτη της θεραπευτικής διαδικασίας, διεξήχθησαν ελεγχόμενες έρευνες με σκοπό την καθιέρωση της αποτελεσματικότητας της προσωποκεντρικής θεραπείας. Το συμβουλευτικό κέντρο είχε ως κύριο δείγμα ασθενών φοιτητές και άλλους ασθενείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο και γι' αυτό στο τέλος της δεκαετίας του 1950 ο Rogers άλλαξε ερευνητική βάση με σκοπό να μελετήσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας του σε ασθενείς διαφορετικού προφίλ, με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια.

Όπως έχει παρατεθεί στην αρχή του παρόντος κεφαλαίου, οι πρώτες ερευνητικές προσπάθειες στην ψυχοθεραπεία έλαβαν χώρα τις δεκαετίες 1920-30 στα ψυχαναλυτικά ινστιτούτα. Η πιο εντυπωσιακή και φιλόδοξη έρευνα από την πλευρά των αναλυτών ξεκίνησε το 1954, διήρκεσε έως και το 1986, στο Ινστιτούτο Menninger και ονομάζεται *"Menninger Psychotherapy Research Project"*[88]. Σύμφωνα με τον Eisold (2005) η συγκεκριμένη έρευνα διαποτίστηκε από την έντονη διαμάχη που υπήρχε εκείνη την εποχή, σχετικά με τη διάκριση μεταξύ ψυχανάλυσης και ψυχοθεραπείας. Η μία πλευρά των ορθόδοξων ψυχαναλυτών επιδίωκε να επιβεβαιώσει και να διατηρήσει «αλώβητες» τις παραδοσιακές ψυχαναλυτικές μεθόδους, ενώ οι κλινικοί και οι ερευνητές πιέζονταν να προσαρμοστούν στις ανάγκες των πελατών τους αλλά και στην απαίτηση για ακριβή, θετικά αποτελέσματα. Τα δύο βασικά ερωτήματα της έρευνας[89] ήταν ποιες αλλαγές συμβαίνουν στη θεραπεία και με τη συμβολή ποιων παραγόντων (που αφορούν στη θεραπεία, στο θεραπευτή, και στον ασθενή) συμβαίνουν αυτές οι αλλαγές (Wallerstein, 1995). Χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά και στατιστικά εργαλεία (όπως η φασετική ανάλυση[90]) με σκοπό να κατανοηθεί η λειτουργία της

[88] Menninger Clinic http://www.menningerclinic.com/research/history-research1.htm (προσβάσιμο 15/5/2010).

[89] Η έρευνα περιελάμβανε τη μελέτη 42 περιπτώσεων ασθενών της κλινικής Menninger, οι οποίοι έκαναν περίπου οι μισοί ψυχανάλυση και οι μισοί ψυχαναλυτικού τύπου ψυχοθεραπείες (expressive & supportive). Ο σχεδιασμός της μελέτης έγινε έτσι ώστε να μην παρεμβαίνει στον τρόπο που ήδη χορηγούνταν οι θεραπείες (naturalistic study). Μάλιστα τόσο οι ασθενείς όσο και οι θεραπευτές δεν γνώριζαν ότι η θεραπευτική διαδικασία ήταν μέρος της έρευνας. Η έρευνα χωρίστηκε σε τρία σημεία αξιολόγησης: την αρχική μελέτη (με τα στοιχεία που συλλέχθηκαν κατά την κλινική αξιολόγηση πριν τη θεραπεία), τη μελέτη που έλαβε χώρα με τον τερματισμό κάθε θεραπείας και μία διαχρονική αξιολόγηση που έγινε 2-3 χρόνια μετά τον τερματισμό της θεραπείας (φτάνοντας ως και τα 30 χρόνια για το μισό δείγμα ασθενών).

[90] Η Φασετική ανάλυση (facet analysis) παρουσιάστηκε στην στοιχειώδη της μορφή από τον S. R. Ranganthan τη δεκαετία του 1930, ωστόσο, εξελίχθηκε μετά το 1950, κυρίως από τα μέλη της Βρετανικής Ερευνητικής Ομάδας Ταξινόμησης (UK Classification Research Group). Πρόκειται για ένα εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην οργάνωση ομάδων εγγράφων σε τεχνικά πεδία και στις (κοινωνικές) επιστήμες, όπου ήταν ιδιαίτερα

ψυχοθεραπείας και των αλλαγών που συμβαίνουν σε ασθενείς με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Ένα από τα επιτεύγματα της ερευνητικής ομάδας είναι η Health-Sickness Rating Scale που χρησιμοποιείται ευρύτατα στην κλινική έρευνα (Strupp & Howard, 1995). Η κλινική Menninger εξακολουθεί έως σήμερα να δραστηριοποιείται στον τομέα της έρευνας.

Η *κλινική Phipps του Παν/μίου Johns Hopkins* υπήρξε επίσης σημαντικός φορέας έρευνας. Η ομάδα του J. Frank (Frank, 1995) εκπόνησε συγκριτική έρευνα ("The Johns Hopkins Psychotherapy Research Project", 1951-1974) ατομικής εβδομαδιαίας, ομαδικής εβδομαδιαίας και ελάχιστης θεραπείας (ομάδα ελέγχου με δεκαπενθήμερη μισάωρη επαφή) στο πλαίσιο της ψυχοδυναμικής θεραπείας μη νοσηλευόμενων ασθενών[91].

Ένα από τα πρώτα προγράμματα έρευνας στην ψυχοθεραπεία έλαβε χώρα στην αρχή του 1960, από τη *Διοίκηση Βετεράνων*[92] (Strupp & Howard, 1995), στο οποίο ερευνήθηκε μεταξύ άλλων η συσχέτιση διάρκειας θεραπείας και αριθμού συνεδριών, κάνοντας την αρχή στις έρευνες αξιολόγησης για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας[93].

Ένα ακόμη γνωστό ερευνητικό κέντρο είναι το *«Κέντρο για τη Μελέτη των Νευρώσεων»*[94], όπου η ομάδα του Horowitz (1995) τη δεκαετία του 1980 μελέτησε εκτενώς άτομα με σύνδρομα σχετιζόμενα με το στρες[95]. Αποτέλεσμα ήταν η δημιουργία μίας συστηματικής μεθόδου περιγραφής των αλλαγών στη θεραπεία, η *configurational analysis*, η οποία αντικατοπτρίζει την προσπάθεια των ερευνητών για σύνθεση της γνωσιακής και ψυχοδυναμικής θεωρίας.

Αξίζει, τέλος, να εξεταστεί πιο διεξοδικά η έρευνα που διεξήγαγε το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ[96] για τη θεραπεία της κατάθλιψης (*"NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program"*). Πρώτον, διότι πρόκειται

αποτελεσματικό στην αποθήκευση και ανάκτηση σύνθετων και περίπλοκων θεμάτων. (Facet Analytical Theory in Managing Knowledge Structure for Humanities, http://www.ucl.ac.uk/fatks/fat.htm, προσβάσιμο 21/1/2009).

[91] Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μόνη διαφορά στις θεραπείες ήταν στο βαθμό κοινωνικής αναποτελεσματικότητας ο οποίος βελτιώθηκε λιγότερο στην ομάδα με την ελάχιστη θεραπευτική επαφή. Ωστόσο και στις τρεις θεραπείες ο Μ.Ο. του βαθμού ανακούφισης από τα συμπτώματα ήταν ο ίδιος. Στο δεύτερο στάδιο της έρευνας αναζητήθηκαν τα κοινά χαρακτηριστικά των θεραπειών. Εντοπίστηκαν τρεις κοινοί παράγοντες: η συναισθηματική αφύπνιση, η αναζωπύρωση της ελπίδας (placebo effect) και η αύξηση της αίσθησης της κυριαρχίας (sense of mastery).

[92] "Veteran Administration"

[93] Το γενικό συμπέρασμα του M. Lorr & των συνεργατών του ήταν ότι η επιρροή της διάρκειας της θεραπείας είναι σημαντικότερη από τον αριθμό των συνεδριών. Ανάμεσα στις προτάσεις των ερευνητών ήταν και η μείωση του συνολικού αριθμού συνεδριών, ώστε ο θεραπευτής να μπορεί να δει περισσότερους ασθενείς, ενώ οι τελευταίοι να επιβαρύνονται λιγότερο οικονομικά.

[94] "Centre for the Study of Neuroses"

[95] "stress response syndromes"

[96] "National Institute of Mental Health" (NIMH)

για μία από τις πρώτες μεγάλης κλίμακας, πολυδάπανη και πολυσύνθετη έρευνα που χρησιμοποιεί ελεγχόμενη κλινική δοκιμασία και γιατί το NIMH είναι ένας από τους σημαντικότερους χρηματοδότες ερευνών στις ΗΠΑ και η δράση του επηρεάζει όλο το πλέγμα υπηρεσιών, ερευνών, εκπαίδευσης για τις ψυχολογικές παρεμβάσεις και όχι μόνο.

Όπως αναφέρουν οι διευθυντές της εν λόγω έρευνας, Parloff & Elkin (1995) το πρόγραμμα ήταν αποτέλεσμα δύο ασκούμενων δυνάμεων. Πρώτον, υπήρχαν πιέσεις να δοθούν απαντήσεις σε πρακτικά ερωτήματα σχετικά με τη θεραπεία, την αξιολόγηση και την έρευνα, προερχόμενες από το Κογκρέσο, τις υπηρεσίες υγείας, τους φορείς που σχετίζονται με τη χρηματοδότησή της υγείας, τους θεραπευτές, το κοινό κ.α. Δεύτερον, υπήρχε η επαναλαμβανόμενη έκφραση της ανάγκης να ερευνηθεί η αποτελεσματικότητα διαφορετικών μορφών ψυχοθεραπείας με σκοπό να βελτιωθεί η χρησιμότητα της θεραπείας σε συγκεκριμένα προβλήματα και ασθενείς, αλλά και να μελετηθεί η διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής. Οι Parloff & Elkin (1995) αναφέρουν χαρακτηριστικά «*...κληθήκαμε να υπηρετήσουμε τα πρακτικά συμφέροντα της ομοσπονδιακής κυβέρνησης*[97]*, που περιελάμβανε τους καταναλωτές, και τα βασικά ερευνητικά συμφέροντα της ακαδημαϊκής κοινότητας.*» (σελ. 444). Φαίνεται ότι σε μία περίοδο που η χρηματοδότηση των ερευνών μειωνόταν διαρκώς, η έναρξη της συγκεκριμένης έρευνας προωθήθηκε έντονα από οικονομικά και πολιτικά συμφέροντα.

Η έρευνα ξεκίνησε το 1977 (και έληξε το 1990) και είχε τη μορφή ελεγχόμενης κλινικής δοκιμασίας σε επτά συνεργαζόμενα πλαίσια (Parloff & Elkin, 1995). Ο σκοπός της έρευνας ήταν διπλός: να εξεταστεί η εφαρμοσιμότητα της μεθόδου των συνεργατικών κλινικών δοκιμασιών στην έρευνα για τα αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας και να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα δύο τύπων ψυχοθεραπείας, η γνωσιακή-συμπεριφορική και η διαπροσωπική, χρησιμοποιώντας ως βάση σύγκρισης ένα είδος φαρμακολογικής παρέμβασης για την κατάθλιψη, το οποίο εκείνη την εποχή είχε ισχυρά ερευνητικά ευρήματα υπέρ της αποτελεσματικότητάς του, το τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό imipramine. Με τη σύγκριση δύο διαφορετικών τύπων ψυχοθεραπείας το ερευνητικό ενδιαφέρον εστιάστηκε και στην υπόθεση ύπαρξης κοινών και μη κοινών παραγόντων, ενώ η έρευνα σχεδιάστηκε και με σκοπό τη μελέτη της θεραπευτικής αλλαγής, κάτι που, ωστόσο, έλαβε χώρα μετά την ολοκλήρωση του βασικού τμήματος της έρευνας.

Η επιλογή της μεθόδου της κλινικής δοκιμασίας δεν υπήρξε τυχαία. Η πιθανότητα να μπορούν να διεξαχθούν έρευνες για την αποτελεσματικότητα της

[97] "federal establishment"

ψυχοθεραπείας παρόμοιες με το πεδίο της φαρμακοθεραπείας, είχε ήδη διατυπωθεί από πολλούς ερευνητές, με το σκεπτικό, ότι ίσως να είχαν τη δυνατότητα να παραχθούν οριστικά συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα διαφόρων τύπων θεραπείας. Το υψηλότατο κόστος και η μεγάλη έκταση όμως τέτοιου είδους ερευνών καθιστά συχνά απαγορευτική την έναρξή τους. Το γεγονός ότι το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας ξεκίνησε έρευνα χρησιμοποιώντας κλινικές δοκιμασίες προκάλεσε αντιρρήσεις από πολλούς ψυχοδυναμικά προσανατολισμένους θεραπευτές, κυρίως από το γεγονός ότι η κλινική δοκιμασία σχετιζόταν με τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας φαρμάκων. Μήπως λοιπόν η χρήση τους θα επικέντρωνε το ενδιαφέρον στα συμπτώματα και όχι στις αιτίες, σε μία τυποποιημένη χορήγηση ψυχοθεραπείας και όχι σε ευέλικτες παρεμβάσεις ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς; Σε κάθε περίπτωση, η έρευνα του NIMH για την κατάθλιψη είχε μία έμμεση, αλλά σημαντική συνέπεια. Οι μετέπειτα επιτροπές του NIMH έχουν υιοθετήσει τον ερευνητικό σχεδιασμό αυτής της μελέτης σαν υπόδειγμα για τις έρευνες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας, προκαλώντας νέα δεδομένα στους ενδιαφερόμενους για επιχορήγηση ερευνητές[98].

Συνοπτικά ο ερευνητικός σχεδιασμός[99] περιλάμβανε την εξής διαδικασία (Strupp & Howard, 1995): Έγινε τυχαία κατανομή 250 ασθενών (εξωνοσοκομειακής περίθαλψης) με μη-διπολική μείζονα καταθλιπτική διαταραχή σε τέσσερις πειραματικές συνθήκες: γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, φαρμακολογική ή placebo θεραπεία. Οι δύο τελευταίες συνθήκες συνοδεύονταν από μία γενικά υποστηρικτική ατμόσφαιρα και συμπεριφορά των θεραπευτών που ονομάστηκε "clinical management", ενώ ακολουθήθηκε διπλά τυφλή μεθοδολογία. Η εισαγωγή του placebo έγινε με σκοπό να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου στο συγκεκριμένο δείγμα, διότι οι μέχρι τότε έρευνες είχαν δείγματα ασθενών σε νοσοκομειακή περίθαλψη. Οι 28 θεραπευτές (10 ψυχολόγοι και 18 ψυχίατροι) εκπαιδεύτηκαν σύμφωνα με συγκεκριμένες διαδικασίες που οριοθετήθηκαν από ειδικά διαμορφωμένα θεραπευτικά εγχειρίδια. Οι ψυχοθεραπείες διήρκεσαν 16-20 συνεδρίες υπό την καθοδήγηση των εγχειριδίων, ενώ βιντεοσκοπήθηκαν με σκοπό τον έλεγχο της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν πριν τη θεραπεία, μηνιαίως κατά τη διάρκεια της θεραπείας, στον τερματισμό και 6, 12 και 18 μήνες μετά τον τερματισμό της θεραπείας. Τα γενικά αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς σε όλες τις θεραπευτικές συνθήκες βελτιώθηκαν σημαντικά, ενώ οι διαφορές που εμφανίστηκαν μεταξύ των διαφορετικών τύπων θεραπείας ήταν πολύ μικρές.

[98] Ενδιαφέρον είναι να σημειωθεί ότι οι τύποι ψυχοθεραπείας που επιλέχθηκαν (γνωσιακή-συμπεριφορική και διαπροσωπική) ήταν πολύ λίγο γνωστές το 1977 που σχεδιαζόταν η έρευνα και ακόμη λιγότερο εφαρμόζονταν σε ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Ήταν όμως βραχείες και «ταίριαζαν» στον σχεδιασμό της κλινικής δοκιμασίας, ουσιαστικά δηλαδή μπορούσαν να τυποποιηθούν με χρήση εγχειριδίων.

[99] Ο πλήρης ερευνητικός σχεδιασμός παρουσιάζεται από τους Elkin I., Shea T., Watking J., *et al.* (1989).

Επιμέρους ερευνητικά ευρήματα αναφέρονται στα αντίστοιχα εδάφια της μελέτης μου[100].

4.Γ. ΦΟΡΕΙΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΩΝ

Είναι σημαντικό να σχολιαστεί το γεγονός ότι κατά τις πρώτες δεκαετίες έρευνας οι περισσότερες μελέτες στις ΗΠΑ χρηματοδοτούνται από υποτροφίες των πανεπιστημίων στα οποία διεξάγονται, από κοινωφελή ιδρύματα (όπως το Ford Foundation τη δεκαετία του 1950), αλλά κυρίως από τον αντίστοιχο κρατικό προϋπολογισμό, συνήθως μέσω του Εθνικού Ινστιτούτου για την Ψυχική Υγεία των ΗΠΑ. Μάλιστα το Εθνικό Ινστιτούτο διεξάγει και δικές του έρευνες μεγάλου εύρους, όπως παρουσιάστηκε στην περίπτωση της "NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program". Ειδικά στα μεταπολεμικά χρόνια το πλήθος των ψυχιατρικών διαταραχών στους βετεράνους, και η συνακόλουθη δημοσιοποίηση του γεγονότος, έδωσε έμφαση στην ανάγκη ερευνών και φυσικά κινητοποίησε τον κρατικό μηχανισμό χρηματοδότησης.

Ο κρατικός έλεγχος είναι έμμεσα φανερός στην επιλογή των ερευνών που χρηματοδοτούνται από κρατικές πηγές, ο αριθμός των οποίων μειώνεται με την πάροδο του χρόνου αντιστρόφως ανάλογα με την αύξηση της ερευνητικής δραστηριότητας. Με άλλα λόγια, όσο αυξάνεται ο όγκος της έρευνας τόσο μειώνεται η κρατική χρηματοδότηση! Η δυσκολία των ερευνητών στην ανεύρεση πόρων για έρευνα, τονίζεται και από την παράθεση από τον Luborsky (1995) του σαρκαστικού σχολίου που έκανε γνωστός ερευνητής λέγοντας, *"Όταν πεθάνω θα δημοσιεύσουν τα άπαντα των ερευνητικών μου προτάσεων"* (σελ. 399).

Οι περισσότεροι ερευνητές αναφέρουν ότι σταδιακά οι χρηματοδοτήσεις μειώνονται και μάλιστα ο J. Frank (1995) αναρωτιέται «*εάν τελικά κάθε ερευνητικό σχέδιο στην ψυχοθεραπεία πρέπει να συμπεριλαμβάνει νευροχημικές, γενετικές ή φαρμακολογικές συνιστώσες ώστε να χρηματοδοτηθεί από δημόσιες υπηρεσίες ή ιδιωτικά ιδρύματα*» (σελ. 395). Η «ιατρικοποίηση» της ψυχοθεραπείας είναι αυξανόμενη ως μέρος της διαδικασίας παραγωγής έγκυρων ερευνητικών αποτελεσμάτων, προκαλεί όμως μείωση στο εύρος των επιλογών που έχουν οι ερευνητές· και το γεγονός ότι οι μέχρι σήμερα έρευνες για τις ψυχολογικές παρεμβάσεις δεν έχουν οδηγήσει σε πρότυπα μοντέλα παρέμβασης, όπως ισχύει στη φαρμακοθεραπεία, ενισχύει τα επιχειρήματα ή τις απαιτήσεις των φορέων που χρηματοδοτούν τις έρευνες.

Από τη δεκαετία του 1990 και μετά η έρευνα για την ψυχοθεραπεία υποστηρίζεται οικονομικά από ένα μεγαλύτερο εύρος ενδιαφερόμενων φορέων, εκτός των

[100] σελ. 81,85,91,101,204,241

κυβερνήσεων, όπως ιδιωτικά ιδρύματα, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς για την υγεία, οργανισμούς διατήρησης της υγείας[101], ασφαλιστικές εταιρείες, φαρμακευτικές εταιρείες κτλ. Ο φορέας χρηματοδότησης επηρεάζει όμως και το ερευνητικό πρωτόκολλο, το σχεδιασμό, τη φύση της ανάλυσης δεδομένων και τον τρόπο αναφοράς των ερευνητικών ευρημάτων (VandenBos, 1986). Για παράδειγμα, εάν ο φορέας χρηματοδότησης είναι μία φαρμακευτική εταιρεία, είναι πολύ πιθανόν ο σχεδιασμός να περιλαμβάνει σύγκριση ψυχοθεραπείας με συγκεκριμένο φάρμακο της εταιρείας με στόχο την απόδειξη της καταλληλότητας (δηλαδή αποτελεσματικότητας και μειωμένου κόστους) του φαρμάκου προς κυκλοφορία στην αγορά[102].

Σημείο αιχμής στην εξέλιξη της ψυχοθεραπευτικής έρευνας είναι η είσοδος των ασφαλιστών στο παιχνίδι των παροχών, τόσο για τους θεραπευτές όσο και για τους ασθενείς, κυρίως από το 1970 και μετά. Η έρευνα αποτελεί το κύριο πεδίο αναζήτησης αποδείξεων από τους ασφαλιστές για τα κριτήρια των αποζημιώσεων. Ουσιαστικά, όσο δεν υπάρχει απόδειξη της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας κάποιου είδους ψυχοθεραπείας, οι αποφάσεις που αφορούν στις αποζημιώσεις γι' αυτό αναβάλλονται (Strupp, 1986). Οι «αποδείξεις» όμως που ζητούνται πρέπει να είναι επιστημονικές, κατ' αναλογία με τις ιατρικές, άρα πρέπει να ξεκινήσουν να γίνονται κλινικές δοκιμασίες (οι οποίες είναι χρονοβόρες και ιδιαίτερα δαπανηρές για τους ερευνητές). Οι οικονομικοί παράγοντες θα είναι τελικά αυτοί που θα καθορίσουν την κοινωνική σημασία των ερευνητικών αποτελεσμάτων, ακόμη και όταν τα ευρήματα δείχνουν σαφώς στατιστική και κλινική σημαντικότητα.

5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: Ελεγχόμενες Κλινικές Δοκιμασίες

Ο ερευνητικός σχεδιασμός των ΕΚΔ χρησιμοποιείται ευρύτατα στην ιατρική και φαρμακολογία από τα μέσα του εικοστού αιώνα. Αναφέρεται «*σε μία ελεγχόμενη εφαρμογή θεραπευτικών διαδικασιών σε ασθενείς με συγκεκριμένη διαταραχή...ο σκοπός του σχεδιασμού είναι η αποτελεσματική σύγκριση θεραπειών.*» (Imber και συν., 1986, σελ. 138). Η ΕΚΔ συνήθως περιλαμβάνει μία γενικότερα αποδεκτή θεραπεία ως συνθήκη αναφοράς που συγκρίνεται με την παρέμβαση προς διερεύνηση, ενώ ακολουθούνται συγκεκριμένες διαδικασίες αποδοχής υποκειμένων στο ερευνητικό πρωτόκολλο και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των θεραπειών. Σε κάθε περίπτωση η ΕΚΔ είναι μία μέθοδος επιστημονικής αξιολόγησης που συμβάλει στο να οριστεί η πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση ενός συγκεκριμένου προβλήματος. Επιπρόσθετα η ΕΚΔ «*προσφέρει τη δυνατότητα*

[101] "HMOs - Health Maintenance Organizations"

[102] Στο πέμπτο κεφάλαιο παρατίθενται ανάλυση της επιρροής των φαρμακευτικών εταιρειών στην έρευνα για την ψυχοθεραπεία.

να συγκρίνουμε και να αξιολογήσουμε διαφορετικά πλαίσια παροχής ψυχολογικών/ψυχιατρικών υπηρεσιών» (Ποταμιάνος, 2000, σελ. 187).

Οι πρώτες προσπάθειες για την εκπόνηση κλινικών πειραματικών δοκιμασιών που να εξετάζουν την αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας ξεκινούν τον 18ο αιώνα στην ιατρική επιστήμη. «Πρωτοπόροι» του πειραματικού σχεδιασμού της κλινικής δοκιμασίας μπορούν να θεωρηθούν οι γνωστοί επιστήμονες Franklin, & Lavoisier[103] που πρότειναν και εκπόνησαν επιστημονικές δοκιμασίες, με τα χαρακτηριστικά της κλινικής δοκιμασίας[104], ώστε να εξεταστεί η ύπαρξη και λειτουργία του Μεσμερικού ζωικού μαγνητισμού στη Γαλλία το 1784 (Herr, 2005). Τέσσερα χρόνια νωρίτερα ο ίδιος ο Mesmer είχε προτείνει την εκπόνηση μιας δοκιμασίας[105] σε δύο ομάδες ασθενών με τυχαία κατανομή, όπου θα συγκρίνονταν τα αποτελέσματα της παραδοσιακής και της μεσμερικής θεραπείας (Donaldson, 2005). Την ίδια εποχή, το 1787, ο Άγγλος ιατρός Lind διεξήγαγε συγκριτική κλινική μελέτη με κάποιες δυνητικές θεραπείες για το σκορβούτο, ενώ το 1896 & το 1897 ο κάτοχος Νόμπελ Δανός ιατρός Fibiger διεξήγαγε ελεγχόμενη κλινική μελέτη σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με αντιτοξίνη στη μείωση της θνησιμότητας ασθενών με διφθερίτιδα (Leber, 2008). Πρωτεργάτης της κλινικής δοκιμασίας θεωρείται ο Γάλλος επιστήμονας Louis (1824), ο οποίος πρότεινε ορισμένες απαραίτητες συνθήκες για την εκπόνηση κλινικών δοκιμασιών, μεταξύ των οποίων είναι ο ακριβής ορισμός της ασθένειας πριν την έναρξη της θεραπείας, η ακριβής παρατήρηση για τα αποτελέσματα της θεραπείας στον κάθε ασθενή και η γνώση για την εξέλιξη της ομάδας ελέγχου, καθώς και η προσεκτική παρατήρηση τυχόν παρέκκλισης από τη θεραπεία (Ποταμιάνος, 2000).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι προτάσεις του Louis ισχύουν σε ένα βαθμό έως σήμερα στη μεθοδολογία των ΕΚΔ, αν και τα κριτήρια που τίθενται πλέον είναι εξαιρετικά πιο σαφή και αυστηρά. Μέχρι και το 1948 οι ΕΚΔ λαμβάνουν χώρα με πολλές μεθοδολογικές ατέλειες, όταν το Medical Research Council στη Βρετανία εκπόνησε την πρώτη αυστηρά επιστημονική κλινική δοκιμασία με στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της στρεπτομυκίνης στη θεραπεία της φυματίωσης των πνευμόνων (BMJ, 1948). Έως το τέλος της δεκαετίας του 1940 είχε ξεκινήσει η εποχή των τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων κλινικών δοκιμασιών αποτελεσματικότητας. Ωστόσο, η απαίτηση για αποδεδειγμένη

[103] Πρόεδρος και μέλος αντίστοιχα της γαλλικής βασιλικής επιτροπής που εξέτασε την επιστημονικότητα των θεωριών του Mesmer.

[104] Τα χαρακτηριστικά της πειραματικής μεθόδου που ακολουθήθηκε ήταν η τυποποίηση της παρέμβασης ώστε να μπορούν να περιγραφούν οι αιτιακοί παράγοντες, η αναπαραγωγή των πειραμάτων με ομάδες ελέγχου και διάφορες παραλλαγές του αρχικού σχεδιασμού, η χορήγηση εικονικών θεραπειών όπου οι ασθενείς δεν γνώριζαν σε ποια συνθήκη συμμετείχαν και ο διαχωρισμός και η αξιολόγηση των προτεινόμενων αιτιών (μαγνητισμός, υποβολή).

[105] Η πρόταση του Mesmer στην Faculté de Médicine δεν έγινε αποδεκτή, ενώ ο ίδιος τα επόμενα χρόνια αρνούνταν σθεναρά την εξέταση του τρόπου θεραπείας που πρότεινε.

αποτελεσματικότητα των φαρμάκων στην πράξη με ερευνητική τεκμηρίωση, ρυθμίστηκε νομοθετικά μετά από αρκετές δεκαετίες, και συγκεκριμένα το 1962 με την τροποποίηση της ομοσπονδιακής νομοθετικής πράξης στις ΗΠΑ για τα τρόφιμα, φάρμακα και καλλυντικά, η οποία τροποποιήθηκε πάλι το 1997 (Leber, 2008).

Στο πλαίσιο ελέγχου των φαρμακευτικών σκευασμάτων οι ελεγχόμενες κλινικές μελέτες χρησιμοποιούνται από εθνικούς ή διεθνείς οργανισμούς, οι οποίοι θεσπίζουν τους κανόνες κυκλοφορίας των φαρμάκων, ώστε να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητά τους[106]. Οι εν λόγω μελέτες εκπονούνται σχεδόν αποκλειστικά από φαρμακευτικές εταιρείες ή βιομηχανίες με σκοπό την «απόδειξη» ότι το προϊόν που αξιολογείται είναι αποτελεσματικό, αν και οι στόχοι της έρευνας μπορεί να είναι διαφορετικοί. Αυτή η αξιολόγηση όμως συμβαίνει μέσα στα κοινωνικά, νομικά και πολιτικά πλαίσια που ισχύουν στον συγκεκριμένο χρόνο και τόπο. Συνεπώς, ο σχεδιασμός των ΕΚΔ ουσιαστικά καθορίζεται από τις εκάστοτε ισχύουσες «συνθήκες» (αν και στην περίπτωση των φαρμάκων οι κανονισμοί που ισχύουν, τείνουν να παγκοσμιοποιηθούν σε μεγάλο βαθμό). Αν ανατρέξουμε στις ιστορικές συνθήκες που «επέβαλαν» την ύπαρξη αυστηρών κανονισμών στην κυκλοφορία φαρμακευτικών προϊόντων, θα κατανοήσουμε ότι «*ο φόβος και το άγχος της κοινωνίας είναι το πιο ισχυρό κίνητρο για νομοθετική δράση, από ό,τι η κοινή λογική, η σεβαστή ιατρική άποψη και οι επιστημονικές αρχές*» (Leber, 2008, σελ. 1704). Με πιο απλά λόγια, μόνο μετά από επικίνδυνα ή θανατηφόρα συμβάντα, που οφείλονταν στην κυκλοφορία ακατάλληλων φαρμάκων, κινητοποιήθηκε ο νομοθετικός μηχανισμός.

Ο Leber (2008) αναφέρει ορισμένα αποσπάσματα του κώδικα ομοσπονδιακών κανονισμών[107] που ισχύει σήμερα στις ΗΠΑ για το σχεδιασμό, τη διεξαγωγή και την ερμηνεία των ΕΚΔ στον έλεγχο της αποτελεσματικότητας φαρμακευτικών σκευασμάτων από το FDA (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων & Τροφίμων των ΗΠΑ). Τα σημεία που συνοπτικά αναφέρονται παρακάτω διευκρινίζουν τον σκοπό και τα χαρακτηριστικά μιας επαρκούς και καλά ελεγχόμενης κλινικής μελέτης:

- Ο σκοπός της διεξαγωγής μιας κλινικής μελέτης για ένα φάρμακο είναι η διάκριση της δράσης του φαρμάκου από άλλες επιδράσεις (όπως η αυθόρμητη ύφεση, τα φαινόμενα placebo ή η μεροληπτική παρατήρηση).

[106] Παραδείγματα οργανισμών που χρησιμοποιούν τις ΕΚΔ είναι ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων & Τροφίμων στις ΗΠΑ (Food & Drug Administration-FDA), η Επιτροπή για την Ασφάλεια των Φαρμάκων (Committee on Safety of Medicines) στη Βρετανία και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την Αξιολόγηση των Φαρμακευτικών Προϊόντων (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products).

[107] Code of Federal Regulations

- Μία επαρκής ελεγχόμενη κλινική μελέτη (οφείλει να) έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Γίνεται σαφής δήλωση των στόχων της μελέτης και περίληψη των μεθόδων ανάλυσης τόσο στο ερευνητικό πρωτόκολλο όσο και στην αναφορά των αποτελεσμάτων.
2. Χρησιμοποιείται ερευνητικός σχεδιασμός με χρήση ομάδας ελέγχου, ώστε να αξιολογείται ποσοτικά η χρήση του φαρμάκου[108].
3. Οι ασθενείς επιλέγονται με κριτήρια που να επιβεβαιώνουν την ύπαρξη της ασθένειας ή κατάστασης που ερευνάται.
4. Οι ασθενείς κατανέμονται στις ομάδες με τέτοια μεθοδολογία που να ελαχιστοποιεί την πιθανότητα συστηματικού λάθους (bias) λόγω διαφοράς των ομάδων σε μεταβλητές, όπως η ηλικία και η διάρκεια της νόσου.
5. Λαμβάνονται μέτρα ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα συστηματικού λάθους (bias) από τους ερευνητές, αναλυτές και ασθενείς.
6. Καθορίζονται με σαφήνεια οι μέθοδοι αξιολόγησης των αποτελεσμάτων, οι οποίες αναλύονται μαζί με τα σχετικά κριτήρια, μεθόδους παρατήρησης και μεταβλητές, τόσο στο ερευνητικό πρωτόκολλο όσο και στην αναφορά των αποτελεσμάτων.
7. Γίνεται επαρκής ανάλυση των αποτελεσμάτων ώστε να αξιολογείται η επίδραση του φαρμάκου.

Πέρα όμως από τα πρότυπα που απαιτούνται ή ακολουθούνται από τους φορείς ελέγχου των φαρμάκων, στην πραγματικότητα δεν μπορεί να υπάρξει ιδανική ΕΚΔ, στο βαθμό που κάθε πρότυπο επηρεάζεται από πληθώρα άλλων μεταβλητών. Η πολιτική, η οικονομία, το δημόσιο συμφέρον και η επιστήμη συγχέονται με ιδιαίτερα πολύπλοκους τρόπους στον ερευνητικό σχεδιασμό. Η κυκλοφορία αποτελεσματικότερων νέων φαρμάκων έρχεται σε συνάφεια με τις απαιτήσεις των πολιτών, αλλά η όλη διαδικασία επιβάλλει συχνά σύντομους χρόνους, μειωμένες δαπάνες και εύλογο κέρδος από κάθε ενδιαφερόμενη πλευρά. Επίσης, η συμμετοχή ανθρώπων στις ΕΚΔ εγείρει ζητήματα δεοντολογίας και ηθικής που δεν μπορούν να παραμεριστούν[109]. Σε τελική ανάλυση οι έρευνες αντικατοπτρίζουν την ηθική, πολιτική, οικονομική και κοινωνική κατάσταση της χρονικής στιγμής στην οποία διεξάγονται.

---

[108] Από το FDA γενικά αναγνωρίζονται 5 τύποι ομάδας ελέγχου:
1. ταυτόχρονη χρήση placebo,
2. ταυτόχρονη σύγκριση δόσεων (dose comparison),
3. ταυτόχρονη σύγκριση με άλλη γνωστή θεραπεία,
4. κανένας ταυτόχρονος έλεγχος,
5. ιστορικός αναδρομικός έλεγχος.

Στον έλεγχο ψυχοτρόπων φαρμάκων, εξαιτίας της δυσκολίας πρόβλεψης της φυσικής πορείας των ψυχιατρικών ασθενειών, χρησιμοποιούνται οι πρώτοι τρεις τύποι ομάδας ελέγχου.

[109] Στο πέμπτο κεφάλαιο της διατριβής αναφέρονται τα δεοντολογικά ζητήματα που σχετίζονται με τη χρήση ΕΚΔ στην αξιολόγηση των ψυχολογικών παρεμβάσεων.

Η εγκυρότητα, η αξιοπιστία και τα αυστηρά κριτήρια εφαρμογής των ΕΚΔ, στοιχεία που τις καθιστούν ιδιαίτερα «δημοφιλείς» στους ερευνητές, έχουν οδηγήσει στη διεύρυνση των ορίων των εφαρμογών τους. Τα τελευταία είκοσι χρόνια η ΕΚΔ χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση μεθόδων που δεν περιλαμβάνουν απαραίτητα φαρμακοθεραπεία, όπως οι χειρουργικές τεχνικές, η χημειοθεραπεία, οι ιατρικές συμβουλές και η σύγκριση ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων (Ποταμιάνος, 2000). Σύμφωνα με την ιστορική ανασκόπηση των Wampold & Bhadi (2004) λίγο μετά την ανακάλυψη της τυχαιοποιημένης διπλά τυφλής ελεγχόμενης (με εικονική παρέμβαση) κλινικής δοκιμασίας στην ιατρική, οι Rosenthal & Frank το 1956 πρότειναν ότι αυτός ο σχεδιασμός θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στην έρευνα για την ψυχοθεραπεία, με σκοπό να αποκλειστούν οι παράγοντες που είναι κοινοί στις παρεμβάσεις και να παγιωθεί η ιδιαιτερότητα κάθε προσέγγισης.

Η χρονική καθυστέρηση της εκπόνησης ΕΚΔ στην έρευνα για την ψυχοθεραπεία οφείλεται κυρίως στην αβεβαιότητα των επιστημόνων για το αν οι συνθήκες που αξιολογούνται ως κατάλληλες για την εφαρμογή των ΕΚΔ στη φαρμακοθεραπεία, έχουν κάποια σχέση με τις αντίστοιχες συνθήκες στην ψυχοθεραπεία. Για παράδειγμα, πολλά μοντέλα ψυχοθεραπείας τονίζουν την ιδιαιτερότητα που πρέπει να έχει το ταίριασμα θεραπευτή και πελάτη, κάτι που αντιτίθεται στις τυχαιοποιημένες μελέτες, ενώ η ευελιξία και προσαρμοστικότητα που οφείλει να έχει ο ψυχοθεραπευτής ανά περίπτωση είναι δύσκολο να καθοριστεί με οδηγούς θεραπείας, σε αντίθεση με την επιλογή ενός φαρμάκου ή μιας ιατρικής διαδικασίας. Εάν όμως κάποιος αναζητήσει την βιβλιογραφία για τη χειρουργική έρευνα - μία κατεξοχήν εξατομικευμένη θεραπεία για κάθε ασθενή- θα δει ότι το πρόβλημα των εμπειρικών μελετών εξατομικευμένης θεραπείας δεν είναι καινούργιο και κυρίως δεν μειώνει τη χρησιμότητα των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμασιών (Gerber & Michel, 2008).

Με τα στοιχεία που αναφέρθηκαν έως τώρα, γίνεται κατανοητό ότι ο σχεδιασμός και η οργάνωση των ΕΔΚ είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη διαδικασία, χρονοβόρα, καθώς και αρκετά δαπανηρή. Αναλυτική περιγραφή τόσο του σχεδιασμού όσο και της οργάνωσης που χρειάζεται η εκπόνηση κλινικών δοκιμασιών παρουσιάζει ο Ποταμιάνος (2000). Τα βασικά στάδια που περιλαμβάνει η συγκεκριμένη ερευνητική διαδικασία είναι, καταρχήν, ο ορισμός του σκοπού της έρευνας με τη δημιουργία υποθέσεων, ο σχεδιασμός της μελέτης με τη σύνταξη του ερευνητικού πρωτοκόλλου, η εκπόνηση της ΕΚΔ, η διαδικασία της στατιστικής ανάλυσης και η ερμηνεία των αποτελεσμάτων, που παρουσιάζεται συνήθως στη δημοσίευση της έρευνας.

Στο πεδίο της ψυχοθεραπείας οι ΕΚΔ θεωρείται σήμερα πως προσφέρουν το υψηλότερο επίπεδο επιστημονικής ακρίβειας για να τεκμηριωθεί ότι μία θεραπεία «δουλεύει». Ενδεικτικό είναι ότι σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας των ΗΠΑ, από το 1986 έως το 2001 περίπου 10.000 ασθενείς έχουν λάβει μέρος σε τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα (efficacy) θεραπειών για τη διπολική διαταραχή, τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, τη σχιζοφρένεια και τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερδραστηριότητας (U.S. Surgeon General, 2001, παρατίθεται από Sue, 2003)

Παρόλο που τα τελευταία χρόνια οι ΕΚΔ υποστηρίζονται όλο και περισσότερο ως ο πιο άρτιος τρόπος έρευνας για τις επιδράσεις της ψυχοθεραπείας, οι ερευνητές χρησιμοποιούν μία σειρά από ερευνητικούς σχεδιασμούς, οι οποίοι συμπεριλαμβάνουν ή όχι κλινικές δοκιμασίες (Crits-Cristoph & Gladis, 2008). Οι συνηθέστεροι σχεδιασμοί είναι:

α) ο σχεδιασμός μεμονωμένου περιστατικού (single case design),
β) οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες,
γ) ο συγκριτικός σχεδιασμός,
δ) ο ερευνητικός σχεδιασμός αποδόμησης (dismantling design),
ε) οι συγκρίσεις με φαρμακευτική αγωγή ή εικονικό φάρμακο και
στ) οι νατουραλιστικές μελέτες.

Συνοπτικά:
α) Οι συστηματικές μελέτες μεμονωμένων περιπτώσεων ασθενών, αν και ανάγονται στον Freud, αναπτύχθηκαν κυρίως από συμπεριφορικούς θεραπευτές, όπως ο Kazdin, και αναφέρονται στη σύγκριση της ανταπόκρισης του ασθενούς σε διαφορετικές πειραματικές συνθήκες (αρχική κατάσταση, φάσεις παρεμβάσεων, φάσεις εκτίμησης) στη διάρκεια του χρόνου. Προσφέρουν σημαντικά και λεπτομερειακά στοιχεία για τον τρόπο διεξαγωγής συγκεκριμένου τύπου θεραπείας σε μονήρεις περιπτώσεις και θεωρούνται χρήσιμο εργαλείο στη διδασκαλία νέων θεραπευτών. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι προτιμήσεις (ή η μεροληψία) του συγγραφέα και η έλλειψη ελεγχόμενων διαδικασιών και δυνατότητας γενίκευσης των αποτελεσμάτων συγκαταλέγονται στα μειονεκτήματα αυτού του είδους έρευνας.

β) Η τυχαία κατανομή ασθενών σε θεραπευτικές και ομάδες ελέγχου είναι σημαντική και επιθυμητή στην έρευνα για την ψυχοθεραπεία, αλλά ο σχεδιασμός των ομάδων ελέγχου, ώστε να περιλαμβάνουν μόνο εξωγενείς δράσεις ή κοινούς παράγοντες (προσδοκίες, ελπίδα βελτίωσης κ.α.) και όχι ειδικά θεραπευτικά στοιχεία, είναι ιδιαίτερα δύσκολος. Ομάδες ελέγχου που χρησιμοποιούνται στην έρευνα για την ψυχοθεραπεία είναι οι ομάδες σε «λίστα αναμονής» και η παροχή

μη-κατευθυντικής υποστηρικτικής ατμόσφαιρας ή «εικονικής» ψυχοθεραπείας χωρίς συγκεκριμένες και δραστικές θεραπευτικές παρεμβάσεις.

γ) Ο συγκριτικός σχεδιασμός στον οποίο συγκρίνονται δύο είδη θεραπείας ως προς την αποτελεσματικότητά τους σε συγκεκριμένες συνθήκες, παρουσιάστηκε στο υποκεφάλαιο 2.Α. του παρόντος (βλ. πρπν. σελ. 65).

δ) Στο σχεδιασμό αποδόμησης αξιολογείται σε ένα είδος θεραπείας η παρουσία ή η απουσία ενός στοιχείου ή μίας τεχνικής, τα οποία θεωρούνται καίρια για τη θεραπευτική αλλαγή. Σχετικοί σχεδιασμοί είναι η «προσθετική» (additive) ή «συνθετική» (constructive) προσέγγιση όπου εξετάζεται κατά πόσο η πρόσθεση ενός στοιχείου αυξάνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

ε) Η σύγκριση ενός τύπου ψυχοθεραπείας με φαρμακευτική αγωγή και με «εικονικό» φάρμακο έχει υποστηριχθεί ως πρότυπο ερευνητικού σχεδιασμού στην έρευνα για την ψυχοθεραπεία, κυρίως εξαιτίας της πληθώρας ΕΚΔ που επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας σε μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές. Η χρήση του φαρμάκου χρησιμοποιείται ως πρότυπη θεραπεία αναφοράς, ενώ η ομάδα που λαμβάνει εικονικό φάρμακο επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου στο συγκεκριμένο δείγμα και παράλληλα ελέγχει τους κοινούς παράγοντες βελτίωσης των ασθενών (όπως οι προσδοκίες για θεραπεία). Πρότυπο αντίστοιχης μελέτης αποτελεί η έρευνα του Εθνικού Ινστιτούτου για την Ψυχική Υγεία των ΗΠΑ σχετικά με την κατάθλιψη (βλ. πρπν. σελ. 103).

στ) Οι νατουραλιστικές μελέτες, όπως η μελέτη της ένωσης καταναλωτών των ΗΠΑ το 1995 (Seligman, 1995), χρησιμοποιούνται κυρίως για την αξιολόγηση επιμέρους ζητημάτων που αφορούν στην ψυχοθεραπεία, όπως η σχέση διάρκειας και αποτελέσματος ή οι παράγοντες πρόγνωσης. Έχουν το πλεονέκτημα ότι λαμβάνουν χώρα σε πραγματικές συνθήκες (μη ελεγχόμενες) και δίνουν πληροφορίες για τις υπηρεσίες που προσφέρουν ψυχοθεραπευτικές παροχές. Κύρια αδύναμα σημεία των νατουραλιστικών μελετών είναι ότι δεν παρέχουν ισχυρά αιτιώδη συμπεράσματα και τα δεδομένα τους δεν υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα συγκεκριμένων μορφών ψυχοθεραπείας συγκριτικά με άλλες.

Εφόσον οι ερευνητές επιλέξουν τον προτιμώμενο ερευνητικό σχεδιασμό πρέπει να ακολουθήσουν ορισμένες στρατηγικές για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της ψυχοθεραπείας. Αυτές αναφέρονται στην επιλογή των εργαλείων που θα χρησιμοποιηθούν στη μελέτη. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται ποικίλουν (δομημένες ή ημι-δομημένες κλινικές συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια, ψυχομετρικές κλίμακες αξιολόγησης διαταραχών κλπ.) ανάλογα με το στάδιο της μελέτης.

Επιλέγονται διαφορετικά εργαλεία τόσο στο στάδιο της επιλογής των ασθενών, στο στάδιο εκτίμησης της θεραπευτικής αλλαγής, στην περίπτωση που αξιολογείται η γενική ψυχοπαθολογία ή λειτουργικότητα του ασθενούς ή/και η χρήση που κάνει υπηρεσιών υγείας, καθώς και όταν στη μελέτη διερευνάται η σχέση κόστους-οφέλους μιας θεραπείας. Τόσο στην περίπτωση αξιολόγησης της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας, όσο και σε αυτή της συσχέτισης μεταξύ ψυχοπαθολογίας και χρήσης υπηρεσιών υγείας, η κύρια μέριμνα των ερευνητών είναι να τεκμηριώσουν την «οικονομική αποτελεσματικότητα» της ψυχοθεραπείας. Με άλλα λόγια, χρειάζεται να δικαιολογήσουν τη χρήση ενός μοντέλου θεραπείας με όρους κόστους, οι οποίοι αναζητούνται τόσο από τους κρατικούς φορείς των συστημάτων υγείας, τα διοικητικά στελέχη των υπηρεσιών υγείας, όσο και από τους ιδιωτικούς φορείς που καλούνται να αποζημιώσουν για την ψυχοθεραπευτική διαδικασία τους ασθενείς και τους θεραπευτές.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ολοκληρώνοντας το δεύτερο κεφάλαιο, όπου αποτυπώθηκε ένα σημαντικό κομμάτι της κλινικής έρευνας, δηλαδή η έρευνα στην ψυχοθεραπεία, γίνεται φανερό πόσο πολυδιάστατο είναι το πλαίσιο στο οποίο πραγματώνεται η έρευνα. Περιλαμβάνει δύο κύριους φορείς, τους ακαδημαϊκούς-επιστημονικούς και τους κοινωνικούς-πολιτικούς. Ο καθένας από τους δύο ορίζει διαφορετικά τα πεδία ενδιαφέροντος της ερευνητικής δραστηριότητας, ωστόσο και οι δύο τομείς συγκλίνουν σε ένα σημείο: στόχος της έρευνας στην ψυχοθεραπεία είναι (ή θα πρέπει να είναι) η προάσπιση της ευημερίας του αποδέκτη της. Η ερμηνεία της «ευημερίας» μπορεί να είναι διαφορετική ανά περίπτωση, δεν παύει όμως να ορίζει ως επιτακτική ανάγκη την απόδειξη αποτελεσματικότητας των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων.

Η έρευνα για την ψυχοθεραπεία ορίζεται ως η συστηματική διερεύνηση της διαδικασίας και του αποτελέσματος των ψυχολογικών παρεμβάσεων οι οποίες διεξάγονται με σκοπό την επίλυση ψυχολογικών προβλημάτων. Το κύριο και βασικό αίτημα για αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών παρεμβάσεων είναι το εναρκτήριο λάκτισμα της έρευνας, στις αρχές του 20ου αιώνα, αν και διατρέχει όλη την ιστορική της πορεία έως σήμερα με παραπλήσιους προβληματισμούς. Οι ερευνητές, αρκετά χρόνια μετά τις αντιρρήσεις του Eysenck, κατόρθωσαν, εν μέσω πολυάριθμων δημοσιευμένων ερευνών, να συμφωνήσουν στο αν έχει γενικά η ψυχοθεραπεία θετικά αποτελέσματα. Αυτή είναι ίσως η μοναδική βεβαιότητα που μπορεί να υποστηριχθεί εμπειρικά.

Οι περαιτέρω προσπάθειες να βρεθεί η «καλύτερη» θεραπεία συγκριτικά με τις υπόλοιπες, έφεραν είτε απογοητευτικά, αδύναμα ή παράδοξα αποτελέσματα. Έως σήμερα δεν μπορεί να επιχειρηματολογήσει επαρκώς κάποιος υπέρ μίας

πρότυπης θεραπείας, ρόλο τον οποίο εξάλλου αναλαμβάνουν πολύ συχνά τα φαρμακευτικά σκευάσματα στις συγκριτικές έρευνες. Αντιθέτως, αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν την ύπαρξη της ισοδυναμίας των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, όλα τα μοντέλα παρέμβασης έχουν παρόμοια αποτελεσματικότητα, η οποία πιθανόν οφείλεται σε κοινούς παράγοντες που έχουν ενεργή δράση ανεξάρτητα απο τον θεωρητικό προσανατολισμό και την τεχνική του θεραπευτή. Ενώ η θεραπευτική σχέση (και συμμαχία), η ενσυναίσθηση, η θετική υποστηρικτική ατμόσφαιρα, τα placebo φαινόμενα, όπως και άλλα στοιχεία, είναι βέβαιο ότι μπορούν να χαρακτηριστούν ως παράγοντες που επενεργούν στα περισσότερα είδη ψυχολογικών παρεμβάσεων, από την άλλη πλευρά, μεταξύ των παρεμβάσεων διαφορετικού ή ίδιου τύπου, υπάρχουν αγεφύρωτες διαφορές που δεν μπορούν να παραμεριστούν προς χάριν της ομοιομορφίας. Τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή, του ασθενούς, του πλαισίου, του είδους της παρέμβασης, ο χωροχρόνος, η κοινωνική και πολιτι(σμι)κή διάσταση στην οποία λαμβάνει χώρα η κάθε συνεδρία διαφέρουν αναμφίβολα και, όπως έδειξα, επηρεάζουν με ποικίλους τρόπους τόσο τη θεραπευτική διαδικασία όσο και την έκβασή της.

Οι έρευνες εν τέλει δημιουργούν πολύ περισσότερους προβληματισμούς παρά βεβαιότητες, και αυτό είναι ίσως ένα κομμάτι του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος που έχει το πεδίο. Είναι, εντούτοις, σαφές ότι η ιδιομορφία της ψυχοθεραπείας, καθιστά ακόμη πιο προκλητική την αναζήτηση αποδείξεων. Σε αυτό το σημείο όμως διακρίνεται μία ακόμη παράδοξη πρακτική. Αν και αναγνωρίζεται η ιδιαιτερότητα της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, οι ερευνητές προσπαθούν να την αναπαράγουν όσο πιο ομοιόμορφα γίνεται, απαντώντας στα κριτήρια εσωτερικής εγκυρότητας των ερευνών και ελέγχοντας ως παρεμβαλλόμενες μεταβλητές τον ίδιο το θεραπευτή, τον ασθενή, την παρέμβαση, ακόμη και τη διάρκεια της θεραπείας. Οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες, οι οποίες αυτή τη στιγμή θεωρούνται η πιο αξιόπιστη μέθοδος έρευνας στο πεδίο που μας ενδιαφέρει, είναι ο κατεξοχήν τρόπος ομοιόμορφης αναπαραγωγής συνεδριών. Η χρήση εγχειριδίων θεραπείας και η αύξηση των σύντομων, επικεντρωμένων παρεμβάσεων είναι ορισμένες μόνο πλευρές της θεραπευτικής πρακτικής που έχουν επηρεαστεί από την ερευνητική δραστηριότητα.

Ιδιαίτερα στην έρευνα των βραχύχρονων θεραπειών, όπως η γνωσιακή-συμπεριφορική, παρατηρείται μία «ευνοϊκή μεταχείριση» ή ειδάλλως μεγαλύτερη προσήλωση, τόσο από τους ακαδημαϊκούς-ερευνητές όσο και από τους φορείς που χρηματοδοτούν τις έρευνες[110]. Οι επιστημονικές εξελίξεις όμως με το πέρασμα του χρόνου συνάδουν στο ότι οι έρευνες γίνονται όλο και πιο

[110] Περισσότερα τεκμήρια για την ανωτέρω τάση θα παρατεθούν στα επόμενα κεφάλαια.

πολύπλοκες. Απαιτούν πολλούς συνεργάτες, μεγάλα δείγματα ασθενών, αρκετό χρόνο για την ολοκλήρωσή τους, σωστή οργάνωση και κατ' επέκταση μεγάλα χρηματικά ποσά για να πραγματοποιηθούν. Εάν μία ελεγχόμενη κλινική δοκιμασία που περιλαμβάνει την εξέταση οποιασδήποτε βραχείας ψυχοθεραπείας ολοκληρώνεται περίπου σε 3 με 4 έτη, η ερευνητική δραστηριότητα αναφορικά με τις πιο μακρόχρονες θεραπείες, όπως είναι οι αναλυτικού τύπου, είναι ευνόητο ότι θα ολοκληρωθεί σε πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα[111]. Ο χρόνος είναι λοιπόν ένας παράγοντας για τον οποίο μελετώνται περισσότερο οι βραχείες ψυχοθεραπείες.

Ένα δεύτερος παράγοντας, είναι οι πολιτικές πιέσεις για τον έλεγχο του κόστους των δαπανών στα συστήματα υγείας. Η αυξανόμενη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το κοινό, οδηγεί σε τεράστιες δαπάνες σε αυτό τον τομέα. Με ποιον τρόπο μπορούν λοιπόν να ελεγχθούν και να μειωθούν οι συγκεκριμένες δαπάνες; Πως μπορούν οι επιστήμονες να εγγυηθούν ότι οι πολυδάπανες και μακροχρόνιες ψυχοθεραπείες είναι αναγκαίες και αποτελεσματικές για τους ασθενείς, ώστε να παρέχονται από το εκάστοτε σύστημα υγείας; Επιπλέον, οι ασφαλιστικοί φορείς χρειάζονται εχέγγυα ότι μία συγκεκριμένη θεραπεία είναι αποτελεσματική για συγκεκριμένο πρόβλημα, έτσι ώστε να τη συμπεριλάβουν στις αποζημιώσεις των πελατών τους. Από τη μία οι έρευνες που εξετάζουν μακροχρόνιες θεραπείες απαιτούν μεγάλες χρηματοδοτήσεις, από την άλλη η παροχή τέτοιων τύπων θεραπείας φαίνεται να κοστίζει περισσότερο. Είναι ευνόητο ότι εφόσον δύο θεραπείες -μία μακροχρόνια και μία σύντομη- είναι εξίσου αποτελεσματικές (όπως υποστηρίζεται στο φαινόμενο της ισοδυναμίας), οι ασφαλιστικοί φορείς θα καλύπτουν οικονομικά μόνο τη δεύτερη, εξασφαλίζοντας τόσο τους πελάτες τους όσο και την ελαχιστοποίηση του κόστους για τους ίδιους.

Οι πιέσεις αυτές, όπως έχει αναφερθεί ξανά, οδηγούν τους ερευνητές να περιλαμβάνουν στις έρευνες και αναλύσεις κόστους- αποτελεσματικότητας (O'Brien & Woody, 1989). Εντάσσουν δηλαδή το ερώτημα εάν η βελτίωση που αποφέρει η χ θεραπεία αξίζει το κόστος της. Το κόστος όμως δεν υπολογίζεται μόνο σε χρηματικά ποσά, αλλά και σε μη αξιοποιούμενο χρόνο, σε χρόνο που χάνει ο πολίτης από την εργασία, ή/και που χρησιμοποιεί κάποια άλλη ιατρική δομή ή υπηρεσία (ο χρόνος εξάλλου είναι χρήμα και αυτός...). Οι νεοφιλελεύθερη ιδεολογία, όπως απαντάται στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, δεν απαιτεί πρωτίστως από την ψυχοθεραπεία να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των πολιτών. Εξάλλου τα ψυχοθεραπευτικά εργαλεία που μετράνε μεταβλητές όπως η ικανότητα αυτοπραγμάτωσης και η βελτίωση στις διαπροσωπικές σχέσεις είναι

[111] Θυμίζουμε την έρευνα του Ινστιτούτου Menninger που διήρκεσε τριάντα χρόνια!

λίγα και χρησιμεύουν συνήθως ως δευτερεύοντα κριτήρια έκβασης στις περισσότερες μελέτες ψυχοθεραπείας των διαταραχών του Άξονα Ι του DSM-IV.[112]

Οι σύγχρονες κοινωνικές δομές αποδέχονται το κόστος μιας ιατρικής θεραπείας (δηλαδή επιστημονικά αποτελεσματικής θεραπείας), γι' αυτό και η ψυχοθεραπεία καλείται να αποκτήσει αυτόν τον χαρακτηρισμό ("ιατρική πράξη") ως κριτήριο καταλληλότητας, ώστε να κατηγοριοποιηθεί ως θεραπεία επιλογής για πληθώρα διαταραχών και συνεπώς να είναι επιχορηγούμενη. Το σημαντικό είναι η ψυχοθεραπεία να «δημιουργεί» πολίτες ενεργούς, αξιοποιήσιμους και παραγωγικούς, με κύριο στόχο την απαλοιφή των συμπτωμάτων.

Ουσιαστικά η ψυχοθεραπεία αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο κοινωνικής προσαρμογής στις εκάστοτε κοινωνικοπολιτικές συνθήκες. Όπως κάποτε η απομόνωση των ψυχασθενών σε ιδρύματα-φυλακές διαφύλασσε την κοινωνική ισορροπία της αστικής τάξης και της αριστοκρατίας, έτσι και σήμερα η εξάλειψη συμπτωμάτων διασφαλίζει την παραγωγικότητα και πιθανόν τη συμμόρφωση στο δυτικό τρόπο ζωής και τις νεοφιλελεύθερες κοινωνίες. Η πολιτεία δεν ενδιαφέρεται για την περαιτέρω διερεύνηση και επίλυση ατομικών ενδοψυχικών συγκρούσεων, αναζητά όμως αποτελέσματα σύντομα και οικονομικά.

Τη στιγμή που η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας προειδοποιεί ότι σε περίπου είκοσι χρόνια η κατάθλιψη θα είναι η νούμερο ένα ασθένεια παγκοσμίως, ο κρατικοί μηχανισμοί πρέπει να είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν τις (οικονομικές) συνέπειες και η ψυχοθεραπεία να είναι έτοιμη να απαντήσει στις ανάγκες με επιστημονικές αποδείξεις για το πόσο αποτελεσματική είναι. Ο Garfield (1995) σχολιάζει σχεδόν προφητικά «*Αν και ακόμη δεν υπάρχει επίσημη απαίτηση η ψυχοθεραπεία ή οι διάφορες μορφές της να εξεταστούν ως προς την αποτελεσματικότητα, δεν υπάρχει βεβαιότητα ότι κάτι τέτοιο δεν θα εμφανιστεί στο μέλλον.... όπως έχει γίνει και με τα φάρμακα*» (σελ. 354).

Ο τρόπος λοιπόν με τον οποίο οι επιστήμονες προσπαθούν να ανταποκριθούν στις σύγχρονες απαιτήσεις είναι με τη θεμελίωση ψυχοθεραπειών οι οποίες να βασίζονται σε εμπειρικές αποδείξεις της αποτελεσματικότητάς τους. Οι αποδείξεις όμως αυτές πρέπει να είναι αποδεκτές από το σύνολο των ενδιαφερόμενων φορέων, ακαδημαϊκών και πολιτικών. Η πλέον αναγνωρίσιμη ψυχοθεραπεία είναι αυτή που ικανοποιεί τα κριτήρια του evidence based, τα οποία, όπως θα δείξω στο επόμενο κεφάλαιο, προέρχονται από τον ιατρικό χώρο και προκαλούν ποικίλες αντιδράσεις στους θεραπευτές.

[112] Η δυσκολία στη μέτρηση τέτοιου είδους μεταβλητών, όπως η ποιότητα ζωής, είναι ουσιαστική αντανάκλαση της δυσκολίας ορισμού τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: Προέλευση και Σύγχρονη Εξέλιξη

"Psychologists' work is based upon established scientific and professional knowledge of the discipline"
APA Ethics Code (2002b)

Από τις απαρχές του 19ου αιώνα η πρώιμη ερευνητική προσπάθεια σχετικά με τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στόχευε να προασπίσει τη δυνατότητα της εκάστοτε προσέγγισης να «θεραπεύει». Έκτοτε, και για πολλές δεκαετίες, κλινικοί και ερευνητές επιχειρηματολογούν, ο καθένας υπέρ του μοντέλου που υποστηρίζει ότι είναι το πιο αποτελεσματικό. Ακόμη και η παρατηρούμενη ισοδυναμία μεταξύ των παρεμβάσεων (το φαινόμενο «Dodo Bird» το οποίο ανέλυσα στο δεύτερο κεφάλαιο) δεν φαίνεται να άμβλυνε ιδιαίτερα τις διαφορές.

Αντίθετα, τις τελευταίες δύο δεκαετίες παρατηρείται όξυνση των πνευμάτων με τις ψυχοθεραπευτικές «φατρίες» να ερίζουν η κάθε μία για την επιστημονική τεκμηρίωση της ανωτερότητάς της. Τι όμως προκάλεσε την ανάδυση αυτής της ατέρμονης διαμάχης; Στην αρένα έχουν πλέον προστεθεί οι φορείς που είναι υπεύθυνοι για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών (ψυχικής) υγείας, και συνεπώς και των θεραπευτών, όπως και μέρους των ερευνών.

Η σύγχρονη ψυχοθεραπεία έχει ενσωματωθεί στα συστήματα υγείας, ως επιστημονικά αποδεκτή προσέγγιση, εναλλακτική ή συμπληρωματική των ιατρικών θεραπειών. Ως «ιατρικοποιημένη» παρέμβαση, οφείλει να τεκμηριώνεται η αποτελεσματικότητά της, συχνά με τα ίδια κριτήρια που αξιολογούνται τα φάρμακα. Η έρευνα παρέχει τα κατάλληλα εργαλεία ώστε να «δοκιμάζεται» η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση τόσο αναφορικά με τις διαδικασίες που ακολουθούνται και τις επιδράσεις τους στις ψυχικές διαταραχές, όσο και με το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας. Με αυτό τον τρόπο, η έρευνα συνδέεται άμεσα με την κλινική πρακτική και τις αντίστοιχες υπηρεσίες.

Επιπλέον, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ήδη από τα τέλη του 1980 επηρεάζουν τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και οι οικονομικοί διαχειριστές προσδοκούν αύξηση του ποιοτικού ελέγχου, όπως και έλεγχο του κόστους των θεραπειών. Τα τεκμήρια κόστους-ωφέλειας αναζητούνται στην επιστημονική έρευνα, σε αντιστοιχία με τις ιατρικές παρεμβάσεις, κάτι που προκαλεί νέες αντιδράσεις από θεραπευτές συγκεκριμένων προσεγγίσεων, κυρίως

ψυχοδυναμικών και ανθρωπιστικών, για την καταλληλότητα των μεθόδων που χρησιμοποιούνται.

Σε αυτό το πλαίσιο η Επιστημονικά Τεκμηριωμένη Ψυχοθεραπεία (απόδοση στα ελληνικά του όρου "evidence based psychotherapy")[113] έχει αναπτυχθεί ως απόρροια του ευρύτερου κινήματος της Επιστημονικά Τεκμηριωμένης Ιατρικής (Carr, 2009). Στην ψυχοθεραπευτική πρακτική η ΕΤΨ περιλαμβάνει τη λήψη αποφάσεων εκ μέρους του κλινικού, σχετικά με την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας λαμβάνοντας υπόψιν, αφενός μεν τα διαθέσιμα επιστημονικά στοιχεία περί αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων και αφετέρου τα ιδιαίτερα προβλήματα, ανάγκες, δικαιώματα και προτιμήσεις των θεραπευόμενων.

1. ΤΟ ΚΙΝΗΜΑ[114] ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

1.Α. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΤΙ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Εδώ και αρκετές δεκαετίες, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες όπως, η ανάπτυξη νέων τεχνολογιών, η εξέλιξη της βιοϊατρικής έρευνας, η αύξηση της ζήτησης ιατρικών υπηρεσιών και η βελτιωμένη παροχή εκπαίδευσης στους πολίτες έχουν οδηγήσει άμεσα ή έμμεσα σε ταχύτατη αύξηση του κόστους των ιατρικών υπηρεσιών. Παράλληλα, υπάρχει το αίτημα για βελτίωση και έλεγχο της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Οι πολίτες είναι σαφώς πιο ενημερωμένοι και η κοινή γνώμη φαίνεται να έχει πολλές φορές μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις εμπειρικές έρευνες, παρά στην «αυθεντία» του ίδιου του ιατρού.

Οι δύο αυτοί παράγοντες (αύξηση κόστους+αίτημα βελτίωσης ποιότητας ιατρικής φροντίδας) οδηγούν σε ένα κοινά αποδεκτό επιχείρημα: η εισροή χρημάτων στον τομέα της υγείας είναι θεμιτή, μόνο εφόσον διασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τις οποίες θα γίνουν οι δαπάνες. Για πρώτη ίσως φορά στην ιστορία της η ιατρική βρίσκεται «υπόλογη των ενεργειών της», οι οποίες πρέπει να μεταφράζονται τόσο σε ιατρική όσο και σε «οικονομική» αποτελεσματικότητα. Σε αυτό το σημείο αιχμής, εντάσσεται η επιστημονικά

[113] Η μετάφραση του όρου "evidence-based psychotherapy" θα μπορούσε να αποδοθεί ακριβέστερα ως «ψυχοθεραπεία βασιζόμενη σε αποδείξεις», ωστόσο, θεώρησα ότι η έννοια της επιστημονικής τεκμηρίωσης αναδεικνύει εξίσου την ουσία της έκφρασης χωρίς να αλλοιώνει το νόημά της, αν και δεν αποτελεί αυτούσια μετάφραση του αγγλικού όρου. Ο όρος evidence λοιπόν χρησιμοποιείται με την έννοια της τεκμηρίωσης που είναι έγκυρη και βασιζόμενη σε αυστηρό ερευνητικό σχεδιασμό. Στο σύνολο του κειμένου χρησιμοποιούνται εναλλακτικά οι όροι «επιστημονικά τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία» ή «τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία», χωρίς να αποδίδεται κάποια διαφοροποίηση στη σημασία τους. Η ίδια απόδοση έγινε και στον όρο "evidence-based medicine" ως «επιστημονικά τεκμηριωμένη ιατρική». [Στην ελληνική βιβλιογραφία η ΕΤΙ έχει μεταφραστεί από τον Ελ. Ανευλαβή ως «επί ενδείξεων βασιζόμενη ιατρική», βλ. Sackett, Straus, Richardson *et al.* (2002).]

[114] Ο όρος «κίνημα» χρησιμοποιείται, εφόσον, όπως θα δείξω, η ΕΤΙ έχει αναπτυχθεί με ταχύτατους ρυθμούς και σήμερα φαίνεται να επηρεάζει -θεωρητικά και πρακτικά- μεγάλο εύρος της ιατρικής κοινότητας, των υπηρεσιών υγείας και της φροντίδας των ασθενών.

τεκμηριωμένη ιατρική, ως κίνημα που προασπίζει και προάγει την αποτελεσματικότητα της ιατρικής.

Πιθανότατα, η πρώτη αναφορά στην ανάγκη υιοθέτησης ερευνητικών στοιχείων στην πρακτική ιατρική ήταν η ιστορική έκθεση του θεωρητικού της εκπαίδευσης A. Flexner (1910) σχετικά με την ποιότητα της ιατρικής εκπαίδευσης στις ΗΠΑ και τον Καναδά. Η Αμερικάνικη Ιατρική Ένωση το 1904 ίδρυσε το Συμβούλιο για την Ιατρική Εκπαίδευση, το οποίο ανέθεσε στο Ίδρυμα Carnegie (όπου εργαζόταν ο Flexner) τη διεξαγωγή έρευνας για την ποιότητα των ιατρικών σχολών στις ΗΠΑ[115] με σκοπό την αναδιοργάνωσή τους (Beck, 2004). Ο Flexner συνέδεσε την επιστημονική ιατρική εκπαίδευση με τη δημόσια υγεία και υποστήριξε ότι η πολιτεία πρέπει να εξετάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, εφόσον η τελευταία επηρεάζει το κοινωνικό ευ ζην. Επιπλέον, υποστήριξε θερμά ως αποτελεσματική μόνο την εκπαίδευση (και κατ' επέκταση την πρακτική) που βασίζεται στην επιστημονική-ακαδημαϊκή έρευνα.

Η επιστημονικά τεκμηριωμένη ιατρική έχει τις φιλοσοφικές της ρίζες στο Παρίσι, στα μέσα στου 19ου αιώνα και νωρίτερα, εντασσόμενη στο ρεύμα του εμπειρισμού. Ουσιαστικά, η ΕΤΙ αναπαριστά έναν εμπειριοκρατικό τρόπο σκέψης στην ιατρική (Saarni & Gylling, 2004). Παράλληλα, η ανάπτυξη των ελεγχόμενων κλινικών δοκιμασιών και η κινητοποίηση των κυβερνητικών οργανισμών για τον έλεγχο των παρεμβάσεων στην υγεία (κυρίως τον έλεγχο των φαρμάκων) αποτελούν σημεία καίριας σημασίας για την μετέπειτα ανάδυση της ΕΤΙ[116]. Αυτούσιος όμως ο όρος εμφανίστηκε περίπου είκοσι χρόνια πριν, στις αρχές του 1990 στη Μ. Βρετανία, προωθώντας την ιδέα της συστηματικής εξέτασης τεκμηρίων από την κλινική έρευνα, προκειμένου να λαμβάνονται οι κλινικές αποφάσεις (Guyatt & συν., 2004). Το κίνημα της ΕΤΙ αρχικά αναπτύσσεται ως μέθοδος διδασκαλίας των ειδικευόμενων ιατρών, σταδιακά όμως εφαρμόζεται όλο και περισσότερο, τόσο στην οργάνωση όσο και στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών (Druss, 2005). Πέρα από την ιατρική, έχουν αναπτυχθεί αντίστοιχες επιστημονικά τεκμηριωμένες προσεγγίσεις και σε άλλους τομείς όπως στην οδοντιατρική, τη νοσηλευτική, τη δημόσια υγεία, τη φυσικοθεραπεία, την εκπαίδευση και τη διαχείριση ανθρώπινων πόρων (Trinder & Reynolds, 2000). Σε γενικές γραμμές η ΕΤΙ παρουσιάζεται ως ένας συστηματικός τρόπος με τον οποίο ο ιατρός μπορεί να αξιολογήσει και να βελτιώσει τη φροντίδα του ασθενούς (Torpy, Lynm & Glass, 2006).

[115] Αναρωτιέμαι πόσες αντίστοιχες έρευνες έχουν γίνει στην Ελλάδα για την ποιότητα των ιατρικών και άλλων ακαδημαϊκών σχολών εν έτη 2010...

[116] Λεπτομέρειες σχετικά με την ιστορική ανάπτυξη των ελεγχόμενων κλινικών δοκιμασιών και των κανονισμών ελέγχου των φαρμάκων αναφέρονται στο δεύτερο κεφάλαιο της διατριβής.

Ο Sackett, ένας εκ των πρωτεργατών του κινήματος της ΕΤΙ, και οι συνεργάτες του (Sackett & συν., 1996), δίνουν τον ορισμό της επιστημονικά τεκμηριωμένης ιατρικής, που χρησιμοποιείται πιο συχνά στην αντίστοιχη βιβλιογραφία. Η ΕΤΙ ορίζεται ως η ενσυνείδητη, ρητή και συνετή χρήση της τρέχουσας βέλτιστης κλινικής τεκμηρίωσης στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την εξατομικευμένη φροντίδα των ασθενών. Η πρακτική της ΕΤΙ περιλαμβάνει το συνδυασμό τριών στοιχείων: α) της ατομικής κλινικής ικανότητας και κρίσης του ιατρού (η οποία είναι αποτέλεσμα εμπειρίας και πρακτικής), β) με τα πιο αξιόπιστα, διαθέσιμα και σχετικά κλινικά ερευνητικά ευρήματα, γ) λαμβάνοντας επιπλέον υπόψη τις ιδιαιτερότητες κάθε ασθενούς.

Τα τεκμηριωμένα κλινικά ευρήματα συνήθως προέρχονται από την κλινική έρευνα στις βασικές ιατρικές επιστήμες, όπως η ανοσολογία και η γενετική, ή ειδικότερα, από κλινική έρευνα σχετική με την ακρίβεια των διαγνωστικών εξετάσεων, την ισχύ των δεικτών πρόγνωσης και την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των παρεμβάσεων πρόληψης, θεραπείας ή αποκατάστασης του ασθενούς. Πίσω από τον ορισμό του αντικειμένου της ΕΤΙ όμως, βρίσκεται μία πολύ σημαντική εξέλιξη, για την οποία «ευθύνονται» κατά πολύ οι υπέρμαχοι του κινήματός της. Η κλινική ιατρική για πολλούς αιώνες θεωρούνταν περισσότερο τέχνη παρά επιστήμη, ενώ σήμερα πια, με τη συμβολή της ΕΤΙ, αυτοί οι όροι αντιστρέφονται (Reilly, 2004).

Κατά την προηγούμενη δεκαετία η ΕΤΙ έγινε πολύ δημοφιλής και οι υπέρμαχοί της κατάφεραν ορισμένα σημαντικά επιτεύγματα (Guyatt & συν., 2004) τα οποία επηρεάζουν την έρευνα, την εκπαίδευση και την πρακτική της ιατρικής. Αναφέρω ορισμένα ενδεικτικά παραδείγματα:

- την αυξανόμενη δημοτικότητα που δόθηκε στις δομημένες περιλήψεις[117] δημοσιευμένων ερευνών,
- τη δημιουργία περιοδικών (όπως το ACP Journal Club) όπου γίνεται ανασκόπηση και περίληψη δημοσιευμένων μελετών, οι οποίες διακρίνονται για την υψηλή μεθοδολογική ποιότητά τους,
- τη δημιουργία του διεθνούς οργανισμού Cochrane Collaboration όπου παράγονται συστηματικές ανασκοπήσεις δημοσιευμένων, τεκμηριωμένων ερευνών,
- τη δημιουργία ερευνητικών και ακαδημαϊκών κέντρων[118-119-120-121-122] που προσφέρονται μαθήματα και εργαστήρια (workshops), καθώς φαίνεται να

[117] "structured abstracts"
[118] Centre for Evidence Based Child Health at the UCL Institute of Child Health, http://www.ich.ucl.ac.uk/ich/html/academicunits/paed_epid/cebch/about.html (προσβάσιμο 21/4/2009)
[119] Centre for Evidence Based Mental Health, http://cebmh.com/ (προσβάσιμο 8/5/2009)
[120] Bandolier - Evidence-Based Thinking about Health Care, http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/index.html (προσβάσιμο 21/4/2009)

ενσωματώνονται όλο και πιο δυναμικά οι αρχές της ΕΤΙ στη διδασκαλία των προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών ιατρικής, όπως και στη συνεχιζόμενη κατάρτιση των επαγγελματιών.

Η τεκμηριωμένη ιατρική επεκτείνει τις πρακτικές της και στην ψυχική υγεία. Μία σημαντική εξέλιξη σε αυτόν τον τομέα, σηματοδοτεί η έκδοση, το 1998, στη Μ. Βρετανία, του περιοδικού "Evidence Based Mental Health". Το περιοδικό εκδίδεται με τη συνεργασία πληθώρας φορέων. Αναφέρονται οι εξής: British Medical Journal, British Psychological Society, Royal College of Psychiatrists, Royal College of Nursing (Wampold & Bhati, 2004). Πέντε χρόνια μετά την αρχική έκδοση του περιοδικού οι επιμελητές της έκδοσης πανηγυρίζουν γράφοντας «*Με αυτό το τεύχος* [το περιοδικό] *γιορτάζει πέντε χρόνια έκδοσης. Αυτό αποδεικνύει λανθασμένους εκείνους τους σκεπτικιστές που πίστευαν ότι δεν υπάρχει αρκετή υψηλής ποιότητας έρευνα στο πεδίο της ψυχικής υγείας...*» (Geddes και συν., 2002, σελ. 102).

Το πρώτο κέντρο που ιδρύθηκε στη Μ. Βρετανία σχετικά με την προώθηση της τεκμηριωμένης ιατρικής είναι το «Κέντρο για την ΕΤΙ» (Centre for Evidence Based Medicine), που εδράζει στο πανεπιστήμιο της Οξφόρδης και το οποίο δραστηριοποιείται σε ερευνητικό και εκπαιδευτικό έργο. Πώς όμως εφαρμόζεται στην πράξη η επιστημονικά τεκμηριωμένη ιατρική; Σύμφωνα με το CEBM, η τεκμηριωμένη πρακτική βασίζεται πρωτίστως σε πέντε στάδια, τα οποία αρχικά αναπτύχθηκαν το 1992 και έκτοτε έχουν μελετηθεί εκτενώς σε σχετικές έρευνες.

Τα πέντε στάδια της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής, σύμφωνα με το CEBM, τα οποία οφείλει να ακολουθεί ο κλινικός όταν λαμβάνει αποφάσεις είναι:

1ο. Τίθεται το κλινικό ερώτημα, το οποίο πρέπει να είναι εστιασμένο στο συγκεκριμένο πρόβλημα του ασθενούς και να περιλαμβάνει τέσσερα βασικά στοιχεία (τα οποία ονομάζονται *PICO* από τα αρχικά κάθε στοιχείου): περιγραφή ασθενούς-προβλήματος (patient-problem), αναζήτηση βασικής παρέμβασης (intervention), σύγκριση με εναλλακτική παρέμβαση (comparison), προσδοκώμενα αποτελέσματα (outcomes).
2ο. Αναζητούνται στοιχεία (στη σχετική βιβλιογραφία) που να απαντούν τεκμηριωμένα το αρχικό κλινικό ερώτημα και τα οποία να βασίζονται κυρίως σε αποτελέσματα συστηματικών ανασκοπήσεων (systematic reviews) ή ελεγχόμενων κλινικών δοκιμασιών.

---

[121] Centre for Evidence Based Medicine-University Health Network, http://www.cebm.utoronto.ca/ (προσβάσιμο 21/4/2009)
[122] Oxford-Centre for Evidence Based Medicine, http://www.cebm.net (προσβάσιμο 21/4/2009)

3ο. Αξιολογούνται κριτικά τα ανακτηθέντα στοιχεία σχετικά με την εγκυρότητα, την κλινική συμβατότητα και την εφαρμοσιμότητά τους στο πρόβλημα αναφοράς.
4ο. Λαμβάνεται η απόφαση κατά την οποία ο κλινικός πρέπει να συνδυάσει τα ερευνητικά αποτελέσματα με την προσωπική του κλινική πείρα και να ακολουθήσει τη συμβατή με την απόφασή του πρακτική (επιπλέον, εάν υφίστανται επιστημονικά τεκμηριωμένες οδηγίες, λαμβάνονται υπόψη).
5ο. Αξιολογείται η απόφαση, (και μέσω ανατροφοδότησης από συναδέλφους ή οδηγούς θεραπείας) και τροποποιείται ανάλογα η περαιτέρω κλινική πρακτική.

Σύμφωνα με τους υπέρμαχους του κινήματος, η εφαρμογή των αρχών της ΕΤΙ από τον ιατρό ή όπως ευρύτερα ονομάζεται η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική, ενισχύει τις γνώσεις του και παρέχει ένα είδος πλαισίου στη διδασκαλία της ιατρικής (Kerridge, Lowe & Henry, 1998). Η αξιοποίηση της τεχνολογίας της πληροφορίας και της ηλεκτρονικής επικοινωνίας κάνει σήμερα δυνατή τη διανομή των ερευνητικών ευρημάτων πολύ πέρα από τα όρια των ακαδημαϊκών κέντρων και βιβλιοθηκών, απευθείας στους κλινικούς μέσω του διαδικτύου. Στην άσκηση της ιατρικής το βασικό εργαλείο της ΕΤΙ είναι οι οδηγοί κλινικής πρακτικής[123], όπου αποτελούν συστάσεις για τη διάγνωση και ολοκληρωμένη θεραπεία συγκεκριμένων διαταραχών[124]. Οι οδηγοί βασίζονται φυσικά στα αποτελέσματα μελετών που πληρούν τα κριτήρια της ΕΤΙ και μπορεί να προέρχονται από κυβερνητικές επιτροπές, ομάδες ειδικών επιστημόνων, οργανώσεις ασθενών κ.α. (Saarni & Gylling, 2004).

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ (Institute of Medicine, IOM), οι οδηγοί κλινικής πρακτικής είναι επιθυμητό να έχουν οκτώ χαρακτηριστικά, τέσσερα από τα οποία αναφέρονται στο περιεχόμενο των οδηγών και άλλα τέσσερα που σχετίζονται με τη διαδικασία της δημιουργίας του οδηγού ή την παρουσίασή του (Field & Lohr, 1992). Τα χαρακτηριστικά που οφείλουν να λαμβάνουν υπόψιν τους όσοι διαμορφώνουν οδηγούς κλινικής πρακτικής παρατίθενται στον Πίνακα 1.

[123] "clinical practice guidelines"
[124] Σημαντικός φορέας που δημοσιεύει οδηγούς κλινικής πρακτικής είναι στις ΗΠΑ ο National Guideline Clearinghouse, http://www.guideline.gov/, (προσβάσιμο 21/4/2009)

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά Οδηγών Κλινικής Πρακτικής (προσαρμογή από Field & Lohr, 1992)

ΕΠΙΘΥΜΗΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΔΗΓΩΝ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ		
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		**ΕΞΗΓΗΣΗ**
Αναφέρονται στο περιεχόμενου του οδηγού	1. ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ – Δυναμική Τεκμηρίωσης – Εκτιμώμενα Αποτελέσματα	Οι οδηγοί είναι έγκυροι εάν, όταν τηρούνται, ωθούν στα αποτελέσματα που προβάλλουν (τόσο σε σχέση με την υγεία, αλλά και το κόστος των παρεμβάσεων)[125]. Είναι απαραίτητες οι περιγραφές της δυναμικής της τεκμηρίωσης των οδηγών (strength of evidence), όπως και των αποφάσεων που έλαβαν οι ειδικοί (ώστε να διαμορφωθεί η έκτοτε τεκμηρίωση). Είναι απαραίτητες οι εκτιμήσεις των αποτελεσμάτων που αναμένονται από τις παρεμβάσεις που αξιολογούνται συγκριτικά με εναλλακτικές πρακτικές (τόσο σε σχέση με την υγεία, αλλά και το κόστος των παρεμβάσεων). Οι αξιολογήσεις των σχετικών αποτελεσμάτων στην υγεία θα λαμβάνουν υπόψιν τις αντιλήψεις και προτιμήσεις των ασθενών.
	2. ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ/ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΑ	Οι δύο συνθήκες (αξιοπιστία και αναπαραγωγικότητα) πληρούνται εάν: 1) Με τα ίδια τεκμήρια και μεθόδους, μία άλλη ομάδα ειδικών φτάσει στις ίδιες προτάσεις και 2) Με τις ίδιες κλινικές συνθήκες - οι οδηγοί ερμηνεύονται και εφαρμόζονται με συνέπεια από τους θεραπευτές (ή άλλους φορείς).
	3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΣΙΜΟΤΗΤΑ	Οι οδηγοί πρέπει να συμπεριλαμβάνουν (δεδομένων των στοιχείων που υπάρχουν) περιγραφή του πληθυσμού ασθενών στον οποίο εφαρμόζονται οι προτάσεις.
	4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΥΕΛΙΞΙΑ	Οι οδηγοί πρέπει να προσδιορίζουν τις ειδικές ή γενικές αναμενόμενες εξαιρέσεις στις συστάσεις τους και να συζητούν πως οι προτιμήσεις των ασθενών προσδιορίζονται και λαμβάνονται υπόψιν.
Αναφέρονται στη διαδικασία δημιουργίας & την παρουσίαση του οδηγού	5. ΣΑΦΗΝΕΙΑ	Πρέπει να χρησιμοποιείται ξεκάθαρη γλώσσα, οι όροι να ορίζονται επακριβώς και η παρουσίαση να γίνεται με λογικό και εύκολο προς εφαρμογή τρόπο.
	6. ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	Οι οδηγοί πρέπει να διαμορφώνονται με συμμετοχή εκπροσώπων από όλες τις ενδιαφερόμενες ομάδες.
	7. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	Πρέπει να συμπεριλαμβάνονται δηλώσεις για το πότε πρέπει να γίνεται ανασκόπηση των οδηγών, ώστε να καθορίζεται εάν οι ανασκοπήσεις δικαιολογούνται, εφόσον υπάρχει (ή όχι) νέα κλινική τεκμηρίωση ή επαγγελματική ομοφωνία
	8. ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ	Οι διαδικασίες που ακολουθούνται στη δημιουργία των οδηγών, οι συμμετέχοντες που παίρνουν μέρος, τα τεκμήρια, οι υποθέσεις και η επιχειρηματολογία που γίνεται δεκτή, και οι αναλυτικές μέθοδοι που εφαρμόζονται πρέπει να περιγράφονται και να τεκμηριώνονται διεξοδικά.

[125] Μία ενδεχόμενη αξιολόγηση της εγκυρότητας του οδηγού θα λάβει υπόψιν το είδος και ποιότητα της αναφερόμενης τεκμηρίωσης, τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για να αξιολογηθούν τα τεκμήρια και τη σχέση μεταξύ τεκμηρίωσης και συστάσεων που αναφέρει ο οδηγός.

Εντούτοις, παρά τις προσπάθειες να οριστεί ξεκάθαρα τι είναι η ΕΤΙ και να διαμορφωθούν ουσιαστικά εργαλεία εφαρμογής της (όπως οι προαναφερόμενοι οδηγοί), ο Reilly (2004) υποστηρίζει ότι γνωρίζουμε μάλλον καλύτερα τι *δεν* είναι, παρά τι είναι· και προτείνει τον ακόλουθο ορισμό. Η ΕΤΙ είναι ο συγκερασμός τριών ευδιάκριτων στοιχείων:

α) μία επιστημονική υπόθεση που συνάδει με τη συγκεκριμένη ιστορική συγκυρία στην οποία εμφανίζεται και εξελίσσεται,
β) ένα αναπτυσσόμενο ερευνητικό σώμα και
γ) ένας εξιδανικευμένος τρόπος άσκησης της ιατρικής.

1.Β. ΚΡΙΤΙΚΗ ΣΤΟ ΚΙΝΗΜΑ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Δεν είναι παράλογο να υποστηριχθεί ότι σήμερα η επιστημονικά τεκμηριωμένη ιατρική είναι «της μόδας». Σύμφωνα με τον Starcevic (2003) έχει αποκτήσει τον χαρακτήρα κοινωνικού κινήματος με πολύ σημαντικές επιδράσεις σε κοινωνικό, ακαδημαϊκό, ερευνητικό ακόμη και σε πολιτικό επίπεδο. Όπως αναφέρει η Tanenbaum (2005, σελ. 163) η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική *«Είναι ένα κίνημα ... από επιστήμονες, δημόσιους λειτουργούς, ιδιωτικούς χρηματοδότες και ομάδες υπεράσπισης*[126] *που αναζητούν την παγίωση ενός νέου καθεστώτος γνώσης στις υπηρεσίες υγείας»*. Η ανάπτυξη, ωστόσο, του κινήματος της ΕΤΙ έχει οδηγήσει σε σωρεία αντιδράσεων και κριτικών σχετικά με την αξιοπιστία του και τη δυνατότητα εφαρμογής του. Η σχετικές «διαμάχες» παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς, όπως θα δούμε στα επόμενα κεφάλαια της διατριβής, είναι πολλές φορές ταυτόσημες με τις κριτικές που υφίστανται η επιστημονικά τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία.

1.Β.α. Μεθοδολογικά, Πρακτικά και Ηθικά Ζητήματα

Πολλοί προβληματισμοί σχετικά με την ΕΤΙ συχνά ξεκινούν από το πώς ορίζεται η «απόδειξη» (Loewy, 2007) και ποιος αποφασίζει για το τι είναι τεκμηρίωση, καθώς ο χαρακτήρας της φαίνεται να αλλάζει διαρκώς (Twisselmann, 2005). Ακολούθως, ορισμένοι κριτικοί προσθέτουν «ειρωνικά» ότι η ίδια η ΕΤΙ δεν είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη. Αυτό συμβαίνει, διότι δεν υπάρχει αξιολόγηση και έλεγχος, μέσω ελεγχόμενων κλινικών δοκιμασιών, της βασικής πρότασης της ΕΤΙ, ότι η φροντίδα των ασθενών μπορεί να βελτιωθεί αν η λήψη αποφάσεων των κλινικών ιατρών βασίζεται κυρίως σε αποτελέσματα έγκυρων κλινικών δοκιμασιών (Cohen & Hersh, 2004).

[126] "advocacy groups"

Επιπρόσθετα, κάποιες κριτικές αναφέρονται στη διαπίστωση, ότι η κύρια πρόταση της ΕΤΙ δεν σηματοδοτεί ένα νέο φαινόμενο, εφόσον σχεδόν όλοι οι επαγγελματίες συνδυάζουν την προσωπική τους πείρα, με τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών και τις πρόσφατες εξελίξεις της επιστήμης. Αυτή η παραδοχή καθιστά αυτόματα, τουλάχιστον από θεωρητική σκοπιά, τη βασική υπόθεση της ΕΤΙ κοινά αποδεκτή. Στην πράξη όμως φαίνεται να υπάρχουν ορισμένα ερευνητικά ευρήματα που πιστοποιούν μεγάλες διαφοροποιήσεις στον τρόπο που ασκείται η ιατρική· για παράδειγμα, σχετικά με τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών και τις παρεμβάσεις που παρέχονται, καθώς και τον χρόνο που αφιερώνουν οι ιατροί για την επιστημονική ενημέρωσή τους (Sackett & συν., 1996).

Επιπλέον, οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες και οι μετα-αναλύσεις που έχουν προταθεί ως «χρυσός κανόνας» αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας από τους υπέρμαχους της ΕΤΙ, θεωρούνται περιοριστικό κριτήριο και συχνά αποστειρωμένο εργαστηριακό εύρημα σε σχέση με την κλινική πραγματικότητα και την εξατομικευμένη σχέση φροντίδας ιατρού και ασθενούς [Cohen & Hersh, (2004), Hunink, (2004)]. Παραδείγματος χάριν, ακόμη και αν μία τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμασία (ΤΚΔ) έχει πολύ θετικά αποτελέσματα στο δείγμα, δεν παύει να είναι ο μέσος όρος των ασθενών του συγκεκριμένου δείγματος (π.χ. λευκοί άνδρες 30 έως 50 ετών με χ διάγνωση) που έχει βελτιωθεί. Αυτό σημαίνει ότι κάποιοι ασθενείς δεν είχαν μεγάλη βελτίωση ή και χειροτέρεψαν, ενώ δεν παρέχονται στοιχεία για την ανταπόκριση κάθε ατόμου στη θεραπεία (Loewy, 2007). Αν και δεν μπορούν να αποδοκιμαστούν τα πλεονεκτήματα των ΤΚΔ, η εξατομικευμένη φροντίδα του ασθενούς δεν είναι δυνατόν να βασίζεται μόνο στις τελευταίες (Kerridge, Lowe, Henry, 1998). Επιπλέον, η εμπειρική έρευνα συνήθως επικεντρώνεται στα βραχύχρονα αποτελέσματα μιας θεραπείας. Τι συμβαίνει όμως με τις χρόνιες καταστάσεις ή τη μακρόχρονη πορεία των ασθενών (Twisselmann, 2005); Με άλλα λόγια, υπάρχουν πολλά και σημαντικά ερωτήματα στα οποία η ΕΤΙ δεν προσφέρει ακόμη ικανοποιητικές απαντήσεις, ώστε να υιοθετείται σε κάθε περίπτωση.

Πολλές επιμέρους κριτικές εστιάζουν στη δυσκολία εφαρμογής της ΕΤΙ στην πράξη. Συχνά αναφέρεται ότι η ΕΤΙ είναι σχεδόν αδύνατο να εφαρμοστεί στην καθημερινή πρακτική και απευθύνεται σε όσους ασκούν «αφ' υψηλού» την ιατρική. Σχολιάζοντας το άρθρο των Straus & Sackett (1998) σχετικά με την εφαρμογή των αρχών της ΕΤΙ στην κλινική πρακτική, ο Main (1999) χαρακτηριστικά αναρωτιέται εάν «*Είναι δυνατόν το lobby της ΕΤΙ να είναι τόσο απασχολημένο κάνοντας ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που να έχει χάσει επαφή με τον αρκετά ακατάστατο κόσμο της αληθινής ιατρικής πρακτικής;*» (σελ.332). Ο ιατρός αντιμετωπίζει κάθε στιγμή διαφορετικές καταστάσεις, κάθε ασθενής αποτελεί ιδιαίτερη περίπτωση, ενώ υπάρχουν πάρα πολλές μη-κοινές ασθένειες και

μεταβλητές για μεγάλο αριθμό ασθενών για τους οποίους δεν μπορεί να υπάρχει τεκμηρίωση με τον τρόπο που προτείνουν οι υποστηρικτές της ΕΤΙ (δηλαδή με τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες).

Επίσης, οι αρνητικά διακείμενοι στην ΕΤΙ υποστηρίζουν ότι προσφέρει εν τέλει ένα «συνταγολόγιο» για το πως πρέπει να ασκείται η ιατρική. Ειδικότερα, με την εφαρμογή των οδηγών κλινικής πρακτικής, δεσμεύεται ή αποκλείεται η προσωπική επιλογή του κλινικού και η εξατομικευμένη φροντίδα του ασθενούς και τελικά η κλινική ελευθερία, όπως αυτή ορίζεται από το παραδοσιακό μοντέλο Ιπποκρατικής ιατρικής φροντίδας. Ο Loewy (2007) προσθέτει, ότι τα θεραπευτικά εγχειρίδια αντί να ενθαρρύνουν τελικά ίσως αποδομούν την ενεργή κριτική σκέψη του ιατρού, ο οποίος απλώς ακολουθεί τις οδηγίες. Επιπρόσθετα, η αξιολόγηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων με εμπειρικά, ποσοτικά κριτήρια, ενώ διακηρύττει το αντίθετο, ουσιαστικά αντιμετωπίζει διαγνώσεις και ασθένειες και όχι ασθενείς, τοποθετώντας τους τελευταίους στο περιθώριο (Faulkner & Thomas, 2001).

Ορισμένα επιχειρήματα επικεντρώνονται τόσο στη δυστοκία (έλλειψη εκπαίδευσης και χρόνου) των ιατρών να επιλέξουν κριτικά τις πιο έγκυρες έρευνες, όσο και στη δυσκολία να συνδυάσουν εποικοδομητικά τη δική τους ερμηνεία των επιστημονικών τεκμηρίων με τις απόψεις, αξίες και επιλογές του ασθενούς, ο οποίος οφείλει να ενημερώνεται για τις ερευνητικές αποδείξεις, αλλά και να φροντιστεί αποτελεσματικά (Twisselmann, 2005). Ο τεράστιος αριθμός ερευνών που δημοσιεύονται καθημερινά - 50 νέες τυχαιοποιημένες δοκιμασίες κάθε μέρα και 20.000 κάθε χρόνο, κάνει ακόμη πιο δυσχερή (ή σχεδόν αδύνατη) την ενημέρωση των ιατρών για τις τρέχουσες εξελίξεις. Μία λύση έχει προταθεί μέσω των περιοδικών που επιλέγουν και αναπαράγουν, με τη μορφή σύντομων ανασκοπήσεων, τις πιο πρόσφατες και έγκυρες έρευνες προς διευκόλυνση της ιατρικής κοινότητας, αλλά δεν υπάρχουν ακόμη στοιχεία για την «αποτελεσματικότητά» της.

Η ΕΤΙ βασίζεται σε ένα ισχυρό ηθικό επιχείρημα, ότι επιτρέπει την αναζήτηση των καλύτερων θεραπειών προς όφελος του ασθενούς. Η αναζήτηση όμως της ισχυρότερης τεκμηρίωσης δεν συνάδει απαραίτητα με τη βέλτιστη κλινική απόφαση (Kerridge, Lowe & Henry, 1998). Αυτό συμβαίνει διότι δεν είναι πάντα ξεκάθαροι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην κλινική απόφαση (όπως οι επιστημονικές αποδείξεις, η προσωπική πείρα, οι αρχές, οι αξίες και οι προκαταλήψεις, οι διάφοροι οικονομικοί παράγοντες κ.α.), στο βαθμό που η ιατρική εφαρμόζεται στη βάση αξιολογικών κρίσεων. Επιπρόσθετα, στην πράξη η ΕΤΙ ή καλύτερα όσοι την υιοθετούν αναδομώντας τις υπηρεσίες υγείας, δεν δίνουν τόσο ισχυρή βαρύτητα στη γνώμη του θεραπευτή (συγκριτικά με την εμπειρική

τεκμηρίωση). Παράλληλα, είναι οι ίδιοι οι ειδικοί, και όχι οι αιτούντες βοήθεια, εκείνοι που κυρίως αποφασίζουν για τα αντικείμενα των ερευνών και ερμηνεύουν τα ευρήματα.

Οι αποφάσεις για τις έρευνες σπάνια επηρεάζονται από τους ασθενείς, δηλαδή τους άμεσα ενδιαφερόμενους, καθώς τα διαφορετικά συμφέροντα των εμπλεκόμενων δεν μπορούν να εξισορροπηθούν στην πράξη, αν και αυτή είναι η βασική διακήρυξη του κινήματος της ΕΤΙ. Η ανάγκη για καλά ενημερωμένους ασθενείς, όπως και η επικέντρωση στις προσωπικές αξίες στον ίδιο βαθμό με την εμπειρική τεκμηρίωση, είναι σύμφωνα με αρκετούς συγγραφείς, όπως οι Bracken & Thomas (2001), ορισμένες από τις προτεραιότητες της μεταμοντέρνας κοινωνίας στις οποίες οφείλει να απαντήσει η μεταμοντέρνα ιατρική. Στο σημείο αυτό έχει προταθεί το δικαίωμα των ασθενών να επηρεάζουν την έρευνα (το είδος έρευνας που καθορίζεται από τους δέκτες των αποτελεσμάτων της ονομάζεται user-led research), εφόσον είναι οι ίδιοι που τελικά τη χρηματοδοτούν σε ένα δημοκρατικό πολιτικό καθεστώς, αλλά και αυτοί στους οποίους τελικά απευθύνεται (Faulkner & Thomas, 2001).

Το πρόβλημα, ωστόσο, της πρακτικής εφαρμογής των αρχών της ΕΤΙ είναι υπαρκτό και, σύμφωνα με τις ανακοινώσεις του Κέντρου για την ΕΤΙ, μέχρι στιγμής, καμία από τις διαθέσιμες τεχνικές δεν έχει αποφέρει ουσιαστικές και σταθερές αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο παρέχουν υπηρεσίες οι ιατροί (CEBM, 2009). Αναφορικά με τη δυνατότητα πρακτικής εφαρμογής της ΕΤΙ, όπως αναφέρει ο Reilly (2004) «*πολλοί από εμάς διδάσκουμε την ΕΤΙ ... γνωρίζοντας ότι είναι σχεδόν αδύνατο να εφαρμοστεί στην καθημερινή κλινική φροντίδα. Αυτό έχει νόημα διότι κάποια μέρα η πρακτική της ΕΤΙ θα είναι εφικτή - όταν η τεχνολογία αναζήτησης βιβλιογραφίας βελτιωθεί (σύντομα) και όταν όλοι εμείς είμαστε πιο "άνετοι[127]" με την ΕΤΙ (όχι τόσο σύντομα)*» (σελ. 992).

1.Β.β. Οικονομικά και Πολιτικά Ζητήματα

Η δημιουργία του κινήματος της ΕΤΙ συνάδει με την οικονομική κρίση που αντιμετωπίζουν οι δυτικές κυβερνήσεις στα τέλη του 1980, όταν επιβάλλεται σωρεία ιδιωτικοποιήσεων (π.χ. από τις κυβερνήσεις της Μ. Θάτσερ στην Αγγλία) που επηρεάζει και τα εθνικά συστήματα υγείας. Μέσα σε αυτή την ιστορική συγκυρία η ΕΤΙ συνδυάστηκε αρμονικά με τις επιταγές της νεοφιλελεύθερης ιδεολογίας. Το μοντέλο υψηλής ποιότητας και μειωμένου κόστους, όπως απορρέει από την ΕΤΙ, κάνει όλους τους εμπλεκόμενους στην υγεία φορείς να χαμογελούν, καθώς συμπλέει άριστα με τους νόμους της ελεύθερης αγοράς. Σαφώς λοιπόν η ΕΤΙ επηρεάζεται αλλά και επηρεάζει την οικονομία της υγείας. Είναι ευνόητο ότι ο

[127] "facile"

έλεγχος του κόστους των συστημάτων υγείας είναι αναγκαίος για την εύρυθμη λειτουργία τους. Όταν όμως χρησιμοποιούνται οι όροι ποιότητα και τεκμηρίωση ως "μεταμφίεση" για οικονομικά ζητήματα, τότε τα πράγματα αλλάζουν. Γι' αυτό, συχνά υποστηρίζεται ότι οι φορείς που χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες υγείας θα αποπειραθούν να μειώσουν το κόστος της ιατρικής φροντίδας, χρησιμοποιώντας ως «παντιέρα» το επιχείρημα περί επιστημονικά τεκμηριωμένης ιατρικής.

Ο Druss (2005) αναφέρει ότι, αφενός μεν τα διευθυντικά στελέχη στον τομέα της υγείας εξισώνοντας την τεκμηρίωση με την αποτελεσματικότητα, χρησιμοποιούν την έλλειψη αποδείξεων-κλινικών δοκιμασιών για να «κόψουν» υπηρεσίες (και συνεπώς περιττά έξοδα), αφετέρου δε, η ιατρική βιομηχανία προωθεί προϊόντα (όπως φάρμακα), χρησιμοποιώντας αμφίβολης ποιότητας ερευνητικά τεκμήρια. Για παράδειγμα, ο λόγος που οι φαρμακευτικές εταιρείες προτιμούν να διεξάγουν κλινικές δοκιμασίες, όπου η σύγκριση γίνεται με εικονικά φάρμακα, είναι ότι τα αποτελέσματα είναι πολύ πιο εντυπωσιακά σε σχέση με όσα επιφέρει η σύγκριση με ένα καθιερωμένο φάρμακο που μπορεί να είναι μετρίως αποτελεσματικό (Loewy, 2007). Ακόμη και αν μία έρευνα αποδείξει ότι η χ θεραπεία είναι αποτελεσματική μεν αλλά λιγότερο σχετικά με αυτή που ήδη χρησιμοποιείται, ποιος ερευνητής, που θέλει να συνεχίσει να λαμβάνει επιχορηγήσεις από εταιρείες, θα κάνει αυτή τη δημοσίευση και ποιό περιοδικό θα τη δημοσιεύσει, όταν τα βασικά του διαφημιστικά έσοδα προέρχονται από τις ίδιες φαρμακευτικές εταιρίες (Loewy, 2007);

Αυτού του είδος η «λογοκρισία» όμως έχει πιθανόν ως αποτέλεσμα την υπονόμευση της δημόσιας υγείας και όχι απαραίτητα τη βελτίωσή της, όπως προσδοκούν οι υπέρμαχοι της ΕΤΙ. Εφόσον δεν υπάρχει η ίδιας ποιότητας και ποσότητας έρευνα σε όλους τους τομείς της ιατρικής, κάποιοι θα υποχρηματοδοτούνται, ως μη τεκμηριωμένα αποτελεσματικοί (ή μήπως μη οικονομικά αποδοτικοί;) - όπως ήδη συμβαίνει σε ορισμένες παρεμβάσεις ψυχιατρικών διαταραχών. Συμπερασματικά, η ΕΤΙ φαίνεται να διευκολύνει τη μεροληπτική αντιμετώπιση υπέρ συγκεκριμένων θεραπειών, αυτών που έχουν ή φαίνεται να έχουν αρκετά εμπειρικά δεδομένα, ώστε να χαρακτηριστούν τεκμηριωμένες και αυτές που χρηματοδοτούνται (π.χ. από φαρμακευτικές εταιρείες), ώστε να αποδειχθεί η χρησιμότητα τους (Kerridge, Lowe & Henry, 1998).

Η οικονομία της υγείας, στο πλαίσιο του νεοφιλελεύθερου μοντέλου διαχείρισης, δεν λαμβάνει ως «τεκμηρίωση» ούτε την κλινική εμπειρία του ιατρού, ούτε τις απόψεις, εμπειρίες και προτιμήσεις του ασθενούς, δηλαδή τα δύο εκ των τριών στοιχείων που απαρτίζουν τον ορισμό της ΕΤΙ. Με άλλα λόγια, στις περιπτώσεις όπου δεν έχουν διεξαχθεί (ή δεν είναι δυνατόν να διεξαχθούν) τυχαιοποιημένες

κλινικές δοκιμασίες με θετικά αποτελέσματα[128], η έννοια της αποτελεσματικότητας ερμηνεύεται εντελώς διαφορετικά από τους άμεσα και έμμεσα ενδιαφερόμενους: γιατρούς, ασθενείς, ερευνητές και φορείς χρηματοδότησης της υγείας (Saarni & Gylling, 2004).

Από την πλευρά όμως του ασθενούς και του ιατρού, συχνά περιορίζεται η ελευθερία επιλογών, εφόσον η ερευνητική εργασία νομιμοποιείται και μεταφράζεται σε πράξη (νέα φάρμακα, θεραπείες κλπ.) μόνο μέσα από την «έγκριση» όσων χρηματοδοτούν τον κλάδο της υγείας, οι οποίοι συνήθως επικροτούν την ΕΤΙ. Η ΕΤΙ θεωρητικά τοποθετεί τις προτιμήσεις του ασθενούς σε υψηλή προτεραιότητα. Αναρωτιέμαι σε ποια κατάσταση όμως αναφέρεται, όταν ο ασθενής συνήθως βρίσκεται σε δυσχερή θέση λόγω ακριβώς της ασθένειας και του στρες που αυτή συνεπάγεται και όταν ο ιατρός είναι δεσμευμένος εκ των πραγμάτων να ακολουθήσει συγκεκριμένη θεραπεία, εγκεκριμένη από «άνωθεν» φορείς (ασφαλιστικές, φαρμακευτικές θεραπείες, εργοδότες κλπ.). Ενώ λοιπόν η θεωρία της ΕΤΙ μπορεί να επικροτηθεί (ποιος δεν θέλει τη βέλτιστη ιατρική φροντίδα και μάλιστα με αποδείξεις;), στην πράξη διαφοροποιείται πολύ η έννοια της αποτελεσματικότητας.

Ακόμη και τα κλινικά εγχειρίδια φαίνεται να μην συντάσσονται πάντα με μοναδικό κριτήριο την αναζήτηση της βέλτιστης θεραπείας του ασθενούς, αλλά και την οικονομική ευημερία του συστήματος υγείας, της ιδιωτικής κλινικής, της φαρμακευτικής ή ασφαλιστικής εταιρείας (Choudhry, Stelfox & Detsky, 2002)· δηλαδή, όλων όσων τα συμφέροντα εξυπηρετούνται, όταν προβάλλονται ως τεκμηριωμένες, ορισμένες θεραπείες, μέσα από τα εγχειρίδια κλινικής πρακτικής. Οι προτάσεις του Ινστιτούτου Ιατρικής, σχετικά με τα επιθυμητά και απαιτούμενα χαρακτηριστικά που πρέπει να έχουν τα εγχειρίδια (βλ. πρπν Πίνακα 1, σελ.122), είναι λογικές και ευπρόσδεκτες, στην πράξη, εντούτοις, δεν φαίνεται να εφαρμόζονται τόσο συχνά. Όπως αναφέρουν οι Singh & Singh (2007, σελ. 48) «*οι κριτικές πληροφορίες που θα αποδείκνυαν την εγκυρότητα ή θα τεκμηρίωναν την εκπλήρωση των υπόλοιπων κριτηρίων του Ινστιτούτου Ιατρικής, είναι συστηματικά απούσες από τα δημοσιευμένα εγχειρίδια*».

Επιπρόσθετα, οι συγγραφείς των οδηγών κλινικής πρακτικής φαίνεται να διατηρούν ισχυρές σχέσεις με τη φαρμακοβιομηχανία. Η έρευνα των Choudhry, Stelfox & Detsky (2002) είναι αποκαλυπτική σε αυτό το σημείο. Ενδεικτικά, αναφέρω ότι, σύμφωνα με τους ερευνητές, σε σύνολο 192 συγγραφέων από

[128] Τα θετικά αποτελέσματα σε μία κλινική δοκιμασία ερμηνεύονται συχνά ως απόρροια χαμηλού probability level (p). Όσο πιο μικρό είναι το p, τόσο λιγότερες είναι οι πιθανότητες οι διαφορές που εντοπίζονται στα ποσοστά βελτίωσης μεταξύ της ομάδας θεραπείας και της ομάδας ελέγχου να οφείλονται σε τυχαίους παράγοντες και όχι στην υπό εξέταση παρέμβαση.

επιστημονικές επιτροπές στη Β. Αμερική & Ευρώπη, που συμμετείχαν στη δημιουργία οδηγών πρακτικής για κοινές ασθένειες ενηλίκων (κατά το χρονικό διάστημα 1991-1999), οι εννέα στους δέκα (87%) είχαν κάποιο είδος συνεργασίας με τη φαρμακοβιομηχανία, έξι στους δέκα (58%) είχαν λάβει χρηματοδότηση για έρευνα και τέσσερις στους δέκα (38%) υπήρξαν εργαζόμενοι ή σύμβουλοι για μία φαρμακευτική εταιρεία. Τέλος, έξι στους δέκα (59%) συγγραφείς είχαν σχέσεις με την εταιρεία της οποίας το φάρμακο εξεταζόταν και αυτές οι σχέσεις προϋπήρχαν της διαδικασίας δημιουργίας του εγχειριδίου.

Πολύ πρόσφατα έχει αρχίσει η δημιουργία «πακέτων»[129] εγχειριδίων, δηλαδή η ομαδοποίηση επιστημονικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων, με διπλό σκοπό (Singh & Singh, 2007):
α) τη συμπύκνωση πολλαπλών συστάσεων σε ένα πρωτόκολλο, το οποίο θα επιφέρει σημαντικά (δηλαδή μετρήσιμα) αποτελέσματα στους ασθενείς και,
β) τη χρήση αυτών των «πακέτων» από τους (ασφαλιστικούς) φορείς ως κριτήριο για τη χρηματοδότηση ή αποζημίωση των υπηρεσιών.

Το λυπηρό βέβαια γεγονός είναι ότι στην πράξη η φαρμακοβιομηχανία και οι εταιρείες ιατρικών εξοπλισμών χρησιμοποιούν αυτά τα «πακέτα» ως μέσο για να προωθήσουν τα δικά τους προϊόντα, δηλαδή (προσπαθούν να) επηρεάζουν τους οδηγούς κλινικής πρακτικής, ώστε να συστήνουν συγκεκριμένα φάρμακα, δοσολογίες και κριτήρια θεραπείας στους κλινικούς που τα χρησιμοποιούν (Singh & Singh, 2007).

Όλες οι ανωτέρω «παρεμβάσεις» όμως πιθανόν διαμορφώνουν και εισχωρούν και στη σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου διαβρώνοντας τις απαραίτητες ποιότητες της θεραπευτικής σχέσης, όπως την εμπιστοσύνη. Είναι ακόμη άγνωστο έως ποιου σημείου μπορεί να επηρεαστεί η αξιοπιστία και η αποτελεσματικότητα της κλινικής παρέμβασης σε αρνητικό βαθμό από τα προαναφερόμενα ζητήματα. Εν τέλει, το κίνημα της επιστημονικά τεκμηριωμένης ιατρικής δεν μπορεί να αξιολογηθεί αποκλεισμένο από το κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο στο οποίο λειτουργεί και ίσως εξαιτίας του οποίου πυροδοτήθηκε η εμφάνισή του.

[129] "bundles"

2. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η έννοια της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας εμφανίζεται αρχικά στις ΗΠΑ ως προέκταση του κινήματος της επιστημονικά τεκμηριωμένης ιατρικής που ξεκίνησε από την Μ. Βρετανία. Με την ευρύτερη έννοιά της η ΕΤΨ αποτελεί μία σημαντική προσπάθεια σύνδεσης της κλινικής πρακτικής με την έρευνα, πεδίο στο οποίο υπάρχουν πολλές δυσκολίες και ακόμη δεν έχουν δοθεί οριστικές απαντήσεις. Ουσιαστική πρόκληση της τεκμηριωμένης πρακτικής στην ψυχοθεραπεία είναι να διασφαλιστεί ότι οι θεραπευτές συνδυάζουν την κλινική τους εμπειρία και ευαισθησία με τη γνώση που προέρχεται από τη σχετική έρευνα, αναγνωρίζοντας όμως ταυτόχρονα τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα κάθε τομέα (Roth, Fonagy & Parry, 2006).

2.Α. ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Στις ΗΠΑ η συζήτηση σχετικά με το θέμα ξεκίνησε επίσημα στις αρχές του 1990 όταν η Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση (American Psychological Association) υιοθέτησε και διέδωσε την έννοια των Εμπειρικά Υποστηριζόμενων Θεραπειών. Η έρευνα στην ψυχοθεραπεία, είναι, τουλάχιστον στο θεωρητικό κομμάτι, ο ένας πόλος ενδιαφέροντος της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας και οι εμπειρικά υποστηριζόμενες θεραπείες ένα μέρος αυτού του πόλου. Υιοθετώντας την άποψη, ότι οι ΕΥΘ δεν είναι ο μοναδικός πυρήνας της ΕΤΨ, στο παρόν υποκεφάλαιο θα ξεκινήσω, δίνοντας τον ορισμό και τα χαρακτηριστικά της ΕΤΨ και θα συνεχίσω εξετάζοντας επιμέρους ζητήματα που απορρέουν από την έννοια και πρακτική της, που αφορούν κυρίως στην εμπειρική αξιολόγηση των ψυχοθεραπειών.

Τι είναι τελικά η ΕΤΨ; Η Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση το 2005 ανακοίνωσε και υιοθέτησε ως επίσημη πολιτική της την προβληματική της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής στην ψυχολογία[130] (evidence-based practice in psychology) διευκρινίζοντας τόσο τον ορισμό όσο και τα χαρακτηριστικά της (APA, 2005). Η επιτροπή που σχηματίστηκε για τον προαναφερόμενο σκοπό, με Πρόεδρο την C. Goodheart, συμπεριέλαβε 18 επιστήμονες και κλινικούς από διαφορετικά πλαίσια εργασίας, θεωρητικό προσανατολισμό και εθνική κληρονομιά (Levant & Hasan, 2008). Στο Σχήμα 1. τοποθετούνται τα τρία βασικά χαρακτηριστικά που πρέπει να συμπεριλαμβάνει η ΕΤΨ, όπως αρθρώνονται μέσα από τις σχετικές ανακοινώσεις της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης (APA, 2006). Όπως και στην

[130] Η επιστημονικά τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία και η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική είναι δύο έννοιες απόλυτα αλληλένδετες και αλληλοκαλυπτόμενες, εφόσον η ΕΤΨ δημιουργεί τη θεωρητική βάση και τις αρχές τις οποίες υιοθετεί η πρακτική, ενώ η τελευταία οφείλει να αξιολογείται και να ανατροφοδοτεί την έρευνα. Η έννοια, ωστόσο, της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής χρησιμοποιείται διεπιστημονικά, σε όλους τους τομείς εφαρμογών που υιοθετείται η λογική της εμπειρικής τεκμηρίωσης (π.χ. ιατρική, συμβουλευτική, νοσηλευτική κλπ.). Σύμφωνα με τους Ollendick & King (2004, σελ. 4) *«Η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική είναι στον πυρήνα της μία προσέγγιση στη γνώση και μία στρατηγική για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της απόδοσης»*.

επιστημονικά τεκμηριωμένη ιατρική κυριαρχούν τρία στοιχεία: η εμπειρική τεκμηρίωση, η κλινική πείρα του θεραπευτή και τα χαρακτηριστικά του θεραπευόμενου. Ας δούμε όμως το καθένα από αυτά.



Σχήμα 1. Ορισμός Επιστημονικά Τεκμηριωμένης Ψυχοθεραπείας

Σύμφωνα με την αναλυτική αναφορά της Ένωσης (APA, 2006) η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική στην ψυχολογία[131] ορίζεται ως η ενσωμάτωση της βέλτιστης διαθέσιμης έρευνας με την κλινική εμπειρία (expertise) του ψυχολόγου στο πλαίσιο των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του ασθενούς. Η «βέλτιστη διαθέσιμη έρευνα» μπορεί να περιλαμβάνει διαφορετικά είδη ερευνητικού σχεδιασμού ανάλογα με το κλινικό ερώτημα όπως: ποιοτική έρευνα, ατομικές μελέτες περιστατικών, εθνογραφική έρευνα, διαδικαστική έρευνα, νατουραλιστικές μελέτες, τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες, μετα-ανάλυση κ.α. Είναι σημαντική η εναλλακτικότητα των πηγών έρευνας στις οποίες αναφέρεται η APA, καθώς δίνει την ευκαιρία σε διαφορετικές μορφές ερευνητικής

[131] Αναφέρεται στην κλινική ψυχολογία

δραστηριότητας να συμβάλλουν σημαντικά στην αξιολόγηση της ψυχοθεραπείας. Όμως, όπως θα δείξω στο τέταρτο κεφάλαιο της διατριβής, στην πραγματικότητα οι υποστηρικτές της ΕΤΨ δίνουν «μονόδρομη» έμφαση στις κλινικές δοκιμασίες, η οποία έχει εγείρει σημαντικές κριτικές και αποδοκιμασία από ερευνητές και κλινικούς.

Ίσως το πρόσφατο «άνοιγμα της ψαλίδας» εκ μέρους της Ένωσης να αποσκοπεί στην αποκλιμάκωση της διαμάχης. Μένει να εξεταστεί κατά πόσο η πραγματικότητα αντιστοιχεί στις ανωτέρω εξαγγελίες, δηλαδή κατά πόσο οι φορείς που εμπλέκονται στην οικονομική διαδικασία παροχής ψυχοθεραπευτικών υπηρεσιών (αναφερόμενοι στο πλαίσιο του νεοφιλελεύθερου μοντέλου διαχείρισης) αποδέχονται παρόμοιες εναλλακτικές προτάσεις ως επαρκή τεκμηρίωση αποτελεσματικότητας και κατ' επέκταση χρηματοδότησης των αντίστοιχων υπηρεσιών.

Η δεύτερη πλευρά του τρίπτυχου της ΕΤΨ είναι η «κλινική εμπειρία». Αναφέρεται στο συνδυασμό ικανοτήτων, κλινικής και ακαδημαϊκής εκπαίδευσης, γνώσης της έρευνας, εμπειρίας και συνεχιζόμενης επαγγελματικής επιμόρφωσης του κλινικού που συμβάλλουν και επηρεάζουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα, στοιχεία που αναλύθηκαν διεξοδικά στο δεύτερο κεφάλαιο. Το τρίτο σημείο του ορισμού της ΕΤΨ, δηλαδή τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενούς, περιλαμβάνουν πληθώρα μεταβλητών όπως το φύλο, η εθνικότητα, η ηλικία, η προσωπικότητα, οι αξίες, οι προτιμήσεις, το οικογενειακό, κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο αναφοράς του, τα συγκεκριμένα προβλήματα που αντιμετωπίζει κ.α., τα οποία καθορίζουν το άτομο τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή που αναζητά βοήθεια και επίσης επηρεάζουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα (βλ. πρπν., κεφ.2ο).

Ο συνδυασμός αυτών των τριών στοιχείων (έρευνα, κλινική πείρα, χαρακτηριστικά θεραπευόμενου) διαμορφώνει την ουσία της ΕΤΨ και τα δεδομένα που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων. Ο ανωτέρω ορισμός είναι φανερά συμβατός με τις διακηρύξεις του κινήματος της ΕΤΙ σχετικά με την επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική. Κατ' ουσία, πρόκειται για μικρή παραλλαγή του ορισμού της ΕΤΙ που υιοθετήθηκε το 2001 από το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine, 2001)[132]. Δεν είναι τυχαίο βέβαια που προτιμάται η χρήση του όρου «ασθενής», ώστε να είναι συμβατός ο ορισμός της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής στην ψυχοθεραπεία με την ιατρική φροντίδα. Εξάλλου σήμερα σε όλα σχεδόν τα είδη ψυχολογικών παρεμβάσεων χρησιμοποιείται η

[132] Ο ορισμός που δίνεται από το Ινστιτούτο Ιατρικής έχει προσαρμοστεί από το βιβλίο των πρωτεργατών του κινήματος της ETI, Sacket D., Straus S., Richardson W., Rosenberg W., Haynes B. (2000) *Evidence Based Medicine: How to Practice and Teach EBM* (2nd Ed), London: Churchill Livingstone

ιατρική ορολογία (π.χ. ασθενής, διάγνωση, πρόγνωση, θεραπεία, υποτροπή κλπ.), κάτι που αποτελεί τυπικό παράδειγμα της «ιατρικοποίησης» της ψυχοθεραπείας[133].

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση, η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική στην ψυχολογία περιλαμβάνει όλα τα είδη των ψυχολογικών παρεμβάσεων [αξιολόγηση, διάγνωση, πρόληψη, θεραπεία και συμβουλευτική, με έμφαση, ωστόσο, στην (ψυχο)θεραπεία], όπως και όλα τα είδη πλαισίων που εργάζονται ψυχολόγοι και όλους τους πληθυσμούς και τα προβλήματα ασθενών. Σαφώς, η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική δεν μπορεί να περιορίζεται στην κλινική ψυχολογία ή στην ψυχοθεραπεία. Τομείς, όπως τα εργαλεία και οι τεχνικές αξιολόγησης (ψυχομετρικά τεστ κλπ.), καθώς και όλοι οι κλάδοι της ψυχολογίας (συμβουλευτική, οργανωτική κλπ.) είναι βέβαιο ότι θα ακολουθήσουν ή έχουν ήδη ενσωματώσει τη λογική της τεκμηριωμένης πρακτικής. Στο παρόν πόνημα περιοριζόμαστε στο κομμάτι των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, το οποίο ωστόσο, είναι και αυτό για το οποίο έχει διεξαχθεί η πλειονότητα των σχετικών ερευνών.

Συμπερασματικά, η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική στην ψυχοθεραπεία αποτελεί τη διαδικασία λήψης αποφάσεων που οφείλει να ακολουθεί ο θεραπευτής, συνδυάζοντας τα ερευνητικά ευρήματα (από τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες, αλλά όχι μόνο), με τις γνώσεις και την εμπειρία του και με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενούς, ώστε να πετύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για τον τελευταίο. Η κλινική πρακτική φαίνεται να βρίσκεται στον πυρήνα του ορισμού παρέχοντας ένα είδος ταυτότητας στους ψυχοθεραπευτές και περιγράφοντας τη διαδικασία με την οποία οφείλουν να λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις οι οποίες είναι τεκμηριωμένες και «διαφανείς», εφόσον βασίζονται σε ερευνητικά ευρήματα, δηλαδή σε αντικειμενικά και επιστημονικά κριτήρια.

Από τη φιλοσοφία της ΕΤΨ απορρέουν ορισμένα «πρωτόκολλα» θεραπείας[134], δηλαδή τα εγχειρίδια κλινικής πρακτικής και οι λίστες εμπειρικά τεκμηριωμένων θεραπειών - τα οποία αποτελούν εργαλεία που διευκολύνουν τον ψυχοθεραπευτή στη λήψη τεκμηριωμένων κλινικών αποφάσεων, και κατά τη γνώμη μου, οφείλουν να προσλαμβάνονται με την ίδια λογική που ορίζεται η τεκμηριωμένη κλινική

[133] Η Προσωποκεντρική Προσέγγιση αποτελεί εξαίρεση όπου προτιμάται ο όρος «πελάτης» (client), ενώ σε πολλές αναφορές υπηρεσιών υγείας συναντάται ο όρος «καταναλωτής υπηρεσιών». Φυσικά και οι δύο αυτοί όροι μπορεί να μην συνδέονται άμεσα με την ιατρική ορολογία, εντάσσονται όμως στην ορολογία της νεοφιλελεύθερης αγοράς.

[134] Χρησιμοποιώ τον όρο «Πρωτόκολλο Θεραπείας» για να τονίσω την ισχύ και τη «νομιμότητα» που έχουν αποκτήσει - τουλάχιστον στις ΗΠΑ - οι οδηγοί θεραπείας και οι εμπειρικά υποστηριζόμενες θεραπείες σε αντιπαραβολή με την ισχύ των ερευνητικών πρωτοκόλλων. Αναφέρομαι κυρίως στην επίσημη πολιτική των φορέων υγείας που υιοθετούν και «επιβάλλουν» συγκεκριμένες ψυχοθεραπευτικές πρακτικές που θεωρούνται εμπειρικά επικυρωμένες.

πρακτική. Οι θεραπευτές έχουν στη διάθεσή τους κάποιες τεκμηριωμένες προτάσεις αναφορικά με το ποια παρέμβαση είναι πιο πιθανό να ωφελήσει τον «μέσο ασθενή» που ανήκει σε μία διαγνωστική κατηγορία. Το συμπληρωματικό και αλληλένδετο στοιχείο που θα μετατρέψει τη στατιστική πιθανότητα βελτίωσης (όπως αυτή παρουσιάζεται ερευνητικά) σε μεγαλύτερη βεβαιότητα και κλινική πραγματικότητα είναι η «κρίση» του θεραπευτή και η παρούσα κατάσταση του θεραπευόμενου. Ο συγκερασμός όλων των στοιχείων και η συνάφειά τους με τις τρέχουσες συνθήκες (πλαίσιο, κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες) διαμορφώνει, κατά τη γνώμη μου, το ιδανικό μοτίβο άσκησης της ΕΤΨ. Όπως αναφέρει ο Hunsley (2007) θα ήταν λανθασμένο να εξισωθεί η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική με οποιαδήποτε σειρά ψυχολογικών υπηρεσιών ή με τις λίστες εμπειρικά υποστηριζόμενων θεραπειών, καθώς πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και να χρησιμοποιείται όλο το εύρος της σχετικής έρευνας.

Για να εφαρμοστεί, ωστόσο, η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική πρέπει να πληρούνται κάποιες αρχές (Reynolds, 2000): οι επαγγελματίες θεραπευτές πρέπει να μάθουν να ερμηνεύουν και να χρησιμοποιούν τα ερευνητικά ευρήματα, κάτι που σημαίνει ότι τα αποτελέσματα των ερευνών πρέπει να διανέμονται στους κλινικούς με πιο αποτελεσματικούς τρόπους. Η εξέλιξη της διαδικτυακής τεχνολογίας έχει συμβάλλει τα μέγιστα σε αυτό το σημείο, αφού πλέον υπάρχουν εξαιρετικές βάσεις δεδομένων, διαδικτυακοί τόποι και περιοδικά, στα οποία μπορεί ο θεραπευτής να αναζητήσει οποιαδήποτε πληροφορία, την οποία όμως πρέπει να έχει εκπαιδευτεί ώστε να αφομοιώνει κριτικά σε θεωρητικό και κυρίως κλινικό επίπεδο. Επιπρόσθετα, η κυκλοφορία οδηγών επιστημονικά τεκμηριωμένων θεραπειών είναι ένας πρακτικός τρόπος με τον οποίο πιθανόν διευκολύνεται ο θεραπευτής να επιλέξει την κατάλληλη θεραπεία για συγκεκριμένες διαταραχές.

Ουσιαστικό σημείο της πολιτικής της APA για την επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική είναι το συναγόμενο συμπέρασμα (APA, 2006): Ο θεραπευτής είναι αυτός που τελικά αποφασίζει την επιλογή συγκεκριμένης παρέμβασης ή θεραπευτικού πλάνου και όχι άτομα μη εκπαιδευμένα, τα οποία δεν έχουν γνώση των ιδιαιτεροτήτων της συγκεκριμένης περίπτωσης.

Ίσως αυτή η αναφορά να φαίνεται αυτονόητη και λογική, αλλά σίγουρα δεν είναι όπως ανέφερα στο προηγούμενο υποκεφάλαιο, η υιοθέτηση των αρχών της ΕΤΙ στην κλινική πρακτική, έχει επηρεάσει σε πολλαπλά επίπεδα τον τρόπο που ασκείται η ιατρική (και η ψυχοθεραπεία), αλλά κυρίως τα κριτήρια με τα οποία χρηματοδοτείται ο τομέας της υγείας, τουλάχιστον στις ΗΠΑ και στη Δυτική Ευρώπη (π.χ. στη Μ. Βρετανία). Η Αμερικανική Ψυχολογική Ένωση προσθέτει ότι

αυτή η πρακτική δεν είναι πάντα προς όφελος τους ασθενούς, χωρίς όμως να διευκρινίζεται περαιτέρω η δήλωση (APA, 2006).

Εάν εξεταστούν οι συνθήκες μέσα στις οποίες εργάζεται ο κλινικός, ιδιαίτερα στο πλαίσιο των νεοφιλελεύθερων συστημάτων διαχείρισης της υγείας, είναι κατανοητό ότι πολύ συχνά η πλειονότητα των ασθενών δεν έχει τη δυνατότητα επιλογής τρόπου θεραπείας (αρκείται σε αυτόν που καλύπτει η ασφάλειά τους), ενώ οι θεραπευτές επιλέγουν να εκπαιδευτούν στο πιο «βιώσιμο» μοντέλο, δηλαδή σε αυτό που είναι εμπειρικά υποστηριζόμενο και συνεπώς θα τους εξασφαλίσει εργασία μέσα στα συστήματα υγείας. Αυτό το συμπέρασμα σαφώς αντιβαίνει τον ευρύτερο σκοπό της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής που είναι η ενίσχυση της δημόσιας υγείας και η προώθηση των αποτελεσματικών (ψυχολογικών) παρεμβάσεων στο σύνολο των πολιτών.

2.Β. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ:
Αποτελεσματικότητα Vs Κλινική Χρησιμότητα

Εφόσον η ΕΤΨ αναφέρεται στις πιο έγκυρες διαθέσιμες παρεμβάσεις που οφείλει να χρησιμοποιεί ο θεραπευτής προς όφελος του ασθενούς, οι οποίες διανέμονται μέσα από εγχειρίδια και οδηγούς θεραπείας, έπρεπε να διευθετηθούν ορισμένα κριτήρια με τα οποία θα αξιολογούνται αυτές οι παρεμβάσεις και συνακόλουθα οι οδηγοί θεραπείας. Η αξιολόγηση εξάλλου των παρεμβάσεων είναι οργανικά δεμένη με την έννοια της ΕΤΨ. Στις αρχές του 1990 και ταυτόχρονα σχεδόν με την εμφάνιση των εμπειρικά υποστηριζόμενων θεραπειών - οι οποίες θα αναλυθούν αργότερα- δημοσιεύονται από την Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση τα αναγκαία αυτά κριτήρια.

Η δεκαετία του 1990 υπήρξε ορόσημο γενικά στην ανάπτυξη κλινικών εγχειριδίων και ειδικά στα εγχειρίδια για τις ψυχολογικές παρεμβάσεις. Το 1992, ακολουθώντας το πνεύμα των εξελίξεων στην ιατρική, η Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση ξεκίνησε τη δημιουργία και αργότερα δημοσίευσε έναν «οδηγό» για την ανάπτυξη εγχειριδίων (APA, 1995), ο οποίος αντικαταστάθηκε το 2002 από τη δημοσίευση των κριτηρίων για την αξιολόγηση των θεραπευτικών εγχειριδίων (APA, 2002a). Η κύρια μέριμνα της APA είναι να στοιχειοθετήσει τους δύο πυλώνες πάνω στους οποίους οφείλει να αξιολογείται η επιστημονική τεκμηρίωση των ψυχολογικών παρεμβάσεων, οι οποίοι είναι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας (treatment efficacy) και η κλινική χρησιμότητά της (clinical utility). Το σύνολο των ερευνητών και κλινικών συμφωνούν για τη χρησιμότητα και των δύο όρων, αν και όπως θα δείξω, υπάρχουν διαφωνίες για την προτεραιότητα που πρέπει να δίνεται στον καθένα.

2.Β.α. Αποτελεσματικότητα - Εσωτερική Εγκυρότητα

Υπό τον όρο αποτελεσματικότητα[135] παρατίθενται κριτήρια που αξιολογούν την ισχύ της τεκμηρίωσης των παρεμβάσεων. Η βέλτιστη τεκμηρίωση πρέπει να εξασφαλίζει αιτιώδεις σχέσεις ανάμεσα στις παρεμβάσεις και τη διαταραχή για την οποία αναζητείται θεραπεία, ή με πιο απλά λόγια, εξετάζεται με επιστημονικά κριτήρια, σε αυστηρά ελεγχόμενες συνθήκες, εάν μία παρέμβαση είναι όντως θεραπευτική. Αυτού του είδους τα κριτήρια αναφέρονται στη διαδικασία με την οποία τα αποτελέσματα της υπό εξέταση παρέμβασης συγκρίνονται με μία άλλη παρέμβαση ή με απουσία θεραπείας σε ελεγχόμενο κλινικό πλαίσιο.

Επιπρόσθετα, η αποτελεσματικότητα της θεραπείας κατοχυρώνεται όσο μεγαλύτερη εσωτερική εγκυρότητα διαθέτει η μεθοδολογία με την οποία αξιολογείται, δηλαδή όσο ισχυρότερη είναι η πιθανότητα τα αποτελέσματα να οφείλονται στην παρέμβαση και όχι σε παρεμβαλλόμενες μεταβλητές[136]. Η μέθοδος με την μεγαλύτερη εσωτερική εγκυρότητα, έως σήμερα, θεωρείται η διπλά τυφλή τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη κλινική δοκιμασία, ιδιαίτερα, όταν η υπό αξιολόγηση θεραπεία συγκρίνεται με μία εναλλακτική, «πιστοποιημένα» αποτελεσματική παρέμβαση (και λιγότερο όταν συγκρίνεται με εικονική θεραπεία ή με απουσία θεραπείας). Μικρότερη εσωτερική εγκυρότητα, σύμφωνα με την APA, προσδίδουν οι συστηματικές κλινικές μελέτες περιστατικών και η ομοφωνία μεταξύ ειδικών, σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχουν άλλες διαθέσιμες ερευνητικές δραστηριότητες. Σε γενικές γραμμές, οι υποστηρικτές της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής δίνουν προτεραιότητα στις ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες, και κατ' επέκταση στην έρευνα περί αποτελεσματικότητας (Bower, 2003) ως το πιο αξιόπιστο κριτήριο ελέγχου των ψυχολογικών παρεμβάσεων.

2.Β.β. Κλινική Χρησιμότητα - Εξωτερική Εγκυρότητα

Υπό τον όρο κλινική χρησιμότητα[137] παρατίθενται κριτήρια που σχετίζονται με τρεις κύριες έννοιες, οι οποίες ορίζουν το εύρος εφαρμογής της υπό αξιολόγηση θεραπείας σε καθημερινά κλινικά πλαίσια. Οι τρεις έννοιες είναι η γενίκευση, η δυνατότητα επίτευξης και το κόστος της θεραπείας. Συγκεκριμένα, η αξιολόγηση των παρεμβάσεων συνδέεται:

---

[135] "efficacy"

[136] Συνοπτικά, η *εσωτερική εγκυρότητα* αναφέρεται στον βαθμό που τα συμπεράσματα της έρευνας μπορούν να αποδοθούν στην ψυχολογική παρέμβαση και όχι σε άλλους παράγοντες και γι' αυτό το λόγο οι ερευνητές προσπαθούν να ελέγχουν όσο περισσότερους εξωγενείς παράγοντες μπορούν (με τυχαία κατανομή, ομάδες ελέγχου, ομοιογενή δείγματα, εγχειρίδια θεραπείας κλπ.). Η *εξωτερική εγκυρότητα* αναφέρεται στον βαθμό που τα αποτελέσματα μιας έρευνας μπορούν να γενικευθούν σε άλλους ασθενείς, συνθήκες, χρονική στιγμή, πλαίσια, θεραπευτές και διάρκεια θεραπείας.

[137] "clinical utility ή effectiveness"

α) με τη γενίκευση[138] των αποτελεσμάτων τους σε διαφορετικά πλαίσια, ασθενείς, θεραπευτές και θεραπευτικά πρωτόκολλα,
β) τη δυνατότητα επίτευξης της παρέμβασης στην καθημερινή κλινική πρακτική[139], όπου περιλαμβάνεται το επίπεδο αποδοχής, επιλογής και «συμμόρφωσης» με τη θεραπεία από τους ασθενείς και η δυνατότητα των θεραπευτών να την παρέχουν (εκπαίδευση, εξοπλισμός, κόστος) και τέλος,
γ) το κόστος παροχής της υπό αξιολόγηση θεραπείας[140]. Η έννοια του κόστους (οικονομική κυρίως, αλλά όχι μόνο) αναφέρεται στην άμεση, έμμεση, βραχύχρονη και μακρόχρονη σχέση μεταξύ κόστους-ωφέλειας της θεραπείας για τον ασθενή, τον θεραπευτή και το σύστημα υγείας, όπως και το κόστος της μη παροχής θεραπείας.

Η κλινική χρησιμότητα επομένως, περιλαμβάνει κυρίως, αλλά όχι μόνο, τη συστηματική αξιολόγηση των παρεμβάσεων σε νατουραλιστικά πλαίσια. Η δυνατότητα μεταφοράς των παρεμβάσεων από το ερευνητικό εργαστήριο στην καθημερινή πρακτική βασίζεται στην ονομαζόμενη άμεση ομοιότητα[141], δηλαδή η αναπαραγωγιμότητα είναι εφικτή όταν η θεραπεία, ο πληθυσμός, το πλαίσιο, το προσδοκώμενο αποτέλεσμα και ο χρόνος προσομοιάζουν συνολικά την πρωτογενή θεραπεία του εκάστοτε ερευνητικού προγράμματος (Bower, 2003).

2.Β.γ. Σχέση Μεταξύ των Δύο Κριτηρίων

Η πρόταση της APA αναφέρεται σε δύο κύριες διαστάσεις: την εσωτερική εγκυρότητα ή αποτελεσματικότητα και την εξωτερική εγκυρότητα[142] ή κλινική χρησιμότητα. Η πρώτη διάσταση ιεραρχεί τις προτεινόμενες θεραπείες ανάλογα με την εσωτερική τους εγκυρότητα. Όσο μεγαλύτερη είναι, τόσο πιο ισχυρά υποστηρίζεται η εφαρμογή τους. Όπως παρατηρούμε, η χρησιμοποίηση τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμασιών είναι το βασικό εργαλείο αξιολόγησης της εσωτερικής εγκυρότητας των θεραπειών. Συνεπώς, η «μεθοδολογική βελτίωση» των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμασιών είναι πρώτιστης σημασίας για τους ερευνητές. Η δεύτερη διάσταση περιλαμβάνει τη δυνατότητα κλινικής εφαρμογής της θεραπείας. Όσο πιο ισχυρή είναι η εμπειρική αξιολόγηση των παραγόντων που σχετίζονται με τη γενικευσιμότητα, τη δυνατότητα υλοποίησης και το κόστος της παρέμβασης, τόσο μεγαλύτερη είναι η εμπιστοσύνη στη δυνατότητα κλινικής εφαρμογής της προτεινόμενης θεραπείας.

Το γενικό συμπέρασμα από την πρόταση της APA είναι ότι η κλινική έρευνα είναι απαραίτητη για την «απόδειξη» τόσο υψηλής αποτελεσματικότητας όσο και

[138] "generalizability"
[139] "feasibility"
[140] "consideration of costs"
[141] "proximal similarity"
[142] Ορισμένοι συγγραφείς την ονομάζουν και «οικολογική» εγκυρότητα.

κλινικής χρησιμότητας των θεραπειών, ισορροπώντας αυτές τις δύο διαστάσεις. Το ερώτημα που τίθεται σε αυτό το σημείο είναι πόσο πιθανή είναι αυτή η ισορροπία, λαμβάνοντας υπόψη τις υπάρχουσες ερευνητικές δυνατότητες και την ιδιομορφία των ψυχολογικών παρεμβάσεων. Είναι σαφές ότι τόσο η εσωτερική όσο και η εξωτερική εγκυρότητα δεν μπορούν να έχουν τον ίδιο βαθμό βαρύτητας στην ίδια έρευνα (Crits-Cristoph & Gladis, 2008) και αντίστοιχα στο εγχειρίδιο θεραπείας[143]. Αυτό το γεγονός θέτει ένα σημαντικό πρόβλημα στους κλινικούς ερευνητές, διότι δημιουργείται μία αντίθετη «πολικότητα», όπου στον ένα πόλο βρίσκεται η ασάφεια και στον άλλο η έλλειψη εφαρμογών (Roth & Fonagy, 2006).

Ένα μικρό παράδειγμα του προαναφερόμενου προβληματισμού: όσο ισχυρότερη είναι η εσωτερική εγκυρότητα με αυστηρές τεχνικές αξιολόγησης, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα απώλειας δεδομένων εξαιτίας ποικίλων παραγόντων, όπως η μη συμμόρφωση των ασθενών στο απαιτητικό πρόγραμμα αξιολογήσεων. Επίσης, οι προυπάρχουσες προτιμήσεις και πεποιθήσεις των ασθενών για τα αίτια και την επιθυμητή θεραπεία της νόσου δυσχεραίνουν την τυχαιοποιημένη κατανομή τους, αυξάνοντας τα ποσοστά απώλειας δείγματος. Σε αντίθεση με την εργαστηριακή έρευνα, στην κλινική πρακτική ο θεραπευόμενος μπορεί πιο εύκολα να ικανοποιήσει τις προσωπικές προτιμήσεις του, ενώ η εφαρμογή μιας θεραπείας στο ρεαλιστικό της πλαίσιο δεν συνεπάγεται πάντα το ίδιο επίπεδο αποτελεσματικότητας με αυτό της ελεγχόμενης κλινικής δοκιμασίας. Για παράδειγμα, στην περίπτωση των φαρμακευτικών παρεμβάσεων, ακόμη και εάν ένα φάρμακο αξιολογηθεί ως επιτυχές υπό ελεγχόμενες συνθήκες, όταν το τελευταίο κυκλοφορήσει στην αγορά μπορεί να υπονομευθεί η αποτελεσματικότητά του εξαιτίας πολλών παραγόντων, όπως, ο πιο απλός, οι ασθενείς που ξεχνούν να το πάρουν τακτικά.

Ειδικά για τις ψυχολογικές παρεμβάσεις, τα χαρακτηριστικά των ερευνών αποτελεσματικότητας που διαφέρουν από την πραγματική κλινική πρακτική, μειώνοντας τη δυνατότητα γενίκευσης (δηλαδή την εξωτερική εγκυρότητα) συμπεριλαμβάνουν (Borkovec & Castonguay, 2006a):

α)τη «στρατολόγηση» των ασθενών για τη συμμετοχή τους στην έρευνα,
β)τα πολλαπλά κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού τα οποία μειώνουν την ετερογένεια του δείγματος της μελέτης,
γ)την αυστηρή αξιολόγηση των συμμετεχόντων (συχνά από ανεξάρτητους αξιολογητές) πριν, κατά τη διάρκεια της παρέμβασης και στο διάστημα της διαχρονικής παρακολούθησης,

[143] Στα εγχειρίδια η τεκμηρίωση πρέπει να αποδίδεται ξεκάθαρα – σε τι είδους και ποια στοιχεία βασίζεται η συγκεκριμένη πρόταση θεραπείας, ώστε ο ενδιαφερόμενος να είναι σε θέση να την αξιολογήσει.

δ)την επικέντρωση στα συμπτώματα του ασθενούς, όπως διαγιγνώσκονται μέσω κατηγορικών νοσολογικών συστημάτων (βλ. DSM), και όχι στα υπόλοιπα χαρακτηριστικά του συμμετέχοντος,
ε)την τυχαιοποιημένη κατανομή στις ομάδες της έρευνας,
στ)τον προκαθορισμένο, μικρό αριθμό συνεδριών,
ζ)τη χρήση εγχειριδίων και την αξιολόγηση της τήρησής τους από αντικειμενικούς κριτές,
η)τη συγκεκριμένη εκπαίδευση των θεραπευτών στη χρήση εγχειριδίων και
θ)την επίβλεψη των θεραπευτών από ειδικούς ερευνητές.

Υπάρχει λοιπόν δυνατότητα ταυτόχρονης υψηλής εσωτερικής εγκυρότητας και κλινικής χρησιμότητας στην αξιολόγηση των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων; Η απάντηση που δίνω, εξετάζοντας τη δυσκολία και τα εμπόδια που συναντούν οι έρευνες, είναι πως υπάρχει ελάχιστη πιθανότητα να επιτευχθεί ερευνητικά η ιδανική ισορροπία μεταξύ εσωτερικής και εξωτερικής εγκυρότητας σε έναν ερευνητικό σχεδιασμό, τουλάχιστον με τα σημερινά δεδομένα. Είναι εντυπωσιακό ότι η σχέση μεταξύ των δύο τύπων έρευνας έχει παρομοιαστεί ότι βρίσκεται μεταξύ «Σκύλλας και Χάρυβδης» (Nathan, Stuart & Dolan, 2000) και οι υποστηρικτές κάθε είδους ερίζουν για την πρωτοκαθεδρία του [Bower, (2003), Kihlstrom, (2006)], κυρίως αναφορικά με το ποιος τύπος έρευνας παρέχει τα πιο αξιόπιστα δεδομένα.

Οι Borkovec & Castonguay (2006a) υποστηρίζουν ότι η έρευνα που εστιάζει στην εξωτερική εγκυρότητα μπορεί να προσδιορίσει την αποτελεσματική κλινική πρακτική, με την προϋπόθεση ότι θα διεξάγεται με αυστηρά επιστημονικά κριτήρια για κλινικά σημαντικά ερωτήματα. Επιπρόσθετα, όπως αναφέρει και ο Margison & συν. (2000), η προτεραιότητα που δίνεται σε κάθε διάσταση (εσωτερική-εξωτερική εγκυρότητα) είναι διαφορετική ανάλογα με τον ενδιαφερόμενο (θεραπευτή, υπηρεσία, ερευνητική ομάδα, κρατικός φορέας, ιδιωτική επιχείρηση κλπ.). Θα μπορούσε ιδανικά να προταθεί σταδιακός έλεγχος μιας θεραπείας με διαφορετικά είδη μελετών, ξεκινώντας από ανοικτή μελέτη[144] και συνεχίζοντας με ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες και κατόπιν μελέτη σε νατουραλιστικές συνθήκες. Ωστόσο, η οικονομική πραγματικότητα των ερευνών, οι συνεχείς τροποποιήσεις των δεδομένων και το πλήθος των εναλλακτικών θεραπειών καθιστά σχεδόν αδύνατη μία τόσο εκτεταμένη αξιολόγηση. Όπως θα δείξω στη συνέχεια, υπάρχει μία μερίδα ερευνητών που προτείνει ένα πιο συμβιβαστικό και συμπληρωματικό τρόπο τεκμηρίωσης των ψυχοθεραπειών ο οποίος δίνει έμφαση στην ίδια την κλινική πρακτική και τις εμπειρικές αποδείξεις που μπορεί αυτή να προσφέρει.

[144] "open-label"

2.Γ. ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Σύμφωνα με τους Barkham & Mellor-Clark (2003) η διάκριση ανάμεσα στην αποτελεσματικότητα και την κλινική χρησιμότητα (ή ανάμεσα στις efficacy και effectiveness studies) μπορεί να αντιστοιχηθεί με τη διάκριση μεταξύ της (κλινικής) πρακτικής που βασίζεται σε επιστημονική τεκμηρίωση (evidence-based practice) και της τεκμηρίωσης που βασίζεται στην (κλινική) πρακτική (practice-based evidence). Οι μελέτες αποτελεσματικότητας, η επιτομή των οποίων είναι οι τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες, προσφέρουν στοιχεία για τη λειτουργία των παρεμβάσεων σε ιδανικές συνθήκες (ελεγχόμενο πλαίσιο, αποκλειστικές διαγνώσεις, ομοιογενές δείγμα και επιλεγμένοι θεραπευτές, περιορισμένος αριθμός συνεδριών κλπ.) και κατ' αυτό τον τρόπο αποτελούν αξιόπιστη πηγή πληροφόρησης για την επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική στην ψυχοθεραπεία.

Μία δεύτερη πηγή επιστημονικής πληροφόρησης, που μπορεί να συμπληρώσει και ανατροφοδοτήσει την πρώτη[145], είναι η εμπειρική τεκμηρίωση που βασίζεται στην πρακτική. Ειδικότερα, είναι τα ερευνητικά δεδομένα που δίνουν στοιχεία για το πώς λειτουργούν οι παρεμβάσεις σε καθημερινές συνθήκες και τα οποία μπορούν εν συνεχεία να συγκριθούν με τα αποτελέσματα μελετών σε ελεγχόμενα πλαίσια. Τα δύο βασικά στοιχεία αυτής της προσέγγισης είναι η εξωτερική εγκυρότητα και η κλινική πρακτική. Ο Margison και συν. (2000) υποστηρίζει ότι χρειάζονται και οι δύο προσεγγίσεις ώστε να αποκτήσει η ψυχοθεραπεία ισχυρή τεκμηρίωση. Άλλοι ερευνητές, όπως οι Duncan & Miller (2006) αναφέρουν ότι η επιστημονική τεκμηρίωση που βασίζεται στην κλινική πρακτική, όταν συγκριθεί με την επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική, στη βάση των μετρήσιμων βελτιώσεων σχετικά με το αποτέλεσμα της θεραπείας, ίσως είναι η πιο αποτελεσματική προσέγγιση που έχει αξιολογηθεί έως σήμερα!

3.Γ.α. Κλινικά Ερευνητικά Δίκτυα

Η μέθοδος που συνήθως ακολουθείται στο προαναφερόμενο μοντέλο εμπειρικής τεκμηρίωσης συνίσταται συνήθως στην αξιολόγηση όλων των ασθενών που κάνουν ψυχοθεραπεία σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο. Η τυπική αξιολόγηση λαμβάνει χώρα πριν την έναρξη της παρέμβασης και μετά το τέλος της ή ανά τακτά διαστήματα σε διαχρονική παρακολούθηση. Τα δεδομένα αναλύονται περιοδικά, έτσι ώστε να συλλεχθούν πληροφορίες για το βαθμό βελτίωσης (υπο)ομάδων των θεραπευόμενων σε συνηθισμένα θεραπευτικά πλαίσια. Συχνά, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνδέονται ομαδικά με μία ή περισσότερες ερευνητικές

[145] Αναφερόμενη σε «πρώτη» και «δεύτερη» πηγή δεν τοποθετώ ιεραρχικά τις δύο προσεγγίσεις, αλλά συμπληρωματικά, όπως τις παρουσιάζουν οι Barkham & Mellor-Clark (2003), σε ένα κυκλικό μοντέλο, όπου οι τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες δίνουν στοιχεία στην κλινική πρακτική και αντίστροφα, ενώ και οι δύο προσφέρουν δεδομένα στους ερευνητές, θεραπευτές και στο ευρύτερο σύστημα υγείας και κοινωνικό σύνολο.

πανεπιστημιακές ομάδες, δημιουργώντας ερευνητικά δίκτυα (practice research networks- PRNs), τα οποία συλλέγουν και αναλύουν τα δεδομένα των υπηρεσιών δημιουργώντας τοπικές ή εθνικές βάσεις δεδομένων (Parry, 2000). Στις υπηρεσίες χρησιμοποιούνται τα ίδια εργαλεία μέτρησης τα οποία καλύπτουν τους τομείς των συμπτωμάτων, της λειτουργικότητας και του γενικότερου ευ ζην των θεραπευόμενων (δηλαδή περιλαμβάνουν και χαρακτηριστικά που έχουν κλινική χρησιμότητα και δεν συναντώνται συχνά στις αξιολογήσεις των κλινικών δοκιμασιών). Ο Carr (2009) αναφέρει ότι στη Μ. Βρετανία το εργαλείο που χρησιμοποιείται στο πλαίσιο της αξιολόγησης παρεμβάσεων στην καθημερινή πρακτική συνήθως είναι το 34ων στοιχείων CORE (Clinical Outcome Routine Evaluation), ενώ στη Β. Αμερική χρησιμοποιούνται τα OQ-45 (Outcome Questionnaire) και ORS (Outcome Rating Scale).

Τα ερευνητικά δίκτυα αυτού του είδους ορίζονται ως «*δίκτυα κλινικών που συνεργάζονται με σκοπό να διεξάγουν έρευνα ώστε να ενημερωθεί η καθημερινή τους πρακτική*» (Barkham & Mellor-Clark, 2003, σελ. 322). Το πλεονέκτημα των συγκεκριμένων ερευνητικών δικτύων είναι, σύμφωνα με τους Borkovec & Castonguay (2006a), ότι προωθούν τη συνεργασία θεραπευτών και ερευνητών σε κλινικά πλαίσια αναφορικά με μεγάλου εύρους μελέτες, οι οποίες είναι αυστηρά επιστημονικές, ενώ διατηρούν ισχυρή εξωτερική εγκυρότητα.

Τα ερευνητικά δίκτυα, μέσω των ακαδημαϊκών κέντρων, έχουν ακόμη τη δυνατότητα να διαχέουν και να διανέμουν στα μέλη τους τις πιο πρόσφατες δημοσιεύσεις και συστηματικές ανασκοπήσεις της σχετικής βιβλιογραφίας. Επιπρόσθετα, οι κλινικοί και οι ερευνητές συνεργάζονται για τον καθορισμό των ερωτημάτων που θα μελετηθούν, το είδος και τη διαδικασία της έρευνας. Με αυτό τον τρόπο τα ερευνητικά δίκτυα αποτελούν ένα μέσο με το οποίο μπορεί να συνδεθεί η ερευνητική και κλινική πρακτική παρέχοντας ανατροφοδότηση στους ίδιους τους ερευνητές και στους θεραπευόμενους, αλλά και στοιχεία για τη λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Lucock και συν., 2003). Αποτελούν επιπλέον, έναν τρόπο με τον οποίο είναι πιθανόν να ενισχυθεί η συνεχιζόμενη επιμόρφωση των θεραπευτών, ταυτόχρονα με την εποπτεία, την εκπαίδευση και την εμπειρία.

Ουσιαστικά, η προσέγγιση της τεκμηρίωσης που βασίζεται στην κλινική πρακτική χρησιμοποιεί ερευνητικά δεδομένα από την καθημερινή λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και όχι απαραίτητα από τις τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες, γεγονός που σημαίνει ότι τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται δεν καθορίζονται από ειδικές επιτροπές, αλλά απορρέουν από την ίδια την πρακτική. Επιπλέον, οι θεραπευτές δεν εκπαιδεύονται μόνο στη χρήση εγχειριδίων ή διαγνωστικών κριτηρίων και η διαδικασία της θεραπείας δεν ελέγχεται πειραματικά. Από αυτή

την οπτική είναι ευνόητο ότι και σε αυτή την προσέγγιση υπάρχουν περιορισμοί που απορρέουν από την έλλειψη ισχυρής εσωτερικής εγκυρότητας, τη δυσκολία των υπηρεσιών να υποστηρίξουν και να ενσωματώσουν τη νέα πρακτική διοικητικά και ερευνητικά στο υπάρχον σύστημα και το υψηλό κόστος (σε χρόνο και χρήμα) που συνεπάγεται.

Ένα παράδειγμα εφαρμογής της τεκμηρίωσης που βασίζεται στην πρακτική, στο εθνικό σύστημα υγείας της Μ. Βρετανίας, δίνουν ο Evans και συν. (2003). Στη συγκεκριμένη περίπτωση, δημιουργήθηκε μία εθνική βάση δεδομένων για τις συμβουλευτικές υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο ερευνητικό κέντρο του Παν/μίου του Leeds. Αυτή χρησιμοποιήθηκε ως βάση σύγκρισης και ανατροφοδότησης τόσο των υπηρεσιών όσο και των επαγγελματιών που εργάζονται σε αντίστοιχες υπηρεσίες. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε στη δημιουργία τεκμηριωμένης πληροφόρησης σχετικά με τη συμβουλευτική εθνικών μειονοτικών ομάδων (ερευνητικό θέμα στο οποίο οι κλινικές δοκιμασίες παρέχουν πολύ λίγα στοιχεία), δηλαδή την ανάλυση παραγόντων τοπικού ενδιαφέροντος για συγκεκριμένες υπηρεσίες. Αξιόλογη πρόοδος στη δημιουργία ερευνητικών δικτύων έχει γίνει και στις ΗΠΑ με πολιτειακά αλλά και ομοσπονδιακά δίκτυα να είναι υπό διαμόρφωση, ενώ κάποια λειτουργούν ήδη από τα μέσα του 1990 (όπως στην πολιτεία της Pennsylvania, βλ. Borkovec & Castonguay, 2006a). Στο ίδιο πλαίσιο έχει ενδιαφέρον η δημιουργία ανάλογων δικτύων συνεργασίας μεταξύ των εκπαιδευτικών κλινικών των τμημάτων ψυχολογίας στις Ηνωμένες πολιτείες.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η εμπειρική τεκμηρίωση που βασίζεται στην κλινική πρακτική έχει σημαντικές εφαρμογές και κυρίως τη δυνατότητα να βελτιώσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τις παρεμβάσεις, όπως και την εκπαίδευση των θεραπευτών, αξιοποιώντας τεκμήρια που απορρέουν από την κλινική πρακτική και όχι μόνο από ελεγχόμενες πειραματικές διαδικασίες. Φυσικά, οι υποστηρικτές της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής, δίνουν διαφορετικές προτεραιότητες στον τύπο έρευνας που χρησιμοποιείται, επιμένοντας στην... «κότα με τα χρυσά αυγά», δηλαδή στις ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες. Η ανάλωση των υπερασπιστών κάθε προσέγγισης που σχετίζεται με την επιστημονική τεκμηρίωση της ψυχοθεραπείας σε επιχειρηματολογία υπέρ των πεποιθήσεών τους, δεν προσφέρει, κατά τη γνώμη μου, ικανές αποδείξεις για την προτεραιότητα που οφείλει να δίνεται στην εκάστοτε μέθοδο. Αντίθετα, η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που έχει κάθε προσέγγιση, δηλαδή της βελτίωσης ή μη της παρεχόμενης φροντίδας, αποτελεί πιθανόν ένα ικανό «κριτήριο» για την αναδιαμόρφωση των ψυχολογικών παρεμβάσεων με όρους σύγχρονης εμπειρικής τεκμηρίωσης.

3. «ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ»[146] ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

Πέρα από τις θεωρητικές αναλύσεις για τα χαρακτηριστικά της ΕΤΨ και πέρα από τα μοντέλα που προτείνονται ή χρησιμοποιούνται ερευνητικά, ο κύριος στόχος της εμπειρικής τεκμηρίωσης, παραμένει η πρακτική της εφαρμογή. Αυτός ο στόχος εκφράζεται με το εξής ερώτημα: Πώς μπορούν να μεταφερθούν στην κλινική πρακτική οι αποδείξεις περί αποτελεσματικότητας; Αυτού του είδους η «μετάφραση» των επιστημονικών ευρημάτων σε καθημερινές εφαρμογές προκαλεί ισχυρούς προβληματισμούς και φυσικά αφορά ένα ευρύ φάσμα ενδιαφερόμενων, από τον ίδιο τον θεραπευτή, τον θεραπευόμενο, τον ερευνητή και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Έως σήμερα, ωστόσο, δεν φαίνεται να υπάρχει μια κοινά αποδεκτή πρόταση σχετικά με τον τρόπο που θα πρέπει εφαρμόζονται τα επιστημονικά ευρήματα στην καθημερινή κλινική πρακτική των ψυχοθεραπευτών. Τα κύρια πρωτόκολλα τεκμηριωμένης πρακτικής που υφίστανται τα τελευταία χρόνια είναι οι εμπειρικά υποστηριζόμενες θεραπείες και τα εγχειρίδια κλινικής πρακτικής ή όπως ονομάζονται, οι τεκμηριωμένοι οδηγοί ψυχοθεραπευτικής πρακτικής.

Από το 1990 και μετά, έχουν προταθεί ορισμένα κριτήρια σύμφωνα με τα οποία μπορούν να αξιολογούνται οι έρευνες και κατ' επέκταση οι προτεινόμενες θεραπείες. Στο υποκεφάλαιο 2.β του παρόντος αναλύθηκε η πρόταση της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης η οποία αναφέρεται στο περίγραμμα αυτής της αξιολόγησης, δηλαδή τις έννοιες της αποτελεσματικότητας και της κλινικής χρησιμότητας. Επιμέρους προσπάθειες έχουν προκύψει σε συνάφεια με την έμφαση που δίνει ο κάθε συγγραφέας-ερευνητής στη βαρύτητα συγκεκριμένων ερευνητικών μεθοδολογιών ως προς τη δυνατότητά τους να διασφαλίσουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις (βλ. Πίνακα 2, σελ.144).

Σήμερα, φαίνεται να υπάρχουν τουλάχιστον δύο αντίθετες απόψεις σχετικά με το ποια πρέπει να είναι τα κριτήρια αξιολόγησης των θεραπειών (Carr, 2009). Η μία πλευρά υποστηρίζει τη «νομιμοποίηση» των εμπειρικά υποστηριζόμενων θεραπειών (π.χ. Chambless και συν., 1998) που έχουν αξιολογηθεί με αυστηρά και ειδικά κριτήρια, κυρίως με τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες. Η άλλη πλευρά υποστηρίζει ότι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη πολλαπλές πηγές πληροφόρησης, συμμετέχοντας στη δημιουργία γενικών εγχειριδίων πρακτικής[147] τα οποία θα έχουν διαφορετική δυναμική στην κλινική εφαρμογή (π.χ. Wolpert και συν., 2006).

---

[146] Στην πληροφορική ο όρος «πρωτόκολλο» χρησιμοποιείται με την εξής ετυμολογία: «*Σειρά κανόνων που χρησιμοποιούν οι υπολογιστές για να επικοινωνούν μεταξύ τους σε ένα δίκτυο*» [Μπαμπινιώτης, (2002)]. Παραφράζοντας αυτό τον ορισμό, στο παρόν πόνημα, ο όρος εκφράζει μία σειρά κανόνων ή τυπολογιών που χρησιμοποιούν οι φορείς ψυχικής υγείας, οι ερευνητές και οι θεραπευτές για να ενημερώνονται (ή να ενημερώνουν) και να εφαρμόζουν στην πράξη τις εκάστοτε προτεινόμενες τεκμηριωμένες θεραπευτικές προτάσεις.

[147] "general practice guidelines"

Στον πίνακα 2. υπάρχουν συνοπτικά πέντε από τις πιο σύγχρονες προτάσεις για τα ερευνητικά κριτήρια που πρέπει να αξιολογούν τις ψυχολογικές παρεμβάσεις και καταδεικνύουν την εκάστοτε πλευρά της διαμάχης. Κάθε πρόταση παρουσιάζεται χωριστά. Τα κριτήρια αποτελεσματικότητας έχουν τοποθετηθεί με ιεραρχική σειρά από το πιο ισχυρό στο πιο αδύναμο. Έτσι, για παράδειγμα, στην πρόταση της Chambless και συν. (1998) τα πιο ισχυρά κριτήρια αποτελεσματικότητας αποδίδονται και αντιστοιχούν στις επαρκώς τεκμηριωμένες θεραπείες και, εφόσον δεν πληρούνται αυτά, τότε ο θεραπευτής μπορεί να ανατρέξει στις πιθανόν αποτελεσματικές θεραπείες, ή, ελλείψει άλλων ερευνών, στις πειραματικές παρεμβάσεις. Οι συγγραφείς που δίνουν έμφαση στις ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες ως το βασικό κριτήριο αξιολόγησης των παρεμβάσεων είναι οι Chambless & συν. και Spirito, ενώ οι Roth & συν., Nathan & συν., και Wolpert & συν., εμφανίζονται να περιλαμβάνουν μεγαλύτερο εύρος ερευνητικών σχεδιασμών, ως κατάλληλων και επαρκών για την τεκμηρίωση των ψυχοθεραπειών.

Πίνακας 2. Κριτήρια αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων (προσαρμογή από Carr, 2009)

Εμπειρικά Κριτήρια Αξιολόγησης των Θεραπευτικών Παρεμβάσεων	
Κριτήρια για τις Εμπειρικά Υποστηριζόμενες Θεραπείες της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης (Chambless et al., 1998, APA Division 12 Task Force)	
Επαρκώς Τεκμηριωμένη Θεραπεία	1. Τουλάχιστον 2 καλές μελέτες μεταξύ ομάδων δείχνουν ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματική στα σημεία Α, Β ή και στα δύο Α. Πιο αποτελεσματική (στατιστικά σημαντική) σε σχέση με φαρμακοθεραπεία ή εικονική θεραπεία ή άλλη θεραπεία Β. Ισοδύναμη σε σχέση με ήδη τεκμηριωμένη θεραπεία (σε μελέτη με επαρκές δείγμα) **Ή**
	2. Μία μεγάλη σειρά πειραμάτων με σχεδιασμό ατομικών περιπτώσεων (N>9) δείχνουν ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματική εφόσον: Α. Χρησιμοποιείται καλός πειραματικός σχεδιασμός και Β. Γίνεται σύγκριση με άλλη θεραπεία όπως στο κριτήριο 1.Α **Και**
	3. Επιπλέον κριτήρια στα 1. & 2. Α. Η θεραπεία περιγράφεται με ξεκάθαρους όρους ή χρησιμοποιείται εγχειρίδιο & Β. Καθορίζονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος & Γ. Τουλάχιστον δύο ερευνητικές ομάδες βρίσκουν ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματική
Πιθανόν Αποτελεσματική Θεραπεία	1.Δύο μελέτες δείχνουν ότι το αποτέλεσμα της θεραπείας υπερτερεί σε σχέση με ομάδες ελέγχου σε λίστα αναμονής **ή**
	2. Μία ή περισσότερες μελέτες ανταποκρίνονται στα κριτήρια (των επαρκώς τεκμηριωμένων θεραπειών) 1.Α ή 1.Β, 3.Α & 3.Β αλλά όχι 3.Γ **ή**
	3. Μία μικρή σειρά πειραμάτων με σχεδιασμό ατομικών περιπτώσεων (N≥3) δείχνουν ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματική

Πειραματικές θεραπείες	Θεραπείες που δεν έχουν ακόμη αξιολογηθεί σε μελέτες που καλύπτουν τα ανωτέρω κριτήρια (για επαρκώς ή πιθανόν τεκμηριωμένες θεραπείες)
Κριτήρια για τις Εμπειρικά Υποστηριζόμενες Θεραπείες του περιοδικού «Journal of Paediatric Psychology» (Spirito, 1999)	
Επαρκώς Τεκμηριωμένη Θεραπεία	Τα ίδια κριτήρια με Chambless *et al* (1998)
Πιθανόν Αποτελεσματική Θεραπεία	Τα ίδια κριτήρια με Chambless *et al* (1998)
Υποσχόμενες Παρεμβάσεις	1. Τουλάχιστον μία καλά ελεγχόμενη μελέτη μεταξύ ομάδων & μία λιγότερο καλά ελεγχόμενη μελέτη, από διαφορετικούς ερευνητές, δείχνουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας ή
	2. Μία μικρή σειρά πειραμάτων με σχεδιασμό ατομικών περιπτώσεων πληρούν τα κριτήρια της επαρκούς τεκμηριωμένης θεραπείας ή
	3. Τουλάχιστον δύο ή περισσότερες καλά ελεγχόμενες μελέτες μεταξύ ομάδων, του ίδιου ερευνητή, δείχνουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας
Πειραματικές θεραπείες	Τα ίδια κριτήρια με Chambless *et al* (1998)
Κριτήρια για τις αποτελεσματικές & υποσχόμενες θεραπείες των Roth & Fonagy (2006, *What Works for Whom?*)	
Ξεκάθαρα Αποτελεσματικές Θεραπείες	1. Τουλάχιστον δύο μελέτες σύγκρισης ομάδων δείχνουν ότι η θεραπεία υπερέχει σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ή άλλη θεραπευτική συνθήκη ή
	2. Μία υψηλής ποιότητας τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμασία δείχνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας εφόσον στην έρευνα: Α. Οι θεραπευτές ακολουθούν εγχειρίδιο ή ξεκάθαρα περιγραφόμενη θεραπευτική μέθοδο στην οποία μπορούν να εκπαιδευτούν και άλλοι θεραπευτές Β. Το δείγμα ασθενών περιγράφεται ευκρινώς
Υποσχόμενες, Περιορισμένης (εμπειρικής) Υποστήριξης Θεραπείες	1. Η θεραπεία πρέπει να είναι καινοτόμα και μία υποσχόμενη σειρά παρεμβάσεων ή
	2. Η θεραπεία παρέχεται ευρέως και με περιορισμένη υποστήριξη αποτελεσματικότητας
Έξι κατηγορίες αποδείξεων των Nathan & Gorman (2007, *A Guide to Treatments that Work*)	
Μελέτες Τύπου 1.	Προσδοκώμενες (prospective) τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες με τυχαία κατανομή, τυφλή αξιολόγηση, κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού ασθενών, προηγμένης τεχνολογίας διαγνωστικές μεθόδους, επαρκές μέγεθος δείγματος, και ξεκάθαρα περιγραφόμενη στατιστική μεθοδολογία
Μελέτες Τύπου 2.	Τα χαρακτηριστικά των μελετών τύπου 1, αλλά με ορισμένες μεθοδολογικές ατέλειες
Μελέτες Τύπου 3.	Ανοικτές, μη ελεγχόμενες δοκιμασίες αξιολόγησης θεραπείας, αναδρομικές δοκιμασίες ελέγχου περιπτώσεων
Μελέτες Τύπου 4.	Μετα-αναλύσεις
Μελέτες Τύπου 5.	Αφηγηματικές ανασκοπήσεις
Μελέτες Τύπου 6.	Μελέτες περιπτώσεων, εκθέσεις και άρθρα γνώμης
Έξι κατηγορίες αποδείξεων και 4 επίπεδα δυναμικής στην πρακτική εφαρμογή του Wolpert et al. (2006, *Drawing on the Evidence*)	
Κατηγορία Αποδείξεων 1Α	Αποδείξεις από μετα-αναλύσεις τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμασιών
Κατηγορία Αποδείξεων 1Β	Αποδείξεις από τουλάχιστον μία τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμασία
Κατηγορία Αποδείξεων 2Α	Αποδείξεις από τουλάχιστον μία ελεγχόμενη δοκιμασία χωρίς τυχαία κατανομή
Κατηγορία Αποδείξεων 2Β	Αποδείξεις από τουλάχιστον μία quasi experimental μελέτη
Κατηγορία Αποδείξεων 3	Αποδείξεις από περιγραφικές μελέτες όπως συγκριτικές μελέτες, συσχετιστικές (co relational) μελέτες και μελέτες ελέγχου περιπτώσεων
Κατηγορία Αποδείξεων 4	Αποδείξεις από αναφορές επιτροπών από ειδικούς, άρθρα γνώμης ή κλινικά άρθρα
Δυναμική στην Πρακτική	Άμεσα βασιζόμενη στην κατηγορία 1

Επίπτωση Α	
Δυναμική στην Πρακτική Επίπτωση Β	Άμεσα βασιζόμενη στην κατηγορία 2 ή υπολογιζόμενη κατά προσέγγιση από την κατηγορία 1
Δυναμική στην Πρακτική Επίπτωση Γ	Άμεσα βασιζόμενη στην κατηγορία 3 ή υπολογιζόμενη κατά προσέγγιση από την κατηγορία 2
Δυναμική στην Πρακτική Επίπτωση Δ	Άμεσα βασιζόμενη στην κατηγορία 4 ή υπολογιζόμενη κατά προσέγγιση από την κατηγορία 3

Στη Β. Αμερική έχει αναπτυχθεί ένας διάλογος ανάμεσα στους θεραπευτές από την γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση που υποστηρίζουν τις εμπειρικά τεκμηριωμένες θεραπείες και τους θεραπευτές άλλων προσεγγίσεων (κυρίως ψυχοδυναμικών και ανθρωπιστικών) που προτείνουν εναλλακτικές μεθόδους αξιολόγησης. Ο διάλογος αυτός παρουσιάζεται στο εξαιρετικό βιβλίο των Norcross, Beutler & Levant ("Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions", 2006). Η «πέτρα του σκανδάλου» που υπήρξε η αφορμή για τις διαμάχες και τη συζήτηση περί τεκμηριωμένων θεραπειών είναι τα γνωστά ως «κριτήρια της Chambless», τα οποία θα παρουσιάσω στη συνέχεια, υπενθυμίζοντας ότι αποτελούν τη μία πλευρά του νομίσματος στον συνεχιζόμενο αυτό διάλογο.

3.Α. ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ[148]

Τις τελευταίες δεκαετίες η αυξανόμενη διείσδυση της διαχειριζόμενης φροντίδας (managed care)[149] και η ανάπτυξη των εγχειριδίων κλινικής πρακτικής στην υγεία συνδυάζεται με το βασικό ερώτημα εάν «είναι αποτελεσματική μία θεραπεία για μία συγκεκριμένη διαταραχή;». Όσο αναφορά στους οργανισμούς διαχειριζόμενης φροντίδας η έμφαση δίνεται στο κόστος της παρέμβασης σε συνδυασμό με την ποιότητα, ώστε να ικανοποιείται τόσο ο πελάτης ή «καταναλωτής υπηρεσιών» όσο και ο χρηματοδότης. Η προσφορά υπηρεσιών, και στη συγκεκριμένη περίπτωση η παροχή ψυχοθεραπείας, οφείλει, σύμφωνα με τους «διαχειριστές της υγείας» να είναι η μικρότερης διάρκειας, κόστους και μέγιστης αποτελεσματικότητας.

Στην προσπάθεια να διευρυνθεί η προσφορά της (επιστημονικά τεκμηριωμένης) ψυχοθεραπείας στις ΗΠΑ, μέσω της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας εξειδικευμένων ψυχολογικών παρεμβάσεων· και σε μία περίοδο, στα τέλη του 1980 και αρχές του 1990, όπου η οικονομική ύφεση ενέτεινε τις πιέσεις για αξιολόγηση της ποιότητας και του κόστους των υπηρεσιών υγείας, ο Τομέας 12 (Κλινική Ψυχολογία) της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης υπήρξε πρωτοπόρος

[148] "empirically validated treatments" ή "empirically supported treatments" όπως μετονομάστηκαν, αν και σύμφωνα με τον Sanderson (2003), η ονομασία αυτή θα αντικατασταθεί από το "evidence-based therapies". Στο παρόν πόνημα θα χρησιμοποιούνται εναλλακτικά οι όροι εμπειρικά υποστηριζόμενες ή (εμπειρικά) τεκμηριωμένες θεραπείες.

[149] Αναφέρομαι σε οποιοδήποτε φορέα επιβλέπει τη λειτουργία και το κόστος μίας υπηρεσίας υγείας, κυρίως στο σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών.

στον προσδιορισμό των εμπειρικά υποστηριζόμενων θεραπειών για συγκεκριμένες διαταραχές. Γι' αυτό τον σκοπό, σχηματίστηκε το 1993 μία επιτροπή για τη διάδοση των ΕΥΘ με το όνομα "Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures", η οποία αργότερα μετονομάστηκε σε "Task Force on Psychological Interventions". Η D. Chambless ήταν η Πρόεδρος της πρώτης επιτροπής για την προώθηση των ΕΥΘ.

Ένας βασικός στόχος της επιτροπής ήταν να πληροφορηθούν (σε ενημερωτικό και εκπαιδευτικό επίπεδο) όσοι εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δηλαδή οι κλινικοί ψυχολόγοι[150], οι δημόσιοι και ιδιωτικοί επενδυτές και το κοινό, για τις αποτελεσματικές ψυχοθεραπείες. Σε αυτό το πλαίσιο δημοσιεύθηκαν τρεις διαδοχικά εξελικτικές αναφορές [Chambless & συν., (1996), Chambless & συν., (1998), Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, (1995)], ενώ πρόσφατα δημιουργήθηκε ιστοσελίδα του Τομέα 12 της APA όπου προσφέρονται πληροφορίες για τις εμπειρικά υποστηριζόμενες θεραπείες στους ενδιαφερόμενους πολίτες (APA, A Guide to Beneficial Psychotherapy).

Ήδη από την πρώτη αναφορά της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) δημοσιεύθηκαν τα κριτήρια με τα οποία αξιολογούνται οι θεραπείες ως εμπειρικά τεκμηριωμένες (τα οποία παρατίθενται, μεταξύ άλλων, στο πρώτο σκέλος του πίνακα 2). Οι τεκμηριωμένες θεραπείες, οι οποίες (καθ)ορίζονται από το αντίστοιχο εγχειρίδιο και όχι από τη θεραπευτική προσέγγιση, κατηγοριοποιήθηκαν αξιολογικά σε δύο βαθμίδες: ως επαρκώς τεκμηριωμένες (well established) ή πιθανόν αποτελεσματικές (probably efficacious).

Κάθε παρέμβαση αξιολογείται αναφορικά με την εφαρμογή της σε συγκεκριμένες διαταραχές, σύμφωνα με το νοσολογικό σύστημα DSM και με την ισχύ της εμπειρικής υποστήριξης που έχει μέσω σχετικών μελετών αποτελεσματικότητας και, συγκεκριμένα, μέσω τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμασιών σε ειδικούς πληθυσμούς (Kendall, Holmbeck & Venduin, 2004). Στις επαρκώς τεκμηριωμένες θεραπείες η αποτελεσματικότητά τους πρέπει να έχει αποδειχθεί σε τουλάχιστον δύο ανεξάρτητες ελεγχόμενες έρευνες, (όπου χρησιμοποιήθηκαν εγχειρίδια, σε ομοιογενή δείγματα) σε σύγκριση με άλλη θεραπεία (φαρμακολογική ή μη) ή placebo. Στις πιθανόν αποτελεσματικές θεραπείες η αποτελεσματικότητά τους πρέπει να έχει αποδειχθεί σε ελεγχόμενες μελέτες συγκριτικά με ομάδα ελέγχου σε λίστα αναμονής. Σημειωτέον, ότι το πρότυπο για τον καθορισμό των ΕΥΘ βασίζεται στους κανονισμούς του FDA (Food and Drug Administration), δηλαδή στα πρότυπα αξιολόγησης των φαρμάκων (Kihlstrom, 2006).

[150] Το έργο της Επιτροπής δεν αναφέρεται σε άλλους επαγγελματίες πέραν των κλινικών ψυχολόγων π.χ. στους ψυχιάτρους ή τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Η πρώτη αναφορά της επιτροπής για τη διάδοση των ΕΥΘ συμπεριλάμβανε 25 παραδείγματα ψυχολογικών παρεμβάσεων που πληρούν τα κριτήρια εμπειρικής υποστήριξης (επαρκώς τεκμηριωμένες και πιθανόν αποτελεσματικές παρεμβάσεις), τα οποία όμως στην πορεία αναθεωρούνται και εν μέρει αλλάζουν. Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη δημοσιευμένη λίστα θεραπειών της επιτροπής (Chambless & συν. 1998) 16 θεραπείες κατηγοριοποιήθηκαν ως επαρκώς τεκμηριωμένες από τις οποίες, σύμφωνα με προσωπική αξιολόγηση, μόνο *μία* δεν εντάσσεται στο πλαίσιο της γνωσιακής και/ή συμπεριφορικής προσέγγισης. Αυτή είναι η διαπροσωπική θεραπεία για την κατάθλιψη. Στις πιθανόν αποτελεσματικές θεραπείες συναντώνται συνολικά 56 παρεμβάσεις όπου συμπεριλαμβάνονται, εκτός της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας, προσεγγίσεις όπως η διαπροσωπική, η βραχεία δυναμική, η ανθρωπιστική, η οικογενειακή κ.α. Είναι εντυπωσιακό ότι η προσέγγιση που κατακλύζει τις «λίστες της Chambless» είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική σε ποσοστό που υπερβαίνει αρκετά το 80% του συνόλου των ΕΥΘ. Οι λόγοι για την «επικράτηση» της γνωσιακής-συμπεριφορικής προσέγγισης είναι πολλοί (μεθοδολογικοί, οικονομικοί κ.α.) και θα εξεταστούν στα επόμενα κεφάλαια της διατριβής.

Ο τομέας Κλινικής Ψυχολογίας της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης δεν είναι ο μόνος που προωθεί την επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική. Η διεισδυτικότητα του φαινομένου είναι συνεχώς αυξανόμενη. Για παράδειγμα, ο τομέας Συμβουλευτικής Ψυχολογίας (Τομέας 17) του ίδιου φορέα έχει δημοσιεύσει τις δικές του αρχές για τις εμπειρικά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις (Wampold, Lichtenberg & Waehler, 2005), όπως και ο Τομέας 32 (Ανθρωπιστική Ψυχολογία) έχει δημοσιεύσει οδηγίες για την παροχή ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών (Task Force for the Development of Guidelines for the Provision of Humanistic Psychosocial Services, 1997). Ανάλογες προσπάθειες (Chambless & Ollendick, 2001) έχουν γίνει στην Γερμανία, τον Καναδά και φυσικά την Μ. Βρετανία, στην οποία θα αναφερθώ σε επόμενο υποκεφάλαιο.

Στις μέρες μας η Επιτροπή Επιστήμης και Πρακτικής (Committee on Science and Practice) συνεχίζει το έργο που έχουν ξεκινήσει οι προηγούμενες επιτροπές του Τομέα Κλινικής Ψυχολογίας για τη διάδοση των ΕΥΘ. Το έργο της επιτροπής σύμφωνα με τον Weisz και συν. (2000) επικεντρώνεται στα εξής σημεία:

-Στη δημιουργία μίας τυπικής διαδικασίας με την οποία να γίνονται οι ανασκοπήσεις των ερευνητικών εργασιών, με τη χρήση ενός λεπτομερούς εγχειρίδιου για τον προσδιορισμό των ΕΥΘ, δίνοντας έμφαση στο ζήτημα της αξιοπιστίας όσων διεξάγουν τις σχετικές ανασκοπήσεις.

- Στη δημιουργία ενός σχήματος ταξινόμησης της εμπειρικής υποστήριξης (π.χ. με την ιεράρχηση της ισχύος των τεκμηρίων), και στην προώθηση υψηλής ποιότητας στην έρευνα,
-Στην επέκταση των θεραπειών που αναφέρονται και αξιολογούνται ως τεκμηριωμένες και
-Την ευαισθητοποίηση, ενημέρωση και δυνατότητα πρόσβασης των καταναλωτών, των κλινικών και των πολιτικών παραγόντων στις ΕΥΘ.

3.Α.α Διάδοση και Υιοθέτηση των ΕΥΘ στην Εκπαίδευση και την Κλινική Πρακτική

3.Α.α.1. Έρευνες για την Εφαρμογή των ΕΥΘ

Με τα κριτήρια που όρισε ο Τομέας Κλινικής Ψυχολογίας της APA δημιουργήθηκε, όπως προανέφερα, μία αρχική λίστα ΕΥΘ, η οποία στην πορεία αναδιαμορφώνεται, και παρουσιάστηκαν ορισμένες συστάσεις για τη διάδοση της λίστας στους κλινικούς ψυχολόγους, στο κοινό και στους φορείς που χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (π.χ. ασφαλιστικές εταιρίες). Κύριος στόχος της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης κατά τη δημοσίευση των ΕΥΘ είναι η βελτίωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους κλινικούς ψυχολόγους, εξετάζοντας παράλληλα το βαθμό στον οποίο τα διαθέσιμα προγράμματα (που οδηγούν σε εξειδίκευση ή διδακτορικό τίτλο) παρέχουν θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση στις εμπειρικά τεκμηριωμένες θεραπείες. «*Πόσο καλά είναι προετοιμασμένη η σύγχρονη γενιά των φοιτητών κλινικής ψυχολογίας ώστε να αντιμετωπίσει την αγορά εργασίας μετά την αποφοίτησή τους;*» αναρωτιέται ο Crits-Christoph & συν. (1995, σελ. 515). Αναφέρεται σαφώς σε μία νεοφιλελεύθερη αγορά, όπου το βασικό κριτήριο επιβίωσης του επαγγελματία ψυχοθεραπευτή συνίσταται στην ανταγωνιστικότητά του σε σχέση με τις ιατρικές (φαρμακολογικές) θεραπείες.

Προς απάντηση του ανωτέρω ερωτήματος διεξήχθη (την ίδια περίοδο με τη δημοσίευση της πρώτης λίστας ΕΥΘ) έρευνα για τα πιστοποιημένα από την Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση προγράμματα εκπαίδευσης των κλινικών ψυχολόγων στις ΗΠΑ και στον Καναδά (Crits-Christoph & συν., 1995)[151]. Η έρευνα εξέτασε το βαθμό στον οποίο παρέχεται από αυτά τα προγράμματα διδασκαλία και εποπτική εκπαίδευση στις 25 παρεμβάσεις που ανέφερε η πρώτη λίστα ΕΥΘ. Η μελέτη, προς απογοήτευση των υποστηρικτών της ΕΤΨ, κατέδειξε μεγάλη μεταβλητότητα και ανεπάρκεια στην κάλυψη των ΕΥΘ. Για παράδειγμα, φαίνεται ότι μόνο ένα στα πέντε προγράμματα που οδηγούν σε διδακτορικό τίτλο κάλυπτε το 25% (ή λιγότερο) των ΕΥΘ στα διδακτικά μαθήματα, ενώ τα περισσότερα προγράμματα ειδίκευσης δεν απαιτούσαν από τους φοιτητές εκπαίδευση σε ένα

[151] Αναφέρεται σε προγράμματα που οδηγούν σε εξειδίκευση ή διδακτορικό τίτλο.

μοντέλο ΕΥΘ έως την ολοκλήρωση του προγράμματος. Αυτό το γεγονός έθεσε τη βάση για μετέπειτα συστάσεις της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης για πιο συστηματική κάλυψη αντίστοιχων κενών στην εκπαίδευση των κλινικών ψυχολόγων [Chambless & συν., (1996), Chambless & συν., (1998), Crits-Christoph & συν., (1995)].

Δέκα χρόνια αργότερα και υπό την αιγίδα της Επιτροπής Επιστήμης και Πρακτικής του Τομέα 12 της APA, ανατέθηκε στους Woody, Weisz & McLean (2005) έρευνα σχετικά με το ερώτημα, εάν τα εκπαιδευτικά προγράμματα που εξετάστηκαν στην αρχική μελέτη του Crits-Christoph & συν. (1995) άλλαξαν το βαθμό στον οποίο συμπεριλαμβάνουν τις ΕΥΘ μέσα στη δεκαετία 1993-2003[152]. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι, με την εξαίρεση ελάχιστων παρεμβάσεων (η πιο δημοφιλής ΕΥΘ και στις δύο μελέτες φαίνεται να είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση για την κατάθλιψη, που προσφέρεται από την πλειονότητα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στο πλαίσιο της εποπτικής εκπαίδευσης), οι περισσότερες θεραπείες που θεωρούνται ισχυρά τεκμηριωμένες *δεν* διδάσκονται (μέσω εποπτείας) από την πλειονότητα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στις ΗΠΑ και τον Καναδά και μάλιστα παρέχονται σε *μικρότερο* βαθμό συγκριτικά με το 1993.

Πρόσφατη έρευνα της Weissman και συν. (2006) ανέδειξε ότι το μεγαλύτερο εύρος της εκπαίδευσης (διδακτικής και κλινικής εποπτείας) στις τεκμηριωμένες ψυχοθεραπείες παρέχεται από τα ψυχιατρικά εκπαιδευτικά προγράμματα των ΗΠΑ σε ποσοστό 28,1%[153]. Αντίθετα με ό,τι θα περίμενε κανείς, τα αντίστοιχα μεταπτυχιακά προγράμματα κλινικής ψυχολογίας και κοινωνικής εργασίας δίνουν λιγότερη ή πολύ περιορισμένη έμφαση στις ΕΥΘ (Bledsoe, Weissman, Mullen & συν., 2007). Συγκεκριμένα, ενώ όλα τα πιστοποιημένα προγράμματα ψυχιατρικής, κλινικής ψυχολογίας και κοινωνικής εργασίας στις ΗΠΑ προσφέρουν προαιρετική διδασκαλία σε εμπειρικά τεκμηριωμένες θεραπείες, στις περισσότερες περιπτώσεις η απαιτούμενη εκπαίδευση (σε μαθήματα και εποπτείες) αφορά σε *μη* τεκμηριωμένες παρεμβάσεις. Η προσέγγιση που συναντάται σχεδόν αποκλειστικά ως προσφερόμενη ΕΥΘ είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική και στους τρεις εκπαιδευτικούς χώρους.

Σε γενικές γραμμές, τόσο οι επίσημοι φορείς, όπως η Ψυχιατρική Ένωση του Καναδά και των ΗΠΑ, όσο και οι υπέρμαχοι της ΕΤΨ, όλο και περισσότερο συστήνουν ή επικροτούν την αναγκαιότητα της ευρύτερης υιοθέτησης τεκμηριωμένων θεραπειών στα εκπαιδευτικά προγράμματα των επαγγελματιών

[152] Η έρευνα συμπεριέλαβε όλες τις ΕΥΘ της αρχικής λίστας της Επιτροπής, καθώς και τις επιπλέον παρεμβάσεις που προστέθηκαν ως επαρκώς τεκμηριωμένες στο 1998. [Chambless & συν., (1998)].

[153] Γεγονός, σημειώνουν οι συγγραφείς, που οφείλεται στις προϋποθέσεις πιστοποίησης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που έχει ορίσει το Συμβούλιο Πιστοποίησης στην Ψυχιατρική και όχι σε εθελούσιες αλλαγές.

ψυχικής υγείας [Hunsley, (2007), Pinard, (2004), Savenkov, (2004)]. Παρόλα αυτά, έως σήμερα, δεν φαίνεται να υπάρχει επίσημη διαδικασία εκπαίδευσης των επαγγελματιών στις ΕΥΘ (Sanderson, 2003). Επιπλέον, τα ερευνητικά δεδομένα για τη χρήση των ΕΥΘ από τους ψυχοθεραπευτές στην ιδιωτική πρακτική είναι ελάχιστα και αναδεικνύουν τη μεγάλη απόσταση που συνεχίζει να υπάρχει μεταξύ κλινικής πρακτικής και ερευνητικής εργασίας (Stewart & Chambless, 2007).

Σχετικά με τα ψυχιατρικά περιστατικά και σύμφωνα με άρθρο των "Psychiatric Times" (Kanapaux, 2004), πρόσφατη έρευνα του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Ινστιτούτου για την Έρευνα και την Εκπαίδευση, ανέδειξε ξεκάθαρες φυλετικές και εθνικές διαφορές στο ποιοι ασθενείς λαμβάνουν μη τυπικά αντιψυχωσικά φάρμακα και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Κάποιοι μειονοτικοί πληθυσμοί είναι πιο πιθανόν να λαμβάνουν φάρμακα παλαιάς γενιάς, τα οποία πλέον δεν συστήνονται λόγω τεκμηριωμένων ερευνών περί σοβαρών παρενεργειών. Επιπρόσθετα, αν και υπάρχουν εγχειρίδια οδηγιών για σοβαρές ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης και της σχιζοφρένειας, που συστήνουν ψυχοκοινωνικές θεραπείες και ψυχοθεραπεία, φαίνεται ότι οι επαγγελματίες ψυχίατροι δεν τα λαμβάνουν υπόψη τους ιδιαίτερα.

Με λίγα λόγια, τουλάχιστον στις ψυχιατρικές υπηρεσίες, οι εμπειρικά υποστηριζόμενες ψυχοθεραπείες δεν φαίνεται να είναι πάντα η πρώτη επιλογή. Μάλιστα το κοινωνικοοικονομικό και πολιτισμικό επίπεδο των ασθενών σχετίζεται με την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν, με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε οι «μη προνομιούχες» κοινωνικές ομάδες να μην λαμβάνουν κάθε φορά την πιο αποτελεσματική θεραπεία, ενώ υπόκεινται συχνά σε «βαρύτερες» ψυχιατρικές διαγνώσεις, όπως οι ψυχωσικές διαταραχές. Σε παρόμοια συμπεράσματα, περί μη ισότιμης μεταχείρισης μεταξύ μαύρων και λευκών ασθενών από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν καταλήξει και παλαιότερες μελέτες, όπως αυτές των Littlewood & Cross (1980), McGovern & Cope (1987). Τέλος, πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από τους Williams, Turpin & Hurdy (2006), δείχνει ότι οι μειονοτικές εθνικές ομάδες γενικά περιθωριοποιούνται και αποκλείονται από τις υπηρεσίες κλινικής ψυχολογίας που προσφέρονται στη Μ. Βρετανία.

Η πολιτική του αμερικάνικου συστήματος υγείας στηρίζει και προωθεί τις ΕΥΘ. Στις ΗΠΑ, σύμφωνα με την αναφορά του National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute (2005), τουλάχιστον 46 από τις 50 πολιτείες εφαρμόζουν τουλάχιστον μία τεκμηριωμένη πρακτική για ενήλικες και/ή παιδιά, ενώ περίπου οι μισές (23) έχουν υιοθετήσει έξι ή περισσότερες τεκμηριωμένες παρεμβάσεις. Αυτά τα ποσοτικά δεδομένα, ωστόσο, δεν αφορούν στο σύνολο των πολιτών σε κάθε τοπική υπηρεσία ψυχικής υγείας. Το γενικό συμπέρασμα από την ποιοτική έρευνα που διεξήγαγε το 2005 ο ίδιος φορέας είναι ότι οι περισσότερες

πολιτείες είναι στο στάδιο της εφαρμογής και όχι της διάδοσης των τεκμηριωμένων πρακτικών για την ψυχική υγεία.

3.Α.α.2. Παράγοντες που Επηρεάζουν την Υιοθέτηση των ΕΥΘ

Η γενικότερη εντύπωση που υπάρχει είναι ότι οι ΕΥΘ δεν έχουν ισχυρή διεισδυτικότητα στην κλινική πρακτική. Αντίστοιχα, οι αντιδράσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη διάδοση των επιστημονικά τεκμηριωμένων πρακτικών και στις οργανωτικές αλλαγές που αυτές απαιτούν δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς (Aarons, 2004). Ποιες είναι οι αιτίες του φαινομένου, ιδιαίτερα στις ΗΠΑ, όπου οι ΕΥΘ προωθούνται δυναμικά;

Είναι ενδιαφέροντα τα στοιχεία που συνέλεξαν οι ερευνητές Woody, Weisz & McLean (2005) από τους διευθυντές εκπαίδευσης των μεταπτυχιακών προγραμμάτων κλινικής ψυχολογίας στις ΗΠΑ για τις αιτίες που «παρεμποδίζουν» τη διδασκαλία στις ΕΥΘ. Αναφέρονται πέντε λόγοι[154]:

Α) Η τεχνική φύση της εκπαίδευσης: Αμφισβητείται ο τρόπος εκπαίδευσης στις ΕΥΘ, δηλαδή η εκμάθηση των φοιτητών να διεξάγουν θεραπείες μέσω εγχειριδίων. Αυτός ο τρόπος διδασκαλίας - σύμφωνα με τους διευθυντές των μεταπτυχιακών προγραμμάτων - «φτιάχνει τεχνικούς», που αναγνωρίζουν διαγνωστικές κατηγορίες και ακολουθούν προτεινόμενους οδηγούς θεραπείας, μη έχοντας όμως τη δυνατότητα να αντιληφθούν τους λόγους που οδήγησαν στο πρόβλημα και τις σημασίες της συμπεριφοράς του ατόμου.
Β) Έλλειψη χρόνου: Η διδασκαλία των ΕΥΘ απαιτεί πολύ περισσότερο χρόνο από όσο διαθέτουν τα εκπαιδευτικά προγράμματα, όπου ο στόχος είναι να καλυφθεί ένα γενικότερο πλαίσιο θεραπευτικών παρεμβάσεων ή η έμφαση δίνεται στην ερευνητική εργασία.
Γ) Έλλειψη προσωπικού: Υπάρχει έλλειψη διαθέσιμου εκπαιδευμένου προσωπικού (εποπτείας) σε συγκεκριμένες ΕΥΘ. Αναφέρεται επίσης, η μικρή σχέση κόστους–αποτελεσματικότητας της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των επαγγελματιών σε μία πολύ συγκεκριμένη παρέμβαση για ορισμένη διαταραχή και πληθυσμό, όταν η καθημερινή πρακτική εμπεριέχει ποικιλία περιστατικών.
Δ) Ανεπάρκεια ΕΥΘ: Οι ΕΥΘ δεν καλύπτουν την ευρύτητα των πλαισίων παροχής υπηρεσιών και των πληθυσμών που αναζητούν θεραπεία. Μία ΕΥΘ φαίνεται ανεπαρκής ώστε να εφαρμοστεί στη σύνθετη παλέτα προβλημάτων και χαρακτηριστικών ενός ασθενούς.
Ε) Διαφορά Φιλοσοφίας: Οι λίστες των ΕΥΘ -αναφέρουν οι διευθυντές των μεταπτυχιακών προγραμμάτων- αντανακλούν περισσότερο πολιτικές και

[154] Οι αιτίες που αναφέρονται ουσιαστικά αντανακλούν το γενικότερο περίγραμμα της κριτικής που δέχεται η τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία, αναλυτική παρουσίαση του οποίου θα γίνει στα επόμενα δύο κεφάλαια (τέταρτο και πέμπτο).

θεωρητικές προκαταλήψεις, παρά παρεμβάσεις που είναι όντως αποτελεσματικές. Διαβρώνουν την αυτονομία των θεραπευτών μέσω της πίεσης για την εφαρμογή τους και αντιμετωπίζουν τον ασθενή ως αντικείμενο και όχι ως άτομο. Επίσης, οι ερευνητές υπόκεινται σε πιέσεις από τη φαρμακευτική βιομηχανία, με αποτέλεσμα να μην θεωρούνται πάντα αξιόπιστα τα αποτελέσματα των κλινικών δοκιμασιών.

Στο πλαίσιο της κλινικής πρακτικής, τα ερευνητικά δεδομένα για την υιοθέτηση των ΕΥΘ- όπως προανέφερα- είναι ανεπαρκή. Υπάρχουν ορισμένα στοιχεία για την ελλιπή ανταπόκριση των ψυχιάτρων στις τεκμηριωμένες ψυχολογικές παρεμβάσεις. Σύμφωνα με τον Regier, εκτελεστικό διευθυντή[155] του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Ινστιτούτου για την Έρευνα και την Εκπαίδευση, ο σοβαρότερος λόγος που οι ψυχίατροι δεν παρέχουν ΕΥΘ οφείλεται στους μηχανισμούς με τους οποίους πληρώνονται (Kanapaux, 2004). Αυτή τη στιγμή, το διαχειριζόμενο σύστημα υγείας των ΗΠΑ πληρώνει λιγότερα χρήματα για μία 15λεπτη συνάντηση στην οποία χορηγούνται (ψυχο)φάρμακα, συγκριτικά με την ωριαία ψυχοθεραπευτική συνεδρία συνδυαστικά με φαρμακοθεραπεία. Όμως η δυνατότητα περισσότερων συνταγογραφήσεων σε λιγότερο χρόνο, οδηγεί σε σαφώς μεγαλύτερο εισόδημα για τον επαγγελματία. Εφόσον οι ψυχίατροι είναι οι μόνοι (μέχρι στιγμής) που χορηγούν φάρμακα, οι ιδιωτικές εταιρείες που τους αποζημιώνουν προωθούν τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες σε λιγότερα υψηλά αποζημιούμενα επαγγέλματα, όπως οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί.

Ενώ οι υπηρεσίες υγείας, όπως και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, υιοθετούν την τεκμηριωμένη πρακτική και οι φορείς πιστοποίησης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων τη συμπεριλαμβάνουν στα κριτήριά τους, οι αποδέκτες αυτών των μηνυμάτων (θεραπευτές, πελάτες και διαχειριστές) δεν φαίνεται να την εφαρμόζουν συστηματικά. Σύμφωνα με τον Addis (2002) οι αιτίες για την προβληματική διάδοση και εφαρμογή των ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την τεκμηριωμένη πρακτική, μπορούν να αναζητηθούν:

α) σε πρακτικούς περιορισμούς που συνίστανται στην ικανότητα των κλινικών να χρησιμοποιούν τα προϊόντα της έρευνας,
β) στην έλλειψη έρευνας σχετικά με την εκπαίδευση στον συνδυασμό ερευνητικών ευρημάτων και κλινικής πρακτικής, σε όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες,
γ) στην έλλειψη ερευνών για πλήθος τεκμηριωμένων παρεμβάσεων και κλινικών πλαισίων,
δ) στην έλλειψη ερευνών για τον βαθμό αποδοχής των ερευνητικών δεδομένων από τους αποδέκτες τους,

[155] "executive director"

ε) σε συστηματικούς οικονομικούς παράγοντες που ευνοούν ή όχι την επιστημονικά τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων και,
στ) στην τάση να δομείται η διάδοση των ερευνητικών δεδομένων ως ιεραρχική και κατευθυντική διαδικασία από την έρευνα στην κλινική πρακτική.

Ο Sanderson (2002) αναφέρει ότι εάν συνεχίσουν να μην εφαρμόζονται οι ΕΥΘ στην κλινική πρακτική, αυτό ίσως έχει καταστροφικά αποτελέσματα για τη βιωσιμότητα της ψυχοθεραπείας, καθώς το σύστημα υγείας εξελίσσεται και οι απαιτήσεις για τεκμηρίωση αυξάνονται. Εντούτοις, πολύ πρόσφατα έχουν αρχίσει να ερευνώνται οι τρόποι με τους οποίους μπορεί να γίνει αποτελεσματική η επιμόρφωση των επαγγελματιών στις ΕΥΘ (Gotham, 2006). Κατά τη γνώμη μου, φαίνεται να υπάρχει μία μορφή παράδοξου, αν και όχι άλογου, φαινομένου. Παρόλο που τα συστήματα υγείας, μέσω των εκπροσώπων τους, υιοθετούν, προωθούν ή επιβάλλουν την επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική, στο πεδίο της ψυχικής υγείας δεν χρησιμοποιείται σε ευρεία κλίμακα. Με άλλα λόγια, ενώ η θεωρία και η έρευνα είναι αρκετά εξελιγμένες, η εφαρμογή τους γίνεται με εξαιρετικά αργούς ρυθμούς (Gotham, 2006).

Τα βασικά προβλήματα που εντοπίζονται σχετικά με την εφαρμογή των τεκμηριωμένων παρεμβάσεων σε πολιτειακό επίπεδο στις ΗΠΑ συχνά παρουσιάζονται ως οικονομικά. Αναφέρονται (National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute, 2005):

α) η κακή συνεργασία των δομών επιχορήγησης,
β) η έλλειψη πληροφόρησης για τις τεκμηριωμένες παρεμβάσεις,
γ) το κόστος εκπαίδευσης και εποπτείας του κλινικού προσωπικού,
δ) η διανομή των πόρων σε όλο το εύρος της εκάστοτε πολιτείας.

Οι κλινικοί φαίνονται συχνά διστακτικοί ή προβληματισμένοι να εφαρμόσουν τις προτεινόμενες τεκμηριωμένες παρεμβάσεις και σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα η πλειονότητα δεν τις χρησιμοποιεί (τουλάχιστον εθελούσια). Πέρα από τα επιστημολογικά επιχειρήματα περί απόστασης μεταξύ έρευνας και πρακτικής (τα οποία δικαιολογούν ως ένα βαθμό αυτή την αντίφαση), φαίνεται ότι η ίδια η αναγκαιότητα για τις τεκμηριωμένες παρεμβάσεις δημιουργείται από κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και όχι απαραίτητα από ηθική προσταγή περί βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς όφελος του πολίτη. Καταρχήν, ακόμη δεν έχει αξιολογηθεί στο σύνολό της η εφαρμογή των ΕΤΨ σχετικά με την αποτελεσματικότητα της. Δεύτερον, το πλαίσιο της ελεύθερης αγοράς, στο οποίο δημιουργήθηκε η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική λειτουργεί με όρους κόστους-οφέλους. Η οικονομική κρίση που πλήττει αυτή τη στιγμή όλες σχεδόν τις οικονομίες επιβαρύνει και τα συστήματα υγείας, με

αποτέλεσμα να αναζητούνται και συχνά να επιβάλλονται λύσεις «τεκμηριωμένα οικονομικές».

3.Β. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΟΙ ΟΔΗΓΟΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

Στην ιατρική η διαμόρφωση και χρήση των οδηγών κλινικής πρακτικής είναι, όπως έχει αναφερθεί, ένα βασικό εργαλείο της τεκμηριωμένης πρακτικής. Τα θεραπευτικά εγχειρίδια (treatment guidelines), εστιάζουν σε συγκεκριμένη συνθήκη, πρόβλημα ή ασθένεια (κατάθλιψη, αγοραφοβία, διαχείριση βίας σε κλινικά πλαίσια κλπ.), σε συγκεκριμένο πληθυσμό και προτείνουν στους θεραπευτές, τους ασθενείς και τα συστήματα υγείας τις πιο αποτελεσματικές κλινικές διαδικασίες ή θεραπευτικές προσεγγίσεις που είναι διαθέσιμες σύμφωνα με την αντίστοιχη διεξαχθείσα έρευνα. Μία άλλη κατηγορία εγχειριδίων που συναντώνται στην ψυχοθεραπεία, τα ονομαζόμενα ως "clinically based guidelines", είναι όσα βασίζονται σε κλινική εμπειρία και μη συστηματική ανασκόπηση περιστατικών, τα οποία παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για τις ψυχολογικές παρεμβάσεις και τη διεξαγωγή τους, χωρίς έμφαση σε συγκεκριμένες διαταραχές (Parry, Cape & Pilling, 2003).

Αν και η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική αναφέρεται και στα δύο είδη εγχειριδίων, η βαρύτητα δίνεται στα θεραπευτικά εγχειρίδια (Norcross, Beutler & Levant, 2006). Τα εγχειρίδια αυτά που χρησιμοποιούνται με σκοπό τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του κλινικού ψυχολόγου ή ψυχοθεραπευτή, προτείνοντας την καλύτερη διαθέσιμη παρέμβαση, η οποία έχει ελεγχθεί εμπειρικά, συχνά αποκαλούνται και «*επιστημονικά τεκμηριωμένοι οδηγοί ψυχοθεραπευτικής πρακτικής*» (Sanderson, 2002). Επιπλέον, όπως ανέφερα στην περιγραφή των εμπειρικά υποστηριζόμενων θεραπειών, οι τελευταίες ορίζονται και από την ύπαρξη ενός εγχειριδίου, ή, με άλλα λόγια, μία παρέμβαση δεν μπορεί να κατηγοριοποιηθεί ως αποτελεσματική, εάν δεν έχει αξιολογηθεί σε ερευνητικό πλαίσιο στο οποίο να χρησιμοποιείται εγχειρίδιο που να περιγράφει λεπτομερώς την παρέμβαση.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να γίνει διαχωρισμός μεταξύ των εγχειριδίων που εστιάζουν στην επιλογή της κατάλληλης παρέμβασης για συγκεκριμένο πρόβλημα, και των εγχειριδίων που «καθοδηγούν» την πορεία της θεραπείας. Τα δεύτερα δημιουργήθηκαν αρχικά για τη διεξαγωγή ερευνών και κλινικών δοκιμασιών, όπου διασφαλίζουν και ορίζουν τον τύπο της παρεχόμενης θεραπείας (βλ. πρπν. 2ο κεφ.), σύντομα όμως μεταφέρθηκαν στην κλινική πρακτική (Addis & Cardemil, 2006a). Σήμερα υπάρχει μεγάλη πληθώρα παρόμοιων εγχειριδίων, των οποίων η δομή διαφέρει αρκετά, από τα ισχυρά δομημένα πρωτόκολλα που καθοδηγούν ανά συνεδρία τις παρεμβάσεις, έως τις πιο γενικές αναφορές θεραπευτικών στρατηγικών που μπορούν να εφαρμοστούν ανάλογα με το περιστατικό. Αυτού

του τύπου τα εγχειρίδια χρησιμοποιούνται και στα εκπαιδευτικά προγράμματα νέων θεραπευτών.

Σε γενικές γραμμές τα εγχειρίδια θεραπείας (οφείλουν να) κατασκευάζονται και αξιολογούνται με εξαιρετικά συστηματικό τρόπο, από αντιπροσωπευτικές ομάδες επαγγελματιών, ασθενών και ερευνητών, ενώ συχνά διανέμονται σε ειδικές εκδόσεις για επαγγελματίες και ασθενείς αντίστοιχα. Τα εγχειρίδια συνήθως αναπτύσσονται από εθνικούς ή τοπικούς οργανισμούς επαγγελματιών, από ομάδες ειδικών (ιδιαίτερα στην περίπτωση των ψυχολογικών παρεμβάσεων), ενώ πολλές από αυτές τις προσπάθειες επιδοτούνται από ιδιωτικούς εμπορικούς φορείς και ιδιαίτερα από φαρμακευτικές εταιρείες[156]. Οι «ειδικοί» που συγγράφουν τα εγχειρίδια θεραπείας είναι τα ίδια άτομα που είναι πιο πιθανόν να λαμβάνουν οικονομική βοήθεια για να διεξάγουν έρευνα. Και φυσικά (δυστυχώς για όσους επικροτούν την τεκμηριωμένη πρακτική) αυτές οι σχέσεις συνήθως δεν αναφέρονται στα εγχειρίδια[157].

Στην Ευρώπη (Μ. Βρετανία, Γερμανία κ.α.) και στην Αυστραλία ο σχεδιασμός των εθνικών συστημάτων υγείας προωθεί τη δημιουργία εγχειριδίων σε εθνικό επίπεδο, ενώ στις ΗΠΑ η ιδιωτική πρωτοβουλία είναι πιο έντονη, συμβαδίζοντας με το υπάρχον περίπλοκο διαχειριζόμενο σύστημα υγείας. Η ταυτόχρονη αναπαραγωγή οδηγών θεραπείας από πολλούς και διαφορετικούς φορείς είναι ένας από τους λόγους που τα πρώτα ευρήματα από την αξιολόγηση των εγχειριδίων θεραπείας για ψυχικές διαταραχές, σύμφωνα με τις αρχές που εξέδωσε το 1995 η Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση (APA, 1995), έδειξαν μεγάλη διαφοροποίηση στην ποιότητα, την επιστημονική και κλινική εγκυρότητα, τη γενικευσιμότητα και εφαρμοσιμότητα των οδηγιών. Παρόμοια ανασκόπηση του Grilly & συν. (2000), που αφορά όμως στο σύνολο των δημοσιευμένων εγχειριδίων τη δεκαετία 1988-1998, έδειξε ότι πολύ μικρό ποσοστό (το 5%) των εγχειριδίων που κατασκευάζονται από «κοινωνίες ειδικών»[158] έχει υψηλή ποιότητα, τόσο μεθοδολογικά, όσο και αναφορικά με το ποιοι συμμετέχουν στη δημιουργία τους. Βέβαια, η ποιότητα των οδηγών θεραπείας βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου, αλλά σύμφωνα με τους συγγραφείς δεν είναι ακόμη ικανοποιητική.

---

[156] Στην περίπτωση των ιατρικών οδηγών θεραπείας μάλιστα, έχει ήδη αναφερθεί η σχετική έρευνα του Choudhry & συν. (2002), που δείχνει ότι η πλειονότητα των συγγραφέων των εγχειριδίων κλινικής πρακτικής έχει οικονομικές ή επαγγελματικές σχέσεις με τις εταιρείες των οποίων τα φάρμακα προτείνονται στους οδηγούς

[157] Δεν είναι όμως μόνο οι σχέσεις με τη φαρμακοβιομηχανία που μπορούν να επηρεάσουν το περιεχόμενο των οδηγών θεραπείας. Ακόμη και η κρατική χρηματοδότηση ερευνών και η προσωπική προβολή του ερευνητικού έργου των συγγραφέων είναι παράγοντες που οφείλουν να εξεταστούν πριν, κατά ή και μετά τη δημιουργία ενός εγχειριδίου κλινικής πρακτικής.

[158] "specialty societies"

Τόσο η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ένωση, όσο και το Υπ. Υγείας της Μ. Βρετανίας έχουν δημοσιεύει παρόμοια εγχειρίδια που εστιάζουν σε ψυχιατρικές διαταραχές, και απαντούν στο ερώτημα «ποια παρέμβαση είναι η πιο αποτελεσματική για την χ συνθήκη/διαταραχή;». Είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι η Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση *δεν* έχει δημοσιεύσει αυτούσια εγχειρίδια θεραπείας, αλλά οδηγίες για την αξιολόγηση και ανάπτυξή τους, όπως παρουσιάστηκε στο υποκεφάλαιο 2.Β. Ίσως η «επίσημη» πολιτική της Ένωσης, ενώ προωθεί καθαρά την τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία, φαίνεται να κρατάει αποστάσεις από τους ένθερμους υποστηρικτές της τεκμηριωμένης πρακτικής που προωθούν τους οδηγούς θεραπείας. Αντίθετα, στα σχετικά δημοσιεύματα της Ένωσης δίνεται έμφαση στην κλινική κρίση και εμπειρία του θεραπευτή και στην ιδιαιτερότητα του θεραπευόμενου και τονίζεται ότι τα εγχειρίδια δεν δύναται να είναι δεσμευτικά.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου η ιδιωτική πρωτοβουλία είναι ισχυρή και υπάρχει ημι-ιδιωτικό σύστημα υγείας, ένας ομοσπονδιακός οργανισμός που εμπλέκεται στην ανάπτυξη εγχειριδίων κλινικής πρακτικής είναι η Υπηρεσία για την Πολιτική και την Έρευνα στη Φροντίδα της Υγείας[159] (Sanderson, 2003). Σε αυτή την περίπτωση τα κριτήρια ένταξης θεραπειών στα εγχειρίδια είναι πολύ πιο περιοριστικά. Μία θεραπεία παρουσιάζεται στο αντίστοιχο εγχειρίδιο μόνο εφόσον έχει ελεγχθεί επιτυχώς με τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες για συγκεκριμένη διαταραχή. Το ίδιο συμβαίνει και στις «δηλώσεις ομοφωνίας»[160], όπου οι ομάδες ειδικών οφείλουν να εξετάζουν κυρίως τα εμπειρικά κριτήρια αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων.

Στην άλλη πλευρά του ατλαντικού ένας σημαντικός οδηγός θεραπείας δημοσιεύθηκε το 2001 από το Υπουργείο Υγείας της Μ. Βρετανίας. Αφορά αποκλειστικά ψυχολογικές θεραπείες και συμβουλευτική για ένα εύρος ψυχολογικών προβλημάτων και για τέσσερα οργανικά προβλήματα με ψυχολογικές συνιστώσες[161]. Αυτό το εγχειρίδιο, το οποίο δημιουργήθηκε από ειδική επιτροπή της Βρετανικής Ψυχολογικής Ένωσης, τιτλοφορείται ως "Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling" (Department of Health, 2001), και είναι από τα λίγα κλινικά εγχειρίδια που είναι ταυτόχρονα εμπειρικά τεκμηριωμένα και αναφέρονται μόνο σε ψυχολογικές παρεμβάσεις. Η τεκμηρίωση, ωστόσο, του ανωτέρω οδηγού θεραπείας, δεν βασίζεται ούτε αναφέρεται στις ΕΥΘ, αλλά σε ένα ευρύτερο πλαίσιο αναφοράς, δηλαδή σε συστηματικές

[159] "Agency for Health Care Policy and Research", (AHCPR)

[160] "consensus statements"

[161] Περιλαμβάνει προτεινόμενες παρεμβάσεις για τις ακόλουθες διαταραχές: κατάθλιψη, άγχος, διαταραχή πανικού, κοινωνικό άγχος και φοβίες, μετα-τραυματικές διαταραχές, διατροφικές διαταραχές, ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας, χρόνιος πόνος, χρόνιο πάχος, γαστρεντερικές διαταραχές, γυναικολογικά προβλήματα.

ανασκοπήσεις ερευνών που πληρούν ή όχι κριτήρια «υψηλής ποιότητας», σε ατομικές μελέτες περιστατικών ή σε δομημένη συναίνεση μεταξύ ειδικών[162].

Ένας ακόμη φορέας του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Μ. Βρετανίας που δημοσιεύει κλινικά εγχειρίδια είναι το Εθνικό Ινστιτούτο για την Υγεία και την Κλινική Διάκριση[163]. Στην παρούσα χρονική στιγμή υπάρχουν διαθέσιμοι είκοσι δύο ολοκληρωμένοι οδηγοί για ψυχιατρικές και συμπεριφορικές διαταραχές (κατάθλιψη, διατροφικές διαταραχές, σχιζοφρένεια, βίαιη συμπεριφορά κλπ.), ενώ άλλοι δώδεκα είναι υπό διαμόρφωση (NICE, 2009). Σε κάθε οδηγό κλινικής πρακτικής του Ινστιτούτου υπάρχει η εξής σημείωση: «*Αυτός ο οδηγός εκφράζει την άποψη του Ινστιτούτου, που παρήχθη μετά από προσεκτική εξέταση των διαθέσιμων τεκμηρίων. Οι επαγγελματίες υγείας αναμένεται να τον λάβουν πλήρως υπόψιν τους όταν ασκούν την κλινική τους κρίση. Ο οδηγός, ωστόσο, δεν αντιπαρέρχεται της ατομικής ευθύνης των επαγγελματιών υγείας στο να πάρουν αποφάσεις κατάλληλες για τις συνθήκες του κάθε ασθενούς, σε διαβούλευση με τον ασθενή και/ή τον κηδεμόνα ή φροντιστή του*».

Μία σύγχρονη εξελισσόμενη τάση στην ανάπτυξη οδηγών θεραπείας προέρχεται κυρίως από εθνικά προγράμματα ανάπτυξης εγχειριδίων. Όλο και πιο συχνά δημιουργούνται πολύ-σχηματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις ή παρεμβάσεις σε πολλαπλά επίπεδα (κοινωνικό, οργανικό, φαρμακολογικό, ψυχολογικό, οργανωτικό κ.α.), οι οποίες παρουσιάζονται σε ένα εγχειρίδιο. Συνήθως βασίζονται σε συγκεκριμένη διάγνωση ή πρόβλημα (π.χ. χρόνιος πόνος, σχιζοφρένεια κλπ.) όπου η ψυχολογική παρέμβαση αποτελεί ένα μέρος της συνολικής διαχείρισης του περιστατικού, τόσο στην αξιολόγηση, όσο και στη θεραπεία ή αποκατάσταση. Η πολυπλοκότητα της διαμόρφωσης τέτοιων οδηγών θεραπείας απαιτεί συχνά τον συνδυασμό προσεγγίσεων ή τη διαμόρφωση σταδίων θεραπείας, όπου λαμβάνονται υπόψη, πέρα από την κλινική αποτελεσματικότητα και τη σχέση κόστους-ωφέλειας, οι προτιμήσεις του ασθενούς, η αξιολογική κρίση που δίνεται σε διαφορετικές εκβάσεις της θεραπείας, η διαθεσιμότητα της κατάλληλης τεκμηρίωσης και η δυνατότητα των υπηρεσιών να παρέχουν τις προτεινόμενες παρεμβάσεις (Parry, Cape, Pilling, 2003).

Συνεπώς, τα εγχειρίδια πολλαπλών παρεμβάσεων συνδέονται πολύ στενά με τη φιλοσοφία του εκάστοτε συστήματος υγείας, καθορίζονται από τον τρόπο λειτουργίας του και τους διαθέσιμους πόρους (υλικούς και ανθρώπινους). Εντούτοις, η ταυτόχρονη ύπαρξη πολλών διαφορετικών παρεμβάσεων δημιουργεί υψηλή πολυπλοκότητα. Η ερμηνεία της τεκμηρίωσης και της προτεραιότητας που

[162] "structured expert consensus".
[163] "National Institute for Health and Clinical Excellence", (NICE)

θα αποδοθεί στην κάθε μία (παρέμβαση) αποτελούν σκόπελους για τη συγκεκριμένη προσπάθεια, η οποία -σημειωτέον- δεν έχει ξεπεράσει τη μονόδρομη εστίαση σε συγκεκριμένες διαταραχές που συναντάται και στα υπόλοιπα εγχειρίδια θεραπείας. Αποτελεί όμως μία σύγχρονη τάση η οποία επηρεάζει σαφώς, αν και δεν μπορεί ακόμη να προσδιοριστεί ο τρόπος, την παροχή ψυχολογικών θεραπειών και σίγουρα απαιτεί από τις τελευταίες επιστημονική τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς τους.

Στους περισσότερους ψυχιατρικούς οδηγούς θεραπείας, συμπεριλαμβάνονται και ψυχολογικές παρεμβάσεις. Ο πρωτοπόρος φορέας που προωθεί τις επιστημονικά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις στην ψυχιατρική είναι η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ένωση˙ η οποία έχει δημοσιεύσει πληθώρα εγχειριδίων για διαταραχές ευρέως φάσματος, από τη σχιζοφρένεια έως τη νευρική ανορεξία. Η κριτική που συνήθως ασκείται σχετικά με τους ψυχιατρικούς οδηγούς από την πλευρά των μη ψυχιάτρων, έγκειται στην έμφαση που δίνουν στη φαρμακοθεραπεία σε αντίθεση με τις επιστημονικά τεκμηριωμένες ψυχοθεραπείες και, συνεπώς, στον περιορισμό της δυνατότητας του ασθενούς να επιλέξει ανάμεσα σε εξίσου αποτελεσματικές παρεμβάσεις (Parry, Cape, Pilling, 2003). Εξάλλου, ήταν η μεγάλη ανησυχία των ψυχολόγων σχετικά με τη διάδοση εγχειριδίων τα οποία σύστηναν φαρμακοθεραπεία έναντι ψυχοθεραπείας, ελλείψει όμως επιστημονικών αποδείξεων, που οδήγησε στη δημιουργία των κριτηρίων για την αξιολόγηση των θεραπειών από την Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση (APA, 2006).

Με άλλα λόγια, οι ψυχολόγοι ανησυχούν διότι τα ψυχοφάρμακα προωθούνται πολύ περισσότερο από τις υπάρχουσες και εξίσου αποτελεσματικές ψυχοθεραπείες. Μία εξήγηση αυτού του γεγονότος είναι, σύμφωνα με τον Sanderson (2003), ότι δεν υπάρχει ένας ισχυρός κερδοσκοπικός οργανισμός που να προωθεί στο κοινό και στους παροχείς υπηρεσιών τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, σε αντίθεση με την περίπτωση των φαρμάκων, όπου η φαρμακοβιομηχανία επενδύει σημαντικά χρηματικά ποσά στη διαφήμιση ή προώθηση των προϊόντων της. Σε γενικές γραμμές, η εξαιρετικά μεγάλη διαφοροποίηση στην παροχή υπηρεσιών και θεραπειών στους ασθενείς, υπήρξε ένα βασικό κίνητρο για τη διαμόρφωση των εγχειριδίων κλινικής πρακτικής (Sanderson, 2003). Η έννοια της διαφοροποίησης φυσικά υποδηλώνει και την παροχή μη-κατάλληλης θεραπείας, είτε με όρους ιατρικούς ή οικονομικούς και αντίστοιχες επιβαρύνσεις του συστήματος υγείας και των πολιτών. Γι' αυτό το λόγο, οι επιστημονικά τεκμηριωμένοι οδηγοί ψυχοθεραπευτικής πρακτικής προβάλλονται ως ένας αξιόπιστος τρόπος για τη βελτίωση της προσφερόμενης ψυχοθεραπείας. Οι αντιδράσεις όμως των κλινικών στην ανάπτυξη των εμπειρικά τεκμηριωμένων εγχειριδίων ποικίλουν σε μεγάλο βαθμό, από τον ενθουσιασμό και την αποδοχή έως την απόρριψη και εκδηλώνουν ένα σημείο της ευρύτερης

αντιπαράθεσης για την ΕΤΨ. Στο τέταρτο κεφάλαιο της διατριβής θα εξεταστούν αναλυτικά τα επιχειρήματα που προβάλλονται στο πλαίσιο αυτής της κριτικής για τα εγχειρίδια.

3.Γ. ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΤΕΚΜΗΡΩΜΕΝΩΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΜΕ ΕΥΡΥΤΕΡΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Στις ΗΠΑ, όπως ήδη αναφέρθηκε, προωθούνται οι τεκμηριωμένες ψυχοθεραπείες και μάλιστα με αυστηρά κριτήρια. Στην Ευρώπη συναντάται μία πιο «διαλλακτική» στάση σχετικά με την ΕΤΨ. Συγκεκριμένα, στη Μ. Βρετανία, ήδη από το 1996, το Υπουργείο Υγείας δημοσιεύει μία στρατηγική ανασκόπηση της πολιτικής για τις ψυχολογικές υπηρεσίες, όπου προτείνεται μία διαφορετική προσέγγιση στην επιστημονικά τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία, η οποία δεν εστιάζει, ούτε αναφέρεται στις εμπειρικά τεκμηριωμένες θεραπείες (Department of Health, 1996).

Το ίδιο «μοντέλο» περιγράφουν και οι Roth, Fonagy & Parry (2006). Ο τελικός σκοπός του είναι η βελτίωση της φροντίδας του ασθενούς, η οποία θα επιτευχθεί μέσα από τη συνεργασία μεταξύ όλων των - άμεσα και έμμεσα- εμπλεκόμενων στην παροχή της ψυχοθεραπείας· δηλαδή των ερευνητών, των κλινικών (δασκάλων και θεραπευτών) και εκείνων που διαχειρίζονται και χρηματοδοτούν τη λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αυτή η προσέγγιση συσχετίζει την κλινική καινοτομία με την ερευνητική εργασία και την τελευταία με την επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική.

Συνοπτικά, το μοντέλο ΕΤΨ που προτείνεται εστιάζει στις εξής διαδικασίες (Roth & συν.,2006):

- Η κλινική πρακτική και οι υπάρχουσες θεωρίες, όπως και η γνώση των θεραπευτών, οδηγούν στην ανάπτυξη καινούργιων θεραπευτικών προσεγγίσεων.
- Οι νέες ή εξελιγμένες παρεμβάσεις ελέγχονται με αυστηρές ερευνητικές διαδικασίες (κλινικές δοκιμασίες κλπ.) για να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά τους, αλλά και με νατουραλιστικές μελέτες σε μεγάλα δείγματα πληθυσμού στις προσφερόμενες υπηρεσίες από το σύστημα υγείας.
- Η ερευνητική τεκμηρίωση και η κλινική ομοφωνία μεταξύ ειδικών χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία εγχειριδίων κλινικής πρακτικής και θεραπευτικών πρωτοκόλλων, ώστε να συνάγονται συμπεράσματα και γενικές δηλώσεις για τη βέλτιστη κλινική πρακτική.
- Εφόσον ο θεραπευτής έχει στη διάθεσή του εμπειρικά τεκμηριωμένες προτάσεις, η δική του κρίση και εμπειρία θα καθορίσουν το πως θα τις εφαρμόσει στην κλινική πρακτική.
- Η κλινική πρακτική όμως πρέπει να αξιολογείται με ελέγχους των υπηρεσιών και των παρεμβάσεων (τόσο της θεραπευτικής διαδικασίας όσο

και του αποτελέσματος), ώστε να αποδοθεί η πραγματική επίδραση των τεκμηριωμένων προτάσεων στην καθημερινή παρέμβαση.
- Τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων προσφέρουν πληροφορίες για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και επηρεάζουν την έρευνα και την εκπαίδευση των θεραπευτών.

Επιπρόσθετα, το Υπουργείο υγείας της Μ. Βρετανίας προτείνει ότι δεν θα πρέπει να χρηματοδοτούνται οι υπηρεσίες ή διαδικασίες στις οποίες δεν υπάρχει ξεκάθαρη εμπειρική τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς τους. Αυτή η στρατηγική ουσιαστικά προωθεί την επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική, επενδύοντας οικονομικά σε υπηρεσίες (ψυχολογικές, συμβουλευτικές και ψυχοθεραπευτικές) που πληρούν πέντε κριτήρια (Parry, Cape & Pilling, 2003):

Α) Έχουν υιοθετήσει εγχειρίδια κλινικής πρακτικής.
Β) Τα εγχειρίδια ενημερώνονται τόσο από την έρευνα όσο και από την αξιολόγηση των υπηρεσιών.
Γ) Οι υπηρεσίες καθιστούν συγκεκριμένες τις ομάδες ασθενών για τις οποίες είναι κατάλληλη η παροχή θεραπείας.
Δ) Οι υπηρεσίες αξιολογούν τις καινούργιες θεραπείες.
Ε) Υπάρχει έλεγχος των βασικών στοιχείων της τυπικά προσφερόμενης[164] θεραπείας.

Το 2002 το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας της Αγγλίας δημοσιεύει ένα πλαίσιο δέκα αρχών καλής πρακτικής στην παροχή ψυχολογικών υπηρεσιών (National Institute of Mental Health in England, 2002, παρατίθεται από τον Parry και συν. 2003). Μία από αυτές τις αρχές αναφέρεται στη χρήση εμπειρικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων στην παροχή ψυχολογικών θεραπειών. Επιπλέον, προτείνεται οι θεραπείες που δεν έχουν εμπειρική τεκμηρίωση να παρέχονται μόνο σε επίσημα ερευνητικά πρωτόκολλα και όχι στην κλινική πρακτική.

3.Γ.α. «Εναλλακτικές» Προτάσεις Εμπειρικής Τεκμηρίωσης

Μία εναλλακτική πρόταση που έχει δοθεί από αρκετούς συγγραφείς, αντί του προσδιορισμού των ΕΥΘ, είναι η οργάνωση της επιστημονικής τεκμηρίωσης σε μία ιεραρχία με βάση τη μεθοδολογική αυστηρότητα των ερευνών. Ένα παράδειγμα ιεραρχικής οργάνωσης των ερευνητικών τεκμηρίων δίνει ο Carr (2009) και το παραθέτω στον πίνακα 3. Σύμφωνα με αυτό το παράδειγμα, την ισχυρότερη τεκμηρίωση προσφέρουν οι μετα-αναλύσεις των ελεγχόμενων κλινικών δοκιμασιών, ενώ τη μικρότερη οι μη ελεγχόμενες μελέτες περιστατικών στο πλαίσιο της ποιοτικής έρευνας. Τα στοιχεία από κάθε επίπεδο της ιεραρχίας

[164] "standard"

μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην ενημέρωση και διαμόρφωση εγχειριδίων κλινικής πρακτικής τα οποία έχουν διαφορετική δυναμική.

Πίνακας 3. Ιεραρχία των ερευνητικών τεκμηρίων (προσαρμογή από Carr, 2009)

Δυναμική Τεκμηρίωσης	Είδος Ερευνητικής Τεκμηρίωσης
Ισχυρή τεκμηρίωση	Μετά-αναλύσεις ελεγχόμενων δοκιμασιών
	Αφηγηματικές Ανασκοπήσεις ελεγχόμενων δοκιμασιών
	Ελεγχόμενες συγκριτικές δοκιμασίες, ελεγχόμενες μελέτες ατομικών περιστατικών
	Μελέτες αποτελέσματος μίας ομάδας[165]
Αδύναμη τεκμηρίωση	Μη Ελεγχόμενες Μελέτες περιστατικών (αφηγηματικές περιγραφές, ποιοτική ανάλυση περιστατικών)

Η ανάπτυξη εγχειριδίων με αυτή τη λογική είναι ένας τρόπος να ενσωματώνεται στην κλινική πρακτική υλικό που προέρχεται τόσο από τις έρευνες αποτελεσματικότητας όσο και από τις έρευνες που εστιάζουν στην κλινική χρησιμότητα ή στην τεκμηρίωση που βασίζεται στην κλινική πρακτική. Σημειώνεται, ωστόσο, ότι η φιλοσοφία της ιεραρχικής οργάνωσης των ερευνητικών τεκμηρίων δεν διαφέρει ουσιαστικά από τις προτάσεις του Τομέα Κλινικής Ψυχολογίας της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης. Και εδώ το βάρος δίνεται, κατά προτεραιότητα, στις ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες, στην εσωτερική εγκυρότητα των μελετών και όχι σε όλο το εύρος της έρευνας.

Οι Bateson & Margison (2003) υποστηρίζουν ότι ο συνδυασμός διαφορετικών ερευνητικών μεθοδολογιών (π.χ. ποιοτική έρευνα, διαδικαστική έρευνα και έρευνα περί αποτελεσματικότητας), η ενίσχυση της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής από την τεκμηρίωση που βασίζεται σε κλινική πρακτική και, τέλος, η ενσωμάτωση στοιχείων ή τεχνικών από τις βιολογικές επιστήμες είναι μία καίρια βάση για τη μελλοντική ανάπτυξη της ψυχοθεραπείας.

Μία ενδιαφέρουσα σύγχρονη εξέλιξη στον τομέα της ψυχοθεραπείας συνίσταται στη στροφή σε «βιολογίζουσες απόψεις» για την ανθρώπινη συμπεριφορά. Οι Gerber & Michels (2008) αναφέρουν ότι η σύγχρονη έρευνα στην ψυχοθεραπεία μπορεί να ωφεληθεί από τις εξελίξεις σε δύο διαφορετικούς τομείς της επιστήμης, τη νευροβιολογία και τη γενετική. Στην πρώτη περίπτωση, οι πρόσφατες εξελιγμένες μέθοδοι απεικόνισης της λειτουργίας του εγκεφάλου (και κυρίως η functional Magnetic Resonance Imaging – fMRI) χρησιμοποιούνται ήδη σε

[165] "single group outcome studies"

έρευνες, ώστε να διευκρινιστεί η αλλαγή στην εγκεφαλική λειτουργία σε σχέση με την επίδραση της ψυχοθεραπείας. Στη δεύτερη περίπτωση, η ολοκλήρωση της χαρτογράφησης του ανθρώπινου γονιδιώματος και η επακολούθηση εκρηκτική αύξηση ερευνητικών εργασιών που αναζητούν γενετικά καθορισμένους μηχανισμούς μη-ψυχιατρικών παθήσεων, εφόσον εφαρμοστεί στην ψυχιατρική, πιθανόν να βελτιώσει την ικανότητα των ερευνητών να συνδέουν εξατομικευμένα τους ασθενείς στις πιο αποτελεσματικές θεραπείες.

Ίσως η έμφαση που δίνεται σήμερα στον βιολογικό παράγοντα, έναντι των κοινωνικών και περιβαλλοντικών δεδομένων, σχετικά με τις επιδράσεις στην ανθρώπινη συμπεριφορά να μην είναι τυχαία. Η στροφή στην «αντικειμενικότητα» των γονιδίων, η έμφαση στην αποκρυπτογράφηση της λειτουργίας του ανθρώπινου εγκεφάλου - γεγονός που αντανακλάται στα περισσότερα μεταπτυχιακά προγράμματα ψυχολογίας π.χ. στη Μ. Βρετανία - προκαλεί την εντύπωση ότι οι συμπεριφορικές διαταραχές μπορούν να αποδοθούν κυρίαρχα στη βιολογία. Όπως σχολιάζει ο Bhat (2009) «*Προσπαθώντας να βελτιώσουμε τη βιολογική "αξιοπιστία" μας, έχουμε δημιουργήσει ένα σύστημα ιδεών στην ψυχιατρική που μειώνει την αίσθηση προσωπική ευθύνης και αυτο-αποτελεσματικότητάς των ανθρώπων.*» Τα γονίδια, θα μπορούν να αναλάβουν κάθε είδος ευθύνης για... την εγκληματικότητα, τις κοινωνικές αναταραχές, την «απανθρωποίηση» της καθημερινής ζωής, την αλλοτρίωση της ανθρώπινης επικοινωνίας και (γιατί όχι;) την ισχυρή οικονομική κρίση που διαποτίζει κάθε πλευρά της καθημερινότητας του πολίτη.

Από την άλλη πλευρά, η σύνδεση γενετικά καθορισμένων μηχανισμών με ψυχολογικές παρεμβάσεις προωθεί την ιδανική εξατομίκευση. Όπως κάθε ασθενής σύντομα θα μπορεί να λαμβάνει ένα μοναδικό φάρμακο για τη δική του κατάσταση (πρόβλημα, ηλικία, γενετικό κώδικα, φύλο, κλπ.), με τα ίδια κριτήρια θα είναι πιθανόν να μπορεί να του παρέχεται και η αντίστοιχη τεκμηριωμένη ψυχολογική παρέμβαση. Διαφαίνεται όμως εδώ ένας μικρός σκόπελος για τους υποστηρικτές της ΕΤΨ. Οι τεκμηριωμένες παρεμβάσεις αναφέρονται σε νοσολογικές, διαγνωστικές κατηγορίες, που έχουν αξιολογηθεί σε ομάδες ατόμων που αντιπροσωπεύουν τον μέσο ασθενή. Με άλλα λόγια, η ΕΤΨ φιλοδοξεί να παρέχει την ίδια τεκμηριωμένη παρέμβαση για συγκεκριμένη διαταραχή σε όλους τους ενδιαφερόμενους. Αυτή η πρακτική όμως αντιβαίνει, κατά τα φαινόμενα, τη σύγχρονη τάση στην επιστημονική ιατρική έρευνα, δηλαδή τη δημιουργία εξατομικευμένων θεραπειών. Πρόκειται για ένα αντιφατικό φαινόμενο. Μήπως λοιπόν η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική δεν αφορά κατ' ουσία τη βέλτιστη παροχή υπηρεσιών για τον πολίτη, αλλά πρωτίστως (αν και δεν αναφέρεται) τη βέλτιστη παροχή υπηρεσιών για το νεοφιλελεύθερο μοντέλο που ακολουθούν τα συστήματα υγείας των εξελιγμένων χωρών; Περαιτέρω διερεύνηση αυτού του

ερωτήματος, καθώς και σχετικών προβληματισμών, θα γίνει στα επόμενα κεφάλαια της διατριβής.

Μία ακόμη εναλλακτική πρόταση για την τεκμηρίωση των παρεμβάσεων διαμορφώθηκε εξαιτίας των ποικίλων αντιδράσεων σχετικά με τα κριτήρια αξιολόγησης για τις ΕΥΘ που χρησιμοποίησε η επιτροπή της APA. Οι Rosen & Davison (2003), όπως και οι Westen, Novotny & Thompson-Brenner (2004), υποστηρίζουν ότι είναι πιο χρήσιμο από τις ΕΥΘ, το να προσδιοριστούν οι εμπειρικά υποστηριζόμενες αρχές περί αλλαγής[166], με βάση τις οποίες θα δημιουργηθούν λίστες με θεραπευτικές διαδικασίες, οι οποίες έχουν καθοριστεί ερευνητικά ως αποτελεσματικές για συγκεκριμένα προβλήματα.

Σύμφωνα με τους Castonguay & Beutler (2005, παρατίθεται από τους Beutler & Johannsen 2006a, σελ. 232] οι αρχές περί αλλαγής ορίζονται ως «*γενικές δηλώσεις που προσδιορίζουν τις συνθήκες, τις συμπεριφορές του θεραπευτή και τις κατηγορίες των παρεμβάσεων που παράγουν αλλαγή υπό εξακριβωμένες συνθήκες και για συγκεκριμένους τύπους ασθενών. Οι αρχές είναι πιο γενικές δηλώσεις από εκείνες που συνιστούν αμιγή περιγραφή τεχνικών και είναι πιο συγκεκριμένες δηλώσεις από εκείνες που συνιστούν θεωρητικούς σχηματισμούς.*». Ο παρόν ορισμός είναι το πόνημα μίας συνεργατικής επιτροπής του Τομέα 12 (Κλινική Ψυχολογία) της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης και της Βορειο-Αμερικανικής Κοινωνίας για την Έρευνα στην Ψυχοθεραπεία, η οποία δημιουργήθηκε με σκοπό τον καθορισμό και επέκταση της λίστας των αρχών περί αλλαγής.

Η επιτροπή όρισε πολυπληθή ομάδα ερευνητών όπου έκαναν ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τέσσερις κατηγορίες διαταραχών (κατάθλιψη, άγχος, διαταραχή προσωπικότητας και κατάχρηση ουσιών) με σκοπό να ενσωματώσουν το ρόλο των θεραπευτικών τεχνικών, της θεραπευτικής σχέσης, των χαρακτηριστικών του θεραπευτή και του ασθενούς σε αρχές για τη θεραπευτική αλλαγή, πέρα από τα όρια συγκεκριμένων θεωριών, αλλά σε αναφορά στη δομή και στο περιεχόμενο της παρέμβασης (π.χ. ομαδική ή ατομική δομή, εστίαση στο γνωσιακό ή στο συναισθηματικό και ενορατικό [insight] στοιχείο κτλ.)[167]. Με αυτή την λογική το αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας θεωρείται ως μία συλλογική εναρμόνιση των θεραπευτικών τεχνικών, των χαρακτηριστικών του πελάτη και του θεραπευτή, των περιβαλλοντικών παραγόντων και των θεραπευτικών σχέσεων (Beutler & Johannsen, 2006b).

---

[166] "empirically supported principles of change"

[167] Τα ευρήματα της επιτροπής καταγράφονται στο δημοσιευμένο βιβλίο των Castonguay L., Beutler L. (*Eds*) (2005). *Principles of Therapeutic Change that Work*. New York: Oxford University Press.

Το «πλεονέκτημα» των αρχών περί αλλαγής είναι ότι αφομοιώνουν τις διαφορετικές μεταβλητές που επηρεάζουν η κάθε μία χωριστά και όλες μαζί το θεραπευτικό αποτέλεσμα, δίνοντας ανάλογη βαρύτητα στην καθεμία και αμβλύνοντας κατ' αυτό τον τρόπο την αντιπαράθεση περί ανωτερότητας της τάδε θεραπευτικής μεθόδου ή των κοινών παραγόντων ή της σημασίας του πλαισίου, θεραπευτή ή πελάτη (Beutler & Johannsen, 2006a). Αυτές οι αρχές, σε αντίθεση με τους οδηγούς θεραπείας, τις τεχνικές και τα μοντέλα θεραπείας έχουν τη δυνατότητα να εφαρμοστούν σε πληθώρα διαφορετικών περιστατικών και συνθηκών ή πλαισίων, ενώ παράλληλα συνδέουν την κλινική πρακτική με την επιστημονική εργασία, όπως απαιτείται δεοντολογικά και κοινωνικοπολιτικά.

Οι Beutler & Johannsen (2006a) υποστηρίζουν ότι, όταν ληφθούν συλλογικά υπόψη όλοι οι παράγοντες που επηρεάζουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα και η παρέμβαση σχεδιασθεί ώστε να βελτιστοποιεί το ταίριασμα μεταξύ του ασθενούς και των χαρακτηριστικών της θεραπείας, το αποτέλεσμα της παρέμβασης μπορεί να προβλεφθεί με απόδοση της τάξης του 90%. Ο θεραπευτής υιοθετώντας τις εμπειρικά υποστηριζόμενες αρχές περί αλλαγής μπορεί να επιλέξει, και προσαρμόσει τις ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του ασθενούς. Μέχρι στιγμής, η έρευνα δεν έχει προχωρήσει αρκετά, ώστε να μπορούν να δημιουργηθούν οδηγοί θεραπείας βασισμένοι στις αρχές περί αλλαγής, αλλά υπάρχουν σχετικές τεκμηριωμένες προτάσεις για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις.

4. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ 1997-2007: Προτεινόμενες Επιστημονικά Τεκμηριωμένες Ψυχολογικές Παρεμβάσεις

Στο παρόν υποκεφάλαιο θα παρουσιαστούν ορισμένα από τα πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα που έχουν δημοσιευτεί σχετικά με τις αποτελεσματικές θεραπείες για συγκεκριμένες διαταραχές και πληθυσμούς, με κύριο χρονολογικό πλαίσιο τη δεκαετία 1997-2007. Συγκεκριμένα, γίνεται καταγραφή των προτεινόμενων επιστημονικά τεκμηριωμένων θεραπειών (ψυχολογικές παρεμβάσεις και πρωτόκολλα ψυχοθεραπείας), αναπαράγοντας και ταξινομώντας σε πίνακες τα υπάρχοντα στοιχεία, με βάση το βιβλίο του A. Carr (2009). Η φιλοσοφία της συγκεκριμένης καταγραφής συμβαδίζει με τα πιο αυστηρά κριτήρια εμπειρικής τεκμηρίωσης των ψυχολογικών παρεμβάσεων, όπως θα αναλύσω στη συνέχεια.

Οι τεκμηριωμένες παρεμβάσεις παρουσιάζονται σε δύο εκτενείς πίνακες ανάλογα με τον πληθυσμό αναφοράς: ο πρώτος πίνακας (πίνακας 4.) αφορά σε πληθυσμούς ενηλίκων και σε άτομα τρίτης ηλικίας και ο δεύτερος πίνακας (πίνακας 5.) αφορά σε παιδιά, εφήβους και άτομα με διανοητικές αναπηρίες και

διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Παρόλο που οι πίνακες φαίνεται να καλύπτουν όλες τις ηλικίες, σημειώνεται ότι, η ερευνητική εργασία που έχει γίνει έως σήμερα, δεν αντιστοιχεί σε όλο το πληθυσμιακό φάσμα με την ίδια ευρύτητα ερευνών, ενώ αντίστοιχα υπάρχουν πολλές ελλείψεις σε σχέση με ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (σύμφωνα με πολιτισμικά, κοινωνικοοικονομικά, φυλετικά και άλλα χαρακτηριστικά). Σε γενικές γραμμές, το μεγαλύτερο ποσοστό της ερευνητικής δραστηριότητας είναι εστιασμένο στους ενήλικες, λιγότερο στα παιδιά και στους εφήβους, και ακόμη λιγότερο στα άτομα τρίτης ηλικίας και στους ανθρώπους με διανοητικές και αναπτυξιακές διαταραχές. Επιπρόσθετα, υπάρχει έλλειψη ερευνητικών στοιχείων για μειονοτικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των ομοφυλόφιλων (Carr, 2009).

Η δομή και των δύο πινάκων ακολουθεί το ίδιο μοτίβο. Χωρίζονται σε δύο βασικές στήλες. Η αριστερή στήλη παρουσιάζει τις κύριες κατηγορίες των διαταραχών, π.χ. διαταραχές διάθεσης. Σε όποια κατηγορία υπάρχουν εξειδικευμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις για συγκεκριμένη διαταραχή, π.χ. στις διαταραχές διάθεσης υπάρχουν προτεινόμενες παρεμβάσεις για την κατάθλιψη, τη διπολική διαταραχή κλπ., οι διαταραχές παρουσιάζονται σε υποκατηγορίες της ίδιας στήλης. Για την κατηγοριοποίηση των διαταραχών χρησιμοποιήθηκαν οι παραδοσιακές ψυχιατρικές κατηγορίες που παρουσιάζονται σε νοσολογικά συστήματα, όπως το DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Η χρήση παρόμοιας κατηγοριοποίησης, αν και δεν γίνεται αποδεκτή από το σύνολο των επαγγελματιών ψυχοθεραπευτών και ενέχει περιορισμούς (π.χ. στην περίπτωση πολλαπλών διαγνώσεων), είναι, ωστόσο, η πιο κοινά χρησιμοποιούμενη σε ερευνητικά προγράμματα και κλινικές υπηρεσίες και φυσικά «υποστηρίζεται» από το κίνημα της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας.

Στη δεξιά στήλη του πίνακα αντιστοιχούν οι προτεινόμενες τεκμηριωμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Αναφέρονται μόνο οι θεραπείες των οποίων η αποτελεσματικότητα έχει αξιολογηθεί με τα εξής εργαλεία: μετα-ανάλυση κλινικών δοκιμασιών, αφηγηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση κλινικών δοκιμασιών ή, ελλείψει των δύο προηγούμενων, με μία σχετική τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμασία. Με άλλα λόγια, χρησιμοποιούνται τα πιο αυστηρά μεθοδολογικά κριτήρια για την ένταξη ή όχι μιας παρέμβασης σε κάθε πίνακα, ακολουθώντας τα κριτήρια που έχει θέσει ο Carr στη μελέτη του και τα οποία αντικατοπτρίζουν την πιο «σκληροπυρηνική» πλευρά όσων υποστηρίζουν την ΕΤΨ.

Οι αναφερόμενες και προτεινόμενες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις *δεν* καλύπτουν όλο το εύρος των πιθανά αποτελεσματικών παρεμβάσεων. Αποτελούν, ωστόσο, τα μοντέλα εκείνα που έχουν ελεγχθεί με σύγχρονες, αξιόπιστες και έγκυρες ερευνητικές εργασίες ως μέγιστα αποτελεσματικά για συγκεκριμένο

πληθυσμό και διαταραχή[168]. Αν και το βάρος δίνεται στις ψυχολογικού τύπου παρεμβάσεις, σε ορισμένες διαταραχές αναφέρονται και φαρμακολογικές ή άλλες ιατρικές παρεμβάσεις, είτε στο πλαίσιο πολυπαραγοντικών παρεμβάσεων είτε για πληρέστερη καταγραφή των προσφερόμενων θεραπειών. Επιπρόσθετα, στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν στοιχεία για την προτεινόμενη διάρκεια θεραπείας, ενδείξεις βραχείας αποτελεσματικότητας ή ελλιπούς τεκμηρίωσης, αυτό αναφέρεται.

Η έρευνα, ωστόσο, παρουσιάζει πολλαπλές ελλείψεις και αναφορικά με τις διαταραχές που έχουν μελετηθεί. Για παράδειγμα, στα παιδιά έχουν ερευνηθεί ανεπαρκώς οι διαταραχές διάθεσης, οι αγχώδεις και διατροφικές διαταραχές (ειδικά η βουλιμία), ο αυτο-τραυματισμός, οι ψυχωτικές διαταραχές και η παιδική κακοποίηση. Στους ενηλίκους, οι διαταραχές προσωπικότητας, οι σωματόμορφες διαταραχές, η νευρική ανορεξία, τα ψυχοσεξουαλικά προβλήματα, όπως και τα ψυχολογικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας, χρήζουν περαιτέρω έρευνας.

Στην παρούσα εργασία διατηρήθηκε ένα περιορισμένο πλαίσιο αναφοράς, διότι ο σκοπός της μελέτης μου δεν είναι η παρουσίαση των εξειδικευμένων τεκμηριωμένων παρεμβάσεων. Ο περιορισμός αυτός όμως οδηγεί αναγκαστικά και στη συμπύκνωση ή γενίκευση των ονομάτων των ψυχολογικών παρεμβάσεων στους επόμενους πίνακες, δίνοντας έμφαση στην ευρύτερη κατηγορία ή θεωρητική προσέγγιση στην οποία ανήκουν (αν και σε ορισμένες περιπτώσεις δίνεται η ακριβής ονομασία για λόγους επεξηγηματικούς). Για παράδειγμα, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία περιλαμβάνει πολλές επιμέρους εξειδικευμένες, επιστημονικά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις (όπως οι τεχνικές χαλάρωσης ή η εκπαίδευση διαχείρισης θυμού), που χρησιμοποιούνται ανά περίπτωση, οι οποίες όμως στο παρόν αναφέρονται συνήθως με τον γενικότερο όρο ΓΣΘ. Αυτός ο τρόπος καταγραφής των ευρύτερων κατηγοριών, ωστόσο, δεν μπορεί να εκληφθεί ως οδηγός για την επιλογή θεραπευτικών παρεμβάσεων, διότι οι εξειδικευμένες θεραπείες αναλύονται διεξοδικά σε ειδικά εγχειρίδια κλινικής πρακτικής που διαφοροποιούνται ανά περίπτωση. Για παράδειγμα, η παροχή ΓΣΘ στην περίπτωση κατάχρησης ουσιών διαφέρει ουσιαστικά και τεχνικά όταν χρησιμοποιείται σε άλλου τύπου διαταραχή, όπως λ.χ. σε περιστατικά κατάθλιψης.

Σε γενικές γραμμές, το πλήθος και οι διαφοροποιήσεις των προσφερόμενων παρεμβάσεων καθιστά πολύ δύσκολη την ερευνητική δραστηριότητα να καλύψει κάθε πιθανό μοντέλο με τους όρους της ΕΤΨ. Οι περιορισμοί που υπάρχουν είναι πολλοί. Ίσως μετά από την αναλυτική αναφορά που έγινε σε αυτό το κεφάλαιο

[168] Η απουσία αναφοράς οιασδήποτε παρέμβασης συνάδει με την έλλειψη σχετικών ελεγχόμενων μελετών και, κατά τη γνώμη μου, δεν αφορά αποκλειστικά την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης.

για τη φιλοσοφία της ΕΤΨ, να είναι αναμενόμενη από τον αναγνώστη η κυριαρχία της γνωσιακής-συμπεριφορικής προσέγγισης, ως η πιο πλήρως αξιολογημένη προσέγγιση έως σήμερα, για το μεγαλύτερο ποσοστό διαταραχών συγκριτικά με τις υπόλοιπες παρεμβάσεις. Οι αιτίες του φαινομένου θα παρουσιαστούν στο τέταρτο κεφάλαιο της διατριβής. Πιο συγκεκριμένα, και σύμφωνα με τα στοιχεία που αναφέρονται στους επόμενους πίνακες για τις προτεινόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις, φαίνεται να υπάρχουν οι εξής ελλείψεις:

Συνολικά, η ερευνητική δραστηριότητα για τους ενηλίκους-ανηλίκους σχετικά με τη ΓΣΘ φαίνεται να είναι αρκετά καλά τεκμηριωμένη, ενώ και οι συστημικές ομαδικές θεραπείες έχουν ερευνηθεί αρκετά. Σοβαρές ελλείψεις υπάρχουν στην έρευνα των ψυχοδυναμικών και ανθρωπιστικών προσεγγίσεων. Επίσης, ελλείψεις υπάρχουν στις έρευνες για τις θεραπευτικές κοινότητες χρηστών ουσιών και ατόμων με διαταραχές προσωπικότητας, όπως και για τις ομάδες αυτοβοήθειας (π.χ. ΑΑ).

Τέλος, οι θεραπευτικές προτάσεις που βασίζονται στο παιχνίδι, τη μουσική, τον χορό, το θέατρο, την τέχνη, την ύπνωση, τον διαλογισμό, όπως και πολλές άλλες εναλλακτικού τύπου θεραπείες, που ενσωματώνονται πολλές φορές σε προγράμματα θεραπευτικών παρεμβάσεων, δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς. Επιπρόσθετα, υπάρχουν λίγα ερευνητικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα συνδυαστικών θεραπευτικών προτάσεων για συγκεκριμένες διαταραχές - δηλαδή, στις περιπτώσεις όπου δύο ή περισσότερες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις συνδυάζονται, προσφέρονται παράλληλα ή διαδοχικά, για παράδειγμα ο συνδυασμός ατομικής και ομαδικής θεραπείας, ίδιων ή διαφορετικών προσεγγίσεων, στους ενηλίκους για τις περισσότερες διαταραχές (Carr, 2009).

Πίνακας 4. Προτεινόμενες Επιστημονικά Τεκμηριωμένες Ψυχολογικές Παρεμβάσεις σε Ενηλίκους και Άτομα Τρίτης Ηλικίας

Διαταραχές[169]		**Προτεινόμενες Επιστημονικά Τεκμηριωμένες Ψυχολογικές Παρεμβάσεις**	
Διαταραχές Διάθεσης	Α) Κατάθλιψη	*Εξωτερικοί ασθενείς:* ⇒ Συμπεριφορική Θεραπεία ⇒ ΓΣΘ (ατομική ή ομαδική) ⇒ Ψυχοδυναμική (-ΙΙ-) ⇒ Διαπροσωπική ⇒ Θεραπεία Ζεύγους (ΓΣΘ, συστημική, διαπροσωπική, emotionally focused) ⇒ Βιβλιοθεραπεία (με θεραπευτική υποστήριξη ως αρχική παρέμβαση) ⇒ Θεραπεία μέσω Η/Υ-διαδικτύου (-ΙΙ-) ⇒ Υπέρικος (αντί φαρμάκων) ⇒ Φωτοθεραπεία (εποχιακή κατάθλιψη) *Βαριά-χρόνια Κατάθλιψη:* ⇒ Συνδυασμός αντικαταθλιπτικών φαρμάκων & ψυχοθεραπείας ⇒ Ηλεκροσπασμοθεραπεία	20 συνεδρίες ή περισσότερες για μεγαλύτερη νοσηρότητα
	Β) Διπολική Διαταραχή	Συνδυασμός φαρμακοθεραπείας με εντατική ψυχοθεραπεία (20-30 συνεδρίες) μεταξύ των: ⇒ Psychoeducational therapy ⇒ ΓΣΘ ⇒ Διαπροσωπική (Interpersonal social rhythm therapy) ⇒ Οικογενειακή Θεραπεία	
	Γ) Απόπειρα Αυτοκτονίας - Αυτο-τραυματισμός	⇒ Problem-solving therapy (10 συνεδρίες) ⇒ Γνωσιακή Θεραπεία (-ΙΙ-) ⇒ Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία[170] (μακρόχρονη, ατομική και ομαδική)	
Αγχώδεις Διαταραχές	*Σύνολο διαταραχών*	⇒ Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία ⇒ Θεραπεία μέσω διαδικτύου (ως αρχική παρέμβαση) ⇒ Φαρμακοθεραπεία (μόνο βραχύχρονα αποτελέσματα)	
	Α) Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους	⇒ ΓΣΘ ⇒ Βραχεία ψυχοδυναμική θεραπεία (ελλιπής ερευνητική τεκμηρίωση)	
	Β) Διαταραχή Πανικού (με ή χωρίς αγοραφοβία)	⇒ ΓΣΘ ⇒ Θεραπεία Ζεύγους (ΓΣΘ) ⇒ Βραχεία Ψυχοδυναμική Θεραπεία (ελλιπής ερευνητική τεκμηρίωση) ⇒ Βιβλιοθεραπεία (ΓΣ με θεραπευτική υποστήριξη ως αρχική παρέμβαση) ⇒ Φαρμακοθεραπεία (SSRIs[171], κίνδυνος υποτροπής μετά τη λήξη)	
	Γ) Φοβίες	⇒ ΓΣΘ (in vivo exposure)	
	Δ) Κοινωνική	⇒ ΓΣΘ	

[169] Αφορούν ψυχιατρικές κατηγορίες όπως περιγράφονται στα DSM-IV-TR & ICT-10
[170] "Dialectical behaviour therapy"
[171] "Selective Serotonin Reuptake Inhibitors" (Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης)

	Φοβία	⇒ Φαρμακοθεραπεία (SSRIs, βραχεία αποτελεσματικότητα)	
	Ε) Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	⇒ ΓΣΘ ⇒ Συστημική θεραπεία ζεύγους ή οικογένειας ⇒ Πολλαπλή παρέμβαση με ΓΣΘ και φαρμακοθεραπεία (SSRIs), σε περιπτώσεις μη ανταπόκρισης στην ψυχοθεραπεία	
	Στ) Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες	⇒ ΓΣΘ (trauma focused CBT) ⇒ Eye Movement Desensitization Reprocessing ⇒ Φαρμακοθεραπεία (SSRIs, κίνδυνος υποτροπής μετά τη λήξη) ⇒ Παιδική σεξουαλική κακοποίηση: βραχεία-20 συνεδρίες-ομαδική θεραπεία γνωσιακής-συμπεριφορικής, ψυχοδυναμικής ή ανθρωπιστικής προσέγγισης	
Σωματόμορφες Διαταραχές	Α) Ιατρικά Μη εξηγήσιμες Διαταραχές[172]	⇒ ΓΣΘ (ατομική ή σε συνδυασμό με οικογενειακή- θεραπεία ζεύγους)	
	Β) Υποχονδρίαση	⇒ ΓΣΘ	
	Γ)Σωματοδυσμορφική διαταραχή	⇒ ΓΣΘ	
Προσαρμογή στην ασθένεια	Α) Προετοιμασία για χειρουργείο	⇒ Γνωσιακές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις (υποστηρικτική ψυχοθεραπεία)	
	Β) Δευτερογενής πρόληψη σε ασθένειες υψηλού ποσοστού θνησιμότητας (καρκίνος, καρδιοπάθειες)	⇒ Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία ⇒ Προσωποκεντρική ή άλλη ανθρωπιστικού τύπου ⇒ Συστημική ⇒ ΓΣΘ	
	Γ) Προσαρμογή σε χρόνιες ασθένειες: 1) Άσθμα 2) Διαβήτης Τύπου Ι ή ΙΙ 3) Υπέρταση	1) Ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα αυτο-διαχείρισης άσθματος 2) Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (συμβουλευτική, ΓΣΘ, ψυχοδυναμική θεραπεία) στον διαβήτη τύπου ΙΙ 3) Πολλαπλές Συμπεριφορικές και Γνωσιακές Παρεμβάσεις	
Διαχείριση πόνου	Α) Χρόνιοι πόνοι, Ινομυαλγία, Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης, Αρθρίτιδα	⇒ ΓΣΘ (συνήθως ομαδική για χρόνιους πόνους & ινομυαλγία)	*Πολλαπλού τύπου παρεμβάσεις:* ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, ιατρικές θεραπείες, φαρμακοθεραπεία κ.α.
	Β) επανεμφανιζόμενοι πονοκέφαλοι, ημικρανία	⇒ ΓΣΘ, Βιοανάδραση (biofeedback)	
	Γ) Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (ΣΕΕ)	⇒ ΓΣΘ ⇒ Υπνοθεραπεία ⇒ Βιοανάδραση ⇒ Βραχεία ψυχοδυναμική θεραπεία	
Διατροφικές	Α) Παχυσαρκία	⇒ Ομάδες Αυτοβοήθειας	

[172] Σωματοποιητική διαταραχή, διαταραχή μετατροπής, αδιαφοροποίητη σωματόμορφη διαταραχή

διαταραχές		⇒ ΓΣΘ (30 συνεδρίες & διαχρονική υποστήριξη) ⇒ Πολλαπλές παρεμβάσεις με συνδυασμό ΓΣΘ, φαρμακοθεραπείας (olistat & sibutramine), άσκησης & δίαιτας χαμηλών θερμίδων ⇒ Χειρουργική παρέμβαση σε παθολογική παχυσαρκία	
	Β) Νευρική Ανορεξία	⇒ Ψυχοδυναμική θεραπεία ⇒ ΓΣΘ ⇒ Γνωσιακή αναλυτική θεραπεία ⇒ Οικογενειακή θεραπεία (λιγότερο αποτελεσματική σε ενηλίκους)	*Πολλαπλού τύπου παρεμβάσεις:* ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με ιατρική παρακολούθηση κ.α.
	Γ) Νευρική Βουλιμία	⇒ ΓΣΘ ⇒ Διαπροσωπική θεραπεία ⇒ Βιβλιοθεραπεία ή ομάδες αυτοβοήθειας με θεραπευτική υποστήριξη (περιορισμένη αποτελεσματικότητα)	Σε ορισμένες περιπτώσεις η ψυχοθεραπεία ενισχύεται με χρήση αντικαταθλιπτικών
	Δ) Επεισοδιακή Πολυφαγία[173]	⇒ ΓΣΘ ⇒ Συμπεριφορική θεραπεία (Weight loss & Dialectical) ⇒ Διαπροσωπική θεραπεία ⇒ Βιβλιοθεραπεία ή ομάδες αυτοβοήθειας με θεραπευτική υποστήριξη (περιορισμένη αποτελεσματικότητα)	
Διαταραχές Ύπνου (Αϋπνία)		⇒ Συμπεριφορικές και Γνωσιακές Παρεμβάσεις (psychoeducation, relaxation training κ.α.) ⇒ Φαρμακοθεραπεία (benzodiazepines, Z-drugs, anti-depressants, synthetic melatonin - με βραχύχρονη δράση και επιπλοκές)	
Κατάχρηση παράνομων ουσιών & αλκοόλ		*Εξάρτηση από αλκοόλ:* ⇒ Προσωποκεντρική θεραπεία (Motivation enhancement therapy) ⇒ Συμπεριφορικές παρεμβάσεις (Community reinforcement approach, social behavioural network therapy) ⇒ ΓΣΘ ή behavioural self-control training ⇒ Συμπεριφορική θεραπεία ζεύγους ⇒ Ενίσχυση αποτελεσμάτων γνωσιακών & συμπεριφορικών παρεμβάσεων με φαρμακοθεραπεία (acomprosate, naltrexone, disulfiram) ⇒ Βιβλιοθεραπεία ⇒ Moderation oriented-cue exposure (ελεγχόμενη κατανάλωση αλκοόλ) ⇒ Αποτοξίνωση με βενζοδιαζεπίνες ⇒ Ομάδες αυτο-βοήθειας	*Βραχείες παρεμβάσεις σε «ανοικτά» πλαίσια*

[173] "Binge eating"

	Εξάρτηση από παράνομες ουσίες: ⇒ Συστημική θεραπεία οικογένειας ή ζεύγους ⇒ Contingency management (χρήστες κοκαΐνης, οπιοειδών ή πολλαπλή χρήση) ⇒ Θεραπευτικές κοινότητες (χρόνιοι χρήστες ηρωίνης) ⇒ Προσωποκεντρική θεραπεία (Motivation enhancement therapy) ⇒ Συμπεριφορικές παρεμβάσεις (Community reinforcement) ⇒ Συμβουλευτική (Drug counselling) ⇒ Αποτοξίνωση ή υποκατάσταση οπιοειδών με φάρμακα (methadone, buprenorphine, alpha2adrenergic agonists) ⇒ ΓΣΘ ⇒ Συμπεριφορική θεραπεία ζεύγους	*Μακρόχρονες, δομημένες, εστιασμένες, παρεμβάσεις*
Διακοπή καπνίσματος	⇒ Συμβουλευτική (ατομική, ομαδική) ⇒ Συνδυασμός συμβουλευτικής με φαρμακοθεραπεία (varenicline, bupropion) ή υποκατάσταση νικοτίνης	
Χαρτοπαιξία	⇒ ΓΣΘ	
Σχιζοφρένεια	Συνδυασμός φαρμακοθεραπείας (μη τυπικά αντιψυχωτικά, π.χ. clozapine) & ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων (λιγότερες υποτροπές): ⇒ Οικογενειακή θεραπεία (psychoeducational) ⇒ ΓΣΘ (ατομική ή ομαδική) ⇒ Social skills training ⇒ Cognitive rehabilitation ⇒ Υποστηριζόμενη εργασιακή επανένταξη ⇒ Θεραπεία στην κοινότητα (home treatment)	
Διαταραχές προσωπικότητας	*Οριακή Διαταραχή προσωπικότητας:* ⇒ Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία ⇒ ΓΣΘ ⇒ Ψυχοδυναμική θεραπεία *Άλλες διαταραχές προσωπικότητας:* ⇒ ΓΣΘ ⇒ Ψυχοδυναμική θεραπεία ⇒ Θεραπευτικές κοινότητες, κέντρα ημέρας κ.α. (μακρόχρονη παραμονή)	*Συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας για ύφεση συμπτωμάτων. Η διάρκεια της ψυχοθεραπείας είναι συνήθως μακρόχρονη (περισσότερο από ένα έτος)*
Προβλήματα διαχείρισης θυμού	⇒ ΓΣΘ (ατομική ή ομαδική)	
Σεξουαλικά εγκλήματα	⇒ Οι βιολογικές παρεμβάσεις (αντι-ανδρογόνα φάρμακα) είναι πιο αποτελεσματικές από την ψυχοθεραπεία. Συνδυασμός φαρμάκων και ψυχοθεραπείας (μακρόχρονη αποτελεσματικότητα)	

		⇒ ΓΣΘ, ως μέρος ευρύτερης παρέμβασης με προγράμματα επιτήρησης & προστασίας της ευρύτερης κοινότητας	
Διαπροσωπικά προβλήματα	Α) Προβλήματα σχέσεων[174]	⇒ Ανθρωπιστική Θεραπεία ζεύγους (emotionally focused) ή ⇒ Συμπεριφορική θεραπεία ζεύγους ⇒ Ψυχοδυναμική θεραπεία ζεύγους	
	Β) Ψυχοσεξουαλικά προβλήματα[175]	*Συνδυασμός θεραπείας ζεύγους με εστιασμένες ψυχοθ. παρεμβάσεις:* ⇒ *Γυναικεία υποτονική σεξουαλική επιθυμία:* ΓΣΘ, θεραπεία με ανδρογόνα μετά την εμμηνόπαυση ⇒ *Οργασμική διαταραχή:* συμπεριφορικό πρόγραμμα καθοδηγούμενου αυνανισμού ⇒ *Δυσπαρευνία+κολεοσπασμός* (vulval vestibulitis syndrome): ΓΣΘ+ Βιοανάδραση ή, ελλείψει αποτελεσμάτων, χειρουργική επέμβαση ⇒ *Ανδρική στυτική δυσλειτουργία:* συνδυασμός φαρμάκων (PDE-5 inhibitors) & ΓΣΘ ⇒ *Πρόωρη εκσπερμάτιση:* ΓΣΘ ή, ελλείψει αποτελεσμάτων, φαρμακοθεραπεία (αντικαταθλιπτικά ή DPX)	
	Γ) Οικιακή βία	⇒ Αρχική αξιολόγηση καταλληλότητας θεραπείας ⇒ ΓΣΘ Ομαδική θεραπεία ζεύγους	
Πένθος		⇒ Συμβουλευτική (για υψηλή νοσηρότητα)	
Ψυχολογικά προβλήματα τρίτης ηλικίας	Α) Άνοια	⇒ *Εξασθένηση γνωσιακής λειτουργίας:* reminiscence therapy, cognitive stimulation, reality orientation χωριστά ή σε συνδυασμό με φάρμακα ⇒ *Προβληματική συμπεριφορά:* συμπεριφορικές παρεμβάσεις χωριστά ή συνδυαστικά με φάρμακα ⇒ Ψυχοεκπαίδευση, ΓΣΘ, συμβουλευτική, ομάδες υποστήριξης ατόμων που φροντίζουν τον ασθενή	
	Β) Κατάθλιψη	⇒ ΓΣΘ ⇒ Βραχεία ψυχοδυναμική θεραπεία ⇒ Διαπροσωπική θεραπεία ⇒ Reminiscence therapy ⇒ *Ταυτόχρονη ύπαρξη άνοιας+κατάθλιψης:* Εκπαίδευση ατόμων που φροντίζουν τον ασθενή, κοινωνικές και περιβαλλοντικές παρεμβάσεις	*Ψυχοθεραπεία χωριστά ή συνδυαστικά με αντικαταθλιπτικά*
	Γ) Αγχώδεις διαταραχές	⇒ Φαρμακοθεραπεία ή εναλλακτικά ΓΣΘ (ατομική ή ομαδική)	
	Δ) Αϋπνία	⇒ ΓΣΘ ή, ελλείψει αποτελεσμάτων, ⇒ Φαρμακοθεραπεία	

[174] "Relationship distress"

[175] Γυναικεία υποτονική σεξουαλική επιθυμία, οργασμική διαταραχή, δυσπαρευνία, κολεοσπασμός και ανδρική στυτική διαταραχή, πρόωρη εκσπερμάτιση.

Πίνακας 5. Προτεινόμενες Επιστημονικά Τεκμηριωμένες Ψυχολογικές Παρεμβάσεις για Παιδιά-Εφήβους-Άτομα με Διανοητικές Αναπηρίες & Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Διαταραχές[176]	Προτεινόμενες Επιστημονικά Τεκμηριωμένες Ψυχολογικές Παρεμβάσεις
Προβλήματα Ύπνου	⇒ Βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα: Συμπεριφορική εκπαίδευση γονέων(behavioural management programs) & φαρμακοθεραπεία (trimeprazine) ⇒ Μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα: Συμπεριφορική εκπαίδευση γονέων
Προβλήματα ενούρησης	⇒ Βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα: Φαρμακοθεραπεία (π.χ. desmopressin acetate) ⇒ Μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα: Συμπεριφορική εκπαίδευση οικογένειας
Προβλήματα ενκόπρισης	⇒ Συνδυασμός ιατρικής αξιολόγησης, συμπεριφορικής θεραπείας και διατροφικής παρέμβασης
Προβλήματα προσκόλλησης[177]	⇒ Σύντομη (15 συνεδρίες), επικεντρωμένη συμπεριφορική παρέμβαση ή ⇒ Μακρόχρονη Ψυχοδυναμική Θεραπεία μητέρας-βρέφους (ειδικά όταν υπάρχουν συνοδά ψυχολογικά προβλήματα στη μητέρα)
Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας	⇒ Πολλαπλές παρεμβάσεις με συνδυασμό (διεγερτικών) φαρμάκων και συμπεριφορικής παρέμβασης (ατομική, οικογενειακή, κοινοτική)
Προ-εφηβική Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή (Προβλήματα Συμπεριφοράς)	⇒ Συμπεριφορική εκπαίδευση γονέων σε ατομική ή ομαδική βάση (συμπληρωματικές παρεμβάσεις στο παιδί ενδείκνυνται, ενώ προτείνεται η παροχή ανατροφοδότησης στις γονεϊκές παρεμβάσεις)
Εφηβική Διαταραχή της Διαγωγής (επιθετική, καταστροφική συμπεριφορά, παράνομες πράξεις)	Βραχείες Οικογενειακές παρεμβάσεις ανάλογα με τον βαθμό νοσηρότητας: ⇒ συστημική οικογενειακή θεραπεία (functional family therapy), ⇒ πολυσυστημική θεραπεία (multisystemic therapy): οικογενειακή θεραπεία & ατομική θεραπεία εφήβου & παρεμβάσεις στο σχολείο-κοινότητα, ⇒ πολυεπίπεδη θεραπεία σε θετή οικογένεια
Κατάχρηση Ουσιών	⇒ Οικογενειακή Θεραπεία ή (εάν δεν είναι εφικτή) ⇒ Ατομική ή ομαδική ΓΣΘ
Σεξουαλικές Διαταραχές ανηλίκων	⇒ Πολυσυστημική θεραπεία ή ΓΣΘ (ατομική, οικογενειακή, παρεμβάσεις στην κοινότητα) και ⇒ Συνδυασμός με προγράμματα επιτήρησης & προστασίας της ευρύτερης κοινότητας
Παιδική & Εφηβική Κατάθλιψη	⇒ Συνδυασμός βραχείας ατομικής και οικογενειακής θεραπείας: ΓΣΘ, διαπροσωπική, βραχεία ψυχοδυναμική, οικογενειακή (attachment-based, psychoeducational oriented, behavioural systems approach) ⇒ Πολυεπίπεδη παρέμβαση με ψυχοθεραπεία και χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (αναστολείς

[176] Αφορούν ψυχιατρικές κατηγορίες όπως περιγράφονται στα νοσολογικά συστήματα DSM-IV-TR & ICT-10.,
[177] "attachment"

		επαναπρόσληψης σεροτονίνης- serotonin reuptake inhibitors ή SSRIs - συνίσταται προσεκτική χορήγηση)
Διπολική Διαταραχή		⇒ Πολυεπίπεδη παρέμβαση με φαρμακευτική αγωγή (mood stabilizing medication) και οικογενειακή θεραπεία (psychoeducational family therapy)
Απόπειρα Αυτοκτονίας - Αυτο-τραυματισμός		⇒ Πολυσυστημική θεραπεία (ατομική, οικογενειακή, παρεμβάσεις στην κοινότητα) ⇒ Διαλεκτική Συμπεριφορική θεραπεία ⇒ Θεραπεία υποστηρικτικών δικτύων (nominated support network therapy) ⇒ Φαρμακοθεραπεία (SSRIs -υπάρχουν αντιφατικά ερευνητικά ευρήματα για την αποτελεσματικότητά τους)
Παιδικές & Εφηβικές Αγχώδεις Διαταραχές	Α) Φοβίες, Κοινωνική Φοβία, Άγχος Αποχωρισμού, Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή, Επιλεκτική Αλαλία	⇒ ΓΣΘ (ατομική, ομαδική, οικογενειακή) ⇒ Ψυχοδυναμική θεραπεία ⇒ Φαρμακοθεραπεία (SSRIs - συνίσταται προσεκτική χορήγηση)
	Β) Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	⇒ Οικογενειακή ΓΣΘ (exposure & response prevention) και σε μη ανταπόκριση στη θεραπεία προτείνεται συνδυασμός ΓΣΘ και φαρμακοθεραπείας (SSRIs)
	Γ) Διαταραχή Μετα-τραυματικού Στρες	⇒ ΓΣΘ (trauma focused CBT) ⇒ Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ⇒ Συστημική οικογενειακή θεραπεία ⇒ Eye Movement Desensitization Reprocessing
Διατροφικές Διαταραχές:	Α) Προβλήματα βρεφικής & παιδικής διατροφής	⇒ Συμπεριφορική Θεραπεία παιδιού/βρέφους ή εκπαίδευση γονέα
	Β) Νευρική ανορεξία και βουλιμία	⇒ Οικογενειακή Θεραπεία
	Γ) Παχυσαρκία	Γ) Συμπεριφορική οικογενειακή Θεραπεία (συμπεριφορικά προγράμματα μείωσης βάρους)
Σύνδρομο Tourette		⇒ Φαρμακοθεραπεία (haloperidol, pimozine, risperidone, clonidine) ⇒ Συμπεριφορική Θεραπεία (habit reversal therapy)
Παιδιατρικά προβλήματα που συνδέονται με πόνο	Α) Πονοκέφαλοι	⇒ Τεχνικές χαλάρωσης και Θερμική Βιοανάδραση (thermal biofeedback) (ημικρανίες)
	Β) Επανεμφανιζόμενοι κοιλιακοί πόνοι	⇒ Οικογενειακή ΓΣΘ
	Γ) Επώδυνες ιατρικές διαδικασίες	⇒ ΓΣΘ
Προσαρμογή σε χρόνια νοσήματα	Α) Άσθμα	⇒ Ψυχολογικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις βελτίωσης λειτουργικότητας παιδιού
	Β) Διαβήτης (τύπος Ι)	⇒ ΓΣΘ (συνδυασμός ατομικής και οικογενειακής παρέμβασης) ή ⇒ Οικογενειακή διαχείριση κρίσεων & ατομική ψυχαναλυτική θεραπεία (σε περιπτώσεις συχνών ιατρικών κρίσεων)
Προβλήματα προσαρμογής	Α) Διαζύγιο-χωρισμός γονέων	⇒ Προγράμματα ψυχολογικής παρέμβασης στο παιδί (ομαδική θεραπεία), στους γονείς ή συνδυαστικά

κατόπιν κρίσης:		(psychoeducation, stress management training κ.α.)
	Β) Θάνατος γονέα	⇒ Συνδυαστικά προγράμματα ατομικών και οικογενειακών παρεμβάσεων (συστημικές, συμπεριφορικές παρεμβάσεις)
	Γ) Σεξουαλική κακοποίηση	⇒ ΓΣΘ (trauma focused) ή εστιασμένη ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ή Eye Movement Desensitization Reprocessing
	Δ) Σωματική κακοποίηση	⇒ Οικογενειακή ΓΣΘ ή Συμπεριφορική θεραπεία γονέων (Parent-child interaction therapy)
	Ε) Παραμέληση	⇒ Play therapy ή οικογενειακή συστημική θεραπεία
Διανοητική αναπηρία		⇒ Συμπεριφορική θεραπεία (applied behaviour analysis approach) για προβλήματα συμπεριφοράς παιδιού ⇒ Συμπεριφορική εκπαίδευση γονέων ⇒ Γνωσιακή-συμπεριφορική εκπαίδευση διαχείρισης θυμού ⇒ ΓΣΘ ατομική για συνοδά προβλήματα (άγχος, κατάθλιψη κ.α.) και ομαδική για γονείς ⇒ Φαρμακοθεραπεία για συνοδά προβλήματα (συνιστάται προσεκτική χορήγηση λόγω έλλειψης επαρκών μελετών)
Διαταραχές αυτιστικού φάσματος[178]		⇒ Συμπεριφορικού τύπου παρεμβάσεις (applied behavioural analysis) ⇒ Φαρμακοθεραπεία για συγκεκριμένα συμπτώματα (αντιψυχωτικά, αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και διεγερτικά φάρμακα)

[178] Αυτισμός, σύνδρομο Asperger, σύνδρομο Rett, αποδιοργανωτική διαταραχή, διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ
ΣΗΜΕΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΤΨ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

"Like the tango, psychotherapy takes two, and chemistry is hard to predict or measure".
Carey (2004)

Η ψυχολογία, η ψυχιατρική και ειδικότερα η ψυχοθεραπεία αποτελούν επιτεύγματα της ανθρώπινης δραστηριότητας που ενέταξαν τον επιστημονικό λόγο και, συγκεκριμένα, την εμπειρική έρευνα στον πυρήνα της εξέλιξής τους, από τη στιγμή που διαχωρίστηκαν από τη θρησκεία και τη φιλοσοφία. Η διάδοση και υιοθέτηση των εμπειρικά υποστηριζόμενων θεραπειών έχει προκαλέσει ποικίλες θετικές και αρνητικές αντιδράσεις στους θεραπευτές, τους ερευνητές και τους φορείς που σχετίζονται με την ψυχική υγεία (κυβερνητικά στελέχη, ασφαλιστικές εταιρείες, φαρμακευτικές εταιρείες κλπ.). Ωστόσο, η βασική πρόταση των υποστηρικτών της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας δεν μπορεί παρά να είναι ευρέως αποδεκτή. Ποιος δύναται να αρνηθεί ή να αντεπιχειρηματολογήσει στο ότι η κλινική πρακτική πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψιν της τη σύγχρονη ερευνητική τεκμηρίωση προς όφελος του ασθενούς; Η ορθότητα του ισχυρισμού, ότι η εργασία των ψυχολόγων οφείλει να βασίζεται στην επιστημονική γνώση, είναι ασφαλώς αποδεκτή και συναντάται στους κανόνες δεοντολογίας όλων των επαγγελματικών συλλόγων (βλ. λ.χ. American Psychological Association, 2002).

Αν όμως η λογική της ΕΤΨ είναι αποδεκτή, ο τρόπος με τον οποίο εξετάζεται και μετενσαρκώνεται σε κλινική πρακτική έχει δεχθεί σφοδρά πυρά. Σε κάθε περίπτωση, η λίστα που δημοσίευσε η Επιτροπή του Τομέα Κλινικής Ψυχολογίας της APA δημιούργησε «δεδικασμένο» ή προηγούμενο (Beutler, 1998), πάνω στο οποίο στήθηκε ο διάλογος υπέρ και κατά του κινήματος της ΕΤΨ. Σύμφωνα με τους Ollendick & King (2004) η δημοσίευση της λίστας των ΕΥΘ συνέβαλε στο διχασμό του επαγγέλματος της κλινικής ψυχολογίας και σχετικών κλάδων ψυχικής υγείας. Η αντιπαράθεση καταλαμβάνει πλέον μέρος της δημοσιευθείσας βιβλιογραφίας και έχει φτάσει στο συμβούλιο αντιπροσώπων[179] της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης (Norcross, Beutler & Levant, 2006). Εν ολίγοις, τα αντίπαλα στρατόπεδα περιλαμβάνουν στο ένα μέρος τους ερευνητές και θεραπευτές που ανήκουν στη γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση και οι οποίοι συνολικά είναι θετικά διακείμενοι στην ΕΤΨ. Το αντίθετο στρατόπεδο στελεχώνεται κυρίως από τους

[179] "council of representatives"

θεραπευτές ανθρωπιστικών και ψυχοδυναμικών προσεγγίσεων που φαίνεται να είναι αρνητικοί στο μοντέλο επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής που προωθείται επισήμως. Σύμφωνα με τον Messer (2004), η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική στην ψυχοθεραπεία οδήγησε σε έναν «πολιτισμικό πόλεμο», διότι η όλη αντιπαράθεση αγγίζει τις ευρείες κοσμοθεωρίες που «διαχωρίζουν» (σε σχετικό και όχι απόλυτο βαθμό) τους ψυχολόγους σε όσους έχουν μία πιο ανθρωπιστική ή πιο επιστημονική προοπτική και αντικατοπτρίζονται σε διχοτομήσεις όπως, ποιοτική vs ποσοτική μέθοδος ή υποκειμενισμός vs αντικειμενικότητα.

Τα περισσότερα σημεία κριτικής εντοπίζονται κυρίως στο μεθοδολογικό κομμάτι των ερευνών και στο είδος των κριτηρίων που αξιολογούν τις παρεμβάσεις. Στο πιο πρόσφατα δημοσιευμένο βιβλίο σχετικά με την αντιπαράθεση για την ΕΤΨ και πρακτική, με τίτλο "Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue in the Fundamental Questions" (Norcross & συν., 2006), δεν εντοπίζονται παρά ψήγματα των οικονομικών,πολιτικών και κοινωνικών επιρροών που υποδαυλίζουν και στηρίζουν το κίνημα της ΕΤΨ. Η αντιπαράθεση εδώ αναλύεται διεξοδικά αλλά και αναλώνεται σε θέματα μεθοδολογίας, κλινικής πρακτικής και δεοντολογίας. Παράλληλα, τα επιχειρήματα που χρησιμοποιούνται, ταυτίζονται συχνά με τις κριτικές που δέχεται το κίνημα της επιστημονικά τεκμηριωμένης ιατρικής (οι οποίες παρετέθησαν συνοπτικά στο τρίτο κεφάλαιο).

Το κύριο μέλημα του κινήματος της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής στην ψυχολογία έγκειται στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο τρόπος που επιλέγεται όμως γι' αυτό το σκοπό, είναι η αξιολόγηση των θεραπευτικών μεθόδων μέσω κλινικών δοκιμασιών, οι οποίες, εφόσον αναδείξουν την «αξία» της παρέμβασης, τότε μπορεί αυτή να διανεμηθεί στους ψυχοθεραπευτές, στο κοινό και βέβαια στους διαχειριστές του συστήματος υγείας.

1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΤΕΚΜΗΡΙΟΥ & ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ

Ξεκινώντας από μία φιλοσοφικού τύπου κριτική η ίδια η έννοια του τεκμηρίου[180] είναι προβληματική για πολλούς ψυχοθεραπευτές και ερευνητές. Οι υπέρμαχοι της επιστημονικά τεκμηριωμένης ιατρικής (από την οποία, όπως αναφέρθηκε, προέρχεται η τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία) ασπάζονται τον επιστημονικό ρεαλισμό[181] (ο οποίος προϋποθέτει την ύπαρξη μιας ανεξάρτητης πραγματικότητας, την αλήθεια της οποίας μπορούμε να προσεγγίσουμε μόνο με

[180] "evidence"

[181] Οι υποστηρικτές του επιστημονικού ρεαλισμού «*πιστεύουν ότι το χαρακτηριστικό προϊόν της επιτυχούς επιστημονικής έρευνας είναι η γνώση κατά κύριο λόγο για φαινόμενα ανεξάρτητα θεωριών και ότι αυτή η γνώση είναι δυνατή (και πραγματική) ακόμη και σε εκείνες τις περιπτώσεις στις οποίες τα συναφή φαινόμενα δεν είναι ... παρατηρήσιμα*». (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2009).

την επιστημονική έρευνα), μη αμφισβητώντας την εγκυρότητα των τεκμηρίων, τα οποία υπάρχουν ανεξάρτητα από όσους τα συλλέγουν, εφόσον με τη χρήση της επιστημονικής μεθόδου διασφαλίζεται η «αλήθεια» τους (Starcevic, 2003).

Η τεκμηρίωση όμως βασίζεται στην παρατήρηση και στην έρευνα, οι οποίες δεν μπορούν να είναι ανεξάρτητες από μία θεωρητική προσέγγιση, που εμπεριέχει πάντα αξίες (συχνά συναφείς με την κοσμοθεωρία του ιδρυτή της) και επηρεάζεται από την ιστορική στιγμή της δημιουργίας της. Η «*επιστημονική τεκμηρίωση δεν μπορεί να παρέχει αποδείξεις, μπορεί μόνο να επικυρώσει τη δέσμευσή μας σε... θεωρητικές κατασκευές που προέρχονται από την πρότυπη προσέγγιση*[182] *στην οποία ό,τι συγκαταλέγεται ως τεκμήριο έχει ήδη οριστεί*» [Sturdee (2001), παρατίθεται από τον Starcevic (2003), σελ. 279]. Η μετα-θετικιστική φιλοσοφία της επιστήμης πλέον διατυπώνει ότι η παρατήρηση αναπόδραστα εμπλέκεται με τη θεωρία και συνεπώς, δεν υφίστανται καθαρά γεγονότα ή δεδομένα ούτε ανεξάρτητες επιστημονικές παρατηρήσεις (Freire, 2006). Συνεπώς, η προτεινόμενη αντικειμενικότητα των τεκμηρίων αποτελεσματικότητας των θεραπειών είναι ισχυρά αμφισβητούμενη και δεν μπορεί να εκληφθεί σε καμία περίπτωση ως απόλυτη και καθοριστική, ώστε να αποτελεί βασικό επιχείρημα υιοθέτησης ή απόρριψης μιας παρέμβασης.

Παράλληλα με τον προβληματικό ορισμό της έννοιας της επαρκούς τεκμηρίωσης, ο «κατάλληλος» βαθμός θεραπευτικής αλλαγής, που θεωρείται σημαντικός ώστε να κατοχυρωθεί μία παρέμβαση ως εμπειρικά τεκμηριωμένη, είναι επίσης αμφισβητούμενος. Ανάμεσα στις δεκάδες μοντέλων ψυχοθεραπείας, κάθε προσέγγιση θέτει διαφορετικούς θεραπευτικούς στόχους. Η αλλαγή μιας «προβληματικής» συμπεριφοράς αποτελεί πιθανόν τον βασικό στόχο ενός συμπεριφορικού θεραπευτή, ενώ η αναδόμηση της προσωπικότητας ή η αναπλαισίωση της νοηματοδότησης των διαπροσωπικών σχέσεων, ορίζεται ως βασικός θεραπευτικός στόχος σε ψυχοδυναμικού και υπαρξιακού τύπου θεραπείες. Εφόσον διαφορετικές προσεγγίσεις προσφέρουν θεραπευτικές προτάσεις που εκφράζονται με εναλλακτικούς όρους, είναι δυσχερής ο κοινός ορισμός της θεραπευτικής αλλαγής, για παράδειγμα, στο πλαίσιο της μείωσης των συμπτωμάτων των ασθενών. Ακόμη όμως και σε αυτό το σημείο, πως μπορεί να διευθετηθεί το ζήτημα του ποιος βαθμός μείωσης της διαταραχής θεωρείται επαρκής και αποτελεσματικός τόσο σε στατιστική όσο και σε κλινική σημαντικότητα; Ακόμη και αν βρεθεί ένα κοινό σημείο συναίνεσης για την «επαρκή θεραπευτική αλλαγή», τόσο από την πλευρά των ερευνητών όσο και από την πλευρά των κλινικών, τελικά είναι ο ίδιος ο αιτών βοήθεια, αυτός που θα

[182] "paradigm"

νοηματοδοτήσει την παρέμβαση που του προσφέρεται ως κατάλληλη ή μη, ως βοηθητική ή όχι.

2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΜΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Όπως αναφέρθηκε εκτενώς στο 2ο κεφάλαιο, δεκάδες έρευνες και μετά-αναλύσεις (και μέγα-αναλύσεις, δηλαδή μετα-αναλύσεις των μετα-αναλύσεων) έχουν δείξει ότι γενικά η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική για ένα μεγάλο εύρος ψυχικών διαταραχών και πολλές «κατηγορίες» ασθενών. Επιπρόσθετα, οι συγκριτικές έρευνες μεταξύ διαφορετικών τύπων ψυχοθεραπείας -οι οποίοι έχουν ισχυρή θεωρητική βάση, εφαρμόζονται στην κλινική πρακτική για μεγάλο χρονικό διάστημα και έχουν ερευνηθεί εκτενώς- δεν φαίνεται να αποδίδουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στο χ ή ψ μοντέλο[183].

Στις έρευνες όμως αυτές (όπως και στις ποιοτικού τύπου μελέτες), οι οποίες αναφέρονται συνήθως σε ψυχοδυναμικές, ανθρωπιστικές ή συστημικές θεραπείες (αλλά όχι μόνο), συνήθως δεν περιλαμβάνονται ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες ή πειραματικές μελέτες ατομικών περιπτώσεων και το πιο σημαντικό, δεν απευθύνονται πάντα σε συγκεκριμένες διαταραχές ή προβλήματα οριζόμενα σύμφωνα με νοσολογικού τύπου συστήματα, όπως το DSM, ενώ συχνά δεν χρησιμοποιούνται και εγχειρίδια θεραπείας (Bohart, O'Hara & Leitner, 1998). Επιπλέον, σε πολλές από τις προαναφερόμενες μετα-αναλύσεις οι συγκρίσεις μεταξύ των θεραπειών αφορούν μόνο ΕΥΘ ή μόνο μη-ΕΥΘ (Wampold, 2006a). Γι' αυτούς ακριβώς τους λόγους, οι προαναφερόμενες έρευνες και οι αντίστοιχες θεραπείες δεν συμπεριλαμβάνονται στη βιβλιογραφία των εμπειρικά υποστηριζόμενων θεραπειών, η οποία κατακλύζεται από γνωσιακές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις [Messer, (2002), Messer, (2004)]. Όταν, ωστόσο, οι αξιόπιστες μεν αλλά όχι εμπειρικά τεκμηριωμένες θεραπείες, έχουν συγκριθεί με τις ΕΥΘ στις προαναφερόμενες μετα-αναλύσεις ή συγκριτικές έρευνες (που δεν πληρούν τα κριτήρια της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης) δεν φαίνεται να είναι λιγότερο αποτελεσματικές.

Πέρα από το γεγονός ότι το κίνημα της ΕΤΨ δεν λαμβάνει υπόψιν τον τεράστιο όγκο ερευνών που δεν πληρεί τα κριτήρια των ΕΚΔ, επιπρόσθετα, και συνήθως έμμεσα, προωθεί τις τεκμηριωμένες παρεμβάσεις ως «ανώτερες» των υπολοίπων που δεν έχουν ελεγχθεί με τα ίδια κριτήρια. Οι Ollendick & King (2006a) απαντούν ξεκάθαρα και καταφατικά στο ερώτημα περί ανωτερότητας των ΕΥΘ σε σχέση με τις υπόλοιπες θεραπείες, αν και αναγνωρίζουν την «ατυχία» των υπολοίπων παρεμβάσεων να μην έχουν τεκμηριωθεί με τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες. Όπως οι ίδιοι συγγραφείς σχολιάζουν (Ollendick & King, 2006b, σελ. 320) «...*δεν*

[183] Στο δεύτερο κεφάλαιο έχει αναλυθεί το φαινόμενο της ισοδυναμίας των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

απαιτείται οι υπέρμαχοι των ΕΥΘ να αναλάβουν μία σειρά μελετών για να δείξουν ότι οι μη-ΕΥΘ στην τωρινή [κλινική] *πρακτική δεν έχουν εμπειρική υποστήριξη. Τα ρυθμιστικά συμβούλια, συμπεριλαμβανομένου του FDA, σίγουρα θα μόρφαζαν σε μία τέτοια πρόταση».*

Υπάρχουν μολαταύτα και στο πεδίο των κλινικών δοκιμασιών -όπου κυριαρχούν οι γνωσιακές και συμπεριφορικές θεραπείες- ενδείξεις ότι οι μη-ΕΥΘ είναι εξίσου αποτελεσματικές με τις τεκμηριωμένες θεραπείες για συγκεκριμένες διαταραχές. Ο Wampold (2006a) παραθέτει μία σειρά ελεγχόμενων κλινικών δοκιμασιών ατομικής ψυχοθεραπείας ενηλίκων, στις οποίες συγκρίνονται ΕΥΘ με μη-ΕΥΘ (για κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές) και τα αποτελέσματα φαίνεται να δείχνουν ισοδύναμη αποτελεσματικότητα για όλες τις προσεγγίσεις. Ο συγγραφέας σημειώνει ότι, σε κάθε περίπτωση, πρέπει να ελέγχονται οι προτιμήσεις των ερευνητών και η επιρροή του θεραπευτή στο αποτέλεσμα των κλινικών δοκιμασιών, ώστε να αποφεύγονται μεθοδολογικά προβλήματα που οδηγούν σε παραπλανητικά δεδομένα.

Επομένως, δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι δεν υπάρχει κανενός τύπου ερευνητική τεκμηρίωση και για τις μη-ΓΣΘ, αλλά αντίθετα, ότι αυτή δεν λαμβάνεται υπόψη ως ισχυρή απόδειξη ή δεν αναφέρεται καθόλου. Για παράδειγμα, οι Chambless & Crits-Christoph (2006) υποστηρίζουν ότι εφόσον υπάρχουν δύο παρεμβάσεις για το ίδιο πρόβλημα, μία ερευνητικά τεκμηριωμένη και μία όχι, ακόμη και αν η δεύτερη παρέχεται με θετικά αποτελέσματα στην κλινική πρακτική, ο θεραπευτής οφείλει να μην την προσφέρει, έως ότου τεκμηριωθεί εμπειρικά, γεγονός που συνάδει με την ηθικά σωστή απόφαση προς όφελος του πελάτη (εκτός αν ο τελευταίος ενημερωθεί και επιλέξει τη μη τεκμηριωμένη παρέμβαση). Οι συγγραφείς στηρίζουν την άποψή τους στο επιχείρημα ότι ο ανθρώπινος παράγοντας (στην προκειμένη περίπτωση ο κλινικός) ενέχει άπειρους περιορισμούς στην επεξεργασία των πληροφοριών, ώστε να μην μπορεί να προσδώσει αντικειμενικούς αιτιακούς παράγοντες σχετικά με τη βελτίωση των θεραπευόμενων, σε αντίθεση με την αξιόπιστη ερευνητική διαδικασία.

Θα συμφωνήσω στο ότι η εκάστοτε ευρετική (δηλαδή η μέθοδος που καθοδηγεί τις ενέργειες του θεραπευτή με βάση τις κτηθείσες εμπειρίες του) δεν είναι πάντα άνευ προκαταλήψεων ή λαθών, γεγονός που υποδεικνύει και η σχετική ερευνητική εργασία σχετικά με τα λάθη στην επεξεργασία πληροφοριών (Chambless & Crits-Christoph, 2006), ωστόσο η ψυχοθεραπεία αναπτύχθηκε εδώ και έναν αιώνα, συχνά μέσα από τραγικές τεχνικές (αφαίμαξη, χρήση κοκαΐνης κλπ.), αλλά και μέσα από εκατοντάδες ερευνητικές εργασίες που δεν εμπίπτουν στο αυστηρό πεδίο των κλινικών δοκιμασιών. Ιδίως τα τελευταία πενήντα χρόνια η έρευνα παρέχει εξαιρετικά πολλά τεκμήρια περί αποτελεσματικότητας, τα οποία δεν

μπορούν να απαλειφθούν ή να αγνοηθούν ως μη χρήσιμα (Silverman, 1996), αλλά οφείλουν να αξιοποιηθούν και να εξελιχθούν προάγοντας την πολυφωνία και τον πλουραλισμό. Επιπρόσθετα, η κλινική πείρα και η διαπροσωπική επικοινωνία, η οποία αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, είναι εξίσου σημαντικά στοιχεία, όπως και τα ερευνητικά δεδομένα, και δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι η εμπειρία του ψυχοθεραπευτή (όπως και οποιουδήποτε επαγγελματία) οδηγείται από και οδηγεί μόνο σε λανθασμένες ή προκατειλημμένες αποφάσεις.

Εν τέλει, η ΕΤΨ είναι πολύ πρόσφατη προσπάθεια - με τους όρους που αναπτύσσεται τα τελευταία 20 χρόνια- για να θεωρείται «πανάκεια». Επιπλέον, όπως θα δείξω στη συνέχεια του παρόντος κεφαλαίου, η σύγκριση μίας παρέμβασης με ομάδα ελέγχου ή απουσία θεραπείας δεν συνηγορεί με το ότι η ίδια η θεραπεία είναι απαραίτητα αποτελεσματική για κάθε παρόμοιο περιστατικό. Η ψυχοθεραπεία αποτελείται από ένα σύμπλεγμα πολλαπλών παραγόντων (συμμετέχοντες, σχέση, πλαίσιο κλπ.) που επηρεάζουν εξίσου το αποτέλεσμα. Όπως αναφέρει και ο Henry (1998, σελ. 128) «*...είναι δύσκολο να χαρακτηριστεί ως έγκυρο ένα "εμπειρικό" κίνημα το οποίο αγνοεί τόσο πολλά εμπειρικά δεδομένα*».

3. ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΗ ΣΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Ο θεωρητικός προσανατολισμός και εν γένει η προτίμηση του ερευνητή για μία συγκεκριμένη θεωρία (theoretical allegiance)[184] ή παρέμβαση έχει μελετηθεί ως μεταβλητή που επηρεάζει το τελικό αποτέλεσμα προς την κατεύθυνση της προτιμώμενης θεραπείας. Συνεπώς, αυτό που παρουσιάζεται ως επιστημονικό τεκμήριο θεραπευτικής αλλαγής εμπεριέχει πολλές φορές επιρροή από εξωγενείς παράγοντες που δεν σχετίζονται με την παρέμβαση ή τις παρεμβάσεις που αξιολογούνται, ακόμη και στο αυστηρά ελεγχόμενο πλαίσιο των κλινικών δοκιμασιών (Luborsky & Barrett, 2006).

Ο όρος «θεραπευτική πίστη του πειραματιστή» ("therapeutic allegiance of the experimenter") χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά από τους Luborsky, Singer & Luborsky (1975) στην κλασική πλέον ανασκόπηση ευρημάτων από συγκριτικές έρευνες για τα αποτελέσματα των θεραπευτικών παρεμβάσεων, χωρίς ωστόσο να ερευνηθεί ποσοτικά η συσχέτιση μεταξύ της προτίμησης των ερευνητών και του αποτελέσματος. Μία μεταγενέστερη σημαντική ερευνητική ανασκόπηση για την επιρροή του ερευνητή διεξήγαγε ο Luborsky και συν. (1999) στην οποία έγινε συστηματική σύγκριση των προτιμήσεων των ερευνητών με τα αποτελέσματα των

[184] Στο πλαίσιο της έρευνας στην ψυχοθεραπεία ο όρος "theoretical allegiance" ορίζεται ως ο βαθμός της «πίστης ή αφοσίωσης» που εκφράζει ένας ερευνητής για μία συγκεκριμένη θεωρία αλλαγής της συμπεριφοράς [Luborsky & Barrett, (2006)].

ερευνών τους σε 24 συγκριτικές κλινικές μελέτες[185]. Η μέτρηση των προτιμήσεων των ερευνητών αξιολογήθηκε με τρεις τρόπους: με ανασκόπηση παλαιότερων άρθρων δημοσιευμένων από τους ίδιους, με αυτο-αξιολόγηση των συγγραφέων και με αξιολόγηση από συναδέλφους τους, έμπειρους ερευνητές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η προσέγγιση που προτιμούν οι ερευνητές φαίνεται να έχει καλύτερα αποτελέσματα στις μελέτες με μία συνολική συσχέτιση της τάξεως του 0.85. Αυτό σημαίνει ότι περίπου τα δύο τρίτα της διαφοροποίησης στο θεραπευτικό αποτέλεσμα οφείλονται στον προσανατολισμό του ερευνητή και όχι στην αξιολόγηση των θεραπευτικών μοντέλων. Το εύρημα αυτό συνιστά ότι η συνήθης σύγκριση θεραπευτικών μοντέλων μπορεί να έχει περιορισμένη εγκυρότητα, εφόσον δεν λαμβάνεται υπόψη η επιρροή των ερευνητών στα αποτελέσματα.

Οι Luborsky & Barrett (2006) σημειώνουν ότι παρ' όλη την αναγνωρισιμότητα που έχει λάβει η επιρροή του ερευνητή, πολύ λίγες μεταγενέστερες μετα-αναλύσεις και συγκριτικές κλινικές δοκιμασίες εξετάζουν αυτή τη μεταβλητή. Μια ολοκληρωμένη πρόσφατη μελέτη σχετικά με την επιρροή του ερευνητή φαίνεται να είναι των Elliott, Greenberg & Lietaer (2004), στην οποία έγινε μετά-ανάλυση 74 ελεγχόμενων δοκιμασιών στις οποίες συμπεριλαμβανόταν τουλάχιστον μία υπαρξιακού τύπου ψυχοθεραπεία[186] σε σύγκριση με άλλου είδους ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις (ΓΣΘ, συστημική οικογενειακή, ψυχοδυναμική, συνήθης παρεχόμενη φροντίδα κλπ.). Ενώ η ερμηνεία των αποτελεσμάτων των μελετών δείχνει υπεροχή των μη-υπαρξιακού τύπου παρεμβάσεων, όταν ο Elliott και συν. συμπεριέλαβε την προτίμηση των ερευνητών ως μεταβλητή, τα αποτελέσματα διαφοροποιήθηκαν. Όλες οι προσεγγίσεις -υπαρξιακές και μη- φάνηκε να έχουν ισοδύναμη αποτελεσματικότητα. Παρόμοια αποτελέσματα μπορούν να αναχθούν στη θεωρία περί ισοδυναμίας των θεραπευτικών παρεμβάσεων ("the Dodo Bird Effect") και στη συνακόλουθη κριτική για την αξιοπιστία των ελεγχόμενων κλινικών δοκιμασιών στο πεδίο της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας. Όπως αναφέρουν οι Leykin & DeRubeis (2009, σελ. 55) *«Τα αποτελέσματα των δημοσιευμένων (ελεγχόμενων κλινικών) δοκιμασιών, ειδικά, αλλά όχι μόνο, εκείνων που διεξήχθησαν πριν την εφαρμογή περισσότερο ενδελεχών κριτηρίων έρευνας, μπορούν να θεωρηθούν εξαιρετικά ύποπτα»*.

Σε γενικές γραμμές είναι αποδεκτό ότι οι προτιμήσεις των ερευνητών σε συγκεκριμένα μοντέλα σχετίζονται στατιστικά με τα αποτελέσματα των ερευνών.

---

[185] Στην ανασκόπηση εξετάστηκαν έρευνες από το 1965 έως το 1995 που συμπεριλάμβαναν 29 ζεύγη συγκρινόμενων προσεγγίσεων στις εξής παρεμβάσεις: γνωσιακή Vs συμπεριφορική, ψυχοδυναμική Vs συμπεριφορική, ψυχοδυναμική Vs γνωσιακή και φαρμακοθεραπεία Vs ψυχοθεραπεία.

[186] Person-Centred, Gestalt, Process Experiential, Emotionally Focused κ.α.

Στο σύνολό τους τα δημοσιεύματα για τη σχέση «προτίμησης» και αποτελέσματος συμφωνούν στο ότι υπάρχει αυτή η σχέση. Το «πώς» και το «γιατί» επηρεάζεται το θεραπευτικό αποτέλεσμα από τις προτιμήσεις των ερευνητών και των θεραπευτών είναι ακόμη υπό συζήτηση (McLeod, 2009). Εκτός των άλλων, μέχρι στιγμής δεν έχουν διεξαχθεί πειραματικές μέθοδοι στην έρευνα για την επιρροή των προτιμήσεων των ερευνητών, ώστε το φαινόμενο να μπορεί να ερμηνευθεί με δύο εναλλακτικούς τρόπους: είτε οι προτιμήσεις των ερευνητών επηρεάζουν τα αποτελέσματα ή η υπεροχή ορισμένων παρεμβάσεων επηρεάζει τόσο τις προτιμήσεις των ερευνητών όσο και τα αποτελέσματα (Leykin & DeRubeis, 2009). Επιπρόσθετα, ορισμένοι ερευνητές (McLeod, 2009) αναφέρουν ότι η παρατηρούμενη σχέση (μεταξύ θεραπευτικού αποτελέσματος και προσανατολισμού του ερευνητή) αποτελεί ένδειξη της εμπειρίας και γνώσης του ερευνητή και του θεραπευτή σε συγκεκριμένη παρέμβαση, οι οποίες, μέσω της υψηλής ποιότητας παροχής της θεραπείας, συμβάλλουν στα θετικά αποτελέσματα, και όχι μέσω της προτίμησης που έχει λ.χ. ο ερευνητής αυτής καθαυτής.

Σε κάθε περίπτωση, εάν μία μελέτη συγκρίνει διαφορετικά είδη παρεμβάσεων, η μεταβλητή του προσανατολισμού του ερευνητή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Αυτό δεν φαίνεται ωστόσο να συμβαίνει στην ερευνητική εργασία για τις εμπειρικά τεκμηριωμένες ψυχοθεραπείες. Στην πραγματικότητα, η πλειονότητα των σχετικών ερευνών διεξάγεται από συμπεριφορικά προσανατολιζόμενους ερευνητές, γεγονός που πιθανόν επηρεάζει τα ευρήματα υπέρ των γνωσιακών–συμπεριφορικών θεραπειών έναντι των υπολοίπων. Η συνεργασία μεταξύ διαφορετικού, αντίθετου προσανατολισμού ερευνητών, παρόμοιας εμπειρίας και αρτιότητας γνώσεων, με τη βοήθεια ενός κριτή, που έχει ονομαστεί ως «αντίπαλη συνεργασία» («adversarial collaboration», βλ. Mellers, Hertwig & Kahneman, 2001), είναι μία προτεινόμενη μέθοδος εξισορρόπησης της επιρροής του ερευνητή στα αποτελέσματα (παρόμοια με τη συνεργασία μεταξύ ερευνητών που δεν είναι ούτε θετικά, ούτε αρνητικά διακείμενοι στην προς εξέταση παρέμβαση, την οποία ο Haaga (2009) ονομάζει «συνεργασία ουδετερότητας» ή «neutrality collaboration»).

4. ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΩΝ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, ο τρόπος που λαμβάνονται οι αποφάσεις για την επιλογή των κριτηρίων αξιολόγησης και των τεκμηριωμένων παρεμβάσεων έχει δεχθεί κριτική. Η αμεροληψία και η αξιοπιστία των ανασκοπήσεων που γίνονται, καθώς και η διαδικασία με την οποία διαμορφώνονται οι λίστες των ΕΥΘ, από τον Τομέα 12 της APA, μπορεί να τεθεί υπό αμφισβήτηση, κάτι που σημειώνει και η ίδια η Chambless (Chambless & Ollendick, 2001). Η Επιτροπή της APA *«απαίτησε τα πειράματα να έχουν διεξαχθεί με "καλή" μεθοδολογία, αλλά πώς ορίζεται το «καλή»; ... Η ομάδα* [εννοεί την επιτροπή για τις ΕΥΘ] *δεν παρείχε κανένα τεκμήριο*

αξιοπιστίας των αποφάσεών της και καμία λεπτομερή εξήγηση της διαδικασίας με την οποία έφτασε σε εκείνες τις αποφάσεις» (Chambless & Ollendick, 2001, σελ. 702). Η δημοσίευση μιας λίστας ΕΥΘ δεν αναιρεί ότι μπορεί η λίστα να είναι «μεροληπτική». Το γεγονός ότι τα κριτήρια και οι λίστες τεκμηριωμένων θεραπειών διαμορφώνονται από ομάδες ειδικών δεν τις εξαιρεί από λάθη ή μεροληπτικά φαινόμενα, με τον ίδιο τρόπο που και οι έρευνες (τόσο στη διαδικασία όσο και στο αποτέλεσμα) επηρεάζονται από τους ερευνητές.

Ίσως στην περίπτωση που διαφορετικές ομάδες επιστημόνων (με διαφορετικό προσανατολισμό), κάνοντας ανασκόπηση (των ίδιων) ερευνών, φτάνουν σε παρόμοια συμπεράσματα, οι αμφιβολίες περί μεροληψίας να μην είναι τόσο ισχυρές. Η φερεγγυότητα όμως των εκάστοτε επιτροπών ή ερευνητικών ομάδων δεν εξαρτάται μόνο από τα μέλη τους. Πιέσεις ασκούνται από όλους τους ενδιαφερόμενους φορείς. Και μπορεί να υποθέσει κανείς ότι κάθε πλευρά υποστηρίζει τα δικά της συμφέροντα. Για παράδειγμα, μία φαρμακοβιομηχανία θα ενδιαφερόταν ασφαλώς να είναι τα δικά της προϊόντα στις λίστες τεκμηριωμένων θεραπειών, ειδικά, εφόσον χρηματοδοτούσε την ερευνητική διαδικασία. Γι' αυτό το λόγο, γίνονται τα τελευταία χρόνια προσπάθειες από την Επιτροπή Επιστήμης και Πρακτικής της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης (που είναι ο «διάδοχος» των προηγούμενων επιτροπών για τις ΕΥΘ), ώστε να δημιουργηθεί μία τυπική διαδικασία, ένα ακριβές εγχειρίδιο, με το οποίο να γίνονται οι ανασκοπήσεις για τον προσδιορισμό των τεκμηριωμένων θεραπειών. Κατ' αυτό τον τρόπο, επομένως, θα «διασφαλίζεται» η αξιοπιστία μεταξύ των ατόμων που διεξάγουν τις σχετικές ανασκοπήσεις, ενώ παράλληλα, μέχρι τη δημιουργία αυτού του εγχειριδίου, υπάρχει μία παύση στη δημοσίευση καινούργιας λίστας ΕΥΘ από τον ίδιο φορέα (Weisz και συν., 2000).

Αμφιβολίες όμως εκδηλώνονται και στην περίπτωση των επιτροπών από «ειδικούς» που αναλαμβάνουν να διευθετήσουν το ζήτημα της τεκμηρίωσης παρεμβάσεων για τις οποίες υπάρχουν αμφιλεγόμενα ή ελλιπή ερευνητικά δεδομένα. Αυτές οι ομάδες συχνά ονομάζονται "consensus panels" και χρησιμοποιούνται στη δημιουργία θεραπευτικών εγχειριδίων ή στη «νομιμοποίηση» θεραπευτικών παρεμβάσεων ως αποτελεσματικών (Corrigan, 2002). Η ερμηνεία και η υποστήριξη της τεκμηρίωσης όμως, δεν μπορεί παρά να επηρεάζεται από προσωπικές προκαταλήψεις ή προτιμήσεις και σε αυτή την περίπτωση. Επιπλέον, η εργασία των επιτροπών συχνά συνοδεύεται από κρατικές χρηματοδοτήσεις (που ευνοούν συγκεκριμένες παρεμβάσεις), έτσι ώστε χρειάζεται να είναι κανείς επιφυλακτικός για το πόσο «αντικειμενικές» μπορεί να είναι οι εκάστοτε επιτροπές, υπό τις συγκεκριμένες ιστορικές συνθήκες στις οποίες δρουν.

5. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Πολλές φωνές αντίδρασης στην τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο διαμορφώνονται οι λίστες των ΕΥΘ και στη σαφήνεια ή καταλληλότητα των κριτηρίων αξιολόγησης. Οι Fonagy, Roth & Higgitt (2005) υποστηρίζουν ότι τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για να προσδιοριστεί τι είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο πρέπει και τα ίδια να αξιολογηθούν εμπειρικά: «*Η αρτιότητά τους (η πιθανότητα της λανθασμένης αναγνώρισης μιας θεραπείας ως αποτελεσματικής) και η ευαισθησία τους (η πιθανότητα της λανθασμένης κατηγοριοποίησης μιας αποτελεσματικής θεραπείας ως μη αποτελεσματικής) πρέπει να τεκμηριωθούν σε σχέση με ένα σύνολο άλλων κριτηρίων δημόσιας υγείας... Οι θεραπείες που αναδεικνύονται ως "εμπειρικά-τεκμηριωμένες" με κάποια κριτήρια πρέπει να είναι διακριτές από τις θεραπείες που δεν πληρούν αυτά τα κριτήρια σε αρκετούς σύγχρονους, ανεξάρτητους αλλά και σχετικούς δείκτες, όπως η θεωρητική συνοχή, η επίπτωση στη δημόσια υγεία και ο βαθμός αποδοχής από τον χρήση/καταναλωτή*» (σελ. 2).

Έως σήμερα, δεν φαίνεται να έχει επιτευχθεί συναίνεση για το ποια πρέπει να είναι τα κριτήρια που προσδιορίζουν την εμπειρική τεκμηρίωση των ψυχολογικών παρεμβάσεων (Castelnuovo & συν., 2004) και, όπως θα αναδειχθεί στην πορεία του κεφαλαίου, οι κριτικές και οι εναλλακτικές προτάσεις στο κίνημα της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας δεν φαίνεται να έχουν απεμπλακεί από τη μονόπλευρη έμφαση στις μεθοδολογικές πρακτικές. Στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάστηκε συνοπτικά, υπό μορφή πίνακα (πίνακας 2., σελ.144), μία συλλογική εικόνα των κριτηρίων που χρησιμοποιούνται από διαφορετικές επιτροπές και συγγραφείς για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων.

Σύμφωνα με τα κριτήρια αξιολόγησης των ΕΥΘ, για να καταχωρηθεί μία θεραπεία ως «πιθανόν αποτελεσματική» στις αντίστοιχες λίστες, είναι αρκετό να αξιολογηθεί ερευνητικά ότι υπερτερεί σε σχέση με ομάδα ελέγχου σε λίστα αναμονής. Με άλλα λόγια, μια θεραπεία μπορεί να θεωρηθεί τεκμηριωμένη, εάν είναι πιο αποτελεσματική από τη μη παροχή θεραπείας. Αρκετοί συγγραφείς έχουν εκφράσει αντιρρήσεις για το συγκεκριμένο κριτήριο αξιολόγησης, διότι, όπως παραθέτει και ο Herbert (2003), η ερευνητική εργασία έχει δείξει επανειλημμένα ότι οποιαδήποτε παρέμβαση υπερτερεί από τη μη παρέμβαση, και ειδικά για τις διαταραχές διάθεσης και άγχους που παρουσιάζονται πιο συχνά στην κλινική πρακτική. Συνεπώς, το συγκεκριμένο κριτήριο δεν παρέχει ιδιαίτερα αξιόπιστα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας. Ο ίδιος συγγραφέας εύστοχα συμπληρώνει «*Ο παραλογισμός του κριτηρίου σύγκρισης με μη θεραπεία αναδεικνύεται από το γεγονός ότι τόσο η προσευχή, αλλά ακόμη και το placebo πληρούν τις προϋποθέσεις των ΕΥΘ, υπό αυτό το πρότυπο, διότι και τα δύο έχουν αξιολογηθεί ως ανώτερα της μη θεραπείας*» (σελ. 417).

Επιπρόσθετα, τα κριτήρια αξιολόγησης των ΕΥΘ είναι σύμφωνα με τους Rosen & Davison (2003) ανεπαρκή, διότι δεν καθορίζουν τους μηχανισμούς ή παράγοντες που επιδρούν καταλυτικά προς τη θεραπευτική αλλαγή. Συνεπώς, καθιστούν την ψυχολογική παρέμβαση ευάλωτη σε επιχειρηματικά συμφέροντα που προωθούν μονοπωλιακές θεραπείες -ως εμπορική δραστηριότητα- χωρίς να εξετάζουν ποια είναι τα ενεργά στοιχεία που καθιστούν τις θεραπείες αποτελεσματικές ή αν στην πραγματικότητα μία νέα παρέμβαση προφέρει κάτι διαφορετικό από τις υπάρχουσες.

6. ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ: Γενικά Σημεία Κριτικής

Οι ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες αποτελούν συχνά το «μήλο της έριδος» για όσους ενδιαφέρονται για την αξιολόγηση της ψυχοθεραπείας. Καταρχήν, σε επιστημολογικό επίπεδο, η τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμασία δεν μπορεί να είναι μία μέθοδος αξιολόγησης θεωρητικά ουδέτερη. Αντίθετα, είναι ένα εργαλείο έρευνας που διαμορφώθηκε με υποθέσεις που σχετίζονται στενά με τις συμπεριφορικές θεωρίες για τη θεραπεία (Freire, 2006), και συνεπώς αξιοποιείται καλύτερα από τις τελευταίες. Εφόσον στην ψυχοθεραπεία υπάρχουν διαφορετικές θεωρίες προσωπικότητας (κάτι που δεν ισχύει για τα φάρμακα), η σχετική διαμάχη που συνεχίζεται για τη χρήση των ΕΚΔ, πιθανόν αντικατοπτρίζει τις διαφορές μεταξύ των αντίστοιχων θεωριών˙ κάτι αντίστοιχο με αυτό που ονόμασε ο Messer (2004) ως «πολιτισμικό πόλεμο». Οι παρεμβάσεις, εάν κατηγοριοποιηθούν σε συμπεριφορικές και μη-συμπεριφορικές, δεν μπορούν να συγκριθούν με μόνο κριτήριο τις ΕΚΔ, ενώ παράλληλα δεν φαίνεται να υπάρχει ένα κοινό σημείο αναφοράς, μία ουδέτερη «γλώσσα» την οποία να μοιράζονται οι διαφορετικές θεωρίες για την ψυχοθεραπεία (όπως η «γλώσσα των διαγνώσεων»), ώστε να μπορούν να μελετηθούν συγκριτικά οι παρατηρήσεις από κάθε παρέμβαση.

Πολύ έντονη κριτική έχει ασκηθεί για την αποκλειστική σχεδόν χρήση των ελεγχόμενων κλινικών δοκιμασιών στην αξιολόγηση και τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, ως περιοριστικό κριτήριο (Beutler, 1998). Αν και οι ΕΚΔ θεωρούνται ο «χρυσός κανόνας» στις έρευνες αξιολόγησης της ψυχοθεραπείας (όπως και στην ιατρική), εντούτοις, η εφαρμογή τους στην έρευνα για την ψυχοθεραπεία δεν είναι πάντα ποιοτικά άρτια ή κατάλληλη. Συγκεκριμένα, εδώ και μία δεκαετία, οι ερευνητές τόσο των γνωσιακών-συμπεριφορικών, όσο και των ψυχοδυναμικών θεραπειών, έχουν εντοπίσει ορισμένες μεθοδολογικές δυσκολίες στην περιγραφή των ασθενών, στη χορήγηση θεραπευτικών εγχειριδίων, ακόμη και στη μέτρηση του αποτελέσματος (Gerber & Michels, 2008), στοιχεία που παραθέτω στις αντίστοιχες υποενότητες του παρόντος κεφαλαίου.

Γενικά, οι ΕΚΔ μπορούν να αξιολογήσουν μόνο ένα συγκεκριμένο τύπο ψυχοθεραπείας, σύντομο, τυποποιημένο, εστιασμένο σε μία διαγνωστική κατηγορία. Η προσπάθεια να ελεγχθούν διαφορετικά είδη θεραπείας με μοναδικό εργαλείο τις κλινικές δοκιμασίες, άλλοτε αλλοιώνει και άλλοτε βελτιώνει τα χαρακτηριστικά των παρεμβάσεων. Ένα ακόμη ερώτημα που τίθεται από αρκετούς ερευνητές, είναι εάν οι ΕΚΔ, τουλάχιστον με τη μορφή που διεξάγονται σήμερα, παρέχουν το κατάλληλο είδος ανάλυσης στην έρευνα για την αποτελεσματικότητα των θεραπειών (Fonagy, Roth, Higgitt, 2005). Το ερώτημα αυτό πηγάζει από την αναγνώριση της τεράστιας δυσκολίας να αξιολογηθεί όλο των φάσμα των παρεμβάσεων (αρκετές εκατοντάδες με διαφορετικά χαρακτηριστικά παροχής και όχι μόνο) για όλο το εύρος των διαταραχών (πάνω από διακόσιες) σε ενήλικες, παιδιά και κάθε πληθυσμιακή κατηγορία. Οι έρευνες που αναφέρονται στο αποτέλεσμα της παρέμβασης σπάνια εξακριβώνουν ποια είναι τα στοιχεία της θεραπείας που είναι «δραστικά» αποτελεσματικά ή ποια είναι η διαδικασία της αλλαγής που οδηγεί στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Μήπως οι ΕΚΔ δεν είναι τελικά ο μόνος και ο καλύτερος «δρόμος» για την τεκμηρίωση των παρεμβάσεων;

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση (APA, 2002a), όπως και με τους περισσότερους φορείς και συγγραφείς που ασχολούνται με την τεκμηρίωση τόσο των ιατρικών όσο και των ψυχολογικών θεραπειών, οι τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες είναι το πιο αξιόπιστο μέσο ελέγχου της εσωτερικής εγκυρότητας μιας έρευνας, ώστε να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αποκλείοντας εξωγενείς μεταβλητές. Οι τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες παρέχουν το πρώτο και υψηλότερο επίπεδο τεκμηρίωσης για την ΕΤΨ (σύμφωνα με την ιεράρχηση των τεκμηρίων, βλ. τρίτο κεφάλαιο, σελ. 161). Ενέχουν, ωστόσο, περιορισμούς που δεν μπορούν να αγνοηθούν όταν αξιολογείται μία παρέμβαση. Για παράδειγμα:

- Μία έρευνα σε ένα πλαίσιο δεν είναι αρκετή, χρειάζεται αναπαραγωγή των αποτελεσμάτων σε πολλαπλά πλαίσια και μελέτες.
- Επιπλέον, ορισμένα ερωτήματα – κυρίως όσα αναφέρονται σε βραχύχρονες, επικεντρωμένες θεραπείες, εξετάζονται πιο εύκολα μέσω των κλινικών δοκιμασιών, δημιουργώντας ανισότητα στο εύρος των αξιολογούμενων παρεμβάσεων και στη σχετική βιβλιογραφία που τις υποστηρίζει. Οι ΕΚΔ δημιουργήθηκαν εξαρχής για να αξιολογούν την επίδραση φαρμάκων και όχι ψυχολογικών παρεμβάσεων. Μήπως όμως κατ' αυτό τον τρόπο πριμοδοτούνται μόνο όσες παρεμβάσεις «ταιριάζουν» με τη φιλοσοφία και μεθοδολογία των ΕΚΔ, ενώ δεν είναι απαραίτητα οι βέλτιστες για τους θεραπευόμενους;

- Ακόμη και αν μία παρέμβαση αξιολογηθεί ως εξαιρετικά αποτελεσματική για έναν πληθυσμό, η εξατομικευμένη ανταπόκριση κάθε ασθενούς στη θεραπεία είναι διαφορετική. Στην αναφορά των αποτελεσμάτων των περισσότερων ΕΚΔ σημειώνεται η συνολική βελτίωση του δείγματος, η οποία δεν αντιπροσωπεύει τις ατομικές διαφοροποιήσεις κάθε ασθενούς στην ανταπόκρισή του στη θεραπεία (Reynolds, 2000) · πόσο μάλλον στην κοινότητα, όπου οι ασθενείς δεν επιλέγονται αυστηρά και η παροχή θεραπείας δεν είναι ελεγχόμενη.
- Κάποιοι συγγραφείς εξάλλου υποστηρίζουν ότι οι ΕΚΔ δημιουργούν τεχνητές συνθήκες που δεν αντιπροσωπεύουν την κλινική πρακτική (Leichsenring, 2005). Ασθενείς με την ίδια διάγνωση έχουν ιδιαιτερότητες που χρήζουν διαφορετικής παρέμβασης, ενώ μπορεί να ανταποκριθούν σε μία θεραπεία που δεν είναι ευεργετική για την πλειοψηφία (και η οποία δεν έχει ελεγχθεί με ΕΚΔ). Πώς μπορεί λοιπόν ο κλινικός να βασιστεί αποκλειστικά στην αναφορά μιας ΕΚΔ η οποία παραθέτει τον μέσο όρο των αποτελεσμάτων; Μπορεί ο ψυχο-θεραπευόμενος να αντιμετωπιστεί ως ο «μέσος ασθενής»;
- Οι ΕΚΔ χρησιμοποιούν το πλεονέκτημα της τυχαιοποιημένης κατανομής, ώστε να αποδίδονται οι παρατηρούμενες διαφορές μεταξύ των ομάδων μόνο στην αξιολογούμενη παρέμβαση. Όπως αναφέρουν όμως και οι Greenberg & Watson (2006a) σε γενικές γραμμές η τυχαιοποιημένη κατανομή, με σκοπό την εξισορρόπηση των ατομικών διαφορών, απαιτεί ένα πολύ μεγάλο δείγμα, ώστε να ανταποκρίνεται στις διαβαθμίσεις του υπό μελέτη πληθυσμού. Οι περισσότερες έρευνες αξιολόγησης της ψυχοθεραπείας δεν έχουν συμπεριλάβει ένα επαρκώς μεγάλο δείγμα, ώστε να μπορεί να αμφισβητηθεί η απόδοση των αποτελεσμάτων τους μόνο στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.
- Τέλος, δεν πρέπει να αγνοείται το γεγονός, ότι και οι κλινικές δοκιμασίες είναι αποτέλεσμα υποκειμενικών απόψεων σχετικά με το ποιος και πώς θα θεραπευτεί, αλλά και το πώς θα μετρηθεί το αποτέλεσμα (μεροληψία των ερευνητών).
- Οι ΕΥΘ αποτελούν *πιθανόν* γενικεύσιμα εμπειρικά ευρήματα και με αυτή την προϋπόθεση είναι αντι-επιστημονικό και αντιδεοντολογικό να υιοθετούνται άκριτα σε μεμονωμένες περιπτώσεις ή αντίστροφα να αγνοούνται παντελώς.

Γίνεται λοιπόν φανερό ότι οι ΕΚΔ δεν μπορούν να αποτελούν το «φάρμακο δια πάσαν νόσο». Στο πεδίο της επιστημονικά τεκμηριωμένης ιατρικής έχει αρχίζει ήδη από το 2000 μία συζήτηση για το εάν οι τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες είναι πράγματι ο «χρυσός κανόνας» στην έρευνα περί αποτελεσματικότητας ή έχει υπερεκτιμηθεί η «μοναδικότητα» της συνεισφοράς τους στην αξιολόγηση των

παρεμβάσεων [Benson & Hartz, (2000), Concato, Shah & Horwitz, (2000)]. Αντίστοιχες κριτικές και ερωτήματα ταλανίζουν και το πεδίο της έρευνας στην ψυχοθεραπεία. Εξάλλου ένας σημαντικός λόγος για τον οποίο καθυστέρησε η εφαρμογή κλινικών δοκιμασιών στην αξιολόγηση της ψυχοθεραπείας ήταν και οι ενστάσεις για την καταλληλότητά τους σε σχέση με τον ιδιαίτερο χαρακτήρα των ψυχολογικών παρεμβάσεων.

Επιπρόσθετα, η χρήση των ΕΚΔ στην αξιολόγηση των ψυχοθεραπευτικών μεθόδων προϋποθέτει ορισμένες «υποθέσεις» που δεν έχουν ελεγχθεί και δεν φαίνεται να είναι εφαρμόσιμες σε όλο των φάσμα των διαταραχών και παρεμβάσεων. Οι Westen, Novotny & Thompson-Brenner (2004) αναφέρουν αυτές τις «υποθέσεις» ως εξής:

α) η ψυχοπαθολογία είναι αρκετά ελάσιμη - ώστε να μπορεί να θεραπευτεί σε σύντομο χρονικό διάστημα,
β) οι περισσότεροι ασθενείς έχουν ένα βασικό πρόβλημα ή μπορούν να διαχειριστούν σα να έχουν ένα,
γ) η προσωπικότητα δεν σχετίζεται (ή είναι δευτερεύουσας σημασίας) με τη θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών - οι ψυχιατρικές διαταραχές μπορούν να θεραπευτούν ανεξάρτητα από στοιχεία της προσωπικότητας, τα οποία είναι απίθανο να αλλάξουν κατά τη διάρκεια σύντομων παρεμβάσεων,
δ) η πειραματική μέθοδος (και ιδιαίτερα η ελεγχόμενη κλινική δοκιμασία) παρέχει το ιδανικό πρότυπο για τον προσδιορισμό αποτελεσματικών θεραπειών.

Όπως υποστηρίζουν οι ίδιοι συγγραφείς (Westen & συν., 2004) έχει έρθει το πλήρωμα του χρόνου όπου πλέον οφείλουμε να αξιολογήσουμε εξονυχιστικά το εμπειρικό κύρος όχι μόνο των δεδομένων (που συλλέγονται ερευνητικά) αλλά και των ίδιων των μεθόδων που χρησιμοποιούνται ώστε να χαρακτηριστεί μία παρέμβαση τεκμηριωμένη ή μη.

7. ΟΜΑΔΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

Ένας βασικός «κανόνας» που ισχύει όταν συγκρίνονται παρεμβάσεις με ομάδες ελέγχου είναι ότι όσο πιο αδύναμη ή «μη αποτελεσματική» είναι η ομάδα ελέγχου, τόσο πιο ισχυρά αποτελέσματα θα παρουσιάσει η δομημένη, στοχοθετημένη και καλά στοιχειοθετημένη παρέμβαση που αξιολογείται. Σχετικά με τις ομάδες ελέγχου υπάρχουν πολλά μεθοδολογικά και δεοντολογικά προβλήματα, ορισμένα εκ των οποίων πηγάζουν και από την ιδιαιτερότητα της ψυχοθεραπείας. Σύμφωνα με τον Rifkin (2007), αρχισυντάκτη του έγκριτου ιατρικού περιοδικού "The American Journal of Psychiatry", το κεντρικό μεθοδολογικό πρόβλημα των τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων κλινικών δοκιμασιών στην έρευνα για την ψυχοθεραπεία είναι η καταλληλότητα των ομάδων ελέγχου.

Αρκετές τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες στην ψυχοθεραπεία χρησιμοποιούν ομάδες ελέγχου αναμονής ασθενών. Αυτή η μέθοδος όμως δεν φαίνεται επαρκής, τόσο για λόγους ηθικής και δεοντολογίας (διότι καθυστερείται η χορήγηση θεραπείας σε ασθενείς που την έχουν ανάγκη), όσο και σε περίπτωση που η ψυχοθεραπεία δείξει καλύτερα αποτελέσματα από την ομάδα ελέγχου. Τότε δεν είναι εύκολο να γίνει διάκριση στο εάν είναι όντως αποτελεσματική η θεραπεία ή υπήρξε αυθόρμητη ύφεση της ασθένειας, σε αντίθεση με την ομάδα αναμονής στην οποία πιθανόν οι ασθενείς επηρεάστηκαν ψυχολογικά από την καθυστέρηση παροχής θεραπείας και πιθανώς άλλαξε και η φυσική πορεία της νόσου (Rifkin, 2007). Από τις παρατηρούμενες διαφορές μεταξύ της ομάδας θεραπείας και εκείνης σε λίστα αναμονής «*Το μόνο επιστημονικά έγκυρο συμπέρασμα είναι ... ότι το να κάνεις κάτι, είναι καλύτερο από το να μην κάνεις τίποτα*» (Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004, σελ. 651).

Όταν ο σχεδιασμός της κλινικής δοκιμασίας περιλαμβάνει σύγκριση ψυχοθεραπείας με φαρμακοθεραπεία (συγκριτικός σχεδιασμός χωρίς ομάδα ελέγχου), τότε υπάρχει ένα άλλο ζήτημα στην ερμηνεία των ευρημάτων. Εάν δεν βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των θεραπειών, πιθανόν ισχύει ο ισχυρισμός ότι και οι δύο είναι ενεργές θεραπείες ή ότι καμιά δεν είναι (Rifkin, 2007). Ακόμη και εάν η μία θεραπεία βρεθεί ισχυρότερη από την άλλη, τότε πώς μπορεί να διασφαλιστεί ότι όντως είναι αποτελεσματική ή ότι η μία θεραπεία επηρεάζει αρνητικά τη φυσική πορεία της νόσου, ενώ η άλλη δεν έχει καμία επίδραση;

Με σκοπό να εξιχνιαστούν τα ανωτέρω ζητήματα είναι σημαντικό να συμπεριλαμβάνεται στη σύγκριση φαρμακοθεραπείας-ψυχοθεραπείας και ένα εικονικό φάρμακο (placebo), ώστε να παρατηρείται η φυσική πορεία της νόσου και να ελέγχονται εξωγενείς ψυχολογικοί παράγοντες, όπως οι προσδοκίες των ασθενών για ίαση. Εάν όμως η εικονική θεραπεία δεν είναι «φαρμακευτική», τότε αναδύονται άλλοι προβληματισμοί. Όπως αναφέρουν και οι Roth & Fonagy (1996) δεν είναι πάντα εύκολος ο ορισμός μιας εικονικής θεραπείας, δηλαδή μιας παρέμβασης που να έχει εγγυημένα μη ενεργή επίδραση στον θεραπευόμενο, να ελέγχει τις μεταβλητές της προσοχής-ενδιαφέροντος του θεραπευτή και να εκλαμβάνεται ως αξιόπιστη παρέμβαση από τους συμμετέχοντες. Με άλλα λόγια, στην ψυχοθεραπεία δεν υπάρχει αντίστοιχο του εικονικού φαρμάκου που χρησιμοποιείται στις φαρμακολογικές έρευνες (Starcevic, 2003). Οι μη-συγκεκριμένες εικονικές θεραπείες που παρέχονται στις ομάδες ελέγχου (στοιχεία για τις οποίες παραθέτω στο δεύτερο κεφάλαιο) δεν μπορούν να είναι «ουδέτερες» όπως ένα εικονικό χάπι, διότι προκαλούν ψυχολογικές αλλαγές στους θεραπευόμενους, ακόμη και αν οι τελευταίες δεν μπορούν να θεωρηθούν κλινικά

σημαντικές. Η σύγχρονη έρευνα εξάλλου υποστηρίζει ότι τα φαινόμενα placebo είναι αυθεντικά ψυχοβιολογικά συμβάντα που αποδίδονται στο θεραπευτικό πλαίσιο (εργαστηριακό ή κλινικό) και υπάρχουν ακόμη και αν δεν παρέχεται εικονική θεραπεία (Finniss & συν., 2010).

Επιπλέον, η εικονική θεραπεία στην ψυχολογική παρέμβαση θεωρείται προβληματική διότι δεν μπορεί να παρέχεται «τυφλά» (Wampold, 2006a). Οι θεραπευτές πάντα γνωρίζουν σε ποια συνθήκη συμμετέχουν και τι καλούνται να προσφέρουν στους συμμετέχοντες της κλινικής δοκιμασίας. Οι προσδοκίες που αναπτύσσουν οι θεραπευτές (αρνητικές ή θετικές) για τη συνθήκη στην οποία συμμετέχουν και οι οποίες αναμφισβήτητα «επικοινωνούνται» με κάποιο τρόπο στον πελάτη, είναι πιθανόν να επηρεάζουν τα αποτελέσματα της εικονικής θεραπείας (Wampold & Bhati, 2004).

Άλλα προβλήματα που σχετίζονται με την εικονική θεραπεία στο σχεδιασμό των ΕΚΔ για την αξιολόγηση της ψυχοθεραπείας είναι (Wampold, 2006a):
α) οι θεραπευτές καλούνται να *μην* χρησιμοποιήσουν θεραπευτικές πράξεις που τυπικά χρησιμοποιούνται σε κάθε είδος ψυχοθεραπείας (π.χ. μιλάνε για ουδέτερα θέματα),
β) κάποιες φορές χρησιμοποιείται διαφορετικό θεραπευτικό σχήμα (π.χ. ομαδικό) από ό,τι στην πειραματική ομάδα,
γ) η εικονική παρέμβαση δεν παρέχει την ίδια «δόση» θεραπείας (λιγότερες συναντήσεις ή μικρότερης διάρκειας) και,
δ) οι θεραπευτές δεν έχουν το ίδιο προφίλ (εμπειρία ή ικανότητες) με την πειραματική ομάδα.

Με άλλα λόγια συγκρίνονται δύο είδη παρεμβάσεων με πολύ διαφορετικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν το αποτέλεσμα ανεξάρτητα από τις επιμέρους τεχνικές. Εφόσον όμως η ομοιομορφία των συγκρινόμενων παρεμβάσεων δεν μπορεί να κατοχυρωθεί, τότε μπορεί να αμφισβητηθεί και η αξιοπιστία των ερμηνειών που δίνεται στα δεδομένα της εκάστοτε μελέτης.

Ένας άλλος τρόπος ελέγχου της αποτελεσματικότητας των ψυχολογικών παρεμβάσεων είναι η σύγκριση με την «συνήθη παρεχόμενη θεραπεία» (χρησιμοποιείται ο όρος "treatment as usual"). Αυτή η σύγκριση όμως σπανίως είναι έγκυρη (αν και παρουσιάζεται στη βιβλιογραφία ως τέτοια), διότι οι θεραπευτές της συγκεκριμένης «ομάδας ελέγχου» θα έπρεπε να επιλέγονται με τα ίδια κριτήρια όπως στις ΕΚΔ, κάτι που δεν συμβαίνει. Ειδικότερα, πρέπει να είναι έμπειροι, να βλέπουν τακτικά τους ασθενείς, να έχουν συγκεκριμένη εκπαίδευση και κίνητρο, να πληρώνονται καλά κλπ. Επιπλέον, η συνήθης παρέμβαση δεν μπορεί να οριοθετηθεί επακριβώς, διότι είναι εξαιρετικά ετερογενής και

επομένως δεν γνωρίζουμε ποιό είναι το μέτρο σύγκρισης της αξιολογούμενης θεραπείας. Είναι λοιπόν τόσες πολλές οι μεταβλητές που διαφοροποιούν τους θεραπευτές και τις παρεμβάσεις στην κοινότητα μεταξύ τους και σε σχέση με τους θεραπευτές και τις παρεμβάσεις στις κλινικές δοκιμασίες, που μπορεί κάποιος να εγείρει σημαντικά ζητήματα εγκυρότητας στις σχετικές έρευνες που χρησιμοποιούν ως βάση σύγκρισης (και συχνά ως αποδεικτικό στοιχείο ανωτερότητας των ΕΥΘ) τη συνήθη παρεχόμενη θεραπεία.

8. ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Όπως και στην ιατρική, έτσι και στη σύγχρονη, τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία, οι οδηγοί κλινικής πρακτικής (ή εγχειρίδια θεραπείας) προσφέρουν νέες γνώσεις και παρεμβάσεις στην κλινική πρακτική, οι οποίες προέρχονται από την έρευνα και την ομόφωνη γνώση ειδικών (Singh & Singh, 2007). Οι O' Donohue & Fisher (2006) υποστηρίζουν ότι τα εγχειρίδια κλινικής πρακτικής είναι ένα βασικό όχημα στη βελτίωση της ποιότητας παροχής των υπηρεσιών (ψυχικής) υγείας και η συνεχής εξέλιξή τους οφείλει να είναι βασικό μέλημα των επιστημόνων και κλινικών. Η έρευνα για τις εμπειρικά τεκμηριωμένες θεραπείες βασίζεται κατά κύριο λόγο στη χρήση εγχειριδίων θεραπείας, τα οποία βοηθούν ώστε να περιγράφεται με εξαιρετική σαφήνεια το είδος της υπό εξέταση παρέμβασης. Επιπρόσθετα, τα εγχειρίδια συνεισφέρουν εκτός από την αξιολόγηση, στη διάδοση και στην εφαρμογή ορισμένων εμπειρικά τεκμηριωμένων θεραπειών (Addis & Cardemil, 2006a). Με άλλα λόγια, τα εγχειρίδια σήμερα αποτελούν ένα είδος οχήματος μέσω του οποίου ενημερώνεται ο θεραπευτής, ο φοιτητής, ο πολίτης, αλλά και οι πολιτικοί φορείς που σχετίζονται με την υγεία, για τη χρησιμότητα και καταλληλότητα ορισμένων παρεμβάσεων.

Σύμφωνα με τις υπάρχουσες κριτικές, η χρήση οδηγών θεραπείας υποβιβάζει την ποιότητα της ψυχοθεραπείας, όταν χρησιμοποιείται τόσο στην έρευνα, την εκπαίδευση των θεραπευτών, όσο και στην ίδια την κλινική πρακτική. Οι πρώιμες φωνές αντίδρασης αναφέρουν τον κίνδυνο μείωσης της κλινικής ανεξαρτησίας και καινοτομίας, καθώς και την πιθανότητα υπονόμευσης της ιδιαιτερότητας της θεραπευτικής σχέσης [Addis, Wade & Hatgis, (1999), Roth, Fonagy & Parry, (1996)], εξαιτίας του τρόπου με τον οποίο αξιολογούνται οι παρεμβάσεις και προωθείται η τεκμηριωμένη ψυχοθεραπευτική πρακτική. Τα εγχειρίδια, συχνά αποκαλούνται ειρωνικά με τον όρο «οδηγοί μαγειρικής», ώστε να τονιστεί η αλλοίωση της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας εξαιτίας της χρήσης τους [Bohart, O'Hara & Leitner (1998), Silverman, (1996)].

Η σημαντικότητα του θεραπευτή δεν αναγνωρίζεται στο βαθμό που οφείλει να παρέχει προκαθορισμένες ακολουθίες τεχνικών για συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες που εντάσσονται στα θεραπευτικά εγχειρίδια. Αντιστοίχως

περιθωριοποιείται και η ενεργή σύμπραξη του ασθενούς, εφόσον πρέπει να ακολουθεί και αυτός την ατζέντα που έχει θέσει ο θεραπευτής ή μάλλον ο οδηγός θεραπείας[187]. Με αυτό τον τρόπο, περιορίζεται στο ελάχιστο η κλινική κρίση του θεραπευτή (εφόσον αν παρεκκλίνει από το συνολικό πακέτο που θεωρείται εμπειρικά τεκμηριωμένο, θα παρέχει διαφορετική παρέμβαση από την προσδοκώμενη), κάτι που μπορεί, εντούτοις, να διευκολύνει τη διεξαγωγή κλινικών δοκιμασιών.

Στις ανθρωπιστικές προσεγγίσεις (και όχι μόνο), αναμένεται ο θεραπευτής να αντιδρά ευέλικτα, αυθόρμητα και συχνά να αυτοσχεδιάζει, εντός του θεωρητικού προτύπου το οποίο υιοθετεί[188], κάτι που αντιτίθεται στην ακρίβεια, στους κανόνες και τις διαδικασίες που προβλέπει ένας οδηγός θεραπείας (Bohart, O'Hara & Leitner, 1998). Ο Henry (1998) παραθέτει τον συχνά αναφερόμενο προβληματισμό, ότι η πιστή αναπαραγωγή των οδηγιών που περικλείονται στα εγχειρίδια, πιθανόν να μειώσει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, εφόσον κάθε περιστατικό είναι μοναδικό και θέλει ιδιαίτερους και όχι τυποποιημένους χειρισμούς. Τα εγχειρίδια δεν μπορούν να υποκαταστήσουν τις κλινικές ικανότητες και την εμπειρία του θεραπευτή, με τον ίδιο τρόπο που ο Κώδικας Οδικής Κυκλοφορίας δεν μπορεί να αντικαταστήσει τον καλό οδηγό, αναφέρει χαρακτηριστικά ο Fonagy & συν. (2005).

Επιπλέον, η χρήση οδηγών θεραπείας στην έρευνα μειώνει ως ένα βαθμό την εξωτερική εγκυρότητα της παρέμβασης, εφόσον οι έμπειροι θεραπευτές δεν περιορίζονται στην «τυφλή» υιοθέτηση των εγχειριδίων στην καθημερινή τους πρακτική (Pinard, 2004). Ακόμη και η επιτυχή-ομοιόμορφη παροχή ψυχοθεραπείας στις ερευνητικές εργασίες, που συχνά αποδίδεται στη χρήση εγχειριδίων, μπορεί να αμφισβητηθεί, καθώς οι θεραπευτές που επιλέγονται είναι συχνά εξαιρετικά έμπειροι, εκπαιδεύονται με τα καλύτερα κριτήρια και «παρακολουθούνται» κατά τη διάρκεια των συνεδριών, ώστε το τελικό αποτέλεσμα να οφείλεται σε πολύ περισσότερους παράγοντες από την εφαρμογή ενός οδηγού θεραπείας.

Η μελέτη της θεραπευτικής διαδικασίας στην έρευνα των Ablon & Jones (1998) έδειξε ότι αυτό που υποτίθεται ότι χαρακτηρίζεται λ.χ. ως ψυχοδυναμική θεραπεία, μπορεί στην πράξη να εμπεριέχει και γνωσιακά-συμπεριφορικά στοιχεία (τεχνικές) ή αντίστροφα, τα οποία είναι πιθανόν ενεργά συστατικά που επηρεάζουν τη διαδικασία και το αποτέλεσμα. Με πιο απλά λόγια, στην κλινική

[187] Σε αυτό το σημείο υπάρχουν διφορούμενες απόψεις, εφόσον υποστηρίζεται ότι η εστιασμένη και βραχύχρονη φύση των ΕΥΘ διευκολύνει την ενεργή εμπλοκή των ασθενών στη θεραπευτική διαδικασία [Mansfield & Addis (2001α)].

[188] Για παράδειγμα, η άνευ όρων αποδοχή, η αυθεντικότητα και η ενσυναίσθηση, θεραπευτικές συνθήκες στις οποίες δίνει έμφαση η προσωποκεντρική ψυχοθεραπεία, μπορούν να εκφραστούν με πολλούς διαφορετικούς τρόπους ανάλογα με τους συμμετέχοντες, το πλαίσιο, τις συνθήκες, το πρόβλημα κλπ.

πράξη η προσέγγιση που υιοθετεί ο θεραπευτής δεν μπορεί σχεδόν ποτέ να ταυτοποιηθεί με ένα πρότυπο θεραπείας, όπως αυτό που προτείνουν τα εγχειρίδια.

Επιπρόσθετα, υπάρχουν ενδείξεις ότι η πιστή προσκόλληση στους οδηγούς θεραπείας παρεμβάλλεται στη δημιουργία καλής θεραπευτικής σχέσης (Duncan & Miller, 2006), η οποία είναι ιδιαίτερα σημαντική για το θετικό τελικό αποτέλεσμα. Οι κριτικές σημειώνουν ότι στην κλινική πρακτική οι ασθενείς δεν αναζητούν πάντα θεραπεία εξαιτίας συγκεκριμένης ψυχοπαθολογίας ή διάγνωσης, αλλά είναι άτομα με μοναδικές ποιότητες, προσδοκίες και συνθήκες ζωής (Messer, 2006), τις οποίες το εγχειρίδιο (ή όπως θα δούμε η διαγνωστική κατηγορία) δεν τις λαμβάνει υπόψιν ˙ ο θεραπευτής όμως οφείλει να το κάνει.

Όπως αναφέρουν οι Duncan & Miller (2006, σελ. 148) «*τα εγχειρίδια εξισώνουν τον πελάτη με μία διάγνωση του DSM-IV και τον θεραπευτή με μία θεραπευτική τεχνολογία, και τα δύο (είναι) αμοιβαία εναλλάξιμα*[189] *και ασήμαντα στην προκείμενη διαδικασία*». Τα ζητήματα των πολλαπλών διαγνώσεων ή προβλημάτων, των ατομικών διαφορών και των συναισθημάτων του θεραπευόμενου είναι στοιχεία που προκαλούν αντιδράσεις από τους θεραπευτές, καθώς θεωρείται ότι στα εγχειρίδια αυτοί οι παράγοντες δεν λαμβάνονται υπόψιν (Addis, Wade & Hatgis, 1999). Δεν πρέπει επίσης να αγνοηθεί το γεγονός, ότι ο τρόπος που κατασκευάζονται τα εγχειρίδια προσομοιάζει ή ταιριάζει κυρίως στις γνωσιακές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις. Γι' αυτό είναι ευνόητο ότι οι θεραπευτές των υπολοίπων προσεγγίσεων θα φέρουν αντιρρήσεις σχετικά με τους οδηγούς θεραπείας ή τουλάχιστον θα υπάρχουν αρνητικές αντιδράσεις για τον τρόπο με τον οποίο διαμορφώνονται τα εγχειρίδια.

Ένα ακόμη κριτικό επιχείρημα, που σχολιάζουν οι Duncan & Miller (2006), αφορά στην επίδραση των συγκεκριμένων τεχνικών στο αποτέλεσμα. Όπως αναφέρθηκε αναλυτικά στο δεύτερο κεφάλαιο, υπάρχει αξιόλογη ερευνητική εργασία, η οποία υποστηρίζει, ότι οι συγκεκριμένες τεχνικές επηρεάζουν πολύ λιγότερο το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε σχέση με τους λεγόμενους «κοινούς παράγοντες», την επίδραση του θεραπευτή, του πλαισίου και του πελάτη. Τα εγχειρίδια όμως εστιάζουν κυρίως στις τεχνικές λεπτομέρειες και γι' αυτό έμμεσα ίσως να μην προσφέρουν σημαντική επίδραση στα θεραπευτικά αποτελέσματα. Τα ερευνητικά ευρήματα δεν είναι προς το παρόν ομοιόμορφα σε αυτό το ζήτημα. Υπάρχουν ορισμένες έρευνες που υποστηρίζουν ότι σε βραχείες παρεμβάσεις για αρκετές διαταραχές (όπως η γνωσιακή θεραπεία για την κατάθλιψη), τα πιο σημαντικά θεραπευτικά αποτελέσματα λαμβάνουν χώρα κατά τις πρώτες συνεδρίες, πριν

[189] "interchangeable"

εφαρμοστούν συγκεκριμένες τεχνικές από τον θεραπευτή (Westen & συν., 2004). Από την άλλη πλευρά όμως, υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι ορισμένες τεχνικές επηρεάζουν συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες (π.χ. οι συμπεριφορικές τεχνικές στις αγχώδεις διαταραχές) και σε αυτό το σημείο τα εγχειρίδια οριοθετούν και προτείνουν τις αποτελεσματικές αυτές τεχνικές για συγκεκριμένες διαγνώσεις επηρεάζοντας θετικά τη θεραπεία.

Η έρευνα των Addis & Krasnow (2000) για τις απόψεις των κλινικών σχετικά με τα εγχειρίδια θεραπείας στις ΗΠΑ έδειξε τεράστιες διαφορές μεταξύ πρακτικής στην κοινότητα και στις ΕΚΔ. Για παράδειγμα, μόνο το 6% των θεραπευτών ανέφερε ότι κάνει χρήση εγχειριδίων θεραπείας σε σχεδόν όλα τα περιστατικά, ενώ το 47% δεν τα έχει χρησιμοποιήσει ποτέ. Συνολικά οι κλινικοί φαίνεται να είναι διχασμένοι σε μία θετική ή αρνητική ανταπόκριση προς τα εγχειρίδια. Με αυτά τα δεδομένα, οι ερευνητές αναζητούν τρόπους για τη μεγαλύτερη διείσδυση των οδηγών θεραπείας στην καθημερινή πρακτική. Σήμερα η χρήση εγχειριδίων έχει μεταφερθεί στα εκπαιδευτικά προγράμματα κλινικής ψυχολογίας και στην κλινική πρακτική, με τέτοιο τρόπο, που να θεωρούνται συχνά ως τα προσδιοριστικά χαρακτηριστικά των ίδιων των παρεμβάσεων (Westen & συν., 2004). Φαίνεται να προχωρούμε από την εποχή των θεωριών προσωπικότητας στην εποχή των «τεχνικών» οδηγών κλινικής πρακτικής.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Westen και οι συνεργάτες του (2004, σελ. 639) *«Όσο περισσότερο επιτυγχάνουν οι ερευνητές στο επιστημονικά ουσιώδες έργο να μειώνουν τον κλινικό σε βοηθό ερευνητή, οποίος μπορεί να «τρέχει τα θέματα» με ένα σχετικά ομοιόμορφο (τυποποιημένο) τρόπο, τόσο περισσότερο είναι πιθανόν να εξετάζουν την ψυχοθεραπεία ως την εργασία παρα-επαγγελματιών οι οποίοι δεν μπορούν – και δεν πρέπει – να εξασκούν κλινική κρίση στην επιλογή παρεμβάσεων ή στην ερμηνεία των δεδομένων της κλινικής παρατήρησης»*.

Τέλος, η χρήση εγχειριδίων δεν εγγυάται ότι η παρέμβαση θα είναι απαραίτητα αξιόπιστη ή αιτιολογημένα αποτελεσματική (Silverman, 1996). Έχει ήδη αναφερθεί στο δεύτερο κεφάλαιο, ότι οι έρευνες για τη χρήση οδηγών θεραπείας υποστηρίζουν συχνά αντίθετα αποτελέσματα: η μεγαλύτερη προσκόλληση στα εγχειρίδια σχετίζεται με καλύτερα ή χειρότερα αποτελέσματα και το αντίστροφο (Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004). Επιπλέον, μέχρι στιγμής δεν φαίνεται να υπάρχει μεγάλος αριθμός ερευνών για τις επιδράσεις της εφαρμογής οδηγών θεραπείας στην καθημερινή κλινική πρακτική, αν και υπάρχουν ενδείξεις θετικών αποτελεσμάτων σε ορισμένες περιπτώσεις [Addis & Cardemil, (2006b), Carr, (2009)]. Οι Chambless & Ollendick (2001) αναφέρουν ότι ακόμη δεν έχει «αποδειχθεί» ότι η χρήση εγχειριδίων είναι επιζήμια για τους θεραπευόμενους. Πέρα όμως από τη συνεχιζόμενη διαφωνία σχετικά με τη χρήση ή όχι των οδηγών

θεραπείας, οι περισσότεροι συγγραφείς τα τελευταία χρόνια αναγνωρίζουν ότι η χρήση τους οφείλει να υιοθετείται με τρόπο ελαστικό και ευέλικτο, διευκολύνοντας την προσαρμογή της θεραπείας στα ατομικά χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς, ενώ ο θεραπευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψιν του τις θεραπευτικές τεχνικές που έχουν αξιολογηθεί με θετικά αποτελέσματα.

Τα εγχειρίδια σήμερα χρησιμοποιούνται όλο και πιο συχνά ως το κύριο μέσο για τη διάδοση των επιστημονικά τεκμηριωμένων ψυχοθεραπειών (MansField & Addis, 2001a). Υπάρχει όμως ένα σημείο που δεν μπορεί παρά να αποτελεί σημαντικό «σκόπελο» για τους θεραπευτές. Όταν το εγχειρίδιο περιλαμβάνει τεκμηρίωση του κόστους-αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας, εμμέσως δεσμεύει τους εμπλεκόμενους στην υιοθέτηση της πιο βραχείας και οικονομικής παρέμβασης, ανεξάρτητα από την ύπαρξη εναλλακτικών παρεμβάσεων, που ίσως ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες του θεραπευόμενου. Η υιοθέτηση εγχειριδίων θεραπείας από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας αναπόφευκτα συνοδεύεται από αλλαγές στην οργάνωση και τον ρόλο ειδικών και υπηρεσιών εντός του συστήματος υγείας, αλλά και από αλλαγές στον τρόπο παροχής των ψυχολογικών παρεμβάσεων με έμφαση στις δομημένες, σύντομες και εστιασμένες στα συμπτώματα θεραπείες. Μέχρι στιγμής, δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια ερευνητική εργασία η οποία να αξιολογεί την ευρύτερη επίδραση της εφαρμογής οδηγιών στο εκάστοτε σύστημα υγείας και ειδικά στη διαχείριση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αλλά θα είναι ενδιαφέρον να μελετηθεί το συγκεκριμένο πλαίσιο και σε σχέση με το δημόσιο συμφέρον.

9. Η ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥ

Ένα από τα πιο ισχυρά σημεία κριτικής στην υιοθέτηση και διάδοση των ΕΥΘ έγκειται στο γεγονός ότι οι προτεινόμενες θεραπείες αξιολογούνται μόνο από την πλευρά της εσωτερικής εγκυρότητας με αυστηρούς πειραματικούς σχεδιασμούς, εξαιρετικά ομοιογενή δείγματα, τυχαιοποιημένη κατανομή και επιλεγμένες διαγνωστικές κατηγορίες που εστιάζονται στον άξονα Ι του DMS. Η έμφαση στην αντίστοιχη έρευνα δίνεται στην αναζήτηση των αποτελεσμάτων των ΕΥΘ ως ανεξάρτητων μεταβλητών (Chambless & Hollon, 1998). Με αυτούς τους όρους πώς μπορούν οι ΕΥΘ να γενικευτούν με την ίδια αποτελεσματικότητα στην καθημερινή κλινική πρακτική (Westen & συν., 2004), όπου συναντώνται συνήθως ασθενείς με πολλαπλές διαγνώσεις ή προβλήματα, διαφορετικά προφίλ και χαρακτηριστικά (π.χ. κουλτούρα, φυλή, φύλο, σεξουαλικό προσανατολισμό, θρησκεία κλπ.);

9.Α. Ο ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΣ ΩΣ ΕΝΕΡΓΟΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΤΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Τι συμβαίνει με τη συμμετοχή του θεραπευόμενου στην παρεχόμενη παρέμβαση; Πόσο ενεργός διαμορφωτής της θεραπείας του μπορεί να θεωρηθεί ο εκάστοτε πελάτης; Οι τεκμηριωμένες ψυχολογικές παρεμβάσεις, με τους αυστηρούς όρους

που αξιολογούνται στις ΕΚΔ, παρουσιάζουν και αντιμετωπίζουν τον ασθενή ως αμέτοχο μέλος, στο οποίο παρέχεται μία θεραπεία για μία συγκεκριμένη διαταραχή. Ο ασθενής δεν επιλέγει την παρέμβαση (αν και πρέπει να ενημερώνεται για αυτή) και κυρίως δεν μπορεί να συμμετάσχει στην πορεία της θεραπείας, στο βαθμό που τα εγχειρίδια έχουν προκαθορισμένες ακολουθίες τεχνικών τις οποίες θα παράσχει ο θεραπευτής ανάλογα με τη φύση της έρευνας και του προβλήματος. Οποιαδήποτε παρέκκλιση από το ερευνητικό πρωτόκολλο θεωρείται παρεμβαλλόμενη μεταβλητή που πρέπει να απαλειφθεί. Η κλινική πρακτική όμως παρέχεται με πολύ διαφορετικούς όρους, στους οποίους συγκαταλέγεται η δυνατότητα του ασθενούς να επιλέξει τον προσανατολισμό και τη στοχοθέτηση της θεραπείας του και να προσδιορίσει ο ίδιος ποια ζητήματα θεωρεί τα πλέον προβληματικά (τα οποία δεν αφορούν πάντα συγκεκριμένα συμπτώματα ή διαγνώσεις).

Σύμφωνα με τον Bohart (2006) η θεραπευτική διαδικασία, εάν θεωρηθεί ως συνεργατικός διάλογος μεταξύ δύο (ή περισσότερων) νοημόνων ατόμων, προωθεί μία διαδικασία διευκόλυνσης ή απελευθέρωσης των αυτο-θεραπευτικών τάσεων που έχουν όλοι οι άνθρωποι, παρέχοντας ένα χρήσιμο, δομημένο πλαίσιο. Με αυτή την έννοια ο θεραπευόμενος παίζει ενεργό ρόλο στη θεραπεία του, συναλλάσσεται με τον θεραπευτή, επιλέγει θεραπευτικά στοιχεία που του ταιριάζουν και παράγει δημιουργικές ιδέες και συμπεράσματα, ενσωματώνοντας και προσαρμόζοντας τη θεραπευτική εμπειρία στη ζωή του. Τα ανωτέρω στοιχεία έχουν αναδειχθεί μέσα από την ερευνητική εργασία και υποστηρίζουν ότι είναι κρίσιμη η εμπλοκή του θεραπευόμενου στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης (Bohart & Tallman, 2010). Εκτός των άλλων, όπως αναφέρθηκε στο δεύτερο κεφάλαιο της διατριβής, το ποσοστό επιρροής του θεραπευόμενου στο αποτέλεσμα θεωρείται αρκετά μεγαλύτερο από το ποσοστό των εξειδικευμένων τεχνικών, ακόμη και της θεραπευτικής σχέσης.

Παρόλες τις έρευνες που αναδεικνύουν το προαναφερόμενο φαινόμενο, στις κλινικές δοκιμασίες πολύ σπάνια αξιολογείται η εμπειρία του θεραπευόμενου στην παρέμβαση. Όπως αναφέρουν οι Wampold & Bhati (2004, σελ. 568) «*Το νόημα που αποδίδεται στην ασθένεια* [από τον θεραπευόμενο] *φαίνεται να είναι άσχετο από μία "επιστημονική" προοπτική. Οι ψυχολόγοι, εντούτοις, γνωρίζουν ακριβώς τη σημαντικότητα της υποκειμενικής εμπειρίας του ασθενούς...*». Στη συνέχεια του κεφαλαίου, θα αναφερθώ σε εναλλακτικές μεθόδους έρευνας (όπως η ποιοτική) που παρέχουν πλούσια δεδομένα για την εμπειρία των ασθενών, αν και δεν ιεραρχούνται ως σημαντικές από το κίνημα της τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας.

Ο Bohart (2006) υποστηρίζει ότι ακόμη και η επίδραση της θεραπευτικής σχέσης και των φαινομένων placebo ενεργοποιούνται και μπορούν να αποδοθούν σε

μεγάλο βαθμό στην ενεργή συνεισφορά του θεραπευόμενου (στον τρόπο που ο ίδιος χρησιμοποιεί την ψυχοθεραπεία), όπως και γενικότερα η αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Παρόλα αυτά, το κίνημα της ΕΤΨ και η αντίστοιχη έρευνα προωθεί τον «τεχνικο-κεντρισμό», δίνοντας έμφαση στις εξειδικευμένες παρεμβάσεις και στα εγχειρίδια οδηγιών.

Ο «ιατροκεντρικός» τρόπος με τον οποίο αξιολογούνται και διεξάγονται οι επιστημονικά τεκμηριωμένες θεραπείες, παρόλο που λαμβάνει υπόψιν τα χαρακτηριστικά του θεραπευόμενου, αυτά συνίστανται κυρίως στο διαγνωστικό και δημογραφικό του προφίλ. Ο θεραπευτής και πολύ περισσότερο η ίδια η τεχνική είναι τα στοιχεία που οδηγούν στο θεραπευτικό αποτέλεσμα και αυτά κυρίως αξιολογούνται. Η ψυχοθεραπεία, ως αντίστοιχη του φαρμάκου, υποστηρίζεται από τη θεραπευτική σχέση, αλλά είναι η τεχνική και ο θεραπευτής που συνεισφέρουν στην επιτυχή θεραπεία. Με άλλα λόγια, η ΕΤΨ αναπαράγει ένα μοντέλο εξουσίας μεταξύ ειδικού και πελάτη, όπου ο τελευταίος - αν και πρέπει να ενημερώνεται για τις αποτελεσματικές παρεμβάσεις- επαφίεται στις επιστημονικές γνώσεις του ειδικού και μαθαίνει ότι το σημαντικότερο πρόβλημά του είναι συγκεκριμένα συμπτώματα για τα οποία θα πάρει συγκεκριμένη δόση θεραπείας.

9.Β. ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΤΙΣ ΕΚΔ

Ένα ερώτημα που συχνά εκφράζεται από τους ερευνητές είναι το κατά πόσο οι ασθενείς που επιλέγονται στις ΕΚΔ είναι αντιπροσωπευτικοί του ευρύτερου πληθυσμού. Για παράδειγμα, η βιβλιογραφία για την ταυτόχρονη ύπαρξη πολλαπλών διαταραχών αναφέρει ότι τόσο στα ερευνητικά, όσο και στα δείγματα ασθενών της κοινότητας, η παρουσία μίας μόνο διαταραχής στο άτομο είναι πολύ σπάνια. Στον αντίποδα, η μεθοδολογία που ακολουθείται για την εμπειρική τεκμηρίωση των ψυχολογικών παρεμβάσεων υπονοεί ότι οι πολλαπλές διαγνώσεις είναι σπάνιες ή προσθετικές[190] (Westen, & συν., 2004). Επιπλέον, το μέγεθος των δεδομένων που χρειάζεται ώστε να αποδοθούν με εγκυρότητα οι επιδράσεις των παρεμβάσεων σε μικρές πληθυσμιακές υποομάδες είναι μεγάλο και δεν μπορεί να συσσωρευθεί από τις τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες που παραδοσιακά ελέγχουν με αυστηρά κριτήρια ένταξης το δείγμα τους (Evans & συν., 2003).

Όσο αναφορά στα κριτήρια επιλογής των ασθενών στις κλινικές δοκιμασίες δεν φαίνεται να έχουν κοινά σημεία αναφοράς με τη διαδικασία επιλογής των ασθενών στην καθημερινή πρακτική (Westen, 2006a). Το ερευνητικό δείγμα οφείλει να είναι «καθαρό» από συμπτώματα διαφορετικά από εκείνα της προς διερεύνηση

[190] Γι'αυτό έχει προταθεί να προσεγγίζεται μία πολυσυμπτωματική κατάσταση με διαδοχική στοχοθέτηση στα διαφορετικά συμπτώματα, χρησιμοποιώντας εναλλασσόμενα εγχειρίδια για την κάθε διαταραχή [Wilson, (1998)].

διαταραχής, για λόγους ελέγχου της εσωτερικής εγκυρότητας της μελέτης. Αντίθετα, οι άνθρωποι που αναζητούν ψυχοθεραπεία, σχεδόν ποτέ δεν εμφανίζονται να έχουν μία αποκλειστικά πρωταρχική διαταραχή του άξονα Ι του DMS, κριτήριο όμως που θεωρείται συχνά βασικό για την επιλογή του δείγματος στις τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες. Οι αιτούντες επιπλέον, έρχονται συνήθως με αιτήματα πολλαπλά, σύνθετα, τα οποία δεν απαντώνται από τον θεραπευτή μόνο με την άμβλυνση των συμπτωμάτων της προεξέχουσας διαταραχής (εάν υπάρχει). Επιπλέον, στην κλινική πρακτική ο θεραπευτής συχνά αναζητά την αιτιολογία ή τις συνθήκες που συμβάλλουν στην τωρινή κατάσταση του θεραπευόμενου, σε αντίθεση με τις κλινικές δοκιμασίες, όπου ο πρωταρχικός στόχος είναι η διάγνωση και μετά η άμβλυνση των συμπτωμάτων με την εφαρμογή συγκεκριμένων τεχνικών. Σημειωτέον, ότι στις ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες, η διάγνωση γίνεται από εξειδικευμένο προσωπικό, ενώ συνήθως ο θεραπευτής αναλαμβάνει το περιστατικό χωρίς να αμφισβητεί ή να εμπλέκεται στη διαγνωστική φάση.

Συγκεκριμένα δεδομένα αναφέρουν, ότι τα ποσοστά των ατόμων που τελικά συμμετέχουν στις κλινικές δοκιμασίες είναι πολύ χαμηλότερα σε σχέση με τους ενδιαφερόμενους. Η μεθοδολογία των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμασιών αποκλείει το 1/3 με 2/3 των ασθενών που παρουσιάζονται για θεραπεία, κατά την αξιολόγηση παρεμβάσεων που χαρακτηρίζονται ως εμπειρικά τεκμηριωμένες (Westen & συν., 2004). Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάζει ο Westen (2006a), στην κατάθλιψη το τελικό ποσοστό συμμετοχής είναι το 30% των αρχικών ενδιαφερόμενων, στη βουλιμία λιγότερο από το 60%, στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή λιγότερο από 50%, στη διαταραχή μετα-τραυματικού στρες λιγότερο από 70% και στη διαταραχή γενικευμένου άγχους και τη διαταραχή πανικού λίγο πάνω από το 30%. Αν συνυπολογίσει κάποιος τον αριθμό των ατόμων στο στάδιο της προεπιλογής[191] (τον οποίο συνήθως δεν αναφέρουν οι ερευνητές), τότε αντιλαμβάνεται κανείς ότι ο «μέσος ασθενής» είναι πιθανότερο να *μην* βρεθεί ως συμμετέχων σε ΕΚΔ. Ενδεικτικό, επίσης, είναι ότι οι μισοί θεραπευόμενοι στις ομάδες θεραπείας των δημοσιευμένων ελεγχόμενων κλινικών δοκιμασιών (της προηγούμενης δεκαετίας), που αφορούν στις πιο διαδεδομένες διαταραχές (διαταραχή γενικευμένου άγχους, κατάθλιψη, διαταραχή πανικού), αναζητούν περαιτέρω θεραπεία σε χρονικό διάστημα έως δύο χρόνια μετά το πέρας της παρέμβασης, σύμφωνα με την μετα-αναλυτική εργασία των Westen & Morrison (2001).

Ο τύπος των ασθενών που απορρίπτεται από τις κλινικές δοκιμασίες φαίνεται να είναι ο πιο αντιπροσωπευτικός του «καθημερινού θεραπευόμενου», καθώς και πιο

[191] Η αρχική, συνήθως τηλεφωνική επαφή των ερευνητών με τους ενδιαφερόμενους ασθενείς όπου γίνεται το πρώτο «ξεκαθάρισμα», ώστε να ακολουθήσει η επιλογή με δομημένη συνέντευξη του τελικού δείγματος της έρευνας.

ανθεκτικός στη θεραπεία (χρειάζεται περισσότερο χρόνο ώστε να θεραπευτεί). Αντίστοιχα δεδομένα από νατουραλιστικές μελέτες (όπου εφαρμόστηκαν τα ίδια κριτήρια αποκλεισμού με τις κλινικές δοκιμασίες) υποστηρίζουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς στην κοινότητα δεν «μοιάζουν» με τα κλινικά δείγματα. Είναι πολυσυμπτωματικοί και όσο περισσότερα ταυτόχρονα προβλήματα αντιμετωπίζουν, τόσο περισσότερο χρόνο διαρκούν και τόσο λιγότερο στοχευμένες είναι οι προσφερόμενες παρεμβάσεις (Westen & συν., 2004).

Η αντιπαράθεση για το συγκεκριμένο ζήτημα της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος στις ΕΚΔ συνεχίζεται. Στην αντίθετη όχθη, πρέπει να αναφερθεί, ότι ορισμένες τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες έχουν δείξει πως οι πολλαπλές διαγνώσεις δεν συνδέονται απαραίτητα με το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας (Hunsley, 2007) ή ότι η θεραπεία της διαταραχής-στόχου οδηγεί σε άμβλυνση και της παράλληλης συμπτωματολογίας (Westen & συν., 2004). Συνακόλουθα, υπάρχουν κάποιες, κυρίως πρόσφατες ΕΚΔ, στις οποίες αναφέρονται σχετικά υψηλά ποσοστά ταυτόχρονων διαγνώσεων στους συμμετέχοντες (Stirman & DeRubeis, 2006). Επιπλέον, πρόσφατες έρευνες της Stirman και συν. (2003, 2005, 2006) υποστηρίζουν ότι τόσο οι ασθενείς που αποκλείονται από κλινικές δοκιμασίες, όσο και οι ασθενείς που αναζητούν θεραπεία στην κοινότητα, δεν έχουν πολύ διαφορετικά διαγνωστικά προφίλ, συγκριτικά με τους ασθενείς που συμμετέχουν στις τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες, τουλάχιστον αναφορικά με το φάσμα των ατομικών θεραπειών για ενηλίκους, ιδιαίτερα στις κλινικές δοκιμασίες που γίνονται τα τελευταία χρόνια.

Συγκεκριμένα, στην έρευνα της Stirman και συν. (2003) φαίνεται ότι το 80% των ασθενών που παρακολουθούσαν ένα εξωνοσοκομειακό πρόγραμμα φροντίδας[192] και των οποίων η διάγνωση υπήρχε στη βιβλιογραφία των ΕΚΔ, είχαν κριτήρια τα οποία θα τους επέτρεπαν να ενταχθούν τουλάχιστον σε μία κλινική δοκιμασία. Το βασικότερο πρόβλημα στο συγκεκριμένο δείγμα, ωστόσο, ήταν ότι παραπάνω από τους μισούς ασθενείς (58%) είχαν αρχική διάγνωση, όπως διαταραχή προσαρμογής ή δυσθυμία, η οποία δεν υπάρχει στην αντίστοιχη βιβλιογραφία των ΕΚΔ για τις τεκμηριωμένες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Επόμενη μελέτη, στην οποία εφαρμόστηκαν τα κριτήρια επιλογής δείγματος από δημοσιευμένες ΕΚΔ, σε ασθενείς που δεν είχαν επιλεγεί σε μία κλινική δοκιμασία στο Πανεπιστήμιο της Πενσυλβανίας, διευκρίνισε περισσότερο τα προηγούμενα δεδομένα (Stirman & συν., 2005). Ειδικότερα, φαίνεται ότι η μεγάλη πλειονότητα των ασθενών (το 73%) είχε κάποια διάγνωση που αντιπροσωπεύεται στην αντίστοιχη βιβλιογραφία.

[192] Δείγμα, το οποίο ωστόσο ενέχει περιορισμούς στη γενικευσιμότητά του σε άλλους εξωνοσοκομειακούς πληθυσμούς.

Επιπλέον, το 95% των ασθενών ήταν δυνατόν να συμπεριληφθεί τουλάχιστον σε μία ΕΚΔ για την πρωταρχική τους διάγνωση[193].

Συνοπτικά, οι ανωτέρω συγγραφείς καταλήγουν ότι οι κύριοι λόγοι για τους οποίους ένας ασθενής *δεν* εντάσσεται σε μία ΕΚΔ είναι α) ότι βρίσκεται σε μερική ύφεση ή β) το επίπεδο ή η χρονιότητα της διαταραχής του είναι χαμηλότερα σε σχέση με τα κριτήρια της έρευνας ή γ) η διάγνωσή του δεν αφορά στη πρωταρχική διαταραχή που μελετάται ή δ) λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή. Οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι σε γενικές γραμμές οι ασθενείς της κοινότητας και οι ασθενείς που αποκλείονται από ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες δεν φαίνεται να έχουν πιο περίπλοκα διαγνωστικά προφίλ από τα δείγματα των ΕΚΔ, αν και η συμμετοχή σε μία κλινική δοκιμασία δεν διασφαλίζει την επιτυχή ίαση του συμμετέχοντος, με ποσοστά επιτυχίας που κυμαίνονται από το 50% έως το 75% (Stirman & DeRubeis, 2006).

Η ερευνητική δραστηριότητα εξελίσσεται και φαίνεται οι επιστήμονες να λαμβάνουν περισσότερο υπόψιν τους το ζήτημα της αντιπροσωπευτικότητας, ωστόσο, πολύ λίγες μελέτες έχουν διεξάγει άμεσες συγκρίσεις των ασθενών στην κοινότητα και όσων συμμετέχουν σε κλινικές δοκιμασίες. Επιπρόσθετα, δεν αρκεί να εξετάζεται μόνο το διαγνωστικό προφίλ των ατόμων. Υπάρχουν πολλές άλλες μεταβλητές, όπως η εθνικότητα, η γλώσσα, η κοινωνική και οικονομική κατάσταση, η προσωπικότητα, οι θρησκευτικές και πολιτισμικές πεποιθήσεις ή καταβολές, οι οποίες επηρεάζουν και πιθανόν διαφοροποιούν τα άτομα που συμμετέχουν στις ΕΚΔ και τους θεραπευόμενους στην ευρύτερη κοινότητα.

9.Γ. ΜΕΙΟΝΟΤΙΚΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ

Είναι γεγονός ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας εξακολουθούν να προσφέρουν ψυχολογικές παρεμβάσεις που δεν είναι πάντα προσαρμοσμένες στα ιδιαίτερα πολιτισμικά (και άλλα) χαρακτηριστικά των πελατών τους[194] (Sue & Zane, 2006). Αυτό είναι ένα σοβαρό ζήτημα, το οποίο καλείται η ερευνητική κοινότητα να μελετήσει. Φαίνεται επίσης, ότι υπάρχει γενικότερη έλλειψη ερευνητικών πορισμάτων -και χρηματοδότησης για σχετικές έρευνες- και ειδικότερα κλινικών δοκιμασιών, για τα αποτελέσματα των ψυχολογικών παρεμβάσεων σε εθνικές ή άλλες μειονοτικές ομάδες [Sue, (2003), Zane, Hall, Sue & συν., (2004)]. Επιπρόσθετα, η εμπειρική υποστήριξη για την αποτελεσματικότητα των υπαρχόντων ΕΥΘ με εθνολογικές μειονοτικές ομάδες είναι περιορισμένη [Hall (2001), Sue & Zane, (2006),

[193] Σημαντική εξαίρεση, αποτελεί η υπο-ομάδα των ασθενών με διάγνωση κατάχρησης ουσιών (η έρευνα δεν συμπεριέλαβε ανασκόπηση βιβλιογραφίας για ΕΚΔ με εξέταση ομαδικών θεραπειών που συχνά αναφέρονται σε ουσιοεξαρτήσεις, ενώ συνήθως οι ΕΚΔ συμπεριλαβάνουν τη χρήση μίας ουσίας, κάτι που σπάνια ισχύει για το συγκεκριμένο δείγμα).

[194] Σε συνάφεια με τα νεοφιλελεύθερα συστήματα υγείας στα οποία η πρόσβαση μειονοτικών πληθυσμών είναι δυσχερής, εξαιτίας ελλιπούς (ή απουσίας) ασφαλιστικής κάλυψης.

Zane, Hall, Sue & συν., (2004)]. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει η έρευνα για τις διαφορετικές υποομάδες του πληθυσμού συνίστανται, α) στην αναζήτηση επαρκούς δείγματος, β) στην αναζήτηση κατάλληλων εργαλείων αξιολόγησης, γ) στην έμφαση στην εξωτερική εγκυρότητα στην οποία «ανθίστανται» οι ελεγχόμενες έρευνες και δ) στα ιδιόμορφα (ηθικά) ζητήματα που θίγονται με το εκάστοτε ερευνητικό ερώτημα.

Μία επιπλέον μεταβλητή που σπάνια εξετάζεται στην αξιολόγηση των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων είναι το φύλο, ως μία «ψυχολογική και κοινωνική κατασκευή» από το κοινωνικό-πολιτιστικό περιβάλλον και την κυρίαρχη πολιτισμική ιδεολογία περί φύλου, μέσα στα οποία ένα άτομο κοινωνικοποιείται και η υιοθέτηση των οποίων προκαλεί ψυχολογικό στρες παρά ευημερία στον πολίτη. Πράγματι, οι ΕΥΘ δεν αναφέρονται επαρκώς ή καθόλου στη διάσταση του φύλου, αν και οι τεκμηριωμένες παρεμβάσεις στοχεύουν σε διαταραχές περισσότερο κοινές σε γυναίκες, όπως οι αγχώδεις και διατροφικές διαταραχές ή η κατάθλιψη, και σε άνδρες, όπως η χρήση ουσιών, η διαταραχής διαγωγής και η διαταραχή ελαττωματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (Levant & Silverstein, 2006).

Επιπρόσθετα, οι φεμινιστικές και προ-φεμινιστικές[195] θεραπείες δεν έχουν ενσωματωθεί στην ερευνητική εργασία περί αξιολόγησης του αποτελέσματος της ψυχοθεραπείας, στην οποία ακόμη διαφαίνονται σεξιστικές προκαταλήψεις, τόσο στο θεωρητικό όσο και στο ερευνητικό κομμάτι. Παρόμοια συμπεράσματα, ισχύουν και για τη θεραπεία ατόμων με διαφορετικό σεξουαλικό προσανατολισμό, όπως οι ομοφυλόφιλοι άνδρες και γυναίκες, οι αμφίφυλοι και οι τρανσέξουαλ (Brown, 2006). Τέλος, οι Olkin & Taliaferro (2006) αναφέρουν ότι στη βιβλιογραφία των ΕΥΘ δεν υπάρχουν δημοσιεύσεις σχετικά με τις αποτελεσματικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις για άτομα με αναπηρίες, ένα ακόμη μειονοτικό κομμάτι του πληθυσμού, που εξίσου συχνά αντιμετωπίζει ψυχολογικού τύπου διαταραχές.

Στο σύνολό τους οι ΕΥΘ, βασιζόμενες στο ιατρικό μοντέλο που αποδίδει τη διαταραχή στο ίδιο το άτομο, στη δυσλειτουργία του οργανισμού κλπ., δεν εξετάζουν πάντα το κοινωνικό πλαίσιο και το περιβάλλον στο οποίο ζουν οι εκάστοτε θεραπευόμενοι, το οποίο όμως είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας πρόκλησης, και εν γένει επίδρασης στις ψυχολογικές διαταραχές. Η μονόπλευρη διάγνωση της διαταραχής και η τυποποιημένη παρέμβαση, δεν απαντούν πάντα στις ανάγκες και στην ιδιαιτερότητα του ασθενούς (είτε ανήκει σε μειονοτική

[195] Η έννοια του προ-φεμινισμού αναφέρεται στην υποστήριξη των επιδιώξεων του φεμινισμού χωρίς όμως να υπονοείται ότι ο υποστηρικτής είναι μέλος του φεμινιστικού κινήματος. Ο όρος συχνά χρησιμοποιείται αναφορικά με άνδρες ενεργούς υποστηρικτές του φεμινισμού και με προσπάθειες για την ισότητα των φύλων. [Pro-feminism, http://wapedia.mobi/en/Pro-feminism (προσβάσιμο στις 6/2/2010)]

ομάδα είτε όχι). Η τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία (και η σχετική έρευνα), ως πολιτική πράξη επηρεαζόμενη από την κοινωνικοπολιτική ιδεολογία στην οποία ασκείται και από την οποία διαμορφώνεται, αντιγράφει την περιθωριοποίηση που «επιβάλλεται» στις μειονοτικές ομάδες του πληθυσμού, είτε αυτές ορίζονται με εθνολογικά, πολιτικά, φυλετικά, οργανικά ή άλλα χαρακτηριστικά.

Πράγματι, οι ερευνητές σπάνια αναφέρουν ή συμπεριλαμβάνουν στα δείγματά τους άτομα πέραν του επικρατούντος «μέσου όρου». Στις μελέτες υψηλής εσωτερικής εγκυρότητας (όπως στις ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες) η πλειονότητα των ασθενών είναι λευκοί, ενήλικες, συνήθως αγγλόφωνοι ή δεν αναφέρονται διεξοδικά τα εθνολογικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως και τα χαρακτηριστικά του πλαισίου και των θεραπευτών [Chambless & Ollendick, (2001), Westen, (2006a)]. Συχνά, επίσης, στις μελέτες -που λαμβάνουν ως επί το πλείστον χώρα σε ακαδημαϊκά ερευνητικά κέντρα- το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο των θεραπευόμενων είναι υψηλό. Για παράδειγμα, στην πλέον γνωστή και εκτεταμένη έρευνα του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ για την κατάθλιψη[196], το 40% των συμμετεχόντων περιλάμβανε απόφοιτους κολεγίου (Elkin, Shea, Watkins & συν., 1989). Οι Sue & Zane (2006, σελ. 333-334) αναφέρουν χαρακτηριστικά «*Στην πραγματικότητα, μπορεί να υποστηριχθεί ότι μέχρι σήμερα οι αναγνωρισμένες ως εμπειρικά υποστηριζόμενες θεραπείες είναι όντως πολιτιστικά ευαίσθητες θεραπείες*[197] *για mainstream Αμερικάνους...*».

Τι συμβαίνει όμως με ένα μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού που δεν πληρεί τα ανωτέρω κριτήρια; Πως μπορούμε να μιλάμε για τεκμηριωμένες παρεμβάσεις όταν δεν έχουν μελετηθεί σε σχέση με όλους τους πιθανούς αποδέκτες τους; Στην κλινική πρακτική για παράδειγμα, οι θεραπευτές όλο και συχνότερα συναντιούνται με ασθενείς από διαφορετικές κουλτούρες και εθνότητες, τα ποσοστά ψυχοπαθολογίας των οποίων είναι συγκρίσιμα (ή μεγαλύτερα) με αυτά του γενικού πληθυσμού, που διαμορφώνεται ολοένα και περισσότερο πολυπολιτισμικός. Ήδη το 2000 στην Αμερική υπολογίζεται ότι περίπου το 30% του πληθυσμού συνίστατο από εθνικές μειονότητες (Zane, Hall Sue & συν., 2004), ενώ και στις μητροπόλεις της Ευρώπης οι συναφείς αριθμοί αυξάνουν διαρκώς.

Ο Westen (2006a) επίσης σημειώνει, ότι ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύονται και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των κλινικών δοκιμασιών δεν είναι πάντα ξεκάθαρος ως προς τη δυνατότητα γενίκευσής τους. Επιπρόσθετα, αν και γνωρίζουμε ότι ορισμένα χαρακτηριστικά των θεραπευόμενων συμβάλλουν ή

[196] Αναλυτική αναφορά για τη συγκεκριμένη μελέτη παρουσιάστηκε στο δεύτερο κεφάλαιο.
[197] "Culturally Sensitive Therapies" (CST), είναι ο όρος που χρησιμοποιήθηκε από τον Hall (2001) σχετικά με την προσαρμογή της ψυχοθεραπείας σε συγκεκριμένα πολιτιστικά πλαίσια.

επηρεάζουν στην έκβαση της παρέμβασης (όπως αναλύθηκε στο δεύτερο κεφάλαιο), δεν υπάρχει ακόμη αρκετή έρευνα για πώς συσχετίζονται συγκεκριμένες ΕΥΘ με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ασθενών. Αυτό το ερώτημα ίσως χρειαστεί δεκαετίες για να απαντηθεί επαρκώς, έως ότου ταξινομηθεί ο τεράστιος αριθμός μεταβλητών που επιδρά στη θεραπευτική σχέση και στο αποτέλεσμα της παρέμβασης.

Πέρα από τις αντιρρήσεις, τα επιχειρήματα και τις αμφιβολίες που διαφαίνονται, οι υπέρμαχοι του κινήματος της ΕΤΨ υποστηρίζουν ότι δεν είναι δεοντολογικά ορθό να μην παρέχονται οι ΕΥΘ, έως ότου ελεγχθούν όλοι οι παράγοντες (Chambless & Crits-Christoph, 2006). Αρκετοί συγγραφείς σημειώνουν, ότι η «πολυπολιτισμική θεραπεία» δεν έχει τεκμηριωθεί εμπειρικά και ουσιαστικά παρακινείται από την «πολιτική ορθότητα», την ιδεολογία και όχι την επιστήμη[198] [Satel, (2000), Singer, (2002)]. Με άλλα λόγια, είναι καλύτερο να παρέχουμε μία παρέμβαση που δεν έχει ελεγχθεί η αποτελεσματικότητά της στον ενδιαφερόμενο πληθυσμό, η οποία όμως κατά τα άλλα είναι τεκμηριωμένα αποτελεσματική στο εργαστηριακό μας δείγμα, από το να παρέχουμε κάποια άλλη παρέμβαση, η οποία εδώ και δεκαετίες χορηγείται, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα, αλλά με ωφέλεια στους ασθενείς, που, εντούτοις, δεν έχει ακόμη ελεγχθεί πειραματικά.

Στο αντίποδα, κατά τη γνώμη μου, μία παρέμβαση που έχει αξιολογηθεί σε μεμονωμένα εθνολογικά, πολιτισμικά ή άλλα συναφή χαρακτηριστικά δείγματος, δεν μπορεί να παρέχεται χωρίς περαιτέρω τροποποίηση σε μειονοτικούς πληθυσμούς. Ειδάλλως, αποκλείει έναν τεράστιο όγκο δεδομένων που τεκμηριώνουν τις επιδράσεις της γλώσσας, του πολιτισμού, του πλαισίου, των αντιλήψεων για την ασθένεια και τον απαιτούμενο σεβασμό των προηγούμενων παραγόντων από τον ειδικό. Αν συνδυαστούν αυτά τα στοιχεία με τις αυστηρές πρακτικές επιλογής ατόμων στις έρευνες[199], γίνεται κατανοητό ότι δεν είναι εύκολα γενικεύσιμη, ούτε δεοντολογικά ορθή, η εφαρμογή μίας ΕΥΘ σε ευρύτερο σύνολο ασθενών στην κοινότητα.

Ένα επιπλέον σημείο που περιορίζει τη μελέτη των θεραπευτικών παρεμβάσεων σε διαφορετικά πλαίσια (κοινωνικά, οικονομικά, πολιτισμικά κλπ.) είναι το γεγονός ότι οι έρευνες αποτελεσματικότητας δίνουν έμφαση στη θεραπευτική τεχνική και όχι στο πλαίσιο και τους συμμετέχοντες (Sue, 2003). Αναγνωρίζοντας τη σοβαρότητα παρόμοιων επιχειρημάτων οι ερευνητές πολύ πρόσφατα άρχισαν

[198] Η επιστήμη όμως δεν μπορεί να θεωρηθεί, κατά τη γνώμη μου, ως ένα α-πολιτικό προϊόν μιας απομονωμένης ομάδας ειδικών. Αναμφίβολα τόσο οι προσωπικές πεποιθήσεις και μεροληψίες όσο και η κοινωνικοπολιτική κατάσταση κάθε ιστορικής στιγμής επηρεάζουν και σηματοδοτούν τα επιστημονικά ευρήματα.

[199] Όπου για παράδειγμα, αποκλείονται άτομα με πολλαπλές διαγνώσεις, χρόνιες διαταραχές, άτομα που λαμβάνουν παράλληλα και άλλο είδος θεραπείας, άτομα που δεν μιλούν με ευχέρεια την εθνική γλώσσα (πχ. τα Αγγλικά) κ.α.

να αξιολογούν θεραπευτικές παρεμβάσεις (κυρίως τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία) σε διαφορετικούς πληθυσμούς[200]. Αναφέρονται ως παράδειγμα:
α) η έρευνα της Kohn και συν. (2002) που μελετά την ομαδική γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία για την κατάθλιψη σε Αφρο-Αμερικανές, χαμηλού εισοδήματος,
β) η τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη κλινική δοκιμασία της Miranda και συν. (2003) που μελετά τις παρεμβάσεις για την κατάθλιψη (αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή, γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, παραπομπή σε κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας) σε νέες γυναίκες, χαμηλού κοινωνικού-οικονομικού επιπέδου, που ανήκουν σε μειονοτικές ομάδες (αφρο-αμερικάνες και λατινο-αμερικάνες)[201],
γ) αναφέρεται, επίσης, η μελέτη των Creed, Machin & Hicks (1999) που εστιάζει σε γνωσιακή-συμπεριφορική παρέμβαση για χρόνια άνεργους νέους.

Ο πρόεδρος της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης, J. Bray (2009b) σε πρόσφατο άρθρο του τονίζει την προτεραιότητα που πρέπει να δοθεί στη χρηματοδότηση ερευνών σχετικά με τις ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων σε διαφορετικούς (μειονοτικούς) πληθυσμούς. Είναι φανερό, ότι η ερευνητική δραστηριότητα οφείλει να εξετάσει πιο μεθοδικά τους πληθυσμούς και τις ιδιαιτερότητές τους, ώστε να μπορεί να υποστηριχθεί ότι οι τεκμηριωμένες παρεμβάσεις πραγματικά δημιουργούνται για την «ευημερία» κάθε πολίτη.

Μήπως όμως βαδίζουμε με παρωπίδες, όταν αναφερόμαστε μόνο στις προσπάθειες των ερευνητών και στα μεθοδολογικά ερωτήματα; Ποιοι είναι τελικά αυτοί που αποφασίζουν τόσο για τις έρευνες που θα γίνουν - χρηματοδοτηθούν, όσο και για τον χαρακτήρα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας; Τα ερευνητικά προγράμματα, οι δημοσιεύσεις και οι υπηρεσίες επηρεάζονται και τελικά καθορίζονται από τις πολιτικές αποφάσεις (στοιχεία παρατίθενται στο επόμενο κεφάλαιο). Ένα παράδειγμα αλλοίωσης των ερευνητικών αποτελεσμάτων εξαιτίας πολιτικής επιρροής της κυβέρνησης του Προέδρου Bush, παραθέτουν οι Sue & Zane (2006). Στη συγκεκριμένη περίπτωση, μία αναφορά που έγινε το 2003 από το Εθνικό Ινστιτούτο Ιατρικής για την άνιση παροχή υπηρεσιών υγείας στις εθνικές μειονότητες των ΗΠΑ, φαίνεται να «αναδιαμορφώθηκε» από υπαλλήλους του Υπουργείου Υγείας πριν δημοσιευθεί, ώστε να φαίνεται μικρότερο το εύρος του προβλήματος και να αποκρυφθούν τα συμπεράσματα περί ανισότητας στην

[200] Μία ακόμη πρακτική που έχει προταθεί για την ερευνητική τεκμηρίωση των παρεμβάσεων σε πολιτισμικά διαφορετικούς πληθυσμούς (αναγνωρίζοντας ότι η αξιολόγηση με τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες όλων των ψυχολογικών παρεμβάσεων για κάθε εθνική και δημογραφική ομάδα είναι εξαιρετικά δύσκολη για πρακτικούς λόγους) είναι η έρευνα που θα εξετάζει ψυχολογικές κατασκευές ή φαινόμενα (π.χ. πολιτισμικά συστήματα ιδεών) και όχι απαραίτητα διαφορετικές εθνικές κατηγορίες σε σχέση με τις τεκμηριωμένες παρεμβάσεις [Sue, (2003)].
[201] Εξαιρετική βιβλιογραφική ανασκόπηση της ερευνητικής εργασίας για τις εθνικές μειονοτικές ομάδες στις ΗΠΑ, παρέχει η Zane & συν. (2004).

παροχή υπηρεσιών υγείας. Παρόμοια περιστατικά χειρισμού των επιστημονικών συμπερασμάτων ώστε να επιτευχθούν πολιτικές σκοπιμότητες, πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψιν από την επιστημονική κοινότητα.

10. ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Από τη στιγμή που υπάρχουν αποδεδειγμένα αποτελεσματικά[202] ψυχοφάρμακα για τις περισσότερες διαταραχές του Άξονα Ι του DSM, ένα βασικό ερώτημα που τίθεται από τους ενδιαφερόμενους (θεραπευτές, ερευνητές, διαχειριστές υπηρεσιών υγείας κλπ.) δεν είναι αν λειτουργεί η ψυχοθεραπεία -ερώτημα που έχει απαντηθεί εδώ και τουλάχιστον τρεις δεκαετίες- αλλά ποια είναι η αξιολόγησή της σε σχέση με αυτά τα φάρμακα. Η αυξανόμενη συνταγογράφηση ψυχοφαρμάκων, ελλείψει τεκμηρίων αποτελεσματικότητας με όρους θετικιστικούς για τις ψυχολογικές παρεμβάσεις, είναι, όπως έχει σημειωθεί, ένα βασικό κίνητρο ανάπτυξης του κινήματος της ΕΤΨ.

Η Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση είχε κύριο μέλημα να μπορέσουν να εξεταστούν εμπειρικά οι ψυχολογικές θεραπείες με τον ίδιο τρόπο που ελέγχονται τα φαρμακευτικά σκευάσματα (δηλαδή με τα κριτήρια που έχει θέσει ο αντίστοιχος Ελεγκτικός Οργανισμός Φαρμάκων των ΗΠΑ), ώστε οι πρώτες να μπορούν να τα ανταγωνιστούν με ίσους όρους στην ιατρική περίθαλψη των ασθενών. Αν και η πρακτική αυτή ίσως ταιριάζει σε ορισμένες προσεγγίσεις, κυρίως στη γνωσιακή-συμπεριφορική, δεν είναι απαραίτητα εφαρμόσιμη σε όλο το φάσμα των παρεμβάσεων, και σίγουρα δεν λαμβάνει υπόψη τον ιδιόμορφο χαρακτήρα της ψυχοθεραπείας (όπου π.χ. δεν είναι δυνατή η διπλά τυφλή μεθοδολογία στις έρευνες αξιολόγησης). Εκτός των άλλων, αν και οι ανησυχίες για την «προτίμηση» των συστημάτων υγείας στην φαρμακοθεραπεία είναι συνεχιζόμενες, κανένας επίσημος οργανισμός από την πλευρά των ψυχολόγων δεν έχει δημοσιεύσει έως σήμερα μία λίστα τεκμηριωμένων θεραπειών στις οποίες να συγκρίνεται ή να συνδυάζεται συστηματικά ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία (Beutler, 1998).

10.Α. ΤΥΠΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Η κατασκευή μίας λίστας ΕΥΘ υπονοεί τον διπολικό διαχωρισμό των παρεμβάσεων σε δύο κύριες κατηγορίες: όσες είναι τεκμηριωμένα αποτελεσματικές και όσες δεν είναι. Αυτή η απόλυτη διχοτόμηση όμως δεν αφήνει χώρο για την πραγματική εικόνα που παρουσιάζουν οι έρευνες αξιολόγησης της ψυχοθεραπείας. Η εμπειρική υποστήριξη παρουσιάζει διαβαθμίσεις, εννοώντας ότι οι σύντομες τεκμηριωμένες παρεμβάσεις έχουν μεταβλητή αποτελεσματικότητα (με όρους ύφεσης συμπτωμάτων, ανάρρωσης, διατήρησης του αποτελέσματος κλπ.) ανάλογα με τις διαταραχές για τις οποίες παρέχονται

[202] Με τον όρο «αποτελεσματικά» αναφέρομαι στη δυνατότητα των φαρμακευτικών σκευασμάτων να μειώνουν ή να απαλείφουν την εκάστοτε συμπτωματολογία και να είναι σχετικά ασφαλή.

(Westen, Novotny, Thompson-Brenner, 2004). Επιπλέον, οι μη-τεκμηριωμένες παρεμβάσεις έχουν επίσης διαφορική αποτελεσματικότητα, όπως έχει ήδη σημειωθεί.

Το γεγονός ότι μία παρέμβαση *δεν* αναφέρεται σε κάποια λίστα ΕΥΘ σηματοδοτεί τρία πιθανά φαινόμενα:
α) η παρέμβαση αξιολογήθηκε εμπειρικά για συγκεκριμένες διαγνωστικές και πληθυσμιακές κατηγορίες και δεν είχε σημαντικά ή καθόλου αποτελέσματα,
β) η παρέμβαση δεν έχει αξιολογηθεί με ελεγχόμενες έρευνες και με τα υπόλοιπα κριτήρια που θέτει η εκάστοτε επιτροπή,
γ) η επιτροπή που έφτιαξε την λίστα δεν συμπεριέλαβε τη συγκεκριμένη παρέμβαση στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Ας μην ξεχνάμε ότι καμία επιτροπή δεν έχει κάνει απόλυτη και συνολική ανασκόπηση του συνόλου της βιβλιογραφίας για την αξιολόγηση της ψυχοθεραπείας κάθε τύπου σε κάθε πληθυσμό και διαταραχή.

Η λογική όμως του αποκλεισμού παρεμβάσεων που δεν έχουν αξιολογηθεί με κλινικές δοκιμασίες, αφαιρεί από το πάνθεο των διαθέσιμων θεραπειών παρεμβάσεις δυνητικά ή ουσιαστικά λειτουργικές, κυρίως για λόγους που δεν έχουν καμία σχέση με την αποτελεσματικότητά τους. Είτε αυτοί οι λόγοι αναφέρονται στην έλλειψη διαθέσιμης χρηματοδότησης για έρευνα, στις προτιμήσεις των ερευνητών, στη διαθεσιμότητα εγχειριδίων θεραπείας, ή αλλού, σε καμία περίπτωση οι παρεμβάσεις που αποκλείονται από τις λίστες των ΕΥΘ δεν σημαίνει αυτόματα ότι δεν είναι αποτελεσματικές. «*Εάν, ως* [επιστημονικό] *πεδίο, επιλέγουμε να μελετούμε μόνο συγκεκριμένα είδη θεραπειών, δεν μπορούμε να βγάλουμε συμπεράσματα για θεραπείες επιλογής παρά μόνο μέσα στο (μικρό) σύμπαν των θεραπειών που έχουν λάβει εμπειρική προσοχή*» (Westen, Novotny, Thompson-Brenner, 2004, σελ. 640).

Σε γενικές γραμμές μπορεί να υποστηριχθεί, ότι οι θεραπείες που επιλέγονται να αξιολογηθούν είναι σε μεγάλο βαθμό εκείνες που ταιριάζουν στην κυρίαρχη μέθοδο αξιολόγησης, δηλαδή την ελεγχόμενη κλινική δοκιμασία. Με αυτούς τους όρους αποκλείεται, όπως αναφέρθηκε, ένα μεγάλο εύρος θεραπειών των οποίων η αποτελεσματικότητα παραμένει «άγνωστη» στο κοινό, τους κλινικούς και τους διαχειριστές των συστημάτων υγείας, τουλάχιστον με τα προαναφερόμενα εμπειρικά δεδομένα.

Η μεθοδολογία των ελεγχόμενων κλινικών δοκιμασιών, όπως μεταφέρθηκε από το ιατρικό μοντέλο στην ψυχοθεραπεία, ταυτίζεται με τη φιλοσοφία και τη «δομική κατασκευή» συγκεκριμένου τύπου ψυχοθεραπείας. Ο Westen και συν. (2004) περιγράφει αυτό τον τύπο ως εξής: Είναι σύντομος, ισχυρά κατευθυντικός, μπορεί

να τυποποιηθεί με εγχειρίδια λόγω της συγκεκριμένης ακολουθίας τεχνικών που χρειάζονται για την ολοκλήρωσή του, τις οποίες ορίζει ο κλινικός και όχι ο ασθενής. Βεβαίως, μόνο ένας μικρός αριθμός θεραπειών στο σύνολο των παρεμβάσεων εκπληρώνει τους ανωτέρω όρους, και κυρίως οι συμπεριφορικές και γνωσιακές παρεμβάσεις, όπως αναφέρει και ο Wampold (2006b). Ο ίδιος συγγραφέας υποστηρίζει ότι η «ανωτερότητα» των ΕΥΘ στηρίζεται σε ένα θεμελιώδες λάθος, (σελ. 317) «...*συμπεριλαμβάνει την κατασκευή ενός συστήματος* [δηλαδή τα κριτήρια αξιολόγησης των ΕΥΘ που βασίζονται στο ιατρικό μοντέλο] *που μπορεί μόνο να επιβεβαιώσει το συμπέρασμα για το οποίο σχεδιάστηκε να υποστηρίξει*».

Αυτού του τύπου οι παρεμβάσεις (όσες ταιριάζουν στη μεθοδολογία των ΕΚΔ) φαίνεται επιπλέον, να είναι εξαιρετικά αποτελεσματικές σε συγκεκριμένου τύπου διαταραχές. Οι τελευταίες περιλαμβάνουν συμπτωματολογία που είναι πιο εύκολο να μετρηθεί στις ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες. Συνήθως αναφέρονται σε έναν προσδιορίσιμο σύνδεσμο ανάμεσα σε ένα συγκεκριμένο ερέθισμα ή αναπαράσταση και μία συγκεκριμένη γνωσιακή, συναισθηματική ή συμπεριφορική αντίδραση που δεν συνδέεται στενά με άλλα συμπτώματα ή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Ο Westen και συν. (2004) αναφέρει, ως παράδειγμα, τις εξής διαταραχές: η απλή φοβία, η κοινωνική φοβία, τα συμπτώματα πανικού, τα συμπτώματα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και το σύνδρομο μετα-τραυματικού στρες (μετά από μία τραυματική εμπειρία) είναι βασικές διαταραχές, «φιλικές» στον τρόπο αξιολόγησης των ΕΥΘ.

Συνακόλουθα, οι τεχνικές μέτρησης που χρησιμοποιούνται στις έρευνες συχνά αναφέρονται στη θεραπευτική αλλαγή με τρόπους αντίστοιχους με τη θεραπεία η οποία αξιολογείται. Για παράδειγμα, το εργαλείο μέτρησης της κατάθλιψης "Beck Depression Inventory" χρησιμοποιεί κυρίως γνωστικές αναπαραστάσεις της διαταραχής για την αξιολόγηση του επιπέδου της. Είναι λοιπόν επόμενο η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία να αναδειχθεί πιο αποτελεσματική σε μία έρευνα που χρησιμοποιείται το ανωτέρω εργαλείο μέτρησης συγκριτικά με μία άλλη προσέγγιση (Roth & Fonagy, 1996). Αναπόφευκτα, ακόμα και τα αυστηρά ελεγχόμενα αποτελέσματα μέσω ΕΚΔ μπορούν να θεωρηθούν ορισμένες φορές επηρεαζόμενα ή εξαρτημένα, έστω και σε μικρό βαθμό, από το είδος των τεχνικών μέτρησης.

10.Α.α. Αντιδράσεις Ανθρωπιστικών & Ψυχοδυναμικών Θεραπευτών

Στην ψυχοθεραπεία οι περισσότερες ΕΥΘ ανήκουν στη γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση εξαιτίας του τρόπου αξιολόγησής τους (Chambless & Ollendick, 2001). Αντίθετα οι ψυχοδυναμικές, ανθρωπιστικές και εκλεκτικές προσεγγίσεις δεν αντιπροσωπεύονται επαρκώς στις λίστες των ΕΥΘ, γεγονός που υποδεικνύει

(μεταξύ άλλων) ότι δεν έχουν διεξαχθεί αρκετές ελεγχόμενες μελέτες σε αυτά τα πλαίσια. Οι αντιδράσεις των εκπροσώπων αυτών των προσεγγίσεων είναι έντονες. Αναφέρεται συχνά ότι τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τις ΕΥΘ είναι πολύ περιοριστικά και οδηγούν σε άδικη, προνομιακή μεταχείριση των γνωσιακών-συμπεριφορικών θεραπειών έναντι των υπολοίπων, κυρίως για λόγους που αφορούν στην αντίστοιχη «αγορά ψυχικής υγείας» (Bohart, O'Hara & Leitner, 1998).

Ειδικότερα, η έρευνα για τις ΕΥΘ αξιολογεί κυρίως αν η εκάστοτε εξεταζόμενη θεραπεία μειώνει τα συμπτώματα του δείγματος. Οι θεραπευτές όμως από προσεγγίσεις, όπως οι ψυχαναλυτικές και οι υπαρξιακές, δεν εστιάζουν τη θεραπεία μόνο στην άμβλυνση συγκεκριμένων συμπτωμάτων, αλλά σε παράγοντες, όπως η ενίσχυση της αυτογνωσίας, η γενικότερη βελτίωση της λειτουργικότητας ή προσαρμοστικότητας του θεραπευόμενου, η βελτίωση των διαπροσωπικών του σχέσεων και της ποιότητας ζωής κα. Ο Bohart & συν. (1998, σελ. 142) αναφέρει ότι «*οι ανθρωπιστικές θεραπείες γενικά δεν σηματοδοτούνται ως συγκεκριμένες θεραπείες για διαταραχές. Επομένως η εμπειρική τεκμηρίωση για αυτές θα ήταν να καταδειχθεί ότι πραγματοποιούν αυτά που λένε ότι πραγματοποιούν*».

Οι Elliott, Greenberg & Lietaer (2004) υποστηρίζουν ότι οι αναφορές για τις ΕΥΘ (όπως αυτή του Τομέα 12 της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης) προσπάθησαν να διατηρήσουν προϊδεασμούς για την υποτιθέμενη αναποτελεσματικότητα των υπαρξιακών ψυχοθεραπειών τόσο στο επιστημονικό επίπεδο, όσο και στην πολιτική της υγείας. Προσθέτουν ότι «*...η πολιτική φύση της τωρινής ιστορικής στιγμής απαιτεί τη συλλογή, ενσωμάτωση και διάδοση πληροφοριών για το μεγάλο εύρος συσσωρευμένων τεκμηρίων, εν όψει των πολυάριθμων προκλήσεων στις υπαρξιακές-ανθρωπιστικές θεραπείες σε αρκετές χώρες, συμπεριλαμβανομένων των ΗΠΑ, του Ηνωμένου Βασιλείου, της Γερμανίας, της Ολλανδίας και της Αυστραλίας...*» (σελ. 527)

Οι Elliott & Freire (2010) σημειώνουν ότι οι θεραπευτές (των ανθρωπιστικών προσεγγίσεων) αντιμετωπίζουν γενικά με σκεπτικισμό την ποσοτική έρευνα και τη μείωση της πλούσιας και πολυδιάστατης εμπειρίας των πελατών σε αριθμούς. Οι συγγραφείς κάνουν συνοπτική ανασκόπηση έξι διαδοχικών μετα-αναλύσεων (από το 1980 έως το 2008) για το αποτέλεσμα προσωποκεντρικών/ανθρωπιστικών θεραπειών με ενήλικους πληθυσμούς και καταλήγουν στο ότι αυτές οι θεραπείες είναι πιο αποτελεσματικές από τη μη παροχή θεραπείας, έχουν θετικά και διατηρήσιμα αποτελέσματα στους ενήλικες, ενώ φαίνεται να είναι και εξίσου

θεραπευτικές με τη ΓΣΘ[203]. Σε γενικές γραμμές οι ερευνητές στο πλαίσιο των ανθρωπιστικών παρεμβάσεων αναγνωρίζουν την ανάγκη περισσότερης έμφασης στην ποσοτική έρευνα και στις ελεγχόμενες δοκιμασίες, πεδίο στο οποίο ακόμη υπολείπεται ο συγκεκριμένος τομέας.

Στο πλαίσιο των ψυχοδυναμικών θεραπειών υπάρχει ένα ακόμη πεδίο αντιπαράθεσης αναφορικά με την εμπειρική τεκμηρίωσή τους (Leichsenring & Leibing, 2007). Σύμφωνα με τους Roth & Fonagy (1996) οι ψυχοδυναμικοί θεραπευτές σημειώνουν ότι η εστίαση στη συμπτωματική αλλαγή δεν είναι κατάλληλη, όταν π.χ. η αλλαγή της προσωπικότητας -η οποία μετριέται δύσκολα- είναι το αντικείμενο της θεραπείας. Πολλοί ψυχαναλυτές[204] αντιδρούν σκεπτικιστικά στην έρευνα περί αποτελεσματικότητας που αναγνωρίζει την αλλαγή των συμπτωμάτων ως τη μόνη ένδειξη θεραπευτικής ωφέλειας, αφήνοντας στην άκρη τις σύνθετες διαπροσωπικές διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα στις ιδιαίτερα μακρόχρονες θεραπείες και κυρίως στην ίδια την ψυχανάλυση (Fonagy, 2000). Με αυτά τα δεδομένα είναι αντιφατική η σύγκριση, μέσω ΕΚΔ, θεραπειών που δεν βασίζονται στην αλλαγή της ίδιας εξαρτημένης μεταβλητής, δηλαδή στην αλλαγή των συμπτωμάτων, αλλά σε αλλαγές στις (διαπροσωπικές) σχέσεις του ατόμου (Hinshelwood, 2002).

Για την κλασική ψυχανάλυση, η οποία σύμφωνα με τον Gabbard (2005) και τον Fonagy και συν. (2005), είναι η μόνη θεραπεία που δεν «συντονίζεται» με το πρότυπο της απαλλαγής των συμπτωμάτων (αλλά με βασικό σκοπό να «γεμίσει κενά» στη προσωπική αφήγηση του θεραπευόμενου), εντούτοις, δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία που να συνηγορούν στο ότι είναι πιο αποτελεσματική από άλλες θεραπείες (Torrey, 2005). Ορισμένοι ερευνητές, παραταύτα, υποστηρίζουν (ελλείψει όμως ΕΚΔ) ότι η μακρόχρονη ψυχαναλυτική θεραπεία επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα από βραχύτερες ψυχοδυναμικές θεραπευτικές παρεμβάσεις για ασθενείς που παρουσιάζουν ορισμένες σύνθετες ψυχιατρικές διαταραχές [Fonagy, Roth & Higgitt, (2005), Gabbard, (2005), Leichsenring, (2005)].

Πολύ πρόσφατα ξεκίνησε μία (ίσως η πρώτη) ερευνητική προσπάθεια τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμασίας για τη σύγκριση τεσσάρων θεραπειών, μεταξύ των οποίων και η ψυχανάλυση, προϊόν της οποίας είναι μάλιστα και το πρώτο εγχειρίδιο θεραπείας για ψυχανάλυση ενηλίκων (De La Parra & Del Río,

[203] Εφόσον συγκρίνονται παρεμβάσεις ηθελημένα θεραπευτικές και όχι γενικά υποστηρικτικές με ΓΣΘ. Διαφορετικά η τελευταία φαίνεται να υπερέχει στα αποτελέσματα.

[204] Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η κλασική ψυχανάλυση έχει μέχρι στιγμής πολύ λιγότερα ερευνητικά τεκμήρια αποτελεσματικότητας, τουλάχιστον με ΕΚΔ, συγκριτικά με τις σύντομες ψυχαναλυτικές θεραπείες. Οι τελευταίες αναφέρονται στις λίστες και στα εγχειρίδια των τεκμηριωμένων θεραπειών, αν και λιγότερο σε σχέση με τις ΓΣΘ. Αντίθετα, η ψυχανάλυση, φαίνεται να υφίσταται ένα καθεστώς περιορισμού, εκτός των ΕΥΘ, το οποίο ορισμένοι ψυχαναλυτές, όπως ο P. Fonagy, προειδοποιούν ότι θα είναι δυσοίωνο για το μέλλον του κλάδου.

2005). Η κίνηση αυτή αντικατοπτρίζει τη στροφή ορισμένων μελών της Διεθνούς Ψυχαναλυτικής Εταιρείας στην εμπειρική έρευνα σε μία προσπάθεια να αναστραφεί το αρνητικό κλίμα κατά των ψυχαναλυτικών κύκλων, εξαιτίας των περιορισμένων εμπειρικών τεκμηρίων αποτελεσματικότητας. Η πεποίθηση όμως που προβάλλεται από τα μέσα ενημέρωσης και από αρκετούς ερευνητές είναι ότι η ψυχανάλυση, απομονωμένη επιστημονικά από άλλου τύπου παρεμβάσεις, εξυπηρετεί ή αναζητείται πλέον από ελάχιστους ανθρώπους (Eisold, 2005), που έχουν τα μεγάλα χρηματικά ποσά και τον πολύτιμο χρόνο για να την «παρακολουθούν» ή να εκπαιδευτούν σε αυτή. Αν υποστηριχθεί λοιπόν ότι είναι μία θεραπεία για τις ψυχικές διαταραχές, η οποία πρέπει να παρέχεται στα συστήματα υγείας, τίθενται ηθικά ζητήματα σχετικά με τη διαθεσιμότητά της στο ευρύ κοινό.

Συχνά οι ψυχαναλυτικοί κύκλοι αναφέρουν ότι το γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο είναι πιο κοντά στην «κοινή λογική», στην «οικεία διδακτική σχέση» (δηλαδή στην κοινωνικά «φυσιολογική» διαπροσωπική επικοινωνία ή στάση του θεραπευτή) και σε ορθολογικού τύπου προσπάθειες άμβλυνσης της ψυχολογικής οδύνης (Milton, 2001). Αντίθετα, οι ψυχαναλυτικού τύπου θεραπείες προσφέρουν πιο σύνθετη ή ουσιαστική, με όρους ερμηνευτικής και θεραπευτικής δυναμικής, παρέμβαση. Η συγκεκριμένη ή παρεμφερής επιχειρηματολογία, συναντάται συχνά στα κείμενα των ψυχαναλυτών προς υπεράσπιση της προσέγγισής τους. Σε τελική ανάλυση, αναρωτιέμαι πόσο πειστικά μπορούν να είναι τα επιχειρήματα περί «βαθύτερης ερμηνευτικής δυναμικής» για τους διαχειριστές των συστημάτων υγείας, οι οποίοι απαιτούν άμεσα αποτελέσματα, ανεξάρτητα με τον τρόπο που αυτά γίνονται εφικτά; Η ψυχανάλυση χρειάζεται περισσότερα ερευνητικά τεκμήρια και λιγότερα επιχειρήματα περί ανωτερότητας για να επιβιώσει στην ελεύθερη αγορά.

10.Α.β. Εκλεκτικές Παρεμβάσεις

Ένα ακόμη σημείο προβληματισμού έγκειται στο ότι η επιλογή των θεραπειών που αξιολογούνται δεν φαίνεται να γίνεται αναλογικά με την κλινική πρακτική στην κοινότητα. Εάν εξετάζονταν εξαρχής οι θεραπείες που εφαρμόζονταν πιο συχνά, πιθανόν δεν θα υπήρχε σήμερα η πρωτοκαθεδρία των γνωσιακών-συμπεριφορικών προσεγγίσεων, όταν την εποχή που ξεκίνησε η εφαρμογή των ΕΚΔ στην αξιολόγηση της ψυχοθεραπείας, οι ΓΣΘ δεν ήταν τόσο διαδεδομένες, συγκριτικά με τις ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις, όπως αναφέρεται και στο 2ο κεφάλαιο. Οι ερευνητές όμως, όταν αποφασίζουν τον τύπο της παρέμβασης που θα αξιολογηθεί, επιλέγουν θεραπείες που τους είναι οικείες, οι οποίες έχουν προτυποποιηθεί με εγχειρίδια (ή έχουν αυτή τη δυνατότητα), δεν θα διαρκέσουν πολύ χρόνο και το σημαντικότερο, είναι πιο πιθανό να χρηματοδοτηθούν (Westen, 2006a). Ορισμένοι υπέρμαχοι της τεκμηριωμένης πρακτικής (O' Donohue & Fisher,

2006) υποστηρίζουν ότι η ανεξέλεγκτη (ή ελεύθερη) υιοθέτηση προσεγγίσεων που δεν υποστηρίζονται εμπειρικά και ενίοτε υποκρύπτονται υπό τον όρο «εκλεκτισμός», αντικατοπτρίζει ένα μεγάλο πρόβλημα για την ψυχοθεραπεία, μία συνάθροιση «ψυχοθρησκειών», που υποσκάπτει τα επιστημονικά και δεοντολογικά θεμέλια του επαγγέλματος.

Οι παρεμβάσεις που επιλέγονται ως ΕΥΘ μπορούν να χαρακτηριστούν και ως «καθαρές προσεγγίσεις». Στις κλινικές έρευνες επιλέγονται μοντέλα ψυχοθεραπείας που μπορούν να περιγραφούν στα αυστηρά ερευνητικά πρωτόκολλα βήμα προς βήμα και ταιριάζουν στη λογική των ΕΚΔ. Αντίθετα, συχνά αγνοείται το γεγονός ότι στην κλινική πραγματικότητα, η πιο κοινή πρακτική, για κατά μέσο όρο το 1/3 των ψυχοθεραπευτών, είναι η ευέλικτη ενσωμάτωση διαφορετικών προσεγγίσεων και στοιχείων τόσο από διάφορες θεωρίες όσο και από την κλινική πείρα (Stricker, 2006).

Οι θεραπευτές υιοθετούν αυτό που ονομάζεται «τεχνικός εκλεκτισμός» (technical eclecticism)[205]. Αυτή όμως η πρακτική δεν μπορεί να κατηγοριοποιηθεί και να περιγραφεί εύκολα στην έρευνα μέσω εγχειριδίων θεραπείας και κλινικών δοκιμασιών. Ακόμη και στο πεδίο της θεωρητικής σύνθεσης (theoretical integration), με βροντερή εξαίρεση τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, οι περισσότερες παρεμβάσεις δεν πληρούν τα κριτήρια των ΕΚΔ -σύντομες, επικεντρωμένες στην συμπτωματολογία κλπ., (Stricker, 2006). Στην ίδια λογική εντάσσεται και η προσέγγιση της «αφομοιωτικής σύνθεσης» (assimilative integration), όπου ο εξατομικευμένος τρόπος που αφομοιώνει ο θεραπευτής τεχνικές διαφορετικού προσανατολισμού δεν μπορεί να τυποποιηθεί ερευνητικά.

Η χρήση εγχειριδίων και η σύγκριση διαφορετικών μοντέλων στις ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες είναι συχνά αντίθετη (αλλά όχι αποκλειστική) με τη λογική της σύνθεσης ψυχοθεραπειών, εφόσον η τελευταία αναγνωρίζει ομοιότητες στα μοντέλα και αναζητά συνδετικούς κρίκους ανάλογα με το περιστατικό, δίνοντας έμφαση σε διαπροσωπικούς και ενδοσκοπικούς μηχανισμούς αλλαγής. Συμπερασματικά, οι εκλεκτικές ή «συνθετικές» θεραπείες δεν αποτελούν βασικό πεδίο μελέτης αναφορικά με την ΕΤΨ, έως σήμερα, γεγονός που δημιουργεί μεγαλύτερο χάσμα μεταξύ της ερευνητικής τεκμηρίωσης και της πρακτικής των ψυχοθεραπευτών, παρέχοντας ένα απλοποιημένο και περιοριστικό μοντέλο αξιολόγησης της ψυχοθεραπείας (Stricker, 2006).

[205] Στο πρώτο κεφάλαιο υπάρχει αναλυτική αναφορά στη σύνθεση θεωριών.

10.Β. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Η ΕΤΨ αξιολογεί και προωθεί τις σύντομες και εστιασμένες παρεμβάσεις οι οποίες κυμαίνονται περίπου από έξι έως δεκαέξι συνεδρίες (Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004). Οι λόγοι για τους οποίους οι ερευνητές επιλέγουν να μελετήσουν βραχείες θεραπείες, δεν βασίζονται σε προϋπάρχοντα δεδομένα που συσχετίζουν το μήκος της παρέμβασης με τη θεραπεία των περισσότερων διαταραχών. Εξάλλου, όπως παρατέθηκε και στο δεύτερο κεφάλαιο, η ποσότητα των συνεδριών που χρειάζεται για να επιτευχθεί κλινικά σημαντική αλλαγή[206] στον θεραπευόμενο, ποικίλει ανάλογα με τη διάγνωση και τα ιδιαίτερά του χαρακτηριστικά και σαφώς, δεν περιορίζεται στον αριθμό των συνεδριών που συνήθως δικαιολογείται από τους ασφαλιστικούς φορείς.

Περισσότερο είναι οι αντικειμενικές ή πρακτικές συνθήκες που οδήγησαν την έρευνα στη μελέτη των κατεξοχήν σύντομων παρεμβάσεων. Αυτές οι συνθήκες εντοπίζονται:
α) στην έννοια του ελεγχόμενου κόστους των παρεμβάσεων,
β) στους περιορισμούς της χρηματοδότησης (οι μακρόχρονες έρευνες κοστίζουν πολύ περισσότερο),
γ) στη δυσκολία ολοκλήρωσης πολυετών μελετών, αλλά και
δ) στο ίδιο το μοντέλο των κλινικών δοκιμασιών.

Οι ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες δημιουργήθηκαν για την αξιολόγηση φαρμακευτικών προϊόντων. Όταν λοιπόν ένας ερευνητής επιθυμεί να συγκρίνει μία ψυχολογική παρέμβαση με ένα φάρμακο, ακολουθεί - για λόγους εσωτερικής εγκυρότητας[207]- το χρονικό όριο του πειραματικού σχεδιασμού σύγκρισης φαρμάκων. Η ψυχοθεραπεία, ανταγωνίζεται μία εξαιρετικά ισχυρή βιομηχανία παραγωγής και προώθησης φαρμάκων, γεγονός που θα εξεταστεί πιο αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο. Αυτή η βιομηχανία παρασκευάζει, αξιολογεί και βγάζει στην κυκλοφορία σε πολύ γρήγορους ρυθμούς νέα, «καλύτερα» φάρμακα. Σύγχρονο παράδειγμα είναι η κυκλοφορία του εμβολίου για τον ιό της γρίπης H1N1. Μέσα σε λίγους μήνες οι ερευνητές, χρηματοδοτούμενοι από φαρμακευτικούς κολοσσούς και κυβερνήσεις, παρασκεύασαν εμβόλια[208]. Αν και το παράδειγμα δεν αντιστοιχεί στο πεδίο δράσης των ψυχολογικών θεραπειών είναι ενδεικτικό της ταχύτητας και

---

[206] Ως κλινικά σημαντική αλλαγή, στις σύγχρονες μελέτες, ορίζεται η ένδειξη ότι τα περιστατικά μετακινούνται από το κλινικό στο μη κλινικό πεδίο, σε μία τυποποιημένη κλίμακα, αναφορικά με το ποσό που στατιστικά ορίζεται ότι αναπαριστά αξιόπιστη αλλαγή [Carr, (2009)].

[207] Όσο πιο μακρόχρονη η διάρκεια της θεραπείας, τόσο μεγαλύτερη η μεταβλητότητα (variability) στις πειραματικές συνθήκες, γεγονός που αποτελεί απειλή για την εσωτερική εγκυρότητα της μελέτης.

[208] Πρόσφατο δημοσίευμα της εφημερίδας Guardian (4/6/2010) αναφέρεται σε έρευνα του British Medical Journal και του Γραφείου Ερευνητικής Δημοσιογραφίας (μη κερδοσκοπικός οργανισμός) που δείχνει ότι οι οδηγίες που εξέδωσε ο ΠΟΥ για το εμβόλιο της γρίπης (και είχαν ως αποτέλεσμα να αγοραστούν εκατομμύρια εμβόλια από κυβερνήσεις ανά τον κόσμο), συντάχθηκαν από τρεις ερευνητές που είχαν στενές οικονομικές σχέσεις με τις φαρμακοβιομηχανίες που κατασκεύασαν τα εμβόλια, γεγονός που ήταν γνωστό στον οργανισμό, αλλά αποκρύφθηκε. [Ramesh, (2010)].

«αποτελεσματικότητας» της φαρμακοβιομηχανίας. Τι μπορεί να αντιπροτείνει η ψυχοθεραπεία σε μία τόσο καλοκουρδισμένη μηχανή; Γρήγορες, αποτελεσματικές παρεμβάσεις και κυρίως οικονομικές...

Οι βραχείες θεραπείες φαίνεται να είναι αποτελεσματικές για πολλές διαγνωστικές κατηγορίες, ενώ παράλληλα «κοστίζουν» λιγότερο στον «παροχέα» (δηλαδή στο σύστημα υγείας, την ασφαλιστική εταιρεία κλπ.). Φυσικά η αποτελεσματικότητα «μετριέται» με την ύπαρξη ή όχι συμπτωμάτων με το πέρας των κλινικών δοκιμασιών. Οι υπέρμαχοι των κλινικών δοκιμασιών υποστηρίζουν ότι ο περιορισμένος αριθμός συνεδριών επιταχύνει τους ρυθμούς βελτίωσης, γιατί ο θεραπευτής και ο ασθενής εργάζονται πιο εντατικά, ενώ στη συνήθη πρακτική οι θεραπευτές φαίνεται να υπερεκτιμούν τον μέσο όρο αριθμού συνεδριών που απαιτείται για κάθε πελάτη (Stirman & DeRubeis, 2006).

Το εντυπωσιακό βέβαια είναι ότι υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι τα ποσοστά υποτροπής σε αρκετές διαταραχές[209] είναι πολύ υψηλά, τόσο στα άτομα που δεν έχουν λάβει θεραπεία, όσο και σε όσους έχουν λάβει βραχείες τεκμηριωμένες παρεμβάσεις (Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004). Ιδιαίτερα για τις τελευταίες[210], φαίνεται ότι οι ασθενείς υποτροπιάζουν ή αναζητούν επιπρόσθετη θεραπεία σε ένα διάστημα μεταξύ 12 με 24 μήνες από το πέρας της αρχικής παρέμβασης.

Στις μακρόχρονες, εντούτοις, θεραπείες, όπως η ψυχαναλυτική θεραπεία, οι ΕΚΔ - όπως και γενικότερα η φιλοσοφία της εμπειρικής τεκμηρίωσης- δεν είναι εφαρμόσιμες για διάφορους λόγους [Gabbard, (2005), Leichsenring, (2005)]:
α) Είναι αδύνατον να σχεδιαστεί και να εκπονηθεί μία πολυετή θεραπεία με χρήση εγχειριδίων, όπως επίσης να χρησιμοποιηθεί ομάδα ελέγχου υπό τις ίδιες συνθήκες (πόσο μάλλον που αντιτίθεται στους κανόνες δεοντολογίας).
β) Επιπλέον, είναι δυσχερής η δημιουργία αξιόπιστων και ισοδύναμων συγκρίσεων για μακρόχρονα διαστήματα (διότι δεν μπορούν να ελεγχθούν όλοι οι παρεμβαλλόμενοι παράγοντες, όπως διάφορα συμβάντα ζωής, ασθένειες κλπ.),
γ) Τέλος, υποστηρίζεται, ότι η τυχαιοποιημένη κατανομή των ασθενών πιθανόν να αλλοιώσει το ερευνητικό αποτέλεσμα και τη δυνατότητα γενίκευσής του, διότι φαίνεται οι πελάτες της ψυχαναλυτικής θεραπείας να διαφέρουν σε ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σε σχέση με όσους αναζητούν πιο βραχείες παρεμβάσεις. Εάν η τυχαιοποιημένη κατανομή εφαρμόζεται άκριτα «...*υπάρχει*

[209] Συνήθως εξαιρούνται οι αγχώδεις διαταραχές με πολύ συγκεκριμένους θεραπευτικούς στόχους.
[210] Εξαιρούνται οι παρεμβάσεις που συμπεριλαμβάνουν συγκεκριμένους συσχετισμούς ανάμεσα σε ένα ερέθισμα ή αναπαράσταση και μία εξαιρετικά συγκεκριμένη γνωσιακή, συναισθηματική (affective) ή συμπεριφορική αντίδραση.

κίνδυνος να γίνει δόγμα και να χάσει τη λειτουργία της ως χρήσιμη ερευνητική μέθοδος» (Leichsenring, 2005, σελ.843).

Η απόφαση για την υιοθέτηση συγκεκριμένης διάρκειας θεραπείας δεν μπορεί να λαμβάνει χώρα πάντα κατά την αρχική αξιολόγηση ή επαφή με τον θεραπευόμενο, με τον ίδιο τρόπο που συνταγογραφείται μία αντιβίωση. Αν και οι ερευνητικές υποδείξεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, είναι η επαφή με το κάθε άτομο ξεχωριστά και κυρίως η παρακολούθηση της θεραπευτικής του πορείας που συνιστά το βασικό κριτήριο για την τελική διάρκεια της παρέμβασης (Roth & Fonagy, 1996). Ακόμη και στη φαρμακοθεραπεία επανεξετάζεται η διάρκεια χορήγησης φαρμάκων, στο πλαίσιο της εξατομικευμένης παρέμβασης και της ασφάλειας του ασθενούς. Πώς είναι δυνατόν να μην λαμβάνεται υπόψη η ανταπόκριση του αιτούντος στην ψυχοθεραπεία, όπου οι συνθήκες επιβάλλουν διαφοροποιημένες τεχνικές ανά περίπτωση; Ακόμη χειρότερα, πως μπορούν να αποφασίζουν εξωγενείς παράγοντες, όπως οι ασφαλιστικές εταιρείες, εάν ένας ασθενής θα λάβει την τάδε «δόση» ψυχοθεραπείας ή θα τη διακόψει σε λ.χ. 10 συνεδρίες ανεξάρτητα από την πρόοδό του. Βέβαια, κάποιες φορές οι ασφαλιστές χρησιμοποιούν τη μη-βελτίωση του πελάτη (ανεξάρτητα αν ο αριθμός συνεδριών που δικαιολογούν δεν καλύπτει σε καμία περίπτωση το εύρος μίας ολοκληρωμένης παρέμβασης), ως επιχείρημα για τη διακοπή της ψυχοθεραπείας και την παραπομπή του ασθενούς σε λιγότερο δαπανηρές, φαρμακευτικές παρεμβάσεις.

11. ΚΟΙΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι «πολέμιοι» των ΕΥΘ συχνά αναφέρονται στη σπουδαιότητα των κοινών παραγόντων στην ψυχοθεραπεία, ανεξάρτητα από (ή καλύτερα παράλληλα με) τα θεωρητικά μοντέλα και τις τεχνικές, οι οποίοι έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν σε εξαιρετικά σημαντικό βαθμό το αποτέλεσμα της παρέμβασης (Deegear & Lawson, 2003). Η διαμάχη που έχει αναπτυχθεί για τη σημαντικότητα των τεχνικών συγκριτικά με τους κοινούς παράγοντες είναι ιδιαίτερα περίπλοκη και όπως αναφέρει η Tanenbaum (2005), υποδηλώνει το ερώτημα εάν η ερευνητική μεθοδολογία με την οποία εξετάζεται ένα στοιχείο (τεχνική, φαινόμενο, σχέση κλπ.) θα καθορίσει ή όχι, το αν θεωρείται αποτελεσματικό.

Οι κοινοί παράγοντες βρίσκονται στο επίκεντρο όλων των παρεμβάσεων. Περιλαμβάνουν ορισμένα χαρακτηριστικά του θεραπευτή, του πελάτη, της θεραπευτικής σχέσης, τις συνθήκες και το πλαίσιο της παρέμβασης (στοιχεία που αναλύονται στο δεύτερο κεφάλαιο της διατριβής). Σε γενικές γραμμές το κίνημα της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας φαίνεται να δίνει έμφαση στις θεραπευτικές μεθόδους ή τεχνικές και τις διαφορές μεταξύ τους και να μειώνει ή να αγνοεί τη σημασία των παραγόντων που (σύμφωνα με τις έρευνες) επηρεάζουν

το αποτέλεσμα, όπως τον πελάτη, το θεραπευτή και τη σχέση μεταξύ τους [Norcross & Lambert, (2006), Wampold & Bhati, (2004)].

Πολλές φορές, η ιδιαιτερότητα του θεραπευτή (δηλαδή τα ατομικά του χαρακτηριστικά) αντιμετωπίζεται ως παρεμβαλλόμενη μεταβλητή, η οποία πρέπει να ελεγχθεί στο πλαίσιο των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμασιών, ώστε να αναδειχθεί η αποτελεσματικότητα της εκάστοτε θεραπευτικής τεχνικής (Henry, 1998). Όπως έχει αναφερθεί και στο δεύτερο κεφάλαιο, η διαφορική αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων οφείλεται σε κάποιο βαθμό (καθόλου αμελητέο) και στους θεραπευτές. Αφορίζοντας λοιπόν τον θεραπευτή από τη διαδικασία, προκαλούνται πιθανές αλλοιώσεις στα συμπεράσματα περί θεραπευτικής αλλαγής (Wampold & Bhati, 2004). Ένα συχνό ερώτημα που τίθεται είναι το εξής· αν οι ΕΨΘ έχουν παραχθεί μέσα στο εργαστήριο, με τέτοιο τρόπο, ώστε να ελέγχονται οι «κοινοί παράγοντες», τότε πως μπορούν αυτές οι θεραπείες να εφαρμόζονται από τους θεραπευτές, τη στιγμή που είναι αυτοί οι παράγοντες που ενδυναμώνουν συχνά (και σίγουρα επηρεάζουν) το θεραπευτικό αποτέλεσμα;

Οι Wampold & Bhati (2004) αναφέρουν πως μετα-αναλύσεις έχουν δείξει ότι η πρόσθεση ή αφαίρεση των υποτιθέμενων ενεργών στοιχείων σε διαφορετικά μοντέλα θεραπείας δεν αλλάζει δραματικά την αποτελεσματικότητά τους, ενώ υπάρχουν λίγες ενδείξεις για την επιρροή συγκεκριμένων μηχανισμών (που αναδεικνύονται από τη θεωρία) στη σχέση θεραπείας και αποτελέσματος. Επιπλέον, η ερευνητική εργασία για το θεραπευτικό αποτέλεσμα επεξηγεί μόνο το 40% με 50% της συνολικής διαφοροποίησης στην έκβαση της θεραπείας, στην οποία ο σημαντικότερος παράγοντας που καθορίζει το αποτέλεσμα φαίνεται να είναι ο ίδιος ο ασθενής (επηρεάζει το 25% με 30% της συνολικής διαφοροποίησης) και κυρίως η μεταβλητή του βαθμού νοσηρότητας που αυτός εμφανίζει (Norcross & Lambert, 2006). Αυτά τα ποσοστά δεν είναι στατικά, αλλά το εύρος τους εξαρτάται και από το είδος της έρευνας ανά περίπτωση (σύγκριση δύο παρεμβάσεων, σύγκριση με ομάδα έλεγχου ή εικονική θεραπεία κλπ.), τον τρόπο μέτρησης και το πλαίσιο.

Προτείνεται, επίσης, το επιχείρημα ότι η παρατηρούμενη μικρή διαφοροποίηση στην αποτελεσματικότητα συγκεκριμένων παρεμβάσεων εξαρτάται από τη βαρύτητα που δίνουν στη λειτουργία των κοινών παραγόντων και όχι απαραίτητα από την πραγμάτωση συγκεκριμένων τεχνικών (Roth, Fonagy & Parry, 1996). Μετα-αναλύσεις έχουν δείξει (Norcross & Lambert, 2006) ότι ο πιο σημαντικός κοινός παράγοντας, δηλαδή η θεραπευτική σχέση (ή συμμαχία) δεν επιδρά διαφορετικά στο αποτέλεσμα ως λειτουργία των εκάστοτε θεωρητικών προσεγγίσεων (π.χ. στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία ή στην προσωποκεντρική), αλλά ίσως

υπάρχουν διαφορετικές επιδράσεις της θεραπευτικής σχέσης ανάλογα με τον βαθμό διαταραχής του ασθενούς, όπως και με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του (λ.χ. η συμμαχία φαίνεται να είναι πιο δύσκολο να εδραιωθεί με απορριπτικούς, φοβικούς-αγχωτικούς, παραβατικούς ή ουσιοεξαρτώμενους ασθενείς).

Στον αντίποδα, οι υποστηρικτές των εξειδικευμένων τεχνικών, αναφέρουν ότι τα μοντέλα ή οι τεχνικές δεν μπορούν να είναι τα στοιχεία που επηρεάζουν λιγότερο τη θεραπεία. Αντίθετα, η τεχνική είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας (αν και δεν μπορεί να υπάρξει θεραπεία μόνο με τεχνικές), διότι επηρεάζει σε βάθος το ρόλο που δίνεται στον πελάτη, στον θεραπευτή και στην ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης (Castelnuovo & συν., 2004). Οι υπέρμαχοι των ΕΥΘ σημειώνουν ακόμη, ότι η φύση της θεραπευτικής σχέσης κάνει δύσκολο για τον ασθενή να αναζητήσει επιπρόσθετη ή εναλλακτική θεραπεία (Wolfe & Maser, 1994, παρατίθεται από τον Sanderson, 2003) στην περίπτωση που έχει επιλεχθεί παρέμβαση χωρίς τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα. Αυτό που βεβαίως δεν αναφέρεται είναι, ότι ακριβώς η ίδια η φύση της θεραπευτικής σχέσης, εφόσον εμπεριέχει αποδοχή, εμπιστοσύνη, ενσυναίσθηση και συνεργατικότητα, είναι αυτή που προάγει τη θετική έκβαση ανεξαρτήτως του τύπου θεραπείας (εμπειρικά υποστηριζόμενου ή μη).

Οι Slife & Wendt (2007) επικροτούν το «κίνημα» αναφορικά με τους κοινούς παράγοντες, ως ένα βήμα *μετά* τις ΕΥΘ. Σημειώνουν εντούτοις ότι, όπως το πλαίσιο στο οποίο δημιουργήθηκαν οι ΕΥΘ, εξετάζει μεροληπτικά μόνο μία μέθοδο ως ιδεατή για τον ορισμό της πιο αποτελεσματικής παρέμβασης (δηλαδή την τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμασία), έτσι και το πλαίσιο που αναφέρεται στους κοινούς παράγοντες (και ιδίως η αναφορά της APA για τους κοινούς παράγοντες, βλ. APA, 2006), αναφέρεται μεροληπτικά σε μία συγκεκριμένη επιστημολογία, μία περιοριστική μορφή εμπειρισμού. Κατ' ουσία, η ψυχολογία ερμηνεύει ή αντιλαμβάνεται την εμπειρική μεθοδολογία μόνο αναφορικά με τις εμπειρίες που γίνονται αισθητηριακά γνωστές και οι ανωτέρω συγγραφείς υποστηρίζουν, ότι αυτή η προοπτική δεν είναι τεκμηριωμένη από την APA. *«Αυτή η εξίσωση της τεκμηρίωσης με τον εμπειρισμό παραλληλίζεται άμεσα με την εξίσωση της τεκμηρίωσης με τις τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες* [που πρότεινε] *το κίνημα για τις ΕΥΘ»* (σελ. 7).

Τα προαναφερόμενα δεδομένα για τη σπουδαιότητα των κοινών παραγόντων στο αποτέλεσμα της θεραπείας, συνιστούν είτε ότι δεν θα μπορούν να ελεγχθούν όλες οι θεραπευτικές προσεγγίσεις με τα «κριτήρια της Chambless», όπως ήδη συμβαίνει, είτε ότι θα είναι δύσκολο να μεταφερθούν οι ΕΥΘ στην καθημερινή πρακτική με την ίδια αποτελεσματικότητα (εφόσον οι στόχοι της θεραπείας είναι εξαρτώμενοι κυρίως από τις ιδιαιτερότητες του θεραπευόμενου, του θεραπευτή

και του πλαισίου και δεν περιλαμβάνουν μόνο εξειδικευμένες τεχνικές). Εν ολίγοις, η σύγχρονη έρευνα υποδεικνύει ότι οι συγκεκριμένες τεχνικές ή στοιχεία των παρεμβάσεων, που καθορίζονται από τα εγχειρίδια των ΕΥΘ, μπορούν να αμφισβητηθούν ως το βασικό αποτελεσματικό συστατικό των ψυχολογικών θεραπειών (Deegear & Lawson, 2003).

11.Α. ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Προσπαθώντας να απαγκιστρωθεί η επιστημονικά τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία από τη «λαγνεία των διαγνώσεων και των εξειδικευμένων τεχνικών» και να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στους κοινούς παράγοντες, και ιδιαίτερα στη θεραπευτική σχέση, δημιουργήθηκε το 1999 ειδική επιτροπή του Τομέα 29 (Ψυχοθεραπεία) της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης, με Πρόεδρο τον J. Norcross, η οποία μελέτησε εκτενώς τις «Εμπειρικά Τεκμηριωμένες (Θεραπευτικές) Σχέσεις» [Empirically Supported (Therapy) Relationships], δίνοντας έμφαση περισσότερο στον ανθρώπινο παράγοντα παρά στις διαταραχές ή τεχνικές [Norcross, (2001), Norcross (2002), Norcross & Hill, (2004)]. Τα αναλυτικά πορίσματα και οι πρακτικές της επιτροπής έχουν δημοσιευθεί στο βιβλίο με τίτλο "Psychotherapy Relationships that Work" (Norcross, 2002). Ο τρόπος με τον οποίο λειτούργησε η συγκεκριμένη επιτροπή της APA μοιάζει με αλλά και διαφέρει από την προγενέστερη εργασία του τομέα Κλινικής Ψυχολογίας για τις ΕΥΘ και θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μία «απάντηση» στα περιοριστικά κριτήρια που έθεσε η πρώτη επιτροπή.

Η εργασία του Τομέα Ψυχοθεραπείας της APA είχε διπλό στόχο. Ο πρώτος στόχος της επιτροπής ήταν να αναγνωρίσει και να διαδώσει εκείνες τις συμπεριφορές-στοιχεία, στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης, κυρίως από την πλευρά του θεραπευτή, που είναι γενικά αποτελεσματικές. Ο δεύτερος στόχος ήταν να καθοριστούν και να αναγνωριστούν οι ποιότητες ή συμπεριφορές του ασθενούς (πέρα από τη διάγνωση) που χρησιμεύουν στον θεραπευτή ως αξιόπιστα στοιχεία για την εξατομίκευση της θεραπευτικής σχέσης[211] (Norcross & Lambert, 2006). Όπως αναφέρει ο Norcross (2001, σελ. 347) *«Αν και τα περισσότερα εγχειρίδια θεραπείας...αναφέρουν τη σπουδαιότητα της θεραπευτικής σχέσης, λίγα καθορίζουν ποιες ποιότητες του θεραπευτή ή συμπεριφορές εντός των συνεδριών οδηγούν σε θεραπευτική[212] σχέση. Καθώς οι οδηγοί θεραπείας... απαιτούνται περισσότερο στην εκπαίδευση, την έρευνα και την πρακτική, υπάρχει ένας αληθινός και επικείμενος κίνδυνος να αντιπαρέρχονται τη θεραπευτική σχέση, τις διαπροσωπικές δεξιότητες του θεραπευτή και το ταίριασμα των θεραπευόμενων με τους θεραπευτές».*

---

[211] Ο διπλός στόχος της επιτροπής μπορεί να περιγραφεί ως η αναζήτηση απαντήσεων στα δύο ερωτήματα: Τι λειτουργεί γενικά στη θεραπευτική σχέση και τι λειτουργεί καλύτερα για συγκεκριμένους ασθενείς; [Norcross & Hill, (2004)].

[212] "curative"

Σε κάθε περίπτωση, η επιτροπή λειτούργησε βάζοντας στο «περιθώριο» τις επιμέρους τεχνικές και τα θεωρητικά μοντέλα, αναζητώντας στοιχεία της θεραπευτικής σχέσης που θα μπορούσαν να συνεισφέρουν στην αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και να είναι λειτουργικά και χρήσιμα για την καθημερινή πρακτική (Norcross, 2001). Στην επιλογή των θεραπειών που εξετάστηκαν, συμπεριλήφθηκαν παρεμβάσεις με ή χωρίς εγχειρίδια, όπως και εκλεκτικές (όχι μόνο «καθαρές») προσεγγίσεις. Οι θεραπευόμενοι δεν επιλέχθηκαν με βάση μία διαγνωστική κατηγορία, ενώ η διάρκεια των παρεμβάσεων ήταν ποικίλη (βραχεία και μακρόχρονη, όχι απαραίτητα προκαθορισμένη). Τέλος, η επιτροπή δεν εξέτασε μόνο τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες ή άλλου τύπου πειραματικές μελέτες, αλλά και νατουραλιστικές, ποιοτικές και διαδικαστικές έρευνες (Norcross, 2001).

Συγκεκριμένα, αφού έγινε ανασκόπηση της σχετικής ερευνητικής βιβλιογραφίας, δημιουργήθηκαν δύο λίστες με τα στοιχεία ή τους συντελεστές που απαρτίζουν τις αποκαλούμενες ως εμπειρικά υποστηριζόμενες σχέσεις. Κάθε στοιχείο κατηγοριοποιήθηκε ανάλογα με την αποτελεσματικότητά του (σύμφωνα με το μέγεθος και την κανονικότητα των ερευνητικών ευρημάτων), σε έναν από τρεις τομείς ως:
α) αποτελεσματικό,
β) υποσχόμενο και πιθανόν αποτελεσματικό ή
γ) εάν δεν υπήρχε αρκετή έρευνα ώστε να αποδοθεί αξιολογική κρίση.
(Υπενθυμίζεται, ότι η αποτελεσματικότητα αναφέρεται στο σύνδεσμο σχέσης και αποτελέσματος και όχι στη θεραπεία συγκεκριμένων διαταραχών.)

Τα κριτήρια με τα οποία αξιολογήθηκαν τα στοιχεία των ΕΥΣ είναι τα εξής (Norcross & Lambert, 2006):
-ο αριθμός των ερευνών που τεκμηριώνουν τα στοιχεία των ΕΥΣ,
-η συνέπεια των ερευνητικών αποτελεσμάτων,
-το μέγεθος της θετικής σχέσης μεταξύ στοιχείου και θεραπευτικού αποτελέσματος,
-η αμεσότητα της σύνδεσης μεταξύ στοιχείου και αποτελέσματος,
-η πειραματική σχολαστικότητα των μελετών και
-η εξωτερική εγκυρότητα της ερευνητικής βάσης.

Οι εργασίες της επιτροπής κατέληξαν, όπως αναφέρθηκε, σε δύο λίστες. Η πρώτη λίστα περιλαμβάνει τα στοιχεία ή συμπεριφορές της θεραπευτικής σχέσης, κυρίως εκπορευόμενα από τον θεραπευτή, που είναι γενικά αποτελεσματικά (Norcross & Hill, 2004). Συγκεκριμένα, στον πίνακα 6 παρατίθεται το σύνολο των στοιχείων, σύμφωνα με την αναφορά των Norcross & Hill (2004). Πέντε στοιχεία

κατηγοριοποιήθηκαν ως αποτελεσματικά και επτά στοιχεία κρίθηκαν ως υποσχόμενα και πιθανόν αποτελεσματικά, αν και όλα λειτουργούν σε αλληλεπίδραση και δεν είναι εύκολα διακριτά μεταξύ τους. Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 6, στοιχεία όπως, η ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας, η ενσυναίσθηση του θεραπευτή και η συνεργασία των συμμετεχόντων είναι κεντρικά στις ΕΥΣ και επηρεάζουν σημαντικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αν και ορισμένα στοιχεία, βασίζονται στις Ροτζεριανές απαραίτητες συνθήκες για τη θεραπευτική σχέση, η ανασκόπηση της επιτροπής συνέλεξε έρευνες από το σύνολο των θεωριών, αποφεύγοντας να δώσει έμφαση στα θεωρητικά σχήματα (Norcross, 2001).

Πίνακας 6. Εμπειρικά Υποστηριζόμενα Στοιχεία της Σχέσης Θεραπευτή και Θεραπευόμενου

Στοιχεία Εμπειρικά Υποστηριζόμενων Θεραπευτικών Σχέσεων (Τομέας Ψυχοθεραπείας – Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση)	
Αποτελεσματικά στοιχεία	Θεραπευτική Συμμαχία
	Συνοχή στην ομαδική θεραπεία
	Ενσυναίσθηση
	Ομόφωνη Στοχοθέτηση
	Συνεργασία
Υποσχόμενα & πιθανόν αποτελεσματικά στοιχεία	Θετική αποδοχή[213]
	Ένταξη στη σχέση[214] & Αυθεντικότητα
	Ανατροφοδότηση στον πελάτη
	Επισκευή ρήξης στη συμμαχία
	Αυτο-αποκάλυψη
	Διαχείριση της αντιμεταβίβασης
	Ποιότητα των ερμηνειών

Η έρευνα των τελευταίων ετών αναδεικνύει ότι όταν ο κλινικός προσαρμόζει τη θεραπευτική σχέση ανάλογα και με τα χαρακτηριστικά, κοσμοθεωρία και προσωπικότητα του θεραπευόμενου, τότε διευκολύνεται η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας. Η δεύτερη λίστα του Τομέα Ψυχοθεραπείας της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης αναφέρεται στον προσδιορισμό εκείνων των συμπεριφορών ή ποιοτήτων του θεραπευόμενου (πέρα από τη διάγνωση) που εξυπηρετούν ως αξιόπιστα στοιχεία στην εξατομίκευση της θεραπευτικής σχέσης (Norcross & Hill, 2004). Στον Πίνακα 7. παρατίθεται το σύνολο των στοιχείων που υποστηρίζει η επιτροπή σύμφωνα με την ανασκόπηση της ερευνητικής εργασίας.

[213] "positive regard"

[214] Χρησιμοποιείται ο όρος "congruence" τον οποίο οι Norcross & Hill (2004) αναλύουν ως *«η προσωπική ένταξη του θεραπευτή στη σχέση (ελεύθερα και βαθιά)»* (σελ. 21)

Πίνακας 7. Ποιότητες Θεραπευόμενου στις ΕΥΣ

Στοιχεία Θεραπευόμενου στην Εξατομίκευση της Θεραπευτικής Σχέσης (Τομέας Ψυχοθεραπείας - Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση)	
Αποτελεσματικά στοιχεία	Αντίσταση
	Λειτουργική Βλάβη
Υποσχόμενα και πιθανόν αποτελεσματικά στοιχεία	Στάδιο αλλαγής
	Στιλ αντιμετώπισης καταστάσεων[215]
	Προσδοκίες
	Αφομοίωση προβληματικών εμπειριών
	Στιλ Προσωπικότητας (Anaclitic/Sociotropic Vs Introjective/Autonomous)
Ανεπαρκή Ερευνητικά Στοιχεία	Στιλ συναισθηματικών δεσμών[216], Φύλο, Εθνικότητα, Θρησκεία & Πνευματικότητα, Προτιμήσεις, Διαταραχές Προσωπικότητας

Εντοπίστηκαν τουλάχιστον δύο στοιχεία του θεραπευόμενου που μπορούν να δράσουν βοηθητικά (είναι αποτελεσματικά) στην εξατομικευμένη παρέμβαση και προώθηση της θεραπευτικής σχέσης (Norcross & Lambert, 2006). Αυτά είναι η αντίσταση[217] του πελάτη (στοιχείο που κατηγοριοποιήθηκε ως αποτελεσματικό) και η λειτουργική αρτιότητά του (δηλ. το επίπεδο υποκειμενικής καταπόνησης[218] και λειτουργικής συμπεριφοράς). Και τα δύο στοιχεία λειτουργούν θετικά αν αντιστοιχηθούν με ποιότητες του θεραπευτή ή της θεραπείας (λ.χ. το επίπεδο αντίστασης του πελάτη συνδυάζεται αντίστροφα με το επίπεδο καθοδηγητικότητας[219] του θεραπευτή). Στην κατηγορία των πιθανώς αποτελεσματικών στοιχείων η επιτροπή επισημαίνει πέντε παράγοντες, που επηρεάζουν τη σχέση και το αποτέλεσμα: το στιλ αντιμετώπισης νέων καταστάσεων του πελάτη, το στάδιο αλλαγής στην πορεία της ψυχοθεραπείας, το στιλ προσωπικότητας (ανακλητικό ή ενδοπροβολικό), οι προσδοκίες του πελάτη, και το στάδιο στην αφομοίωση των προβληματικών εμπειριών κατά την ψυχοθεραπεία. Εκτός των ανωτέρω, η επιτροπή σημειώνει και ορισμένα χαρακτηριστικά του θεραπευόμενου, όπως το φύλο και η εθνικότητα, για τα οποία δεν υπάρχει επαρκής ερευνητική εργασία ώστε να εξαχθούν συγκεκριμένα συμπεράσματα.

Στην προσπάθεια της Επιτροπής φαίνεται να αντιπαραβάλλεται ο ρόλος του θεραπευτή και του θεραπευόμενου και η μεταξύ τους σχέση, σε αντίθεση με τις εξειδικευμένες θεραπείες και τεχνικές των ΕΥΘ. Η συνεισφορά της επιτροπής είναι, κατά τη γνώμη μου, σημαντική, εφόσον προβάλει την ψυχοθεραπεία με το ίδιο βλέμμα αυτών που την παρέχουν, δηλαδή ως μία διαπροσωπική διαδικασία

[215] "coping style"
[216] "attachment style"
[217] "resistance"
[218] "distress"
[219] "directiveness"

που δεν περιορίζεται σε διαγνώσεις και τεχνικές, αλλά εμπλουτίζεται από τη σχέση των συμμετεχόντων, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους και τις εμπειρίες τους. Ένα ακόμη σημαντικό σημείο είναι η πλουραλιστική αντιμετώπιση της ερευνητικής βιβλιογραφίας από την επιτροπή. Δεν εξετάστηκαν μόνο πειραματικές μελέτες ή τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες, αλλά ένα μεγάλο εύρος ερευνητικών μεθοδολογιών που πιθανόν αντικατοπτρίζει καλύτερα την πολυπλοκότητα της ψυχοθεραπείας.

Υπάρχουν όμως και ελλείψεις στην προαναφερόμενη εργασία. Όπως αναγνωρίζει και ο ίδιος ο Norcross (2001) σε αυτή την προσπάθεια δεν δόθηκε τόσο έμφαση στη μοναδική συνεισφορά του θεραπευόμενου στο αποτέλεσμα της παρέμβασης. Σημειώνω, επιπλέον, ότι η προσπάθεια να εντοπιστούν στοιχεία της θεραπευτικής σχέσης που τεκμηριωμένα προάγουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα, ανάγει την ίδια τη θεραπευτική σχέση σε ένα είδος τεχνικής, το οποίο μπορεί να διδαχθεί ή να ταξινομηθεί σε εγχειρίδια, παρόμοιο με τις τεχνικές έκθεσης ή χαλάρωσης. Με αυτόν τον τρόπο, η εργασία της επιτροπής δεν διαφέρει ιδιαίτερα από τις λίστες των ΕΥΘ, τουλάχιστον στον τρόπο παρουσίασης των ευρημάτων. Επιπρόσθετα, και οι δύο επιτροπές έχουν τον ίδιο γενικό στόχο, δηλαδή να προάγουν την επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική, ενώ και κάποια μέλη τους είναι κοινά.

Η ψυχοθεραπεία είναι μία συνάντηση ανθρώπων και ως τέτοια δεν μπορεί να συμπυκνωθεί σε μηχανιστικές τεχνικές ή οδηγίες. Όπως αναφέρει και η Goodheart (2004) «*Γνωρίζουμε ότι η οδύνη είναι μέρος της ανθρώπινης εμπειρίας, και ότι η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική στην άμβλυνση αυτής της οδύνης, ανεξάρτητα από το πως θα την ορίσεις* (σελ.7)...*Ο θεραπευτής λειτουργεί ως ένα καλοκουρδισμένο όργανο και σκεπτόμενο άτομο, όχι ως τεχνικός που ακολουθεί ένα σενάριο.* (σελ.9)».

12. ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΥΘ

Η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική, αν και βασίζεται στα ερευνητικά ευρήματα, χρειάζεται επαλήθευση των προτάσεών της. Για να εισαχθούν θεραπείες στις λίστες των τεκμηριωμένων παρεμβάσεων χρειάζονται, κατά κύριο λόγο, τουλάχιστον δύο ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες από διαφορετικές ερευνητικές ομάδες που να αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της εκάστοτε παρέμβασης σε συγκεκριμένη διαγνωστική και πληθυσμιακή κατηγορία. Είναι αυτό το κριτήριο επαρκές από μόνο του; Μπορούν αυτές οι παρεμβάσεις να εφαρμοστούν χωρίς περαιτέρω αξιολόγηση στην κοινότητα και στα διαφορετικά πλαίσια παροχής ψυχολογικών υπηρεσιών;

Ένα μικρό αλλά σημαντικό παράδειγμα της ελλιπούς αξιολόγησης των «ήδη» τεκμηριωμένων παρεμβάσεων είναι το επόμενο. Η πρόσφατη επανεξέταση των μελετών για τις ομαδικές θεραπείες που περιλαμβάνονται στη λίστα της Chambless & συν. (1998) δείχνει ότι σε έναν μεγάλο αριθμό υπάρχουν στατιστικά λάθη [Baldwin & συν. (2005), Carr (2009)] και ενδεχομένως η εμπειρική υποστήριξή τους είναι σοβαρά ελλιπής. Συγκεκριμένα, στις ομαδικές θεραπείες οι συμμετέχοντες αλληλεπιδρούν με τρόπους που επηρεάζουν το τελικό αποτέλεσμα, ανεξάρτητα από τον τύπο της θεραπείας που παρέχεται και αξιολογείται (π.χ. με αλληλοϋποστήριξη, ανατροφοδότηση εκτός θεραπείας κ.α.). Εάν αυτές οι αλληλεπιδράσεις δεν ληφθούν υπόψιν στη στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων, αυξάνεται δραματικά το λάθος Τύπου Ι (αυξάνεται δηλαδή η πιθανότητα να βρεθούν αναληθείς διαφορές μεταξύ των ομάδων θεραπείας και ελέγχου).

Στη λίστα της Chambless έγινε ανασκόπηση 33 ερευνών για ομαδικές θεραπείες (σε σύνολο 101 μελετών), όπου σε καμία δεν υπήρχε κατάλληλη ανάλυση των δεδομένων τους. Ο Baldwin και συν. (2005) επανεξέτασε αυτές τις μελέτες και έδειξε ότι 6-19 μελέτες (δηλαδή οι μισές κατά Μ.Ο.) δεν είχαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Συμπερασματικά, φαίνεται ότι ένας αριθμός θεραπειών έχουν κατηγοριοποιηθεί «λανθασμένα» ως εμπειρικά τεκμηριωμένες με τα συγκεκριμένα κριτήρια της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης. Επιπλέον, διαφαίνεται η μεροληψία που μπορεί να έχουν οι εκάστοτε επιτροπές όταν κάνουν ανασκόπηση των μελετών αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας.

Είναι φανερό, ότι εκτός από τα κριτήρια ένταξης των θεραπειών στις λίστες, πρέπει να καθοριστούν και κριτήρια επαναξιολόγησης κάθε λίστας, αναθεώρησης της βιβλιογραφίας που εξετάστηκε και επίσης, κριτήρια για την αφαίρεση παρεμβάσεων που αποδεικνύονται μη λειτουργικές, γεγονός που σημειώνεται στη σχετική βιβλιογραφία. Η συνεχής αναθεώρηση των ΕΥΘ από διαφορετικές επιτροπές και η προσθήκη των νέων ερευνητικών ευρημάτων απαιτείται από την ίδια τη φιλοσοφία της ΕΤΨ, που αναζητά τη σύμπλευση με τα πιο σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, αλλά και από την ηθική προσταγή τα «προϊόντα» της ΕΤΨ να είναι τα πιο αποτελεσματικά στην παροχή τους στους πολίτες.

12.Α. ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΕΥΘ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Λίγες έρευνες μέχρι σήμερα έχουν εξετάσει την κλινική χρησιμότητα των ΕΥΘ, δηλαδή τη δυνατότητά τους να μεταφερθούν από το εργαστήριο στην κλινική πρακτική με παρόμοια αποτελεσματικότητα. Οι Fonagy, Roth & Higgitt (2005) αναφέρουν συνοπτικά 4 λόγους για τους οποίους οι ΕΥΘ, που βασίζονται σε ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες, έχουν χαμηλή εξωτερική εγκυρότητα:
1) η μη αντιπροσωπευτικότητα των θεραπευτών που συμμετέχουν στις έρευνες,

2) η μη αντιπροσωπευτικότητα των ασθενών που επιλέγονται στις ΕΚΔ,
3) η χρήση μη τυπικών θεραπειών, σχεδιασμένων για μία διαταραχή και
4) ο περιορισμός των αξιολογήσεων του αποτελέσματος στα συμπτώματα.

Η ερευνητική κοινότητα δεν φαίνεται να συμφωνεί στο αν τα αποτελέσματα των ελεγχόμενων ερευνών είναι ή όχι χρήσιμα για τους ψυχοθεραπευτές και κάθε πλευρά προβάλλει αντίστοιχα επιχειρήματα που εστιάζουν κυρίως στη μεθοδολογία και στην ηθική υπευθυνότητα απέναντι στους θεραπευόμενους (Persons & Silberschatz, 1998). Παρόλα αυτά, η έντονη κριτική που έχει ασκηθεί αναφορικά με τη δυνατότητα γενίκευσης των παρεμβάσεων που αξιολογούνται μέσω τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμασιών σε άλλα πλαίσια ή πληθυσμούς, έχει ενεργοποιήσει τους ερευνητές που αρχίζουν να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη γενικευσιμότητα (Franklin & DeRubeis, 2006).

Σύμφωνα με τους Chambless & Ollendick (2001) υπάρχει ένας μικρός αριθμός ερευνών (κατουραλιστικές μελέτες για τη διαταραχή πανικού και την κατάθλιψη σε ενήλικες και σχετικά με την εναντιωτική προκλητική διαταραχή συμπεριφοράς σε παιδιά), στις οποίες μεταφέρθηκαν ΕΥΘ σε πραγματικές κλινικές συνθήκες, όπου βρέθηκε ότι οι ΕΥΘ έχουν θετικές επιδράσεις, αλλά μικρότερες σε σχέση με το ελεγχόμενο πλαίσιο των κλινικών δοκιμασιών. Σε πολλές από αυτές τις μελέτες, ο τρόπος διεξαγωγής της θεραπείας (π.χ. ο αριθμός συνεδριών) ήταν αρκετά διαφορετικός από τις εργαστηριακές έρευνες, ώστε να μην μπορούν να αποδοθούν αξιόπιστα συγκριτικά αποτελέσματα και οι συγγραφείς αναγνωρίζουν ότι οι ΕΥΘ ίσως χρειάζεται να τροποποιηθούν ή να συμπεριληφθούν σε ευρύτερα θεραπευτικά προγράμματα όταν παρέχονται στην κοινότητα. Οι Weisz, Jensen-Doss & Hawley (2006) σχολιάζουν ότι ίσως οι πιο αποτελεσματικές εμπειρικά τεκμηριωμένες θεραπείες τελικά θα είναι εκείνες που θα υποβληθούν σε μία επαναληπτική διαδικασία σταδίων προσαρμογής και ελέγχου, ώστε να μεγιστοποιήσουν την επιρροή τους στα πλαίσια που λαμβάνει χώρα η συνήθης κλινική πρακτική. Αυτή η διαδικασία είναι βέβαια χρονοβόρα και αρκετά υψηλή σε κόστος.

Πιο πρόσφατα δημοσιεύματα υποστηρίζουν την κλινική εφαρμογή των ΕΥΘ. Για παράδειγμα, ο Hunsley (2007) αναφέρει ότι σε σχετική ανασκόπηση μελετών, όπου τεκμηριωμένες παρεμβάσεις για νέους και ενήλικες μεταφέρθηκαν σε συνηθισμένα κλινικά πλαίσια, τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά και ανάλογα με τα ευρήματα των ΕΚΔ για τις ίδιες παρεμβάσεις. Στο ίδιο πνεύμα, οι Franklin & DeRubeis (2006) υποστηρίζουν ότι με τα υπάρχοντα (λίγα) εμπειρικά δεδομένα οι επιστημονικά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις έχουν τη δυνατότητα να μεταφερθούν με θετικά αποτελέσματα από το εργαστήριο σε πλαίσια κλινικής πρακτικής. Οι συγγραφείς βασίζουν τα επιχειρήματα τους σε σχετικές έρευνες που έχουν γίνει

για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και την κατάθλιψη, καθώς και σε άλλες διαταραχές.

Από μία άλλη οπτική, το γεγονός ότι οι θεραπευτές μπορεί να εκπαιδεύονται και να υιοθετούν τεκμηριωμένες θεραπείες δεν ταυτίζεται με την «ορθή και επιτυχή» εφαρμογή τους. Η κλινική πραγματικότητα, διαφέρει σε πολλές μεταβλητές από την ερευνητική. Χρειάζεται σαφώς επαναληπτικός έλεγχος των θεραπειών που έχουν αξιολογηθεί ερευνητικά (μέσω κλινικών δοκιμασιών κ.α.) και οι οποίες εφαρμόζονται στην κοινότητα, που να περιλαμβάνει αξιολόγηση των υπηρεσιών, των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων και της θεραπευτικής διαδικασίας. Τα δεδομένα που θα προκύψουν, επανατροφοδοτούν την έρευνα και τους ίδιους τους θεραπευτές (όπως στην περίπτωση των practice research networks που αναλύθηκαν στο τρίτο κεφάλαιο).

Κατ' αυτό τον τρόπο η ΕΤΨ μπορεί να βελτιώσει την «εξωτερική εγκυρότητα» των προτάσεων της. Στην πράξη βέβαια η χρηματοδότηση παρόμοιων αξιολογήσεων δεν συναντάται συχνά και τα συναφή οργανωτικά εμπόδια που πρέπει να ξεπεραστούν είναι αρκετά. Η αξιολόγηση της εφαρμογής των αρχών της εμπειρικής τεκμηρίωσης, αν και επαληθεύει αυτές τις αρχές, έως σήμερα, δεν φαίνεται να είναι βασικό μέλημα των υποστηρικτών της ΕΤΨ. Πέρα όμως από το επιστημονικό ενδιαφέρον που θα έχουν παρόμοιες έρευνες, η πρακτική τους αναγκαιότητα είναι επιτακτική. Το σύστημα υγείας που επιλέγει να υιοθετήσει τις ερευνητικά αποτελεσματικές θεραπείες, οφείλει να ελέγχει πόσο τελικά ωφελούν τον πολίτη (και όχι μόνο τους οικονομικούς δείκτες) στην πραγματική τους εφαρμογή πέρα από το εργαστήριο.

12.Β. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΥΘ & ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με τον Westen (2006b) η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική προωθεί ένα μοντέλο συνεργασίας μεταξύ του ερευνητή και του κλινικού θεραπευτή το οποίο δεν μπορεί να περιγραφεί με όρους ισότιμης συνεισφοράς. Με άλλα λόγια, η τεκμηριωμένη πρακτική ταυτίζεται με την προσπάθεια διάδοσης των πλέον αποτελεσματικών παρεμβάσεων οι οποίες στηρίζονται στην ερευνητική εργασία, όπου επιλεγμένοι και έμπειροι κλινικοί εκπαιδεύονται σε συγκεκριμένες παρεμβάσεις με ομοιογενή δείγματα. Στον αντίθετο πόλο, η «συνήθης πρακτική» ή αλλιώς η θεραπεία στην κοινότητα, ταυτοποιείται άδικα με χαμηλό ποιοτικό επίπεδο, με παρεμβάσεις που παρέχονται από «*κλινικούς με πτυχίο ή μεταπτυχιακό στα υποχρηματοδοτούμενα κέντρα συμβουλευτικής και ψυχικής υγείας*» (Westen, 2006b, σελ. 181).

Όντως, η ποιότητα των κλινικών παρεμβάσεων δεν μπορεί να είναι αδιαφοροποίητη σε όλα τα πλαίσια, κρατικά και ιδιωτικά, (τουλάχιστον όσο το

υπάρχον νεοφιλελεύθερο σύστημα προωθεί μονόπλευρα την ιδιωτική πρωτοβουλία). Ωστόσο, οι εμπειρικά υποστηριζόμενες θεραπείες δεν μπορούν να θεωρηθούν ποιοτικά ανώτερες και αναπόφευκτα αναγκαίες, εάν δεν συγκριθούν με τους ίδιους όρους με θεραπείες που παρέχονται σε εξίσου «ιδανικές συνθήκες» στην κοινότητα (από έμπειρους θεραπευτές σε ιδιωτική πρακτική, σε ομοιογενές δείγμα ασθενών παρόμοιας νοσηρότητας κλπ.).

Οι Ollendick & King (2006a) αναφέρουν ότι στις λίγες έρευνες που έχουν συγκρίνει ΕΥΘ με τις συνήθεις παρεχόμενες θεραπείες στην κοινότητα, οι πρώτες φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη επιτυχία στην άμβλυνση των διαταραχών, αν και τα δύο είδη παρέμβασης δεν μπορούν να συγκριθούν με παρόμοια κριτήρια. Σε μια σημαντική μετα-ανάλυση 32 ερευνών στις οποίες έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων από ασθενείς (παιδιά και εφήβους) τυχαία κατανεμημένους σε ΕΥΘ ή σε συνήθη φροντίδα, ο Weisz και συν. (2006) αναφέρει ότι ορισμένες ΕΥΘ φαίνεται να είναι ελαφρώς πιο αποτελεσματικές από τις θεραπείες που δεν πληρούν τα κριτήρια της Chambless.

Υπάρχουν όμως και συγγραφείς που διαφωνούν για το είδος των συγκρίσεων που γίνονται. Σύμφωνα με τον Reed (2006) στην πραγματικότητα δεν έχουν γίνει συγκρίσεις μεταξύ των αποτελεσμάτων των αξιολογημένων θεραπειών και των αποτελεσμάτων των θεραπειών που παρέχονται στην κοινότητα από *έμπειρους* θεραπευτές, αν και αυτή θα έπρεπε να είναι η βάση σύγκρισης για τη λήψη περαιτέρω αποφάσεων σχετικά με τις προσφερόμενες θεραπείες. Το ίδιο επιχείρημα υποστηρίζουν και οι Westen, Novotny & Thompson-Brenner (2004), αν και τα δεδομένα που υπάρχουν έως σήμερα, για τους ανθρώπους που έχουν την οικονομική δυνατότητα να επισκέπτονται ιδιωτικά έμπειρους θεραπευτές, είναι ακόμη ελάχιστα. Αντιθέτως, αναφέρουν οι συγγραφείς, συνήθως όταν μία εμπειρικά τεκμηριωμένη παρέμβαση συγκρίνεται με «τη συνήθη θεραπεία» (treatment as usual)[220], η δεύτερη αναφέρεται σε χαμηλού προϋπολογισμού και συχνότητας παρεμβάσεις που παρέχονται από ελάχιστα εκπαιδευμένους παρα-επαγγελματίες, οι οποίοι αγωνίζονται να τα βγάλουν πέρα με τεράστιο αριθμό περιστατικών σε κοινοτικά κέντρα. Με αυτά τα δεδομένα, η συγκρίσεις είναι σαφώς ανεπαρκείς (ως επιστημονικές μέθοδοι) και δεν μπορούν να οδηγήσουν σε έγκυρα αποτελέσματα.

Από την άλλη πλευρά, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπειών που προσφέρονται στην κοινότητα, οι O' Donohue & Fisher (2006) σημειώνουν ότι η ακριβής ποιότητα των παρεμβάσεων είναι άγνωστη, αν και υπάρχουν ενδείξεις ότι μάλλον είναι προβληματική. Επιπλέον, η ανασκόπηση

[220] Συχνά χρησιμοποιείται και ως ομάδα ελέγχου αυτό το είδος θεραπείας, με όμως σοβαρά προβλήματα να αναβλύζουν κατά την ερμηνεία των δεδομένων, όπως παρατέθηκε και σε προηγούμενο υποκεφάλαιο.

ερευνών για την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας στην κοινότητα σε παιδιά & εφήβους, από τους Ollendick & King (2004), υποστηρίζει ότι «*Προφανώς η "συνήθης θεραπεία" δεν είναι αποτελεσματική θεραπεία -παρόμοιες "θεραπείες" έχουν λίγη υποστήριξη για τη συνέχιση της χρήσης τους και μας θυμίζουν τα συμπεράσματα που κατέληξε ο Levitt (1957,1963)· ειδικότερα, ότι η "συνήθης θεραπεία" δεν είναι πιο αποτελεσματική από την πάροδο του χρόνου.*» (σελ. 11).

Σύμφωνα με τον Hunsley (2007), υπάρχουν πολύ λίγα ερευνητικά δεδομένα έως σήμερα, τα οποία, επιπλέον, δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά. Ο συγγραφέας κάνει σύντομη ανασκόπηση ερευνών ευρείας κλίμακας που μετρούν την αποτελεσματικότητα της συνηθισμένης κλινικής παρέμβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας των ΗΠΑ (και μία στη Μ. Βρετανία) και υπολογίζει, ότι με την εξαίρεση της τελευταίας, περίπου το 1/3 των ενήλικων ασθενών βελτιώνεται λαμβάνοντας ψυχοθεραπεία. Αυτό το ποσοστό φαίνεται απογοητευτικό συγκριτικά με τα ευρήματα των ΕΚΔ. Δεν απαντά ωστόσο στο ερώτημα, εάν τα «θεαματικά» αποτελέσματα των εργαστηριακών ερευνών μπορούν να συγκριθούν με την καθημερινή κλινική πρακτική.

Εξάλλου ο τρόπος σχεδιασμού μίας ΕΚΔ μπορεί να διαστρεβλώσει τα πραγματικά αποτελέσματα μιας παρέμβασης. Για παράδειγμα, στις ελεγχόμενες μελέτες συνήθως οι παρεμβάσεις που συγκρίνονται με ομάδα ελέγχου έχουν πολύ πιο εντυπωσιακά αποτελέσματα σε σχέση με τη σύγκριση με άλλη παρέμβαση (βλ. Weisz & συν., 2006). Είναι φανερό ότι περαιτέρω έρευνα είναι απολύτως αναγκαία πριν κάποιος καταλήξει σε οποιοδήποτε συμπέρασμα. Από τις πληροφορίες που συνέλεξαν οι Morrison, Bradley & Westen (2003) σε νατουραλιστική έρευνα που συμμετείχαν 242 έμπειροι κλινικοί, διαφαίνεται ότι η θεραπεία στην κοινότητα διαρκεί σχεδόν τον διπλάσιο χρόνο σε σχέση με τη διάρκεια των ΕΥΘ (για την κατάθλιψη, τη διαταραχή πανικού και τις αγχώδεις διαταραχές), ενώ η ύπαρξη ταυτόχρονων, κλινικά σημαντικών προβλημάτων (είτε σε επίπεδο συμπτωματολογίας, είτε σε επίπεδο χαρακτηριστικών της προσωπικότητας) είναι ο κανόνας και όχι η εξαίρεση για τους ασθενείς στην καθημερινή πρακτική και συνδέεται με τη διάρκεια της παρέμβασης. Επιπλέον, πρόσφατη έρευνα των Stewart & Chambless (2007) σε δείγμα κλινικών ψυχολόγων (N=591) σε ιδιωτική πρακτική, έδειξε ότι η πλειονότητα των επαγγελματιών βασίζεται κατά κύριο λόγο στην κλινική τους εμπειρία στη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων, παρά στα ερευνητικά δεδομένα ή στις ΕΥΘ.

Τα συμπεράσματα, εντούτοις, αυτών των ερευνών (ΕΚΔ κλπ.) εξαρτώνται από πλήθος παραγόντων, ώστε νη μην μπορούν να γενικευθούν περαιτέρω, όπως από τον πληθυσμό, τους θεραπευτές, τη διαταραχή, το πλαίσιο υπό μελέτη κλπ. Όπως

αναφέρουν και ο Atkins και συν. (2006, σελ. 105) «*Είναι καιρός να παραδεχτούμε ότι η διαδικασία της αξιολόγησης παρεμβάσεων στο πανεπιστήμιο για μεταφορά στην κοινότητα δεν είναι ούτε αποδοτική ούτε εμπειρικά δικαιολογημένη*». Σε γενικές γραμμές και ενόσω η έρευνα εξελίσσεται γοργά, δεν υπάρχουν, μέχρι στιγμής, επαρκή στοιχεία που να συνηγορούν με την ειδική αποτελεσματικότητα των ΕΥΘ σε νατουραλιστικές συνθήκες.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα που συναντάται σχετικά με τις ΕΚΔ και τις ΕΥΘ είναι η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων τους, τη στιγμή που οι ίδιες λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στη λήψη αποφάσεων που αφορούν ποιες θεραπείες θα παρέχονται από μία υπηρεσία και πώς (δηλαδή στο πλαίσιο της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής). Ορισμένοι ερευνητές, όπως ο Bowen (2003) και οι Fonagy, Roth & Higgitt, (2005) αναφέρουν πιθανές λύσεις στο πρόβλημα της γενικευσιμότητας.

Παρουσιάστηκε ήδη στο τρίτο κεφάλαιο η τεκμηρίωση που βασίζεται στην κλινική πρακτική (practice-based evidence) με την αξιοποίηση ερευνητικών δικτύων. Μία ακόμη λύση που προτείνεται είναι η εκπόνηση «πραγματιστικών» ΕΚΔ (pragmatic RCTs ή real-world trials) σε αντίθεση με τις «επεξηγηματικές» (explanatory RCTs), οι οποίες διατηρούν το αυστηρά ελεγχόμενο κλινικό πρωτόκολλο[221]. Στις πρώτες, ωστόσο, διατηρείται συνήθως ένα επίπεδο ελέγχου, όπως η τυχαιοποιημένη κατανομή, αλλά διεξάγονται σε πιο ρεαλιστικές συνθήκες. Για παράδειγμα, το δείγμα είναι ετερογενές, με μειωμένα κριτήρια αποκλεισμού, το επίπεδο εμπειρίας των θεραπευτών διαφέρει, και η αξιολόγηση δεν είναι «τυφλή», με το ρίσκο μείωσης της εσωτερικής εγκυρότητας. Οι συνεισφορά τους έγκειται στη συνάφεια των ερωτημάτων τους με όσα απασχολούν τους κλινικούς στη συνήθη πρακτική (Fonagy & συν., 2005).

Οι πλέον σύγχρονες μελέτες προτείνουν υβριδικά μοντέλα ερευνητικού σχεδιασμού, τα οποία συνδυάζουν μεθοδολογική σχολαστικότητα και κλινική χρησιμότητα, παρέχοντας δεδομένα που μπορούν να μεταφερθούν και να χρησιμοποιηθούν άμεσα στην κλινική πρακτική [Atkins & συν., (2006), Hien & συν., (2009), Roy-Byrne & συν., (2003)]. Ίσως η αμφίπλευρη μεταφορά τεκμηρίων, τόσο από την κλινική πρακτική όσο και από το ερευνητικό εργαστήριο, σε νέου τύπου κλινικές δοκιμασίες, να αποδώσει παρεμβάσεις πιο κοντινές στην καθημερινή πραγματικότητα του επαγγέλματος ψυχικής υγείας. Είναι κατανοητό, εντούτοις, ότι αυτές οι «βελτιώσεις» δεν αποτελούν λύση, αλλά ένα είδος συμβιβασμού στην προσπάθεια να γεμίσει το κενό που υπάρχει μεταξύ της έρευνας και της κλινικής πρακτικής.

[221] Η διαφοροποίηση μεταξύ των δύο τύπων ΕΚΔ δεν είναι απόλυτη, αλλά εξαρτάται από την προτεραιότητα που δίνουν οι ερευνητές σε ζητήματα εσωτερικής και εξωτερικής εγκυρότητας.

13. ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Η έρευνα για την αξιολόγηση της ψυχοθεραπείας, ιδίως τα τελευταία είκοσι χρόνια, χρησιμοποιεί την κατηγοριοποίηση ασθενών με βάση κυρίως νοσολογικά συστήματα ιατρικής προέλευσης, όπως το DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), γεγονός που έχει προκαλέσει πολλές επικρίσεις και προβληματισμούς, κυρίως στην απαρχή του κινήματος της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας.

Σε φιλοσοφικό επίπεδο το DSM κατατάσσεται στο λογικό θετικισμό[222] και οπερασιοναλισμό[223], θεωρίες που έχουν αποδομηθεί, καθώς οι επιστημονικές παρατηρήσεις και έρευνες δεν μπορούν να είναι απόλυτες, αντικειμενικές ή ανεξάρτητες από τις θεωρητικές κατασκευές τις οποίες αναπαριστούν και τις έννοιες τις οποίες χρησιμοποιούν (Roth & Fonagy, 1996). Επομένως, μία α-θεωρητική ταξινόμηση ίσως είναι οξύμωρο σχήμα επιστημολογικά. Αναφέρεται σε αυτό το σημείο, ότι ο οπερασιοναλισμός των νοσολογικών συστημάτων ευνοεί τις συμπεριφορικές και βιολογικές προσεγγίσεις, συγκριτικά με άλλες, εξίσου αποτελεσματικές προσεγγίσεις της ψυχοπαθολογίας[224]. Είναι γεγονός ότι, για παράδειγμα, στις διαγνωστικές κατηγορίες υπάρχει σχεδόν απόλυτη απουσία ψυχοδυναμικών θεωρήσεων. Επιπλέον, οι διαγνωστικές κατηγορίες δημιουργούν την επίφαση μίας ομοιογένειας μεταξύ των περιστατικών, δίνοντας έμφαση σε φαινομενολογικούς και συμπεριφορικούς προσανατολισμούς, παρά σε αιτιολογικές προοπτικές για την ψυχική διαταραχή, γεγονός που «μειώνει» και «απλοποιεί» την κλινική παρέμβαση, η οποία περιλαμβάνει διαφορετικούς χειρισμούς και στρατηγικές σε κάθε χωροχρονική στιγμή και ανθρώπινη συνάντηση.

Ο Bohart & συν., (1998) αναφέρει ότι η νοσολογική κατηγοριοποίηση των αιτούντων βοήθεια είναι αδύνατη, καθώς κάθε περίπτωση είναι μοναδική και η διάγνωση μέσω π.χ. του DSM, συνιστά μία «απάνθρωπη οπτική»[225] των ψυχολογικών προβλημάτων. Επιπλέον, οι τεκμηριωμένες θεραπείες δίνουν έμφαση στη διαταραχή (όπως αυτή προσδιορίζεται και διαγιγνώσκεται από την τελευταία

---

[222] Λογικός Θετικισμός (ή Λογικός Εμπειρισμός ή Νεοθετικισμός) είναι ένα φιλοσοφικό ρεύμα (με ρίζες στο γνωστό «Κύκλο της Βιέννης», στη Γερμανία και Αυστρία το 1920) που κυρίως ασχολήθηκε με τη λογική ανάλυση της επιστημονικής γνώσης, με βάση την «αρχή της επαληθευσιμότητας» και την απόρριψη των μεταφυσικών θεωρήσεων. [Logical Positivism, http://en.wikipedia.org/wiki/Logical_positivism, (προσβάσιμο, 11/3/2010)].

[223] Ο οπερασιοναλισμός είναι ένα φιλοσοφικό δόγμα βασιζόμενο στην αρχή ότι δεν γνωρίζουμε τη σημασία μίας έννοιας, εκτός εάν έχουμε μία μέθοδο για τη μέτρηση της τελευταίας. [Stanford Encyclopedia of Philosophy, (2010)].

[224] Είναι βέβαια εντυπωσιακό ότι οι Roth & Fonagy, από τους οποίους παρατίθενται τα σχετικά επιχειρήματα, στη δεύτερη έκδοση του βιβλίου τους ("What Works for Whom?", (2006), σελ. 36] έχουν «αφαιρέσει» τις προαναφερόμενες κριτικές για τα διαγνωστικά ταξινομικά κριτήρια και δικαιολογούν τη χρήση τους με όρους πραγματιστικούς, εφόσον στην ερευνητική πρακτική σπανίως χρησιμοποιούνται άλλου τύπου ταξινομήσεις.

[225] "dehumanized view"

έκδοση του εκάστοτε νοσολογικού συστήματος) και αυτή προσπαθούν να αμβλύνουν, ενώ παραγκωνίζουν το ίδιο το άτομο και τη διαπροσωπική σχέση που συνάπτει στην ψυχοθεραπεία (Henry, 1998).

Σύμφωνα με τον Carr (2009), πολλοί ψυχοθεραπευτές και χρήστες υπηρεσιών θεωρούν ιδεολογικά αντίθετη τη χρήση του ιατρικού μοντέλου, καθώς τοποθετούν τις ψυχιατρικές διαγνώσεις σε ένα συνεχές ή αδιάσπαστο σύνολο όπου συναντάται η φυσιολογική ανάπτυξη και λειτουργικότητα ή επειδή αναγνωρίζουν τις διαγνώσεις ως ελλείμματα συστημάτων και όχι ατόμων. Ακόμη και οι ίδιες οι ψυχιατρικές διαγνωστικές κατηγορίες απαντούν σε κοινωνικά αιτήματα ανάλογα με την ιστορική περίοδο που λαμβάνουν χώρα (Hinshelwood, 2002). Οι επονομαζόμενες διαταραχές ή τα σύνδρομα αλλάζουν, καταργούνται ή δημιουργούνται και από κοινωνικές και πολιτικές επιταγές[226]. Όπως αναφέρει και ο Totton (2000) «*Κάθε διαγνωστικό σύστημα για την ψυχοθεραπεία είναι απαραίτητα μία πολιτική οντότητα: το προϊόν μίας σειράς μαχών, συμμαχιών και συναλλαγών εξουσίας. Αυτό είναι εξαιρετικά ξεκάθαρο αναφορικά με το DSM...*» (σελ. 111). Με τον ίδιο τρόπο αλλάζουν και οι θεραπευτικές μέθοδοι ανάλογα με την ιστορική στιγμή και τα εμπειρικά δεδομένα.

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, αυτούσια η εμπειρική τεκμηρίωση των νοσολογικών κατηγοριών μπορεί να αμφισβητηθεί (Westen & συν., 2004). Τα κριτήρια του DSM δημιουργούνται κυρίως μέσα από την ομόφωνη γνώμη ειδικών επιτροπών, και δεν βασίζονται σε αυστηρές εμπειρικές μεθόδους (π.χ. παραγοντική ανάλυση) αφήνοντας πολλά ερωτηματικά αναπάντητα. Γι' αυτό το λόγο, ίσως είναι αντιφατικό ή λανθασμένο οι ίδιες κατηγορίες να χρησιμοποιούνται στον ορισμό εμπειρικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων. Πρέπει να σημειωθεί, όμως, ότι η κατασκευή των ΕΥΘ και τα κριτήρια που ορίστηκαν από την Επιτροπή Κλινικής Ψυχολογίας της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης, δεν «απαιτούν» τη χρήση ορισμένου νοσολογικού ή άλλου συστήματος για την οριοθέτηση του προβλήματος των ασθενών.

Το γεγονός ότι οι ερευνητές χρησιμοποιούν ευρέως τα γνωστά διαγνωστικά κριτήρια -είτε λόγω της φύσης της έρευνας είτε διότι συνάδει με τις απαιτήσεις των φορέων που τις χρηματοδοτούν- έχει οδηγήσει στον περιορισμό της ερευνητικής παλέτας μόνο σε συγκεκριμένες διαγνώσεις. Η έρευνα έχει εξελιχθεί, λαμβάνοντας ως υποθετικά δεδομένο ότι οι περισσότεροι αιτούντες ψυχοθεραπεία παρουσιάζουν συμπτώματα του Άξονα Ι του DSM, τα οποία μπορούν να διαγνωστούν στην αρχή (ή πριν την αρχή) της θεραπείας. Ορισμένες

[226] Τυπικά παραδείγματα είναι η κατά κόρον διάγνωση της υστερίας στις γυναίκες κατά τη βικτοριανή εποχή, αποτέλεσμα και του περιοριστικού τρόπου ζωής των γυναικών. Άλλο παράδειγμα είναι η ομοφυλοφιλία ως ψυχιατρική νόσος που αποσύρθηκε από τις κατηγορίες του DSM τη δεκαετία του 1970.

νατουραλιστικές μελέτες υποστηρίζουν ότι περίπου το 1/3 με 1/2 των αιτούντων βοήθεια δεν μπορούν να διαγνωστούν χρησιμοποιώντας το DSM, διότι τα προβλήματά τους δεν ταιριάζουν ή υπερβαίνουν τις συγκεκριμένες υπάρχουσες κατηγορίες. Τα πραγματικά αιτήματα των ασθενών μένει να διερευνηθούν με εμπειρικές μελέτες, ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη συνάφεια μεταξύ προσφοράς και ζήτησης.

Ένα παραπλήσιο ζήτημα με τη νοσολογική κατηγοριοποίηση των ασθενών στην ψυχοθεραπεία είναι η υπόθεση που διατρέχει (αν και δεν αναφέρεται φανερά) τη μεθοδολογία αξιολόγησης των ΕΥΘ (και κυρίως τις ΕΚΔ), ότι δηλαδή τα συμπτώματα είναι δυνατόν να θεραπευτούν ανεξάρτητα από την προσωπικότητα του θεραπευόμενου και συνεπώς τη διερεύνηση και αλλαγή δυσλειτουργικών της χαρακτηριστικών (Westen & συν., 2004). Η επικέντρωση σε σύνδρομα και διαταραχές σε συνδυασμό με τη σύντομη διάρκεια της παρέμβασης είναι δύο παράγοντες που περιθωριοποιούν τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του ατόμου, σε παρεμβάσεις όπως η γνωσιακή-συμπεριφορική και η διαπροσωπική, αν και είναι αποδεκτό -από εμπειρικές έρευνες- ότι οι περισσότερες διαταραχές του Άξονα Ι του DSM δεν είναι ανεξάρτητες από την προσωπικότητα, χαρακτηριστικά της οποίας μπορεί να λειτουργούν ρυθμιστικά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι εμπειρικά υποστηριζόμενες θεραπείες, παραταύτα, δεν απευθύνονται παρά μόνο σε ιατρογενείς διαγνώσεις.

Τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM έχουν διαχωρίσει την ψυχοπαθολογία σε κατηγορίες που μπορούν να αναπαραχθούν και αυτό είναι το μεγάλο πλεονέκτημα που αποδίδει η εφαρμογή τους στην έρευνα, ότι δηλαδή μπορεί να γενικευτεί σε διαφορετικά πλαίσια. Η προσπάθεια όμως των ερευνητών εστιάζει πλέον στην αναγνώριση των ασθενών που θα επωφεληθούν περισσότερο από διαφορετικούς τύπους θεραπείας, γεγονός που οδηγεί σε απαίτηση εξέλιξης των διαγνωστικών κριτηρίων σε αντιστοιχία με τις εξελίξεις στη γνώση για την ψυχοπαθολογία.

Οι μελλοντικές εκδόσεις του DSM είναι πιθανόν να συμπεριλαμβάνουν κλίμακες ψυχοπαθολογίας, που να μην περιορίζονται μόνο στη νοσηρότητα, με τέτοιο τρόπο, ώστε να διευκολύνεται η χρήση τους στην πρόβλεψη και επιλογή της καλύτερης θεραπείας (Gerber & Michels, 2008). Πρόσφατα η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ένωση δημοσίευσε ένα προσχέδιο του DSM-5[227], με σκοπό την αξιολόγησή του από το ενδιαφερόμενο κοινό (επαγγελματίες, υπηρεσίες και καταναλωτές), η τελική μορφή του οποίου αναμένεται να κυκλοφορήσει τον Μάιο του 2013. Εκτός των αλλαγών που προτείνονται σε συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια ή κατηγορίες, η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ένωση προτείνει το νέο

[227] http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx (Προσβάσιμο 20/2/2010).

εγχειρίδιο να συμπεριλαμβάνει και ένα είδος «αξιολόγησης των διαστάσεων» των συμπτωμάτων (Cassels, 2010). Αυτό το νέο είδος αξιολόγησης θα βοηθάει στον προσδιορισμό του βαθμού νοσηρότητας των συμπτωμάτων, ενώ θα δίνει τη δυνατότητα να λαμβάνονται υπόψιν συμπτώματα που υπερβαίνουν συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες (γεγονός που ισχύει ιδιαίτερα στις ψυχιατρικές διαταραχές). Εφόσον οι προαναφερόμενες αλλαγές λάβουν χώρα, πιθανόν να διευκολύνουν την εξατομικευμένη διάγνωση και παρέμβαση ανά περίπτωση.

Αν και οι αντιδράσεις για τη χρήση νοσολογικών συστημάτων εξακολουθούν να υφίστανται, έχει καταστεί αρκετά διαδεδομένη η υιοθέτησή τους στην ΕΤΨ- και επακόλουθα στη διαχείριση, οργάνωση και χρηματοδότηση υπηρεσιών και ερευνών, τη στιγμή που ως σήμερα τουλάχιστον, δεν υπάρχει κάποια εναλλακτική πρόταση ταξινόμησης που να μπορεί να υλοποιηθεί με αντίστοιχα αποτελέσματα.

14. ΠΟΙΟΤΙΚΗ & ΔΙΑΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Ο Silverman (1996) αναφέρεται στην εξής παρανόηση που συμβαίνει συχνά στην έρευνα για την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών παρεμβάσεων: το να αποδοθεί ένα αποτέλεσμα (θετικό ή αρνητικό) σε μία παρέμβαση, είναι πολύ πιο εύκολο, από το να εξηγηθεί ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί η παρέμβαση[228]. Μήπως λοιπόν, εξετάζοντας παρεμβάσεις για την αποτελεσματικότητά τους, αποτυγχάνουμε να μάθουμε τα στοιχεία εκείνα που τις κάνουν όντως αποτελεσματικές; Μήπως, κατά συνέπεια, βιαζόμαστε να οδηγηθούμε σε υπερ-γενικεύσεις για τη χρησιμότητα συγκεκριμένων παρεμβάσεων; Για να χρησιμοποιήσω και εγώ την «ιατροκεντρική» προσέγγιση, που είναι δημοφιλής σήμερα στο πάνελ των «τεκμηριωμένων θεραπευτών», όταν εξετάζεται ένα φάρμακο, πριν την ασφαλή διανομή του στο κοινό, προσδιορίζονται οι συνιστώσες (ενεργά συστατικά, δοσολογία κλπ.) που το καθιστούν δραστικό. Τι γνωρίζουμε για τα δεκάδες είδη ψυχοθεραπείας, πέραν του ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν προκαλούν «κακό» στους αιτούντες βοήθεια, αλλά φαίνεται να αμβλύνουν ορισμένες διαταραχές; Ποια είναι τα ενεργά συστατικά των ψυχολογικών προσεγγίσεων και, εφόσον κινούμαστε στο πεδίο της διαπροσωπικής επικοινωνίας, πως αυτά τα συστατικά γίνονται αντιληπτά και χρησιμοποιούνται από τους συμμετέχοντες; Η ποσοτική έρευνα μπορεί να δώσει λίγες απαντήσεις στο πώς και στο γιατί του εκάστοτε αποτελέσματος.

Πολλά είδη ψυχοθεραπείας συνιστούν μη γραμμικές, αλλά διαδραστικές διαδικασίες, στις οποίες το ζεύγος θεραπευτή - θεραπευόμενου επαναπροσδιορίζει τη θεραπεία διαρκώς, ακολουθώντας μία σύνθετη και εύπλαστη πορεία ανακαλύψεων. Αυτή είναι μία ιδιομορφία της ψυχοθεραπείας, η

[228] Ο συγγραφέας παραθέτει τον όρο "type III error", όπως χρησιμοποιείται από τους Smith & Sechrest (1991), για να ορίσει την παρανόηση στην ερευνητική εργασία, όπου αποδίδεται λανθασμένα μία αιτία σε ένα αποτέλεσμα.

οποία δεν μπορεί να εξισωθεί με τις ιατρικές θεραπείες και ως εκ τούτου καθιστά αναγκαίες διαφορετικές μεθόδους έρευνας ανάλογα με το κλινικό ερώτημα. Για παράδειγμα, ερωτήσεις που έχουν σχέση: α) με τη θεραπευτική διαδικασία, β) τους μηχανισμούς ή παράγοντες που συμμετέχουν στην αλλαγή, γ) τη θεραπευτική σχέση και τις τεχνικές που είναι περισσότερο ή λιγότερο αποτελεσματικές στη διάρκεια της θεραπείας, δ) τους τρόπους με τους οποίους γίνεται διαχείριση των προβλημάτων ή δυσκολιών, όπου ο θεραπευτής πρέπει να προσαρμοστεί ανάλογα με το περιστατικό και ανάλογα με την πορεία της θεραπείας, συχνά δεν μπορούν να απαντηθούν με κλινικές δοκιμασίες ή πειραματικές μελέτες ατομικών περιπτώσεων, όπως προτείνεται συνήθως στα κριτήρια αξιολόγησης των τεκμηριωμένων θεραπειών.

Στην επίσημη αναφορά που δημοσίευσε η Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση σχετικά με την επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική στην ψυχολογία (APA, 2005), η οποία παρουσιάστηκε στο τρίτο κεφάλαιο, η Επιτροπή συμπεριλαμβάνει πολλαπλά είδη ερευνητικού σχεδιασμού, εφόσον κάθε μοντέλο απαντά σε διαφορετικού τύπου ερωτήματα για την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας. Η ποιοτική έρευνα, οι μελέτες περιστατικών και η διαδικαστική έρευνα αναφέρονται, μεταξύ άλλων, ως σημαντικές και χρήσιμες μέθοδοι για την ποιοτική βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας. Εντούτοις, ορισμένοι ερευνητές, όπως οι Wendt & Slife (2007), εκφράζουν την ανησυχία ότι η αναφορά της Αμερικάνικης Ένωσης πρόσδωσε προτεραιότητα στην εμπειρική έρευνα, αποδίδοντας στις ποιοτικού τύπου ερευνητικές τεχνικές δευτερογενή ρόλο, καθώς η επιτροπή *«απέτυχε να κατανοήσει και να εκτιμήσει την ποιοτική έρευνα ως μία διαφορετική φιλοσοφία της επιστήμης»* (σελ. 614). Η ψυχοθεραπεία είναι ένα πολύπλοκο και πολυδιάστατο διαπροσωπικό εγχείρημα με ρίζες ταυτόχρονα επιστημονικές και ανθρωπιστικές, και εφόσον κατανοηθεί με αυτόν τον τρόπο, είναι ευνόητο, ότι πολλά είδη τεκμηρίων και ενδείξεων είναι απαραίτητα για την αποτελεσματική πρακτική (Goodheart, 2005).

Ένα ακόμη σημείο που διαφεύγει των πειραματικών μεθόδων, που συνιστούν τα κριτήρια αξιολόγησης των ΕΥΘ, είναι το προβληματικό σημείο διάκρισης παρόμοιων θεραπειών. Εάν τα όρια διαφορετικών θεραπειών βασίζονται σε επιφανειακούς ορισμούς ή ονόματα, τότε δυνητικά μπορεί να προστεθεί στην λίστα των ΕΥΘ άπειρος αριθμός αποτελεσματικών θεραπειών με μικρές και μη ουσιαστικές διαφοροποιήσεις. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για να αξιολογηθούν οι θεραπείες δεν έχουν πάντα τη δυνατότητα διαχωρισμού των ενεργών στοιχείων των παρεμβάσεων. Η στροφή στην ποιοτικού τύπου μελέτη, αντικατοπτρίζει σύμφωνα με τον Herbert (2003) την πρόσφατη ανάπτυξη του μετα-μοντερνισμού τόσο στα ακαδημαϊκά όσο και στα κλινικά πλαίσια. Αυτή ακριβώς η τάση συμβάλλει στην υποτίμηση της εμπειρική έρευνας και

απομακρύνεται από τις μεθόδους της φυσικής επιστήμης «*υπέρ της υποκειμενικής "αφηγηματικής αλήθειας"*» (Herbert 2003, σελ. 415).

Οι Bohart, O'Hara & Leitner (1998, σελ. 149) αναφέρουν ότι «*Σε αντίθεση με τη μεθοδολογία των φυσικών επιστημών, οι ερευνητές των ανθρωπιστικών επιστημών εστιάζουν στην εξέταση της προσωπικής εμπειρίας και υποκειμενικότητας...* [με] *σκοπό την κατανόηση ενός φαινομένου που τους ενδιαφέρει...* [η οποία] *αναπόφευκτα περιλαμβάνει ερμηνεία...* [ή] *απτή, περιγραφική αποσαφήνιση.*» Παρόλα αυτά, ο χώρος που δίνεται στην ποιοτική και στη διαδικαστική έρευνα στο πλαίσιο της ΕΤΨ είναι ελάχιστος και συχνά υποτιμημένος. Στην ιεραρχία των επιστημονικών τεκμηρίων η ποιοτική έρευνα βρίσκεται στο τελευταίο «επίπεδο» και λαμβάνεται υπόψη μόνο σε περίπτωση που δεν υπάρχει άλλου τύπου μελέτη (ομαδική, ποσοτική, εμπειρική). Οι ποιοτικές όμως μέθοδοι έχουν και πλεονεκτήματα τα οποία συμβάλλουν στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, αλλά και των συγκεκριμένων τεχνικών και παραγόντων που επηρεάζουν τη θεραπευτική αλλαγή. Επιπλέον η μη ύπαρξη ελεγχόμενου πλαισίου στις *νατουραλιστικές και περιγραφικές μεθόδους*, συμβάλλει στη διατήρηση της ακεραιότητας της θεραπευτικής παρέμβασης, ώστε το αποτέλεσμα και η διαδικασία να συνάδουν με την πραγματική πρακτική (Hill, 2006b).

Μία επίσημη προσπάθεια για την αναγνώριση του πλουραλισμού που χρειάζεται η έρευνα στην ψυχοθεραπεία, έγινε πρόσφατα από την «Επιτροπή Ανάπτυξης Πρακτικών Υποδείξεων για την Παροχή Ανθρωπιστικών Ψυχοκοινωνικών Υπηρεσιών», η οποία σχηματίστηκε από τον Τομέα 32 (Ανθρωπιστική Ψυχολογία) της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης (Task Force for the Development of Practice Recommendations for the Provision of Humanistic Psychosocial Services, 2005). Δεν είναι βέβαια τυχαίο, ότι αυτή η επιτροπή αντιπροσωπεύει, εντός της APA, το σύνολο των ανθρωπιστικών προσεγγίσεων στην ψυχοθεραπεία, που έχουν πληγεί σε μεγάλο βαθμό από τη «νομιμοποίηση» των ΕΥΘ, στις οποίες οι ανθρωπιστικές προσεγγίσεις αποτελούν μία μικρή μειοψηφία.

Η επιτροπή δημοσίευσε ορισμένες αρχές για την έρευνα και την πρακτική στην ψυχοθεραπεία ως εναλλακτικές των ΕΥΘ, ενδεικτικό της βαθιάς διχοτόμησης που υφίσταται αυτή τη στιγμή η ψυχοθεραπεία. Εξάλλου, ένας από τους λόγους που ο Τομέας Ανθρωπιστικής Ψυχολογίας εξέδωσε αυτές τις αρχές είναι ότι «*άλλες ομάδες και άτομα έχουν συναρθρώσει αρχές που απειλούν να στερήσουν το δικαίωμα παροχής των ανθρωπιστικών και άλλων τύπων ψυχολογικής πρακτικής*» (Task Force for the Development of Practice Recommendations for the Provision of Humanistic Psychosocial Services, 2005, σελ. 3).

Η επιτροπή βασίστηκε στις τεκμηριωμένες αρχές περί αλλαγής, μία εναλλακτική πρόταση έναντι των εμπειρικά τεκμηριωμένων θεραπειών, η οποία έχει παρουσιαστεί στο τρίτο κεφάλαιο. Επιπρόσθετα, η επιτροπή απορρίπτει τη μονόπλευρη αποδοχή της φυσικής επιστήμης[229] στην ψυχοθεραπεία και αποδέχεται την ανθρωπιστική επιστήμη[230] (διαχωρισμός που έχει γίνει από τους φιλοσόφους της επιστήμης). Κατ' αυτό τον τρόπο, ο πλουραλισμός που είναι ευκταίος στην ψυχοθεραπεία και στην έρευνα αντιπροσωπεύεται από την ικανότητα να απαντηθούν ερωτήματα για τη σημασία και την αξία της ψυχοθεραπείας στη ζωή των ατόμων που την χρησιμοποιούν.

Η ερευνητική μεθοδολογία, σύμφωνα με την προαναφερόμενη επιτροπή, οφείλει να μπορεί να συνδυάζει ορισμένες συνθήκες (Task Force for the Development of Practice Recommendations for the Provision of Humanistic Psychosocial Services, 2005):
α) η έρευνα πρέπει να προσεγγίζει τον άνθρωπο σαν ολότητα και όχι σαν διαγνωστική κατηγορία,
β) η έρευνα πρέπει να μελετά τη θεραπεία ως μία ανοικτή, διαλογική διαδικασία που δεν προβλέπεται και δεν ελέγχεται (με εγχειρίδια),
γ) η έρευνα πρέπει να αξιολογεί όλο το εύρος και τη συνθετότητα των αποτελεσμάτων της ψυχοθεραπείας (όχι μόνο τη μέτρηση της εξαρτημένης μεταβλητής), κάποια από τα οποία δεν είναι ποσοτικά αλλά είναι μεστά νοήματος,
δ) η έρευνα πρέπει να μελετά το εξατομικευμένο άτομο όχι μόνο σαν «αποτέλεσμα», αλλά σαν ενεργό συντελεστή και «διερμηνέα» της θεραπευτικής κατάστασης,
ε) η έρευνα πρέπει να μπορεί να μεταφραστεί στην εξατομικευμένη περίπτωση κάθε πελάτη στην καθημερινή πρακτική.

Σε αυτό το πλαίσιο οι εμπειρικές μέθοδοι δεν φαίνονται αρκετές για να αποδώσουν τη σημασία της υποκειμενικής ανθρώπινης συνάντησης που είναι η ψυχοθεραπεία. Άλλα είδη έρευνας, όπως η ποιοτική έρευνα (με τις πολλαπλές μορφές της όπως ερμηνευτική, φαινομενολογική, υπαρξιστική, εθνομεθοδολογική, ψυχαναλυτική κ.α.), η μελέτη περιστατικών, η φιλοσοφική σκέψη και η κοινωνική κριτική, όπως και μη-επιστημονικές μέθοδοι κατανόησης (π.χ. από τις τέχνες και την τοπική κουλτούρα) πρέπει -σύμφωνα με την αναφορά της επιτροπής- να συμπεριλαμβάνονται στην έρευνα για την ψυχοθεραπεία (μαζί με την πειραματική μέθοδο)· γιατί έχουν ειδικά σχεδιαστεί (ή είναι δομημένες), ώστε να παρέχουν πληροφορίες για τη σύνθετη βιωματική δομή της θεραπευτικής διαδικασίας με μεγάλη πιστότητα για τον κάθε θεραπευόμενο (Task Force for the Development of

[229] "natural science"
[230] "human science"

Practice Recommendations for the Provision of Humanistic Psychosocial Services, 2005).

Αρκετοί ερευνητές ασχολούνται πλέον με τις ποιοτικές, διαδικαστικές και νατουραλιστικές μελέτες. Η ποιοτική έρευνα, σύμφωνα με την Hill (2006a), παρέχει διαδικαστική τεκμηρίωση (procedural evidence) για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας, την οποία η ίδια αντιπαραβάλει με την προς επικύρωση τεκμηρίωση (validating evidence) που εφαρμόζουν οι περισσότερες επιστημονικές μέθοδοι. Η διαδικαστική τεκμηρίωση βασίζεται στον λογικό ειρμό, τη συνέπεια με την κοινή λογική ή την μη εκδηλούμενη αυτο-απόδειξη[231] μιας ενδείξεως, που στην παρούσα έρευνα είναι οι ιστορίες και οι εμπειρίες των θεραπευτών και των ασθενών σχετικά με το τι ήταν ή δεν ήταν αποτελεσματικό στη θεραπεία.

Η ποιοτική έρευνα ενέχει αρκετά πλεονεκτήματα που μπορούν να συνεισφέρουν με μοναδικό τρόπο στην τεκμηρίωση των ψυχολογικών παρεμβάσεων. Για παράδειγμα, παρέχει στοιχεία εξατομικευμένης υφής για τους συμμετέχοντες, ενώ δίνει προτεραιότητα στην προοπτική και εμπειρία του ασθενούς, αποφεύγοντας αναφορές στον «μέσο ασθενή». Με αυτό τον τρόπο γίνεται περισσότερο κατανοητή η ατομική πορεία των ασθενών κατά τη θεραπεία, και παράλληλα αναδεικνύονται και ερευνώνται αποτελεσματικά μειονοτικοί πληθυσμοί, στους οποίους, όπως έχει αναφερθεί, δεν ανταποκρίνονται τα δείγματα των ΕΚΔ. Επιπλέον, οι ερευνητές δεν δεσμεύονται από (φανερές τουλάχιστον) υποθέσεις και περιορισμένο αριθμό μεταβλητών, γεγονός που συνάδει με τη μελέτη πιο περίπλοκων φαινομένων συγκριτικά με την ποσοτική έρευνα και με μη προσδοκώμενα και πιο σύνθετα αποτελέσματα. Η ποιοτική έρευνα συνεισφέρει σαφώς στη μείωση της απόστασης που ταλανίζει κλινικούς και ερευνητές, σχετικά με την εφαρμογή της έρευνας στην πρακτική, γεγονός που αναγνωρίζουν αρκετοί ερευνητές στο πεδίο της επιστημονικά τεκμηριωμένης ιατρικής και ψυχολογίας [Green & Britten, (1998), Kazdin, (2008), Silverstein & Auerbach, (2009)].

Τα ευρήματα των ποιοτικών ερευνών απαντούν συχνότερα στις πραγματικές δυσκολίες θεραπευτών και θεραπευόμενων, καθώς ο τρόπος που εκπονείται η έρευνα μοιάζει με την κλινική πρακτική, και οι συμμετέχοντες έχουν τη δυνατότητα να μιλήσουν για τις εμπειρίες τους χωρίς τους περιορισμούς που θέτει η ποσοτική έρευνα (Hill, 2006a). Η προσοχή που δίνεται στην ποιοτική έρευνα στην ψυχοθεραπεία και την ψυχιατρική είναι κλιμακούμενη, γεγονός που δηλώνεται από την αύξηση σχετικών δημοσιεύσεων από το 2000 και μετά (Schulze, 2008). Οι δημοσιευμένες ποιοτικές έρευνες φαίνεται να εστιάζουν

[231] "implicit self-evidence"

κυρίως σε τρεις τομείς: στις εμπειρίες των ασθενών και φροντιστών σχετικά με τα προβλήματα ψυχικής υγείας και τη χρήση των σχετικών υπηρεσιών, καθώς και στις εμπειρίες των θεραπευτών αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών.

Τα δεδομένα των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμασιών συνήθως αφορούν στο ερώτημα αν μια παρέμβαση είναι περισσότερο αποτελεσματική συγκριτικά με κάποια άλλη (ενεργή ή εικονική) για την πλειονότητα του δείγματος. Η απάντηση στο ερώτημα της αποτελεσματικότητας όμως πρέπει να εμπεριέχει και προσδιορισμό των διαδικασιών ή παραγόντων που οδηγούν σε αυτή την αποτελεσματικότητα (δηλαδή να διευκρινίζει το «τι είναι πραγματικά αποτελεσματικό;»). Οι ερευνητές οφείλουν να εξετάζουν τα ενεργά συστατικά της θεραπευτικής διαδικασίας και να προσδιορίζουν τη συνεισφορά των συμμετεχόντων, δηλαδή του θεραπευτή και του ή των θεραπευόμενων, καθώς και την περίπλοκη συσχέτιση μεταξύ όλων των προαναφερόμενων παραγόντων. Διαφορετικά είναι πολύ πιθανό να παρέχουμε τεκμηριωμένες θεραπείες χωρίς να γνωρίζουμε εάν είναι περισσότερο αποτελεσματικές από τις ήδη υπάρχουσες, και εάν προσφέρουν κάτι διαφορετικό ή εάν πρόκειται για καλά διαφημιζόμενα (αλλά όχι ουσιαστικά καινοτόμα) προϊόντα με ελκυστικό περιτύλιγμα. Όπως υποστηρίζουν και οι O'Donohue & Yeater (2003, σελ. 318), χωρίς αξιολόγηση των ενεργών μηχανισμών μιας παρέμβασης «*...παραμένουμε με μία επιστημονική μέθοδο που είναι κάπως ανάλογη με το να "πυροβολούμε στο σκοτάδι" και να περιμένουμε να πετύχουμε το στόχο. Αυτή η στρατηγική, ασφαλώς, δεν μας επιτρέπει να αναπτύξουμε μία επιστήμη κλινικής ψυχολογίας...*».

Η διαδικαστική έρευνα, παρέχει στους ερευνητές και τους θεραπευτές γνώση των ενεργών παραγόντων (όπως ο τρόπος αλληλεπίδρασης μεταξύ των συμμετεχόντων) που συμβάλλουν στην επιτυχή θεραπεία και οι οποίοι δεν περιέχονται ή αξιολογούνται στις οδηγίες ενός εγχειριδίου ή σε μια κλινική δοκιμασία (Greenberg & Watson, 2006a). Η επιτυχής μεταφορά των ΕΥΘ στην κλινική πρακτική δεν μπορεί να λάβει χώρα εάν δεν αναγνωριστούν ποια είναι τα σημαντικά στοιχεία που πρέπει να ληφθούν υπόψιν από τους θεραπευτές και με ποιο τρόπο οι παρεμβάσεις λειτουργούν.

Οι μελέτες περιστατικών σύμφωνα με τον Stiles (2006) αποτελούν μία εναλλακτική στρατηγική ποιοτικού ελέγχου και εμπλουτισμού των πολύπλοκων θεωριών στην ψυχοθεραπεία, η οποία είναι εξίσου πολύτιμη με τον στατιστικό έλεγχο των υποθέσεων (στον οποίο βασίζεται κατά κύριο λόγο η ΕΤΨ), ενώ παρέχουν χρήσιμα στοιχεία για την κλινική πρακτική των θεραπευτών. Αναφέρει ο ίδιος συγγραφέας: «*οι κλινικοί γνωρίζουν ότι η διαδικασία κάθε συνεδρίας είναι τόσο γεμάτη από διαφορετικές αποχρώσεις και προσαρμογές, ώστε οι ταμπέλες των ερευνητών ή οι απλές περιγραφές γενικών μεταβλητών (π.χ. «διαπροσωπική θεραπεία») δεν*

αναπαριστούν επαρκώς την κλινική πραγματικότητα» (Stiles, 2006, σελ. 61). Με άλλα λόγια, οι μελέτες περιστατικών δίνουν τη δυνατότητα να ερευνηθούν πολυπαραγοντικά φαινόμενα σε πραγματικές κλινικές συνθήκες και να εμπλουτιστούν οι θεωρητικές κατασκευές στις οποίες βασίζεται η αποτελεσματική παροχή της ψυχοθεραπείας (Stiles, 2006). Ένα παράδειγμα για το πως οφείλουν να δημοσιεύονται οι μελέτες περιστατικών, στο πλαίσιο της εμπειρικά τεκμηριωμένης πρακτικής στην ψυχολογία, παρέχει η Goodheart (2005), η οποία τονίζει την έμφαση που πρέπει να δίνεται στο τρίπτυχο: ερευνητικά δεδομένα, κλινική εμπειρία και χαρακτηριστικά του ασθενούς, σε συνδυασμό με ποσοτική παρακολούθηση-αξιολόγηση της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας (πρακτική που εφαρμόζεται όλο και πιο συχνά σε πολλά πλαίσια παροχής ψυχολογικών υπηρεσιών).

Σύμφωνα με την Reynolds (2000) έχουν αρχίζει να δημιουργούνται και να δημοσιεύονται κριτήρια για την αξιολόγηση της ποιοτικής έρευνας, η οποία μπορεί και πρέπει να ενσωματωθεί στη διαδικασία της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής στην ψυχοθεραπεία. Όπως αναφέρουν οι Borkovec & Castonguay (2006b) η ενσωμάτωση πολλών, διαφορετικών ερευνητικών μεθόδων στη μελέτη των τεκμηριωμένων παρεμβάσεων έχει πλεονεκτήματα. Για παράδειγμα, όταν διαφορετικές μέθοδοι επιβεβαιώνουν τα ίδια συμπεράσματα, ενισχύεται η εμπιστοσύνη σε αυτά, ενώ κάθε μεθοδολογία προάγει με διαφορετικό τρόπο την καινοτομία, επιταχύνοντας την ανακάλυψη ή τεκμηρίωση νέων δεδομένων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ
ΣΗΜΕΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΤΨ:
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΟ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ-ΠΟΛΙΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

...to get better for less is an obvious ideal for health care administrators
Saarni & Gylling (2004)

Μέλημα κάθε θεραπευτή οφείλει να είναι η παροχή της βέλτιστης, αποτελεσματικότερης και δόκιμης παρέμβασης στον ασθενή του. Η ΕΤΨ προβάλλεται σήμερα ως ο πιο ορθός τρόπος για να διασφαλιστεί η υψηλότερη ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών και συνεπώς καθίσταται αντι-δεοντολογικό να μην εφαρμόζεται στην πράξη μία τεκμηριωμένη παρέμβαση, εφόσον είναι διαθέσιμη στους θεραπευτές. Η ίδια η κλινική παρέμβαση όμως διαμορφώνεται και νοηματοδοτείται σε ένα πολύπλοκο περιβάλλον όπου δρουν πολλοί, συχνά αφανείς, παράγοντες.

Οι συμμετέχοντες σε μια θεραπευτική διαδικασία είναι μάλλον περισσότεροι από τους παρόντες και τις ιστορίες τους. Η ερευνητική εργασία και το εκπαιδευτικό σύστημα στο οποίο εκτίθεται ο θεραπευτής (και ο θεραπευόμενος), η κουλτούρα και το πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο λαμβάνει χώρα η θεραπεία, το σύστημα υγείας που αποζημιώνει τους συμμετέχοντες και συχνά καθορίζει το είδος και τη διάρκεια της παρέμβασης, η κοινωνικό-πολιτική κατάσταση που επηρεάζει την ποιότητα ζωής του πολίτη είναι μόνο μερικές μεταβλητές που καθιστούν την ψυχοθεραπεία μία παρέμβαση πολύ περισσότερο κοινωνικο-πολιτική παρά ιατρική, με τους όρους που συχνά περιγράφεται. Στις επόμενες ενότητες θα εξεταστούν παράγοντες που δεν περιορίζονται μόνο στο κομμάτι της μεθοδολογίας, αλλά άπτονται της δεοντολογίας, της ίδιας της κλινικής πρακτικής των επαγγελματιών και της λειτουργίας των δυτικών συστημάτων υγείας, και οι οποίοι οριοθετούν τους τρόπους και τις αιτίες για τις οποίες το κίνημα της ΕΤΨ μπορεί να αξιολογηθεί όχι μόνο με επιστημονικές ή ψυχολογικές θεωρίες, όπως είθισται, αλλά και με πολιτικούς και οικονομικούς όρους.

1. ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο βασικός στόχος του κινήματος της επιστημονικά τεκμηριωμένης ιατρικής και ψυχοθεραπείας είναι η βελτίωση της ποιότητας φροντίδας των ασθενών. Σύμφωνα με όσα προωθούν οι υποστηρικτές της τεκμηριωμένης πρακτικής, η κλινική παρέμβαση, είτε αυτή πρόκειται για ιατρικές ή ψυχολογικού τύπου θεραπείες, οφείλει να ενημερώνεται από τις επιστημονικές εξελίξεις, ώστε να παρέχεται σε κάθε ασθενή η βέλτιστη παρέμβαση. Επομένως, το βασικό και

σαφώς αποδεκτό επιχείρημα για την αξιολόγηση των ψυχολογικών παρεμβάσεων βασίζεται στην ηθική υποχρέωση του επαγγελματία να προσφέρει την καλύτερη δυνατή φροντίδα. «*Τουλάχιστον, η παροχή αποτελεσματικών θεραπειών συνεπάγεται ότι ακολουθείται ο όρκος του Ιπποκράτη "πρώτα, μη κάνεις κακό"*», αναφέρουν οι Mansfield & Addis (2001b, σελ. 100). Το ερώτημα που τίθεται σε αυτό το σημείο είναι αν όντως οι τεκμηριωμένες παρεμβάσεις αποτελούν την ιδανική ή βέλτιστη φροντίδα για τον κάθε ασθενή, δηλαδή αν επαληθεύεται η κύρια ηθική απαίτηση της τεκμηριωμένης πρακτικής.

1.Α. ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ & ΕΡΕΥΝΑ

Στη φαρμακολογία και στην ιατρική, όπου οι ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες χρησιμοποιούνται πολλές δεκαετίες, έχουν περιγραφεί ηθικά προβλήματα σχετιζόμενα με τον προσδιορισμό ενός αποδεκτού επιπέδου επικινδυνότητας για τους ασθενείς και τις κατάλληλες συνθήκες εφαρμογής της κλινικής δοκιμασίας για μία καινούργια θεραπεία. Για παράδειγμα, πόσο εύκολο είναι να οριστεί πότε, πως και σε ποιους ασθενείς μπορεί να δοκιμαστεί ένα καινούργιο φάρμακο με άγνωστη ακόμη δράση στον άνθρωπο; Οι μελέτες για την τοξικότητα των φαρμάκων δεν αποκλείουν κινδύνους ή παρενέργειες κατά τη διεξαγωγή της κλινικής δοκιμασίας (στοιχεία, εξάλλου, που αναμένεται να καταγραφούν και σε αυτό το στάδιο). Αν και η πιθανότητα κινδύνου για τον ασθενή υπάρχει πάντα στις έρευνες, η ολοκληρωμένη πληροφόρηση και έγγραφη συναίνεση συμμετοχής, διευκολύνει τη συνεργατική σχέση μεταξύ ερευνητή και συμμετέχοντος.

Η ψυχοθεραπεία, ως γνωστόν, ασχολείται με ανθρώπους που εμφανίζουν συναισθηματικά, προσωπικά, κοινωνικά ή άλλου είδους ψυχολογικά προβλήματα και ανάλογη συμπτωματολογία. Ο αυστηρός σχεδιασμός των ερευνών για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, αν και έχει ως ουσιαστικό σκοπό να βελτιώσει την ποιότητα παροχής υπηρεσιών για τους αιτούντες-πάσχοντες, σε ορισμένα ζητήματα δεν συμβαδίζει με τις ανάγκες των συγκεκριμένων ασθενών. Στη συνέχεια θα αναφερθούν μερικά σημαντικά θέματα δεοντολογίας που προκύπτουν στον σχεδιασμό των ΕΚΔ, ο οποίος χρησιμοποιείται κατεξοχήν για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των θεραπειών.

Ο Imber και συν. (1986) παραθέτει τα ιδιαίτερα ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με τον ερευνητικό σχεδιασμό της κλινικής δοκιμασίας, εξετάζοντας ως παράδειγμα, την πιλοτική φάση του ερευνητικού προγράμματος του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ (NIMH) για τη θεραπεία της κατάθλιψης[232].

[232] Η ανωτέρω έρευνα έχει παρουσιαστεί στο δεύτερο κεφάλαιο. Σημειώνουμε επίσης, ότι οι ερευνητές στα εφτά διαφορετικά σημεία που έλαβε χώρα η έρευνα ακολούθησαν το ίδιο ερευνητικό πρωτόκολλο. Η επιλογή των ασθενών με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, έθεσε κριτήρια που απέκλεισαν όσους είχαν αυτοκτονικούς ιδεασμούς ή άλλη σοβαρή ψυχοπαθολογία (ψυχωσικά στοιχεία, διπολικές διαταραχές, κατάχρηση ουσιών). Όσοι ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια εξετάστηκαν ιατρικά και ενημερώθηκαν πλήρως με μη-δομημένη συνέντευξη για

Συνοπτικά, ορισμένα ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με τις κλινικές δοκιμασίες είναι τα παρακάτω (Imber & συν., 1986):

- Ο θεραπευτής έχει περιορισμένη συμμετοχή τόσο στην επιλογή του ασθενούς όσο και στην περίπτωση απόσυρσής του από το ερευνητικό πρωτόκολλο ή στην περίπτωση που μετά τον τερματισμό της έρευνας χρειαστεί περαιτέρω θεραπεία. Έχει τη δυνατότητα να κάνει τις δικές του συστάσεις, αλλά τις τελικές αποφάσεις για τη φροντίδα των ασθενών λαμβάνει η υπεύθυνη ερευνητική ομάδα και όχι ο θεραπευτής (κάτι που δεν συμβαίνει στην κλινική πρακτική φυσικά). Οι ερευνητές, από την πλεύρά τους, είναι δυνατόν να επηρεαστούν από την επιθυμία να παραμείνει ο ασθενής όσο περισσότερο γίνεται στην έρευνα, ενώ δεν γνωρίζουν τις ιδιαιτερότητες κάθε περιστατικού.

- Ο ερευνητικός σχεδιασμός που βασίζεται σε ισχυρά δομημένα θεραπευτικά εγχειρίδια ίσως εμποδίζει την προσαρμοστικότητα της κλινικής κρίσης των θεραπευτών (σχετικά επιχειρήματα έχουν παρουσιαστεί στο προηγούμενο κεφάλαιο). Οι κλινικοί έχουν δηλαδή λιγότερες ευκαιρίες ελεύθερης χρήσης της ανεξάρτητης κρίσης τους (η οποία συνήθως λειτουργεί προς όφελος του εκάστοτε ασθενούς).

- Οι προτιμήσεις των συμμετεχόντων και οι προσδοκίες τους για επαγγελματική βοήθεια δεν λαμβάνονται υπόψη στο βαθμό που γίνεται τυχαιοποιημένη κατανομή τους στις συνθήκες της έρευνας. Το κατά πόσο αυτή η διαδικασία γίνεται κατανοητή από τους συμμετέχοντες και πόσο επηρεάζονται από την επιθυμία των ερευνητών να «συλλέγουν» το απαραίτητο δείγμα είναι ερωτήματα που άπτονται της ερευνητικής δεοντολογίας[233].

- Ένα ακόμη ζήτημα δεοντολογίας αναφέρεται στην καταλληλότητα του placebo ως συνθήκη ελέγχου, τη στιγμή που είναι διαθέσιμες «αποτελεσματικές» ή ενεργές θεραπείες. Στις περιπτώσεις που χρησιμοποιείται ομάδα ελέγχου ή εικονική θεραπεία σε ασθενείς που πληρούν συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια (π.χ. πάσχουν από διαταραχή πανικού), η συνθήκη αυτή είναι στην ουσία άρνηση παροχής θεραπείας σε άτομα που την έχουν ανάγκη (Garfield, 1995).

Έχουν εφαρμοστεί συγκεκριμένες προτάσεις για το πρόβλημα της μη παροχής θεραπείας στις ομάδες ελέγχου[234]. Έχει αναφερθεί η λύση των ομάδων ελέγχου σε

τις 4 πειραματικές συνθήκες, την τυχαία κατανομή και τον ερευνητικό σχεδιασμό εν γένει, ενώ δεν πήραν χρηματικό αντίτιμο για τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

[233] Είναι ενδιαφέρον ότι στην έρευνα του NIMH περίπου το 10% των ασθενών που αποδέχτηκαν την τυχαιοποιημένη κατανομή, τελικά αποχώρησαν από την έρευνα δηλώνοντας ότι προτιμούν εναλλακτική θεραπεία.

[234] Αναλυτική αναφορά στα μεθοδολογικά προβλήματα που σχετίζονται με τις ομάδες ελέγχου έγινε στο τέταρτο κεφάλαιο της διατριβής.

λίστα αναμονής, στις οποίες η θεραπεία ξεκινάει μετά από ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα από την έναρξη της έρευνας, λ.χ. μετά από 4 μήνες. Και σε αυτή την περίπτωση, εντούτοις, η θεραπεία καθυστερεί και μπορεί να επιφέρει αρνητικές συνέπειες, ειδικά σε σοβαρά διαταραγμένους ασθενείς. Από την άλλη πλευρά, η έρευνα δύναται να διασφαλίσει την ηθική ευθύνη της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας απέναντι στην κοινωνία και στους ασθενείς, μόνο όταν είναι άρτια δομημένη και η έλλειψη ομάδων ελέγχου καθιστά τις παρατηρούμενες αλλαγές μη αξιόπιστες ή γενικεύσιμες, εφόσον η αυθόρμητη ύφεση ή άλλοι παράγοντες μπορούν να συμβάλουν σε αυτές.

Μία ακόμη πρόταση για τη λύση των ηθικών ζητημάτων στις ομάδες ελέγχου είναι η χρησιμοποίηση ενός τύπου ψυχοθεραπείας ως θεραπείας ελέγχου στην έρευνα (σε συγκεκριμένη διαταραχή, δείγμα και συνθήκες), αλλά μέχρι στιγμής δεν υπάρχει κανένα είδος θεραπείας που να θεωρείται ξεκάθαρα πιο αποτελεσματικό από τα υπόλοιπα. Η ιδέα προήλθε από την έρευνα στην ψυχοφαρμακολογία όπου ένα ευρέως χρησιμοποιημένο φάρμακο συγκρίνεται με νέα προϊόντα ή μεταγενέστερες βελτιώσεις του αρχικού. Ο τεράστιος αριθμός ψυχοθεραπειών, οι διαφορετικοί στόχοι και η πληθώρα τεχνικών σε κάθε μοντέλο καθιστά πολύ δύσκολη μία παρόμοια προσπάθεια. Ακόμη και η σύγκριση δύο διαφορετικών θεραπειών αντί για χρήση ομάδας ελέγχου, δεν καλύπτει απόλυτα τον έλεγχο παρεμβαλλόμενων μεταβλητών, όπως την αυθόρμητη ύφεση και συνεπώς, όπως έχει ήδη αναφερθεί, η χρησιμοποίηση ομάδας ελέγχου είναι αναπόφευκτα αναγκαία.

- Στις κλινικές δοκιμασίες, εξαιτίας χρονοβόρων αξιολογήσεων πριν την έναρξη της θεραπείας, οι ασθενείς καλούνται να περιμένουν ένα χρονικό διάστημα που μπορεί να είναι κρίσιμο ανάλογα με την κατάστασή τους[235]. Βέβαια, και στην καθημερινή πρακτική συναντώνται καθυστερήσεις στην παροχή της θεραπείας, για παράδειγμα σε κοινοτικά κέντρα ή σε κέντρα απεξάρτησης. Στα τελευταία, τουλάχιστον στην Ελλάδα, δημιουργούνται τεράστιες λίστες αναμονής ελλείψει επαρκών δομών και προσωπικού.

- Ο περιορισμένος χρόνος θεραπείας που καθορίζεται από τις έρευνες συνιστά ένα ακόμη δεοντολογικό ζήτημα. Η ιδανική έρευνα απαιτεί τερματισμό της θεραπείας σε συγκεκριμένο αριθμό συνεδριών, ανεξάρτητα του αποτελέσματος, ώστε να γίνουν έγκυρες μετρήσεις. Οι ανάγκες των συμμετεχόντων, εντούτοις, δεν σταματούν πάντα ταυτόχρονα με το τι ορίζει το ερευνητικό πρωτόκολλο. Γι' αυτό πρέπει να δίνεται η δυνατότητα συνέχισης της θεραπείας ή εναλλακτικών-επικουρικών θεραπειών σε όσους ασθενείς το ζητήσουν.

[235] Στην έρευνα του ΝΙΜΗ η έναρξη της θεραπείας καθυστέρησε τρεις βδομάδες, όπου υπήρξε μέριμνα για απόσυρση από τη φάση αξιολόγησης και νοσοκομειακή περίθαλψη όσων ασθενών ήταν σε πιο κρίσιμη κατάσταση.

Ένα παραπλήσιο ηθικό δίλημμα στις ΕΚΔ προκύπτει μεταξύ του πως μπορεί να διασφαλιστεί επαρκής κλινική φροντίδα για τον ασθενή, όταν με τη λήξη της θεραπείας αυτός χρειάζεται επιπλέον παρακολούθηση και παράλληλα πως μπορεί να διασφαλιστεί η ποιότητα των διαχρονικών μετρήσεων. Συνήθως οι ερευνητές κρίνουν την παραπομπή σε επιπλέον θεραπεία ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς κατά την λήξη της θεραπείας και με το αν ζητήσει ο ίδιος επιπρόσθετη παρέμβαση.

- Ένα ακόμη ζήτημα δεοντολογίας που σχετίζεται με τις κλινικές δοκιμασίες εντοπίζεται στην περίπτωση που υπάρχουν ασθενείς που αποσύρονται πριν τη λήξη της έρευνας (και κατ' ουσία δεν προσφέρουν δεδομένα στους ερευνητές, ενώ έχουν «κοστίσει» σε χρόνο, χρήμα και ενέργεια) και στο πως μπορεί να διασφαλιστεί περαιτέρω η κλινική τους φροντίδα.

- Ηθικά ερωτήματα εγείρει και το ζήτημα της συγκατάθεσης των υποψηφίων συμμετεχόντων στην έρευνα μετά από σχετική ενημέρωση (Imber & συν., 1986). Υπάρχουν λίγες έρευνες που να στοιχειοθετούν οριστικά αποδεικτικά στοιχεία για πως πρέπει να χειρίζονται οι ερευνητές το θέμα της συγκατάθεσης, αν και το ζήτημα έχει τεθεί ήδη από το 1960 με τη Διακήρυξη του Ελσίνκι (αναθεωρημένη το 1975) από την Παγκόσμια Ιατρική Ένωση (Ποταμιάνος, 2000). Ένα στοιχείο που συσχετίζεται με τη συγκατάθεση των ασθενών στην έρευνα είναι οι πληροφορίες που διαθέτουν γι' αυτή. Η πρακτική που συστήνεται είναι να ενημερώνονται οι υποψήφιοι για τους ενδεχόμενους κινδύνους της όλης διαδικασίας. Παρόλα αυτά, η πλήρης πληροφόρηση αντιβαίνει τον ορισμό της έρευνας, όπου η έλλειψη στοιχείων είναι συνήθως η αιτία για την οποία διεξάγεται. Επιπλέον, ορισμένοι ασθενείς είναι πιθανόν να επηρεαστούν αρνητικά από την παράθεση συγκεκριμένων πληροφοριών. Τέλος, στο ίδιο ζήτημα εμπλέκεται και η δυνατότητα κατανόησης που έχουν οι υποψήφιοι συμμετέχοντες διαβάζοντας τις φόρμες συγκατάθεσης, οι οποίες συχνά περιέχουν εκτενείς και τεχνικές πληροφορίες για τις ερευνητικές διαδικασίες.

Η ικανότητα του ασθενούς να συγκαταθέσει τη συμμετοχή του (ιδιαίτερα όταν υπάρχουν περιστατικά σοβαρών διαταραχών όπως οι ψυχωσικές), οδήγησε σε νομικές αποφάσεις και επιστημονικά εγχειρίδια για την προστασία των ασθενών. Επιπρόσθετα, η έννοια της εθελοντικής συμμετοχής είναι αμφισβητήσιμη, κυρίως από το γεγονός ότι δεν είναι όλοι οι ασθενείς απόλυτα ικανοί να λάβουν αποφάσεις (για παράδειγμα τα μικρά παιδιά ή οι ψυχωτικοί ασθενείς), είτε είναι υπερβολικά πιεσμένοι εξαιτίας της κατάστασής τους.

Κοινωνικά και οικονομικά κριτήρια, εκτός των άλλων, επηρεάζουν την απόφαση του ασθενούς να γίνει εθελοντής σε έρευνα. Το χαμηλό κοινωνικό στάτους συχνά λειτουργεί ως παράγοντας πίεσης και οι εθελοντές δύσκολα αρνούνται τη συμμετοχή τους, ενώ η εξουσία που έμμεσα διαθέτει ο ερευνητής δεν μπορεί παρά να επηρεάζει την απόφαση του υποψήφιου συμμετέχοντος.

- Ένα ακόμη σημείο κριτικής στην έρευνα αναφέρεται στις περιπτώσεις εκείνες όπου συνδέονται τα χαρακτηριστικά συγκεκριμένων θεραπευτών με διαφορετικά θεραπευτικά αποτελέσματα. Πέρα από το να χαρακτηρίζεται προβληματική αυτή η διαφοροποίηση -και όντως είναι στο πλαίσιο των ελεγχόμενων κλινικών δοκιμασιών, τα ευρήματα αυτά σπάνια χρησιμοποιούνται προς όφελος των δομών που προσφέρουν φροντίδα στους ασθενείς (Okiishi & συν. 2006). Οι ερευνητές παραθέτουν τα ευρήματα αλλά δεν προτείνουν πάντα στρατηγικές βελτίωσης των προσφερόμενων υπηρεσιών. Με ποιό τρόπο μπορούν εν τέλει οι τεκμηριωμένες ψυχοθεραπευτικές προτάσεις να βελτιώσουν τη φροντίδα των ασθενών, όταν δεν αναφέρονται σε εξατομικευμένες, αλλά τυποποιημένες παρεμβάσεις;

Τα ηθικά ζητήματα στην έρευνα για την ψυχοθεραπεία είναι πολύ ευρύτερα από όσα αναφέρθηκαν συνοπτικά στο παρόν υποκεφάλαιο. Γίνεται όμως φανερό ότι τα διλήμματα των ερευνητών είναι ιδιαίτερα πολύπλοκα και δυσεπίλυτα. Για άλλη μία φορά οι ιδιομορφίες της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας και η σύμπραξη του ανθρώπινου παράγοντα καθιστούν δύσκολο το έργο των ερευνητών. Από τη μία πλευρά, οι ερευνητές πρέπει να διασφαλίσουν την επιστημονική ακεραιότητα των μελετών τους, ενώ από την άλλη, πρέπει να προστατεύσουν τους ανθρώπους που χρειάζονται τη θεραπευτική παρέμβαση. Η ιδανική ελεγχόμενη δοκιμασία δεν φαίνεται να είναι δυνατόν να πραγματωθεί, και εφόσον η χρησιμότητά της παραμένει αδιαμφισβήτητη, χρειάζεται ένας ικανός συμβιβασμός ανάμεσα στο πρότυπο μοτίβο έρευνας και στα ανθρώπινα δικαιώματα των συμμετεχόντων για επαρκή και ασφαλή φροντίδα.

1.Β. ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ & ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Στο πλαίσιο της εφαρμογής της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας ο κλινικός οφείλει να χρησιμοποιεί την πιο σύγχρονη επιστημονική έρευνα, την κλινική του πείρα και να ενσωματώνει τις προτιμήσεις, τις αξίες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενούς. Ο τελικός στόχος της σύμπραξης των προαναφερόμενων παραγόντων είναι η μέριμνα για τον θεραπευόμενο, γεγονός που τονίζει και η επίσημη αναφορά της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης ως εξής, «*Η Επιστημονικά Τεκμηριωμένη Πρακτική στην Ψυχολογία αξιώνει να μεγιστοποιήσει την επιλογή του ασθενούς ανάμεσα σε εναλλακτικές αποτελεσματικές παρεμβάσεις*» (APA, 2006, σελ. 280). Σε αυτό το σημείο μπορούν

να εκφραστούν τουλάχιστον δύο ερωτήματα: Πρώτον, οι «εναλλακτικές αποτελεσματικές» παρεμβάσεις ανταποκρίνονται στις πραγματικές, καθημερινές ανάγκες του ασθενούς και, δεύτερον, η δυνατότητα επιλογής θεραπείας από την πλευρά των ασθενών έχει όντως τεθεί ως βασική προτεραιότητα των θιασωτών της ΕΤΨ;

Στο πρώτο ερώτημα, έχω αναφερθεί εκτενώς στα προηγούμενα κεφάλαια, δίνοντας πιθανές απαντήσεις για τα δυνατά και αδύναμα σημεία των τεκμηριωμένων παρεμβάσεων, καθώς και για την αμφισβητούμενη εφαρμοσιμότητά τους στην κλινική πράξη. Η δυνατότητα γενίκευσης των ΕΥΘ και η επιτυχής μεταφορά τους από το εργαστήριο και το Πανεπιστήμιο στην κοινότητα είναι δύο ζητήματα που θεωρούνται αυτή τη στιγμή ίσως τα πιο προβληματικά σημεία για τη διάδοση της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής στην κλινική ψυχολογία. Σε κάθε περίπτωση, για μία σημαντική μερίδα επιστημόνων, οι τεκμηριωμένες παρεμβάσεις δεν ανταποκρίνονται στις καθημερινές ανάγκες των ασθενών (και των θεραπευτών), αλλά περισσότερο στις υποθέσεις των ερευνητών και στις απαιτήσεις των διαχειριστών των συστημάτων υγείας.

Από το δεύτερο ερώτημα αναδύονται ορισμένοι ακόμη προβληματισμοί. Ποια είναι η τωρινή κατάσταση στα συστήματα υγείας που υιοθετούν την ΕΤΨ, όπου κατεξοχήν θα αναζητήσει ο ασθενής προσφερόμενες υπηρεσίες ψυχολογικών παρεμβάσεων; Η υπάρχουσα «ελεύθερη αγορά ψυχικής υγείας» διευρύνει ή περιορίζει τις επιλογές που έχει ο αιτών βοήθεια; Κατά τη γνώμη μου, τόσο ο περιορισμένος αριθμός τεκμηριωμένων παρεμβάσεων, όσο και οι απαιτήσεις για οικονομικές και σύντομες θεραπείες μάλλον ευνοούν το ίδιο το νεοφιλελεύθερο σύστημα υγείας, παρά τους θεραπευόμενους (και τους θεραπευτές).

Εφόσον οι ατομικές προτιμήσεις του ασθενούς συνεισφέρουν στο να προσδιοριστεί η καταλληλότερη (και συνεπώς πιο ευεργετική) θεραπεία για τον ίδιο, με ποια κριτήρια μπορεί να επιβάλλεται ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό σχήμα, έστω και αν αυτό έχει αξιολογηθεί ερευνητικά ως αποτελεσματικό; Μήπως, αντίθετα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί το τεκμήριο της αποτελεσματικότητας μιας παρέμβασης, εξαναγκαστικά, σε «προβληματικούς» ασθενείς, μειώνοντας κατ' αυτό τον τρόπο την ελευθερία τους; Μπορεί, για παράδειγμα, ένας εκπαιδευτικός οργανισμός να θέσει ως προϋπόθεση σε μαθητή του τη λήψη ψυχοφαρμάκων, για τη μη διακοπή της φοίτησής του, εφόσον υπάρξει κάποια διαγνωσμένη προβληματική συμπεριφορά ή διαταραχή διαγωγής, με την αιτιολογία ότι τα συγκεκριμένα φάρμακα θεωρούνται τα πλέον αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης διαταραχής; Μπορεί μια ασφαλιστική εταιρεία, αντίστοιχα, να προκαθορίζει ποια είναι η κατάλληλη

ψυχολογική θεραπεία και με τι «δόση» αυτή θα παρέχεται σε όλους τους πελάτες της με συγκεκριμένη διάγνωση; Δύναται αυτή η οπτική ή πρακτική να συνάδει με τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων θεραπειών ή διευκολύνει την ομαλή και αποτελεσματική λειτουργία του εκάστοτε κοινωνικοοικονομικού συστήματος;

Θα ήθελα να τονίσω ένα ακόμη σημείο. Συμφωνώντας με την άποψη του Davison (2006) ότι «*οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν την υποχρέωση να μην παρασύρονται από τις κοινωνικές πιέσεις, οι οποίες, κάποιες φορές ανεπαίσθητα, κατευθύνουν την κλινική μας ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων σε στενά οριοθετημένα πεδία που καταλήγουν στη διατήρηση μίας καθεστηκυίας τάξης την οποία, σε επίσημες δηλώσεις, λέμε ότι δεν υποστηρίζουμε*» (σελ. 4), θεωρώ ότι μπορεί και πρέπει να συσχετιστεί με την επιστημονικά τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία.

Ο κλινικός που εκπαιδεύεται και παρέχει επιστημονικά υποστηριζόμενες θεραπείες, λειτουργεί υπό το επιβαλλόμενο καθεστώς της ελεύθερης αγοράς εργασίας. Μαθαίνει να κάνει συγκεκριμένες διαγνώσεις και να επιλέγει αποτελεσματικές τεχνικές μέσω εγχειριδίων για συγκεκριμένα προβλήματα. Με αυτό τον τρόπο παρουσιάζεται ο ηθικά και επιστημονικά «ορθός» δρόμος για τον νέο θεραπευτή, που αγωνιά να επιβιώσει στην αγορά εργασίας, αν και με αυτή τη λογική παραμερίζεται η προσωπική επιλογή κάποιας προσέγγισης από τον ίδιο (Egan, 2004) και ουσιαστικά απαντά στις κοινωνικοπολιτικές ανάγκες και πιέσεις του νεοφιλελεύθερου συστήματος και όχι του πολίτη. Όπως αναφέρει και ο Totton (2000) «*Η ψυχοθεραπεία έχει συνθηκολογήσει με αυτό τον τρόπο* (αναφέρεται στην ιατρικοποίηση των όρων αποτελεσματικότητάς της) *διότι θέλει να συναγωνιστεί στην αγορά: να κερδίσει πρόσβαση στην οικονομική ασφάλεια που αντιπροσωπεύεται από την διαχειριζόμενη περίθαλψη στις ΗΠΑ και από το ΕΣΥ στη Μ. Βρετανία...Για να το επιτύχει αυτό η ψυχοθεραπεία σαν σύνολο πρέπει να αποδείξει την αξία της με λογιστικούς όρους*» (σελ.9).

Στο πλαίσιο της τεκμηριωμένης πρακτικής, αν και απαραίτητη έως ένα σημείο, πόσο ουσιαστική και ηθικά ορθή είναι η «μονόδρομη» επιβολή μιας διάγνωσης στον ασθενή (που συνήθως έρχεται με πολύ ασαφή, αν και οδυνηρά ζητήματα) και η παροχή ενός προκαθορισμένου πακέτου θεραπείας; Μπορεί να ταυτιστεί η δεοντολογικά σωστή επιστημονική πρακτική με την πίεση να ασκείται μία παρέμβαση μόνο με ένα συγκεκριμένο τρόπο από όλους τους κλινικούς; Μήπως, τελικά ο υπερβάλλων ζήλος μας να αποδείξουμε ότι είμαστε επιστήμονες-κλινικοί και ότι παρέχουμε εμπειρικά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις, μας μεταλλάσσει σε τεχνικούς που ψάχνουν τις λύσεις σε βιβλία οδηγιών, παραγκωνίζοντας τις ιδιαίτερες ανάγκες των θεραπευόμενών μας; Η εξέταση του βασικού επιχειρήματος για την παροχή τεκμηριωμένων θεραπειών, ότι δηλαδή βελτιώνει

την ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεγιστοποιώντας τις επιλογές των ασθενών, μπορεί σαφώς να αμφισβητηθεί, αν τοποθετηθεί στη συγκεκριμένη ιστορική στιγμή όπου λαμβάνει χώρα.

2. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

Υπάρχουν πολλές φωνές αντίδρασης αναφορικά με τις επιπτώσεις της πρακτικής της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας στην εκπαίδευση των θεραπευτών και την άσκηση του επαγγέλματος. Είναι εντυπωσιακός ο σχολιασμός που κάνει η πρώην Πρόεδρος της Επιτροπής της APA για τις ΕΥΘ, D. Chambless, στις κριτικές που δεν βασίζονται αυτούσια σε μεθοδολογικά θέματα, αλλά σε ανησυχίες για τον περιορισμό των διαθέσιμων παρεμβάσεων ή για τον έλεγχο των ψυχοθεραπευτών από οικονομικούς διαχειριστές, *«..ενώ είναι σημαντικές* [αυτού του τύπου οι ανησυχίες] *βρίσκονται εκτός της επιστημονικής αρένας»* (Chambless & Ollendick, 2001, σελ. 697).

Με λίγα λόγια, σύμφωνα με το επιχείρημα των Chambless & Ollendick, ζητήματα που άπτονται της οικονομίας της υγείας και της εκπαίδευσης και πρακτικής των νέων θεραπευτών δεν είναι επιστημονικά. Αναρωτιέμαι, αν θέματα που αφορούν α) στον τρόπο που ο επαγγελματίας ψυχολόγος ασκεί το επάγγελμά του, β) στην εκπαίδευσή του και γ) στα κριτήρια με οποία χορηγείται η χρηματοδότηση στις έρευνες και τις υπηρεσίες υγείας, δεν είναι κρίσιμα ή δεν οφείλουν να αναφέρονται σε δημοσιευμένες επιστημονικές μελέτες. Αν κινδυνεύει όντως να αλλοιωθεί και όχι να βελτιωθεί η πρακτική της ψυχοθεραπείας από «εξωγενείς» παράγοντες, αν μειώνονται οι επιλογές των ασθενών και εάν το επιστημονικό πεδίο της κλινικής ψυχολογίας μεταφράζεται σε αρένα πολιτικών ζητημάτων, τότε έχει ιδιαίτερο νόημα να εξετάζονται μόνο μεθοδολογικά προβλήματα[236];

2.Α. ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Η εκπαίδευση στην κλινική ψυχολογία έχει μεγάλη παράδοση και δίνει έμφαση στην έρευνα. Οι κλινικοί ψυχολόγοι εκπαιδεύονται τόσο ως ερευνητές-επιστήμονες, όσο και ως θεραπευτές και οι υπέρμαχοι της ΕΤΨ υποστηρίζουν την ενίσχυση αυτής της διπλής ταυτότητας. Η χρήση εγχειριδίων στην εκπαίδευση, όπως και η εκμάθηση συγκεκριμένων τεχνικών που αποφέρουν αποτελέσματα σε ορισμένες διαγνωστικές κατηγορίες, πιθανόν διευκολύνει και εμπλουτίζει το εκπαιδευτικό έργο, προσφέρει συγκεκριμένες εκπαιδευτικές διαδικασίες στον ιδιαίτερα ασαφή χώρο των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών και ενδυναμώνει τις ικανότητες των νέων θεραπευτών με υλικό από τις πιο σύγχρονες επιστημονικές

[236] Η εστίαση στο καθαρά μεθοδολογικό κομμάτι της ΕΤΨ, δεν αποκλείει, αλλά αντιθέτως συμπεριλαμβάνει και αξίες, προκαταλήψεις, πεποιθήσεις ή επιρροές των μελετητών, γεγονός που έχω θίξει και σε προηγούμενα κεφάλαια.

εργασίες. Υπό αυτή την οπτική, το κίνημα της ΕΤΨ δύναται να βελτιώσει και να εμπλουτίσει την εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία.

Δεν μπορεί, ωστόσο, να αγνοηθεί το γεγονός ότι η εκπαίδευση των νέων θεραπευτών, όπως και η πρακτική των επαγγελματιών, αλλάζει. Αν και η Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση διακηρύττει ότι οι λίστες που δημοσιεύονται αποτελούν «παραδείγματα» τεκμηριωμένων θεραπειών και ότι δεν είναι πλήρεις ή ολοκληρωμένες, η επιρροή της πολιτικής της APA είναι ισχυρή. Στις ΗΠΑ και σε αρκετές χώρες της Ε.Ε. τα μεταπτυχιακά προγράμματα ψυχολογίας επικεντρώνονται όλο και περισσότερο στις θεραπείες που είναι εμπειρικά τεκμηριωμένες. Οι υπέρμαχοι της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής προωθούν την ιδέα της εντατικής εκπαίδευσης σε αυτά τα μοντέλα (Chambless & Crits-Christoph, 2006). Ήδη από το 1996 η Επιτροπή Πιστοποίησης της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης, αποφάσισε να συμπεριλαμβάνεται η εκπαίδευση στις ΕΥΘ ως μέρος των απαραίτητων συνθηκών για την πιστοποίηση των μεταπτυχιακών προγραμμάτων που οδηγούν σε διδακτορικό τίτλο και των προγραμμάτων εξειδίκευσης στην εφαρμοσμένη ψυχολογία, γεγονός που αύξησε την ένταση της διαμάχης για τις ΕΥΘ [APA, (1998), Chambless & Ollendick, (2001)].

Η εκπαιδευτική πραγματικότητα εξελίσσεται στο ίδιο μοτίβο, μειώνοντας τις διαθέσιμες προσεγγίσεις σε όσες υποστηρίζονται εμπειρικά. Όπως αναφέρει ο Westen (2006c), οι μαθητές διδάσκονται σχεδόν σε κάθε εισαγωγικό βιβλίο ψυχολογίας, ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία είναι η θεραπεία επιλογής για τις περισσότερες διαταραχές. Επιπλέον, τα πιο αξιόλογα προγράμματα κλινικής ψυχολογίας εισάγουν την εκπαίδευση σε προτυποποιημένες (μέσω εγχειριδίων) θεραπείες προς αντικατάσταση των υπολοίπων παρεμβάσεων. Ο Eisold (2005) σημειώνει ότι το 2000 στις ΗΠΑ μόνο το 4% των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που εγκρίθηκαν από την APA είχε έμφαση στην ψυχαναλυτική εκπαίδευση, ενώ το 21% ήταν συμπεριφορικά προσανατολιζόμενα προγράμματα και το 76% γνωσιακά-συμπεριφορικά, δηλαδή εμπειρικά τεκμηριωμένα (APA, 2000). Σταδιακά, οι επιλογές των νέων θεραπευτών για τον τύπο της εκπαίδευσης που θα ακολουθήσουν, περιορίζονται σε όσες προσεγγίσεις θεωρούνται εμπειρικά αξιολογημένες.

Στις ΗΠΑ, όπου το κίνημα της ΕΤΨ υποστηρίζεται σθεναρά, φαίνεται ότι οι εθνικές εξετάσεις για την παροχή άδειας επαγγέλματος στους κλινικούς ψυχολόγους, συμπεριλαμβάνουν την υποχρέωση οι αιτούντες να είναι εκπαιδευμένοι στις εμπειρικά τεκμηριωμένες θεραπείες, αναγνωρίζοντας, άμεσα ή έμμεσα, ότι οι υπόλοιπες προσεγγίσεις, που δεν έχουν ελεγχθεί εμπειρικά, πιθανόν δεν είναι αποτελεσματικές. Ο Westen και συν. (2004, σελ. 642) αναφέρεται στο θέμα ως εξής: «*Οι εθνικές εξετάσεις για την άδεια άσκησης επαγγέλματος στην ψυχολογία*

τώρα συμπεριλαμβάνουν μία σειρά ερωτήσεων σχετικά με τη "σωστή" θεραπεία για διαταραχές όπως η κατάθλιψη. Πράγματι, σε μία προφορική εξέταση για χορήγηση άδειας, ένας συνάδελφος που άφησε να εννοηθεί ότι ο θεωρητικός του προσανατολισμός ήταν άλλος από τη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία, ερωτήθηκε γιατί παρείχε "έναν παλιομοδίτικο τύπο θεραπείας"».

Ένα ακόμη παράδειγμα στον χώρο της ψυχικής υγείας, για τις αλλαγές που επιφέρει το κίνημα της ΕΤΨ στην εκπαίδευση των επαγγελματιών, σχετίζεται με τις χρηματοδοτήσεις που παρέχει το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ με σκοπό τη διαμόρφωση και διανομή εργαλείων που να προωθούν την εφαρμογή της τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας (π.χ. εγχειρίδια θεραπείας και εκπαιδευτικά προγράμματα). Ο σκοπός τους είναι να δημιουργηθούν «*επαγγελματίες που να βασίζονται στην εμπειρική τεκμηρίωση στα χρηματοδοτούμενα από το Ινστιτούτο προγράμματα*» (Tanenbaum, 2005, σελ. 167). Όλο και πιο συχνά, τα σεμινάρια συνεχόμενης εκπαίδευσης επαγγελματιών επικεντρώνονται στις ΕΥΘ, με την υποστήριξη φυσικά των επισήμων φορέων.

Στη Μ. Βρετανία, πολύ πρόσφατα, η κυβέρνηση ξεκίνησε ένα πιλοτικό πρόγραμμα προώθησης της εκπαίδευσης θεραπευτών στη γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση με στόχο την αντιμετώπιση των αυξανόμενων κρουσμάτων κατάθλιψης στον πληθυσμό (Teghtsoonian, 2009). Στόχος του κυβερνητικού προγράμματος είναι η επέκτασή του μέσα στο χρόνο, και βασίζεται σε αναφορά της Οικονομικής Σχολής του Λονδίνου [CEP, (2006), Clark, Layard & Smithies, (2008)] που υποστηρίζει την άμεση ανάγκη για εκπαίδευση και πρόσληψη 10.000 γνωσιακών-συμπεριφορικών θεραπευτών, προς άμβλυνση του σημαντικού δημόσιου κόστους που συνδέεται με την κατάθλιψη. Όπως αναφέρει η Teghtsoonian (2009), παρόμοιες πρωτοβουλίες έχουν δεχθεί κριτική στο ότι είναι σύμφωνες με τη νεοφιλελεύθερη πολιτική της αντίστοιχης κυβέρνησης. Προσθέτει, πως «*Στη Βρετανική περίπτωση, σχολιαστές έχουν διατυπώσει την άποψη ότι η έμφαση στην ΓΣΘ είναι ατομικιστική και α-πολιτικοποιητική, αποτυγχάνει να καταπιαστεί με τις αρνητικές επιπτώσεις ενός μεγάλου φάσματος κυβερνητικών πολιτικών στην ευζωία των ανθρώπων...*» (σελ. 29).

Εάν τα μεταπτυχιακά προγράμματα ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της αγοράς εργασίας (και των φορέων πιστοποίησης) παρέχοντας εκπαίδευση σε τεκμηριωμένες τεχνικές και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών προσανατολίζεται στον ίδιο δρόμο, πιθανόν δημιουργείται μία νέα γενιά θεραπευτών. Θα είναι οι «ειδικοί» που έχουν κάλλιστα τη δυνατότητα να αναγνωρίσουν ή να διαγνώσουν μία διαταραχή, χρησιμοποιώντας κάποιο νοσολογικό σύστημα, και δύνανται να προσφέρουν αποτελεσματικές τεχνικές για να την αμβλύνουν, επιλέγοντας το αντίστοιχο προσφερόμενο εγχειρίδιο.

Το ερώτημα που αναδύεται σε αυτό το σημείο είναι, αν αυτοί οι άρτια εκπαιδευμένοι ειδικοί, αναπτύσσουν, με το συγκεκριμένο εκπαιδευτικό μοτίβο, τη δυνατότητα να δημιουργήσουν και να καλλιεργήσουν μία μοναδική διαπροσωπική σχέση με τον θεραπευόμενο και να απαντήσουν στα πολλαπλά και συχνά ασαφή αιτήματά του, επαναξιολογώντας τη θεραπευτική διαδικασία και έχοντας την ευελιξία να αλλάξουν το θεραπευτικό πλάνο -όταν χρειάζεται- σύμφωνα με την κλινική τους κρίση και τις ιδιαιτερότητες των πελατών τους. Είναι δυνατόν να «μεταλλάσσονται» οι ψυχολόγοι σε τεχνικούς-θεραπευτές; Σύμφωνα με τον Bray (2009a) οι κλινικοί και συμβουλευτικοί ψυχολόγοι μεταμορφώνονται σε «γενικούς ιατρούς ψυχικής υγείας» που περισσότερο διεξάγουν συμβουλευτική ή θεραπεία, παρά παρέχουν ψυχολογικές υπηρεσίες ή συμβάλλουν στην αξιολόγηση των υπηρεσιών και στη διαχείριση του προσωπικού μέσα στα συστήματα υγείας.

Επιπλέον, οι θεραπευτές που θα εκπαιδευτούν να προσφέρουν συγκεκριμένες παρεμβάσεις, θα ανταποκρίνονται σε περιορισμένο φάσμα ασθενών, εφόσον κάθε τεκμηριωμένη θεραπεία θεωρείται εξειδικευμένη για μία διαγνωστική κατηγορία. Στην κλινική πρακτική όμως, ο πλουραλισμός και η διαφορετικότητα των περιστατικών είναι πολύ μεγάλη και δεν καλύπτεται από το συγκεκριμένο εκπαιδευτικό πλάνο.

Ένα συναφές σημείο κριτικής, που σχετίζεται με τη χρήση εγχειριδίων, έγκειται στην πρακτική δυσκολία εκπαίδευσης των θεραπευτών (Westen & συν., 2004). Με πιο απλά λόγια, εφόσον κάθε εγχειρίδιο θεραπείας αναφέρεται σε μία συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία, ενώ από την άλλη πλευρά οι θεραπευόμενοι που θα δει ένας κλινικός θα διαφέρουν στο διαγνωστικό τους προφίλ (ακόμη και αν κάποιος εργάζεται με μία πολύ εξειδικευμένη ομάδα περιστατικών), αλλά και στην ανταπόκρισή τους σε συγκεκριμένο είδος θεραπείας, στη χρήση πόσων εγχειριδίων πρέπει κάποιος να εκπαιδευτεί; Πόσο χρόνο και χρήμα πρέπει κάποιος να διαθέσει για να θεωρείται ικανός να ασκήσει το επάγγελμά του με τους όρους της εμπειρικά τεκμηριωμένης πρακτικής; Είναι ρεαλιστικό το σενάριο οι κλινικοί να εκπαιδευτούν σε τόσα εγχειρίδια, όσες είναι και οι διαφορετικές περιπτώσεις που βλέπουν; Οι MansField & Addis (2001a) αναφέρουν ότι αυτό το σενάριο- να χρησιμοποιείται ένα εγχειρίδιο για κάθε διάγνωση- είναι αδύνατο να πραγματωθεί, τουλάχιστον για πρακτικούς λόγους και εξάλλου υπάρχουν λίγα δεδομένα που να υποστηρίζουν ότι πρέπει να χρησιμοποιούνται διαφορετικά είδη ψυχοθεραπείας βασιζόμενα στη διάγνωση.

Η εκπαίδευση του ψυχοθεραπευτή, πέρα από τη μηχανιστική εκμάθηση τεχνικών και διαδικασιών, συμπεριλαμβάνει και πολυσύνθετα άλλα ζητήματα τα οποία δεν θίγει το κίνημα της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας. Για παράδειγμα,

η αντιληπτική και διαπροσωπική ευαισθησία, η αυτογνωσία, η ικανότητα να διαμορφώνει ο θεραπευτής πολλαπλές προοπτικές στα εκάστοτε ζητήματα, η ικανότητα να διευκολύνει την προσωπική ανάπτυξη του πελάτη και να συσχετιστεί σε μια ευαίσθητη και ευέλικτη διαλογική σχέση μαζί του, είναι ορισμένα καίρια σημεία στην εκπαίδευση του ψυχοθεραπευτή (Task Force for the Development of Practice Recommendations for the Provision of Humanistic Psychosocial Services, 2005, σελ. 3). Αν ο πυρήνας της ψυχοθεραπείας είναι ο λόγος, δηλαδή «η ικανότητα να επικοινωνεί κανείς με τη γλώσσα» (Μπαμπινιώτης, 2002), πόσο λυσιτελές (τόσο για τον θεραπευτή όσο και τον θεραπευόμενο) μπορεί να είναι το εκπαιδευτικό μοντέλο στις εμπειρικά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις, όπως αυτό παρουσιάζεται σήμερα;

2.Β. ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

«*...οι επαγγελματικές πρακτικές συμμορφώνονται, συνειδητά ή ασυνείδητα, στην κοσμοθεωρία των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμασιών με σκοπό να φτιαχτεί μία λίστα ΕΥΘ*» σημειώνουν οι Slife & Wendt (2007, σελ. 2). Η «νομιμοποίηση» συγκεκριμένων παρεμβάσεων που πληρούν τα περιορισμένα κριτήρια αξιολόγησης, μέσω τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμασιών, δημιουργεί, κατά τη γνώμη μου, ένα χάσμα μεταξύ των θεραπευτών. Όσοι εκπαιδεύονται και επιλέγουν τις τεκμηριωμένες παρεμβάσεις στην πρακτική τους, «υποστηρίζονται» άμεσα ή έμμεσα από τους επίσημους φορείς και την αγορά εργασίας στα δυτικού τύπου συστήματα υγείας. Είναι πιο εύκολο να εργαστούν σε δημόσιες υπηρεσίες, αλλά και να συνεργαστούν με τα εκάστοτε ασφαλιστικά ταμεία για τις υπηρεσίες τους. Από την άλλη πλευρά, πώς κατοχυρώνονται οι θεραπευτές που προσφέρουν «εναλλακτικές» θεραπείες, ανθρωπιστικού, ψυχοδυναμικού ή άλλου τύπου, οι οποίες δεν έχουν ακόμη τεκμηριωθεί με τα προαναφερόμενα κριτήρια (και αναρωτιέμαι γιατί αυτές οι θεραπείες αποκαλούνται συχνά εναλλακτικές);

Μήπως αναφερόμαστε σε μία «δεύτερη κατηγορία κλινικών» οι οποίοι - εφόσον δεν παρέχουν ΕΥΘ- διατρέχουν την επικίνδυνη πιθανότητα να κατηγορηθούν για αντι-επαγγελματική συμπεριφορά ή παράβαση της επαγγελματικής δεοντολογίας (Bohart, O'Hara & Leitner, 1998); Ο Sanderson (1995, σελ. 94) υποστηρίζει ξεκάθαρα αυτή τη θέση: «*...αποτυχία παροχής μια εμπειρικά υποστηριζόμενης θεραπείας, όταν υφίσταται, ίσως συνιστά παράβαση της επαγγελματικής δεοντολογίας*». Στην ιατρική τουλάχιστον υπάρχουν παρόμοια παραδείγματα, σε περιπτώσεις που δεν χορηγήθηκε η τεκμηριωμένη θεραπεία. Γιατί λοιπόν να μην συμβεί το ίδιο και στην ψυχοθεραπεία, όταν πια η ίδια αντιμετωπίζεται ως ιατρικού τύπου παρέμβαση για τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών;

Ο Starcevic (2003) αναφέρει ορισμένες από τις επιπλοκές που δημιουργούνται με την υιοθέτηση των αρχών της ΕΤΨ. Είναι προβληματικό το γεγονός ότι δεν υπάρχει

ομόφωνη απάντηση σχετικά με τις υπάρχουσες θεραπείες που δεν έχουν (ακόμη) χαρακτηριστεί εμπειρικά τεκμηριωμένες. Είναι όντως επιβλαβείς ή μπορούν να χρησιμοποιούνται; Αποτέλεσμα αυτών των διαφωνιών είναι να δημιουργούνται δικαστικές διαμάχες για την επίλυση ανάλογων προβλημάτων. Η πιο γνωστή δικαστική υπόθεση είναι η «Osheroff vs Chestnut Lodge» στις ΗΠΑ, σχετικά με τη μήνυση που κατέθεσε πρώην ασθενής του ψυχιατρικού Νοσοκομείου Chestnut Lodge, επειδή η κατάθλιψή του αντιμετωπίστηκε με μακρόχρονη ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και όχι με αντικαταθλιπτικά (Klerman, 1990). Ο ενάγων δικαιώθηκε αρχικά από διαιτητικό σώμα ενόρκων και η υπόθεση λύθηκε με συμβιβασμό εκτός δικαστηρίου, αλλά προκάλεσε σωρεία αντιδράσεων και συζητήσεων για την εγκυρότητα των παρεμβάσεων στις ψυχιατρικές διαταραχές.

Αν και σύμφωνα με τους Deegear & Lawson (2003) η δημιουργία των ΕΥΘ ήταν (μεταξύ άλλων) μία προσπάθεια της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης να διατηρήσει το ρόλο των ψυχολόγων στον καθορισμό των αξιόπιστων θεραπειών και συνεπώς να περιορίσει την εμπλοκή του δικαστικού συστήματος στον ορισμό μη-εμπειρικά βασιζόμενων πρακτικών ως αποδεκτών, στην πραγματικότητα φαίνεται να συμβαίνει το αντίθετο. Η ασάφεια με την οποία έχουν οριστεί τα κριτήρια για τις ΕΥΘ και η συνεχιζόμενη διαμάχη για την αξιοπιστία τους, αφήνει σημαντικό πεδίο για την επιβολή νομικών κυρώσεων στους ψυχολόγους που δεν παρέχουν τεκμηριωμένες παρεμβάσεις.

Το πεδίο της καθημερινής κλινικής πρακτικής φαίνεται να διαμορφώνεται ως εξής. Στην Αμερική πλέον, όπως αναφέρει ο Sanderson (2003), οι ασφαλιστικές εταιρείες και αντίστοιχοι φορείς παρέχουν στους κλινικούς αντίγραφα των εγχειριδίων πρακτικής. Στην περίπτωση που δεν χορηγηθεί εμπειρικά υποστηριζόμενη θεραπεία - ενώ προτείνεται- ο χρηματοδότης μπορεί να κινηθεί νομικά με το επιχείρημα κακής πρακτικής. Επιπλέον, σε αρκετές πολιτείες έχουν ψηφιστεί ή θα ψηφιστούν νομοθετικές πράξεις οι οποίες νομιμοποιούν τα εγχειρίδια κλινικής πρακτικής (Barlow & Barlow, 1995). Εκτός των άλλων, οι λίστες των ΕΥΘ της APA έχουν γίνει σημείο αναφοράς για πολλές τοπικές, κυβερνητικές και ομοσπονδιακές υπηρεσίες χρηματοδότησης, αρχίζοντας να αποζημιώνουν τους θεραπευτές μόνο στην περίπτωση που χρησιμοποιούν τεκμηριωμένες παρεμβάσεις (Norcross, Beutler, Levant, 2006). Οι υπαρξιακές και ανθρωπιστικές προσεγγίσεις τείνουν να παραμεριστούν από τα συστήματα υγείας και, όπως σημειώνεται (Cooper, Watson & Hölldampf, 2010), ήδη στη Μ. Βρετανία και στη Γερμανία έχουν «αφαιρεθεί» από τις επίσημες λίστες προσφερόμενων θεραπειών στον δημόσιο τομέα.

«Περισσότερο από ποτέ, οι κλινικοί πρέπει να απαντήσουν ερωτήσεις σχετικά με το γιατί θεραπεύουν συγκεκριμένους πελάτες, το γιατί επιλέγουν συγκεκριμένες

παρεμβάσεις και το εάν αυτές οι επιλογές δικαιολογούνται οικονομικά με όρους αποτελεσματικότητας....στο τωρινό οικονομικό και πολιτικό πλαίσιο αυτές οι ερωτήσεις είναι πιο πιθανόν να έρθουν από εξωτερικές δυνάμεις (π.χ. επιτροπές ασφαλιστικών εταιρειών, διαχειριστές οργανισμών ψυχικής υγείας)...» (Addis, Wade & Hatgis, 1999, σελ. 431). Οι θεραπευτές, με άλλα λόγια, γίνονται υπόλογοι των επιλογών τους σε ένα σύστημα υγείας, που δεν ελέγχει τόσο την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας ή τη βελτίωση του καταναλωτή υπηρεσιών, αλλά διαχειρίζεται τη θεραπεία με οικονομικούς όρους. Το μάρκετινγκ και το μάνατζμεντ γίνονται οι μελλοντικοί επόπτες των ψυχοθεραπευτών...

Ο αρθρογράφος των NY Times, B. Carey, γράφει για έναν «εμφύλιο πόλεμο στην ψυχολογία» (Carey, 2004). Οι δύο πλευρές αντιμάχονται για το αν οι επιστημονικές έρευνες, με τον τρόπο που εφαρμόζονται σήμερα στην κλινική πρακτική, προωθούν ή καταποντίζουν την εξέλιξη της ψυχοθεραπείας. Εν τω μεταξύ, αυτός ο «πόλεμος» επηρεάζει τον τρόπο που οι νέοι θεραπευτές εκπαιδεύονται, την παροχή της θεραπείας και τη διαθεσιμότητα των προσεγγίσεων στο κοινό, με αποτέλεσμα οι ασφαλιστικοί οργανισμοί να περιορίζουν τις θεραπείες μόνο σε όσες είναι διαθέσιμοι να πληρώσουν, έχοντας ως εχέγγυα την επιστημονική έρευνα και τις ΕΥΘ.

Η ΕΤΨ έχει επηρεάσει την αγορά και αμφίδρομα η ελεύθερη αγορά επηρέασε την εξέλιξη της ψυχοθεραπείας. Οι μεγάλες ασφαλιστικές εταιρείες βασίζουν την κάλυψη της ψυχοθεραπείας στις έρευνες, απαιτούν από τους θεραπευτές να εξασκούν συγκεκριμένες τεχνικές, ενώ παράλληλα μειώνουν τον αριθμό των συνεδριών ανάλογα με τη διάγνωση και σύμφωνα με τα ερευνητικά ευρήματα [Carey, (2004), Totton, (2000)]. Πολλοί ασφαλιστές (ασχέτως με την οικειότητα που συνήθως δεν έχουν με το κλινικό έργο) ζητούν γραπτή τεκμηρίωση της θεραπευτικής προόδου, τόσο από τους θεραπευτές, όσο και από τους πελάτες τους, ασκώντας άμεσο έλεγχο στους πρώτους, σε περίπτωση που δεν υπάρχει σύντομη βελτίωση του πελάτη. Ο θεραπευτής οφείλει να δώσει λόγο για τις «ενέργειές» του σε έναν ασφαλιστικό φορέα και ο πελάτης υποχρεώνεται να «βελτιωθεί» σύμφωνα με την πορεία του μέσου όρου των ατόμων που συμμετείχαν σε μία τουλάχιστον κλινική δοκιμασία σχετιζόμενη με τη βασική του διάγνωση. Προσφέρει τελικά αυτή η πραγματικότητα γόνιμο έδαφος για βελτίωση της δημόσιας υγείας;

Ο Gabbard (2005), υπερασπιζόμενος την επιβίωση της ψυχανάλυσης στο νεοφιλεύθερο τοπίο των συστημάτων υγείας, αναφέρει ότι *«στις ΗΠΑ, πολλοί ασθενείς πληρώνουν για ψυχανάλυση από τις δικές τους τσέπες ώστε να αποφύγουν τους συμβιβασμούς στην εμπιστευτικότητα, που συνοδεύουν την*

επιτήρηση της θεραπείας από τρίτους που εργάζονται για ασφαλιστικές εταιρείες» (σελ. 741).

Το 1999 ο Yalom στο βιβλίο του "Momma and the meaning of Life" περιγράφει γλαφυρά (και ουσιαστικά καταγγέλλει) την κατάσταση που επικρατεί στο αμερικάνικο σύστημα υγείας αναφορικά με την ψυχοθεραπεία, μιλώντας για ένα ολέθριο σφάλμα (Yalom, 2007, σελ. 206-207): «*Το σύγχρονο σύστημα της περίθαλψης υπό διαχείριση στις υγειονομικές υπηρεσίες αποτελεί θανάσιμη απειλή για τον κλάδο της ψυχοθεραπείας. Σκεφτείτε τις επιταγές του: 1) η θεραπεία να είναι εξωπραγματικά σύντομη και να δίνει το βάρος αποκλειστικά στα εξωτερικά συμπτώματα κι όχι στις συγκρούσεις που κρύβονται πίσω από τα συμπτώματα αυτά και τα γεννούν· 2) η θεραπεία να είναι εξωπραγματικά οικονομική (πράγμα τιμωρητικό τόσο για τους επαγγελματίες που έχουν επενδύσει τα αναγκαία χρόνια για να αποκτήσουν μια εκπαίδευση σε βάθος όσο και για τους ασθενείς που υποχρεώνονται να επισκέπτονται θεραπευτές με ανεπαρκή εκπαίδευση)· 3) οι θεραπευτές να μιμούνται το ιατρικό μοντέλο και να παίζουν θέατρο πασχίζοντας να διατυπώσουν ακριβείς στόχους παρόμοιους με τους ιατρικούς και να τους αξιολογούν κάθε εβδομάδα· και 4) οι θεραπευτές να χρησιμοποιούν μόνο εμπειρικά επικυρωμένες θεραπείες δείχνοντας έτσι προτίμηση στις βραχείες, φαινομενικά ακριβείς γνωσιακές-συμπεριφορικές τεχνικές που επιδεικνύουν ανακούφιση από τα συμπτώματα.*

Απ' όλες όμως αυτές τις πεισματάρικες και καταστροφικές επιθέσεις που δέχεται ο κλάδος της ψυχοθεραπείας, η πιο δυσοίωνη είναι η τάση προς μία θεραπεία βάσει πρωτοκόλλου. Έτσι κάποια ασφαλιστικά προγράμματα και δημόσιες υπηρεσίες υγείας απαιτούν ο θεραπευτής ν' ακολουθήσει στην πορεία της θεραπείας ένα προκαθορισμένο πλάνο, μερικές φορές μάλιστα ακόμα και μια προγραμματισμένη λίστα θεμάτων, τα οποία είναι υποχρεωτικό να καλυφθούν σε καθεμιά από τις επιτρεπόμενες συνεδρίες. Τα διψασμένα για κέρδος στελέχη των υπηρεσιών υγείας και οι παραπλανημένοι ειδικοί σύμβουλοί τους υποθέτουν ότι η επιτυχημένη ψυχοθεραπεία εξαρτάται από την πληροφόρηση που λαμβάνεται ή παρέχεται και όχι τόσο από τη σχέση ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο. Πρόκειται για ολέθριο σφάλμα.»

2.Γ. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ

Ένα ζήτημα το οποίο σχετίζεται με τις μελλοντικές επιδράσεις που πιθανόν έχει το κίνημα της τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας, αφορά στην υπερ-επένδυση (ερευνητική και οικονομική) στις ΕΥΘ και τη συνακόλουθη επίδραση αυτού του γεγονότος στην έρευνα, στην πρακτική και την ανα-θεώρηση της ψυχοθεραπείας. Πώς επηρεάζεται η ερευνητική εργασία και η καινοτομία σχετικά με τις νέες παρεμβάσεις; Ποιό θα είναι το μέλλον της ψυχοθεραπείας εάν καταλήξουν να

παρέχονται μόνο μερικά «τεκμηριωμένα» μοντέλα από τα 400 (τουλάχιστον) που υπάρχουν σήμερα; «*Είναι δυνατόν η επανάπαυση στις ήδη υπάρχουσες ΕΥΘ να κρατήσει τον κλάδο μακριά από την ανάπτυξη νέων και καινοτόμων θεραπειών που ίσως είναι ακόμη πιο αποτελεσματικές από τις τωρινές θεραπείες;*» αναρωτιούνται οι Mansfield & Addis (2001b, σελ. 101)

Όπως αναφέρει και ένας σημαντικός υπέρμαχος των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμασιών, ο Hollon (2006), οι κλινικές δοκιμασίες ανήκουν στο πεδίο της τεκμηρίωσης και όχι της ανακάλυψης. «*Οι τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες δεν έχουν σχεδιαστεί ώστε να πραγματοποιούν συγκεκριμένα ζητήματα, όπως να χρησιμεύουν ως μία ειδικά καλή πηγή έμπνευσης. Ο Karl Popper έκανε διαχωρισμό ανάμεσα στο "πλαίσιο της ανακάλυψης"... και στο "πλαίσιο της αιτιολόγησης". Οι κλινικές δοκιμασίες ανήκουν ξεκάθαρα στο δεύτερο τομέα. Η κλινική καινοτομία τυπικά αναφύεται από την κλινική πρακτική (ή τα καθημερινά συμβάντα), όχι από αυστηρά ελεγχόμενα και συστηματικά προγράμματα έρευνας*» υποστηρίζει ο ίδιος συγγραφέας (Hollon, 2006, σελ. 102).

Η τεράστια έμφαση που δίνεται στην αντικειμενικότητα και αποτελεσματικότητα των ΕΚΔ για την αξιολόγηση των ψυχολογικών παρεμβάσεων ίσως έχει αρνητικές συνέπειες στην ερευνητική καινοτομία. Οι νέες παρεμβάσεις, μπορεί να είναι πολλά υποσχόμενες, αν και πειραματικές, και να έχουν θετικά αποτελέσματα για μεμονωμένους ασθενείς. Αν όμως δεν έχουν ελεγχθεί με ΕΚΔ ή δεν έχουν σχεδιαστεί με τρόπο που να συνταιριάζει με τη φιλοσοφία των κλινικών δοκιμασιών είναι πολύ πιθανόν να περιθωριοποιηθούν εκτός των εγκεκριμένων θεραπειών (Reed, 2006). Με ποιο δικαίωμα όμως και με ποια ηθική βάση μπορούν οι διαχειριστές των συστημάτων υγείας να εκτοπίσουν -μη χρηματοδοτώντας- θεραπείες πιθανόν αποτελεσματικές, έστω και για μειονότητες ασθενών; Δεν είναι εξίσου ανήθικο να αποκλείονται παρεμβάσεις που θα μπορέσουν να θεωρηθούν τεκμηριωμένες με διαφορετικά κριτήρια (από αυτά που προτείνει, για παράδειγμα, η Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση) και ενόσω υπάρχει ακόμη μεγάλη αντιπαράθεση για την καταλληλότητα των κριτηρίων (Bohart, 2004);

Είναι σπάνιο να προκύπτουν καινοτόμες ιδέες ή θεραπευτικές παρεμβάσεις σε ένα αυστηρά ελεγχόμενο πειραματικό πλαίσιο, όπου αξιολογούνται συγκεκριμένες ερευνητικές υποθέσεις. Οι κλινικές δοκιμασίες δεν είναι, όπως αναφέρθηκε, ευδόκιμος τρόπος για να προαχθεί η κλινική πρακτική σε νέες εξελίξεις. Αν όμως οι ΕΚΔ αποτελούν το κύριο είδος έρευνας που χρηματοδοτείται, υποστηρίζεται και δημοσιεύεται, ίσως αποθαρρύνεται διαφορετικού τύπου ερευνητική εργασία. Σε γενικές γραμμές, το κίνημα της τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας δεν προωθεί την έρευνα που συνάδει με νέες ανακαλύψεις, τη στιγμή που οι περισσότερες σύγχρονες παρεμβάσεις (και τα κριτήρια που τις ορίζουν) δεν θεμελιώθηκαν μέσω

κλινικών δοκιμασιών, αλλά μέσω παρατήρησης από εμπνευσμένους κλινικούς (Henry 1998). Εφόσον οι επίσημοι φορείς εκπαίδευσης και έρευνας δείχνουν σαφή προτίμηση σε ορισμένα θεραπευτικά μοντέλα, εκφράζεται ο φόβος ότι θα μειωθεί η ποικιλία των προσεγγίσεων στην κλινική πρακτική και συνεπώς θα συρρικνωθεί η δυνατότητα δημιουργίας νέων θεραπευτικών προτάσεων προς όφελος των ασθενών (Elliott, 1998).

Το γεγονός ότι ορίζονται, κατά τη γνώμη μου, με πολύ περιοριστικά κριτήρια, συγκεκριμένες θεραπείες ως αποτελεσματικές, πιθανόν αποκλείει τις υπόλοιπες από την πιθανότητα μελλοντικής τους διερεύνησης. Ήδη πολλοί συγγραφείς κάνουν μνεία για τις ελλείψεις στη χρηματοδότηση έρευνας των ανθρωπιστικών και ψυχοδυναμικών παρεμβάσεων, οι οποίες δεν παρουσιάζονται συχνά στις λίστες των ΕΥΘ. Οι West & Warchal (2009) σημειώνουν πως «*Οι επιπτώσεις που συνδέονται με τη βιασύνη να υιοθετηθούν εμπειρικά υποστηριζόμενες θεραπείες χωρίς προσεκτική εξέταση της κλινικής χρησιμότητας της θεραπείας, της επαγγελματικής αρτιότητας του συμβούλου και των μοναδικών χαρακτηριστικών των πελατών, είναι σοβαρές και θα επηρεάσουν το μέλλον του επαγγέλματος*» (σελ. 292). Εάν η έρευνα εξακολουθεί να επικεντρώνεται μόνο σε παρεμβάσεις με «αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα», τότε πως μπορεί να εξελιχθεί το πεδίο της ψυχοθεραπείας με καινούργιες ιδέες, θεραπείες και τεχνικές; Εάν το μέλημα της ΕΤΨ είναι η πρόνοια υπέρ των ασθενών, τότε η συγκεκριμένη φιλοσοφία μάλλον δεν το υποστηρίζει.

Είναι ενδιαφέρον ότι το πεδίο της ψυχολογίας φαίνεται να διαμορφώνεται ως εξής: πολλοί επιστημονικοί κλάδοι συγχωνεύονται σε ευρύτερους πολυδιάστατους τομείς και/ή παραλείπουν τον όρο ψυχολογία από το όνομά τους, όπως η νευροεπιστήμη, η αναπτυξιακή επιστήμη, η γνωσιακή επιστήμη, η συμπεριφορική οικονομική επιστήμη κ.α.· το γεγονός σημειώνει ο J. Bray, Πρόεδρος της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης, σε πρόσφατα άρθρα του (Bray, 2009a, 2009b). Έχοντας κατά νου τις ταχύτατες οικονομικές και επιστημονικές εξελίξεις, το μέλλον της ψυχοθεραπείας είναι δύσκολο να προβλεφθεί, και το να καταφεύγουμε σε δαιμονοποιήσεις της ΕΤΨ, μάλλον δυσχεραίνει οποιαδήποτε πρόοδο, αν όμως φροντίσουμε να αποκλειστεί σταδιακά (εφόσον δεν θα χρηματοδοτείται) η κλινική πρωτοβουλία και η καινοτομία, πόσο ευοίωνη μπορεί να είναι η εξέλιξή του κλάδου της ψυχοθεραπείας;

3. ΕΤΨ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι πολύ συχνό φαινόμενο οι αξιολογικές κρίσεις των συγγραφέων για την επιστημονικά τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία και πρακτική να εμμένουν στο ακαδημαϊκό και μεθοδολογικό κομμάτι της ιστορίας. Αναφέρθηκα στα προηγούμενα κεφάλαια της διατριβής ήδη εκτενώς στις αντιρρήσεις που

υπάρχουν σχετικά με την ερευνητική μεθοδολογία, την επιλογή και αντιπροσωπευτικότητα των ερευνητικών δειγμάτων, τον τρόπο και τα κριτήρια μέτρησης του αποτελέσματος, την ερευνητική α-μεροληψία, τα δεοντολογικά ζητήματα που απορρέουν από την ερευνητική εργασία για τις τεκμηριωμένες θεραπείες κλπ. Οι αντιπαραθέσεις για το πώς μπορεί να μεταφερθεί η επιστημονική εργασία στην κλινική πρακτική εξακολουθούν να ταλανίζουν τον κλάδο των ψυχοθεραπευτών. Ένα φαινόμενο όμως παραμένει εντυπωσιακό.

Σύμφωνα με τον Bower (2003) «*... ο βαθμός της αντιπαράθεσης γύρω από τα ζητήματα της "αποτελεσματικότητας", της "επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής" και "εμπειρικά υποστηριζόμενης ψυχοθεραπείας" δείχνει ότι τα ζητήματα δεν σχετίζονται ξεκάθαρα με μεθοδολογικές ανησυχίες για τον ερευνητικό σχεδιασμό... Αντίθετα συνδέονται με ευρύτερες αξίες για τη σημαντικότητα της κρίσης του επαγγελματία, τη βάση της γνώσης και την ίδια τη φύση της ψυχολογικής θεραπείας*» (σελ. 334). Αυτό που δεν αναφέρει όμως ο συγγραφέας, είναι, ότι ως ένα σημείο, η αντιπαράθεση που συνεχίζεται, οφείλεται σε αμοιβαίες συγκρούσεις συμφερόντων των ενδιαφερόμενων. Εάν η ΕΤΨ αφορούσε μόνο στο ακαδημαϊκό και φιλοσοφικό πλαίσιο δεν θα υπήρχε τόσος λόγος «ανησυχίας». Είναι οι αλλαγές που σχετίζονται με τα συστήματα υγείας και κατ' επέκταση τον τρόπο που ασκείται η ψυχολογική θεραπεία που πυροδοτούν διαμάχες μεταξύ των θεραπευτών.

Παρόλο που αρκετοί συγγραφείς αναγνωρίζουν ότι η ΕΤΨ σηματοδοτεί ή δημιουργείται και ως κοινωνικό φαινόμενο ή κίνημα εξαιτίας οικονομικών και πολιτικών αποφάσεων στον τομέα της (δημόσιας) υγείας, οι δημοσιεύσεις που να συνδέουν το φαινόμενο της εμπειρικής τεκμηρίωσης με την πολιτική της υγείας είναι ελάχιστες. Τα περισσότερα βιβλία που κυκλοφορούν (τουλάχιστον όσα έχω υπόψιν μου), ενόσω σημαντικά και εξαντλητικά στο μεθοδολογικό κομμάτι, παραλείπουν κάθε αναλυτική αναφορά σε κοινωνικοοικονομικούς ή πολιτικούς παράγοντες. Το γεγονός σημειώνουν και οι Greenberg & Watson (2006b) σχετικά με το κατά τα άλλα εξαιρετικό βιβλίο του Norcross και συν. (2006), το οποίο ενώ αναλύει την αντιπαράθεση που υπάρχει μεταξύ όσων υποστηρίζουν ή όχι την υπάρχουσα μορφή της ΕΤΨ, δεν συμπεριλαμβάνει κεφάλαιο με θεματολογία εκτός των καθαρά μεθοδολογικών.

Αρκετά χρόνια πριν, ο Henry σημειώνει εύστοχα (1998, σελ. 130) το εξής: «*Στην πραγματικότητα, η ένταξη ή μη μίας παρέμβασης στη λίστα των εμπειρικά τεκμηριωμένων θεραπειών, έχει μικρή σχέση με το αν είναι ή όχι κλινικά αποτελεσματική, περισσότερο είναι η επίπτωση των σύγχρονων ακαδημαϊκών και επιστημονικών πολιτικών σκοπιμοτήτων*».

Ο Fox μιλάει για τη «σκοτεινή πλευρά» της τεκμηριωμένης θεραπείας και αναφέρεται στη στρατηγική των διαχειριστών που χρηματοδοτούν τους θεραπευτές (Fox, 1999). Οι τεχνοκράτες δεν είναι επιστήμονες ή ακαδημαϊκοί ώστε να ενδιαφέρονται για τα αποτελέσματα κάθε προσέγγισης. Ενδιαφέρονται όμως για τα τεκμήρια αποτελεσματικότητας, ώστε να αιτιολογούν επενδύσεις, περικοπές δαπανών και αποζημιώσεις, χρησιμοποιώντας τις έρευνες και την αντίστοιχη συζήτηση περί ΕΤΨ ως το βασικό τους επιχείρημα· «*...ο σκοπός της συζήτησης δεν είναι η προώθηση της επιστημονικής γνώσης, αλλά ο καθορισμός του εάν και πως οι ψυχολογικές θεραπείες πρέπει να καλύπτονται οικονομικά*» (Fox, 1999, σελ. 5).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τα συστήματα υγείας αποτελούν τον βασικό πυρήνα για την εφαρμογή της επιστημονικά τεκμηριωμένης φροντίδας για την ψυχική υγεία (Jacob & συν., 2007). Συνεπώς, η δομή και η φιλοσοφία λειτουργίας τους επηρεάζει καταλυτικά και την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ανεξάρτητα, ωστόσο, από τις διαφορές που εμφανίζονται στη λειτουργία των συστημάτων υγείας, οι ανησυχίες για το αυξημένο κόστος των υπηρεσιών είναι κοινές και παγκόσμιες. Η Carpinello & συν. (2002) σημειώνει τη στροφή προς τη χρηματοδότηση μόνο των επιστημονικά τεκμηριωμένων πρακτικών στο πεδίο των ψυχιατρικών διαταραχών ως εξής: «*Οι φορείς ψυχικής υγείας πρέπει να εξετάζουν* [τα δεδομένα] *ώστε να διασφαλίζουν ότι τα δολάρια επενδύονται σε πρακτικές για την ψυχική υγεία οι οποίες έχουν ισχυρά τεκμηριωμένη βάση, και πρέπει να είναι αρκετά θαρραλέοι για να μετακινούν τους πόρους από αναποτελεσματικές πρακτικές προς εκείνες που έχουν επιστημονική τεκμηρίωση*» (σελ. 155). Ο Rosenfeld (2009), από την άλλη πλευρά, υποστηρίζει ότι, εφόσον πολιτικές και οικονομικές πιέσεις καθορίζουν τη σύγχρονη ψυχοθεραπεία, ίσως θα ήταν μη-ηθικό, να αποκλειστούν οι τεκμηριωμένες παρεμβάσεις από το θεραπευτικό πλάνο των ασθενών. Σε κάθε περίπτωση, η ΕΤΨ και η οικονομία της υγείας είναι ισχυρά συνδεδεμένες με αλληλένδετες και συχνά πολύπλοκες επιδράσεις, τις οποίες θα εξετάσω στη συνέχεια με τον τρόπο που εμφανίζονται στο πλαίσιο των συστημάτων υγείας

3.Α. ΝΕΟΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΙΣΜΟΣ, ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ & ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η ΕΤΨ εμφανίστηκε και αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ και τη Μ. Βρετανία, τη συγκεκριμένη ιστορική στιγμή, όπου η πολιτική σκηνή συγκροτήθηκε μέσα από το ρεύμα του νεοφιλελευθερισμού με πρακτικές που προωθήθηκαν από τις κυβερνήσεις των Ρέιγκαν και Θάτσερ αντίστοιχα. Πως μπορεί όμως να κατανοηθεί ο νεοφιλελευθερισμός; Ο όρος παρουσιάζεται στη δεκαετία του 1970 και προέρχεται από τη σύμπτυξη του «νέος» και «φιλελεύθερος», δηλαδή ελεύθερος από κυβερνητική παρέμβαση (Horton, 2007).

Σε ένα πρώτο επίπεδο, ο νεοφιλελευθερισμός είναι μία θεωρία πολιτικό-οικονομικών μεθόδων, σύμφωνα με την οποία η αποδέσμευση της ατομικής επιχειρηματικής ελευθερίας και ικανότητας προάγει την ανθρώπινη ευημερία (Χάρβεϊ, 2007). Το θεσμικό πλαίσιο του νεοφιλελευθερισμού έχει ως γνωρίσματα τις ελεύθερες αγορές, το ελεύθερο εμπόριο, τα ισχυρά δικαιώματα ατομικής ιδιοκτησίας και την απουσία κρατικών παρεμβάσεων στην αγορά. Όπως διαφαίνεται από τα παραπάνω, η δυναμική έμφαση στο άτομο είναι ένα από τα γνωρίσματα-κλειδιά του νεοφιλελευθερισμού.

Η Teghtsoonian (2009) παραθέτει την ανάλυση του Thomas Lemke για τον τρόπο με τον οποίο μετατίθεται η πολιτική ή κοινωνική ευθύνη στο μεμονωμένο άτομο, στο πλαίσιο του νεοφιλελευθερισμού: «*η στρατηγική της απόδοσης των ατομικών υποκειμένων ως "υπεύθυνων"...συνεπάγεται τη μετατόπιση της ευθύνης για τα κοινωνικά ρίσκα όπως η ασθένεια, η ανεργία, η φτώχια κλπ. και για τη ζωή στην κοινωνία, στην επικράτεια όπου είναι υπεύθυνο το άτομο και τη μεταμόρφωσή της σε ένα πρόβλημα "αυτο-φροντίδας"*» (σελ. 29). Επιπρόσθετα, οι έννοιες του καταναλωτή και του πολίτη συγχέονται στο βαθμό που υπάρχει μονόδρομη έμφαση στην ατομική υπευθυνότητα παρά στα δικαιώματα (Horton, 2007).

Ο πολίτης μετατρέπεται σε καταναλωτή της αγοράς, όπου η τελευταία υπηρετείται από όλες τις κοινωνικές και κρατικές λειτουργίες, και στην περίπτωση που μας ενδιαφέρει, από το σύστημα υγείας (όπως έχει αναφερθεί ήδη, είναι συχνή η χρήση του όρου «καταναλωτής υπηρεσιών» αντί για «ασθενής»). Η μόνη προϋπόθεση είναι το σύστημα υγείας να διαβλέπει κέρδη για τις αγορές, να είναι «ανταγωνιστικό», εφόσον η αρχή του καπιταλιστικού κέρδους διακηρύττεται από τον νεοφιλελευθερισμό ως η βέλτιστη αρχή για κάθε δράση του ατόμου και φυσικά για τη λειτουργία της οικονομίας. Κατά συνέπεια, το εκάστοτε σύστημα υγείας, οφείλει να εναρμονίζεται με τις αρχές τις ελεύθερης αγοράς, με τη συσσώρευση κέρδους και τη μείωση των δαπανών. Η φροντίδα της υγείας μεταλλάσσεται σε ένα ιδιωτικό αγαθό που τίθεται προς πώληση αντί για ένα δημόσιο αγαθό που παρέχεται σε όλους μέσω της φορολογίας (Horton, 2007).

«*Πρόκειται για ένα ρεύμα με έντονο οικονομισμό, που δεν κατανοεί ότι ο άνθρωπος δεν είναι ένα ον χωρίς συναισθηματισμούς, δεσμεύσεις, αξίες και αρχές. Οικονομισμός που υποθέτει ότι ο άνθρωπος γνωρίζει, σαν ηλεκτρονικό δικτυακό σύστημα, το σύνολο των πληροφοριών που υπάρχουν στον κόσμο και συνεχώς επιλέγει, σκεπτόμενος πλήρως ορθολογικά τις ανάγκες του, το τι πρέπει να πράξει τόσο στην αγορά αγαθών, όσο και στην κοινωνική του καθημερινότητα και στις πολιτικές του δραστηριότητες...*» (Κοτζιάς, 2007, σελ.12). Η περιγραφή του Κοτζιά για το ρεύμα του νεοφιλελευθερισμού και τον τρόπο που λειτουργεί ο άνθρωπος μέσα σε αυτό, αναλογεί, κατά τη γνώμη μου, σε μεγάλο βαθμό, με την

εικόνα του θεραπευτή που προτείνεται από την ΕΤΨ. Ο κλινικός οφείλει να γνωρίζει «σαν ηλεκτρονικό δικτυακό σύστημα» όλες τις πληροφορίες και τις έρευνες που έχουν δημοσιευθεί μέχρι πρόσφατα, και πρέπει να επιλέγει ανάμεσα σε αυτές τη βέλτιστη για τον πελάτη του, σύμφωνα με ορθολογικά και εμπειρικά κριτήρια.

Ο νεοφιλελευθερισμός, επιπλέον, προωθεί το μήνυμα της μηδενικής ανοχής σε ανθρώπους μη πετυχημένους, διαχωρίζοντας τα άτομα σύμφωνα με τη δυνατότητά τους να αποφέρουν κέρδος, γεγονός που ισχυροποιείται στην περίπτωση ατόμων με ψυχικές διαταραχές, που συχνά προβάλλονται ως αποκλίνοντες της κατώτερης κοινωνικής τάξης που λαμβάνουν κοινωνική πρόνοια (Ramon, 2008). Ο ατομικισμός και η έμφαση στην απόκτηση υλικών αγαθών από τη μία δημιουργεί για τους ψυχικά ασθενείς την εικόνα των «αποτυχημένων», ενώ από την άλλη, η απελευθέρωση των αγορών τους δίνει τη δυνατότητα να εργαστούν (μία επιθυμητή εξέλιξη καθώς κοστίζουν λιγότερο στο σύστημα), χωρίς όμως υποστήριξη και συχνά χωρίς ίσα προνόμια με όλους τους εργαζόμενους.

Τέλος, η νεοφιλελεύθερη πρακτική γίνεται έκδηλη μέσα από ένα σύνολο εργαλείων -η Teghtsoonian (2009) αναφέρεται σε αυτό ως «τεχνολογίες απόδοσης»[237]- το οποίο ελέγχει, ζητά αποδείξεις αποδοτικότητας και ικανή σχέση κόστους αποτελεσματικότητας από τους επαγγελματίες. Κατ' αυτό τον τρόπο, ενώ η μετάθεση της λήψης αποφάσεων στην κοινότητα αυξάνει τις δυνατότητες των τοπικών φορέων (ή των ατόμων που εμπλέκονται), παράλληλα οι επαγγελματίες καλούνται να διαχειριστούν την πρακτική τους και με οικονομικούς όρους οι οποίοι μπορούν να αξιολογηθούν. «*Επομένως, ένας βασικός σκοπός αυτών των τεχνολογιών είναι η μετάφραση της πολυπλοκότητας της επαγγελματικής πρακτικής* [και στην περίπτωση που μας ενδιαφέρει, της πρακτικής της ψυχοθεραπείας] *σε μία τυποποιημένη φόρμα* [όπως τα εγχειρίδια κλινικής πρακτικής], *έτσι ώστε να μπορούν να γίνουν οι αξιολογήσεις του οικονομικού κόστους και κέρδους και κατόπιν να μπορούν να αντικαταστήσουν την επαγγελματική κρίση ως τη βάση για τις κλινικές αποφάσεις*» (ο.π. σελ. 30). Η ίδια συγγραφέας αναφέρει τις επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική ως έναν τρόπο ελέγχου των θεραπευτών με στόχο λιγότερο πολυέξοδες επιλογές παρεμβάσεων. Μήπως με όσα έχω αναφέρει έως τώρα για την τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία, δεν είναι δυνατόν να θεωρηθεί ως ένα αντίστοιχο «εργαλείο απόδοσης» το οποίο κατευθύνει τους κλινικούς σε επιλογές που συνταιριάζουν με την οικονομική πολιτική των δυτικών κοινωνιών;

[237] "technologies of performance"

3.Α.α. ΗΠΑ & ΕΤΨ

Ένας από τους βασικούς λόγους για τον οποίο δημιουργήθηκαν και χρησιμοποιούνται οι ΕΥΘ εδράζεται ασφαλώς στις συνθήκες που χαρακτηρίζουν το υπό διαχείριση σύστημα υγείας των ΗΠΑ, καθώς και τα αντίστοιχα συστήματα υγείας των χωρών που «αγκάλιασαν» την τεκμηριωμένη πρακτική, για παράδειγμα της Μ. Βρετανίας και της Γερμανίας (Elliott, 1998). Η βασική μέριμνα των εκάστοτε κυβερνήσεων είναι η διατήρηση του κόστους για την υγεία σε μειωμένα επίπεδα. Οι Levant & Hasan (2008) τονίζουν την αναγκαιότητα της τεκμηριωμένης πρακτικής στην ψυχολογία με βάση το κοινωνικό πλαίσιο αναφοράς: «*Το κίνημα της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής στην αμερικανική κοινωνία είναι στ' αλήθεια ένα μεγαθήριο, κάνοντας αγώνα ταχύτητας ώστε να πετύχει υπευθυνότητα*[238] *στην ιατρική, ψυχολογία, εκπαίδευση, δημόσια διαχείριση, ακόμη και στην αρχιτεκτονική. Το πνεύμα της εποχής απαιτεί από τους επαγγελματίες να βασίζουν την πρακτική τους στο μεγαλύτερο δυνατό σημείο στην τεκμηρίωση. Επομένως, η ψυχολογία χρειάζεται να ορίζει την επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική ειδάλλως* [η τελευταία] *θα οριστεί για εμάς*» (σελ. 658).

Οι Roth, Fonagy & Parry (2006) δίνουν μία συνοπτική αναφορά για τη δραματική αύξηση του κόστους της ψυχικής υγείας στις ΗΠΑ. Μέσα σε 13 χρόνια (1967-1980) το ποσοστό πολιτών που χρησιμοποιούν υπηρεσίες ψυχικής υγείας ανέρχεται από το 1% στο 10% του συνολικού πληθυσμού. Αντίστοιχα οι αποζημιώσεις για τις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες -οι οποίες χρησιμοποιούνται από την πλειονότητα των αιτούντων- αυξάνονται από λιγότερο του 1% στο 12%, το 80% των οποίων χρηματοδοτούν η κυβέρνηση και οι εργοδότες (μέσω ασφαλιστικών παροχών).

Παράλληλα, οι συνεχιζόμενες διαφωνίες μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την αποτελεσματικότητα των διαφόρων προσεγγίσεων και τις εκπαιδευτικές και υλικές απαιτήσεις που συνεπάγονται, σαφώς δεν διευκολύνουν το κλίμα ανησυχίας των πολιτικών διαχειριστών. Τα ευρήματα περί γενικής αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας, δεν ικανοποιούν τους ασφαλιστικούς οργανισμούς που θέλουν συγκεκριμένες απαντήσεις στο ερώτημα ποια θεραπεία προτείνεται ως η πιο αποτελεσματική για ποιο πρόβλημα. Μετά το 1973 υιοθετείται το σύστημα διαχειριστών οργανισμών οι οποίοι αξιολογούν τις παροχές υγείας και τα κριτήρια για τη χρηματοδότηση θεραπειών, που πρέπει να είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές και, κυρίως, σύντομες και οικονομικές. Η αξιολόγηση των θεραπειών διαμορφώνεται από την Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση, όπως έχει αναφερθεί, με βάση τα κριτήρια περί ασφάλειας των φαρμάκων, προκαλώντας τις αντιδράσεις των ψυχοθεραπευτών.

---

[238] "accountability"

Είναι ενδιαφέρον να παρατεθούν ορισμένα ιστορικά στοιχεία που αναφέρει ο Beutler (1998), για τις περιστάσεις υπό τις οποίες δημιουργήθηκε η πρώτη λίστα τεκμηριωμένων ψυχοθεραπειών στις αρχές του 1990 από την αντίστοιχη επιτροπή της APA. Η δεδομένη ιστορική στιγμή σηματοδοτεί και τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες που «επέβαλλαν» το κίνημα της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας.

Στις αρχές του 1990, δηλαδή την περίοδο που δημιουργήθηκε η πρώτη επιτροπή για τη διάδοση και εφαρμογή των ΕΥΘ, υπάρχει ένας έντονος προβληματισμός σχετικά με το μέλλον της ψυχοθεραπείας, εν μέσω αλλαγών στην εθνική πολιτική υγείας των ΗΠΑ. Στα προτεινόμενα σχέδια η ψυχοθεραπεία υπήρχε πιθανότητα να μην συμπεριλαμβάνεται ως θεραπεία που να καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, γεγονός που θα επέφερε σοβαρό πλήγμα στη βιωσιμότητα του επαγγέλματος. Η λογική που διείπε το σύστημα υγείας ήδη από τη δεκαετία του 1980, συνίστατο σε έμφαση στη μείωση του κόστους, με τον περιορισμό της προσβασιμότητας των ασθενών και την καθιέρωση κλειστών καταλόγων από παροχείς (Beutler, 1998), ενώ παρόμοιες πρακτικές υιοθετήθηκαν και στη Μ. Βρετανία την ίδια περίοδο, επί κυβερνήσεων Θάτσερ.

Σε αυτό το πλαίσιο η ψυχοθεραπεία εκλαμβάνεται από τους διαχειριστές των υπηρεσιών υγείας ως ένας «ομοιογενής» τύπος θεραπείας που μπορεί να την παρέχει οποιοσδήποτε έχει ένα αντίστοιχο πτυχίο. Ακόμη καλύτερα, εάν ο θεραπευτής κοστίζει λιγότερο στο σύστημα, είτε παρέχοντας ψυχοφαρμακολογική παρέμβαση είτε έχοντας χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Η λογική ότι ένας θεραπευτής με λιγότερα αλλά επαρκή προσόντα (ένα πτυχίο ή μεταπτυχιακό τίτλο) μπορεί να είναι ικανός στην εργασία του, με χαμηλότερο μισθό από έναν θεραπευτή με λ.χ. διδακτορικό τίτλο, είναι μία δημοφιλής αντιμετώπιση των θεραπευτών έως σήμερα στην Αμερική, όπου υπάρχουν μάλιστα προτάσεις να εξομοιωθούν όλα τα πτυχία σχετικά με την φροντίδα ασθενών με ψυχικές διαταραχές σε έναν κοινό τίτλο.

Η Tanenbaum (2005, σελ. 168) σημειώνει, «*...εάν υπηρεσίες, βασιζόμενες σε εγχειρίδια οδηγιών, που παρέχονται από λιγότερο υψηλά εκπαιδευμένους επαγγελματίες, είναι αποτελεσματικές, είναι ασυγχώρητη σπατάλη να μην τις παρέχουμε*». Η απαίτηση τεκμηρίων κόστους-αποτελεσματικότητας για τη χρηματοδότηση των θεραπειών και η προβολή των ψυχοφαρμάκων ως θεραπείες επιλογής (ανεξαρτήτως των ερευνητικών ευρημάτων) είναι χαρακτηριστικά της ελεύθερης αγοράς στην οποία οι ψυχοθεραπευτές λειτουργούν σε ένα περιθώριο που συνεχώς στενεύει. Υπό το καθεστώς της πίεσης ενός ανταγωνιστικού κοινωνικοπολιτικού πεδίου και υπό την απουσία εμφανούς συμφωνίας μεταξύ

των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών παρεμβάσεων, γεννήθηκε η πρώτη λίστα ΕΥΘ.

«*Οι συνέπειες ενός τέτοιου συστήματος (μέσω των προσπαθειών του να επηρεάσει τις αποφάσεις για τις θεραπείες σε ένα επιχειρησιακό πλαίσιο)... είναι η καθυπόταξη των ψυχοθεραπευτών σε εγχειρίδια μείωσης του κόστους που καταλήγουν σε περιορισμένη διάρκεια θεραπείας, αλλά όχι απαραίτητα σε θεραπευτική αποτελεσματικότητα*» (Deegear & Lawson, 2003, σελ. 272-3). Αν και πολλοί κλινικοί στην Αμερική έχουν εκφράσει ισχυρή αντίθεση για τις αλλοιώσεις στη θεραπευτική σχέση και διαδικασία που προέρχονται από το υπό διαχείριση σύστημα υγείας, ο Totton (2000) σημειώνει, ότι έχουν προβάλλει πολύ μικρή αντίσταση, κυρίως επειδή η ισχύς του ιατρικού και ασφαλιστικού συμπλέγματος στην Αμερική είναι πολύ μεγάλη και οι ψυχοθεραπευτές έχουν ανάγκη την ασφαλιστική κάλυψη για να επιβιώσουν επαγγελματικά. Οι τεκμηριωμένες ψυχοθεραπείες δημιουργήθηκαν ακριβώς για να καλύψουν τις ανάγκες των νεοφιλελεύθερων συστημάτων υγείας, σε μία προσπάθεια να διατηρηθεί η βιωσιμότητα της ψυχοθεραπείας, εν μέσω κυριαρχίας των ψυχοφαρμακολογικών παρεμβάσεων. Από τις αρχές του 1990 έως σήμερα, δεν έχουν αλλάξει πολλά. Η απαίτηση για υπευθυνότητα[239] στα συστήματα υγείας είναι εδώ για να μείνει και να κλιμακωθεί στο μέλλον (Norcross, Beutler & Levant, 2006).

Αν και οι επίσημες πηγές, όπως η APA, διακηρύττουν ότι η μη ύπαρξη τεκμηρίωσης δεν συνάδει με μη αποτελεσματικότητα της εκάστοτε θεραπείας, η πρακτική υιοθέτηση των κριτηρίων εμπειρικής υποστήριξης υποδεικνύει το αντίθετο. Οι φορείς χρηματοδότησης της υγείας, δημόσιοι και ιδιωτικοί, βασίζονται όλο και περισσότερο στην αυξανόμενη ερευνητική εργασία (ιδίως στις ΕΚΔ) για οριστικές απαντήσεις (Henry, 1998), συχνά αγνοώντας τους περιορισμούς της. Οι χρηματοδοτήσεις ή αποζημιώσεις περιορίζονται στις ΕΥΘ τόσο από τοπικούς, πολιτειακούς, ομοσπονδιακούς, όσο και από ιδιωτικούς φορείς (Levant & Hasan, 2008).

Είναι φανερό ότι η ΕΤΨ προωθεί παρεμβάσεις που πληρούν τα κριτήρια του νεοφιλελεύθερου συστήματος διαχείρισης της υγείας, δηλαδή παρεμβάσεις αποτελεσματικές, βραχείες και οικονομικές (Sanderson, 1995). Εξάλλου ήδη από την πρώτη «κρούση» του Τομέα 12 της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης και την πρώτη λίστα ΕΥΘ το 1995, έγινε κατανοητό ότι τα κριτήρια που επιλέχθηκαν, διαμορφώνουν την έννοια της ψυχοθεραπείας με ιατροκεντρικά χαρακτηριστικά, δηλαδή με τους όρους εκείνους που είναι «ευπρόσδεκτοι» (ή και κατανοητοί, θα

[239] "accountability"

συμπλήρωνα), από την αμερικάνικη κυβέρνηση και τους οργανισμούς που διαχειρίζονται τις υπηρεσίες υγείας (Bohart, O'Hara & Leitner, 1998).

Στις ΗΠΑ, σε ομοσπονδιακό μάλιστα επίπεδο, επενδύονται μεγάλα ποσά για την προώθηση των επιστημονικά τεκμηριωμένων πρακτικών (και) στην ψυχική υγεία. Ένα παράδειγμα αποτελεί η κοινή σημαντική πρωτοβουλία του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας[240] και της Διεύθυνσης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και Κατάχρησης Ουσιών[241]. Σκοπός της πρωτοβουλίας είναι η προώθηση και υποστήριξη των εφαρμογών της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας στην πρακτική για την ψυχική υγεία στις αντίστοιχες κρατικές δομές (National Institutes of Health, 2004). Αυτή η κίνηση, σύμφωνα με τον Reed (2006) εστιάζει σε δύο σημεία. Πρώτον, στην αναζήτηση των πιο αποτελεσματικών και υλοποιήσιμων μεθόδων για την εφαρμογή της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής στα κρατικά πλαίσια κλινικής πρακτικής και, δεύτερον, στην άμεση υποστήριξη των πολιτειών που είναι έτοιμες να υιοθετήσουν την τεκμηριωμένη πρακτική.

Ένα ακόμη παράδειγμα προώθησης των ΕΥΘ έρχεται από την πολιτεία του Όρεγκον, όπου με νομοθετική ρύθμιση το 2005, οι κρατικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (μεταξύ άλλων) οφείλουν μέσα σε μία τετραετία (έως το 2009) να αυξήσουν τη χρηματοδότηση των επιστημονικά τεκμηριωμένων προγραμμάτων, σταδιακά από το 25% στο 75% του συνολικού προϋπολογισμού τους, ειδάλλως θα υποστούν μειώσεις επιχορηγήσεων (Tanenbaum, 2005). Σε αυτή την περίπτωση διαφαίνεται καθαρά ότι η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική ορίζεται ως οικονομικά συμφέρουσα από τους κρατικούς φορείς.

Εν τω μεταξύ όμως η βιολογική ψυχιατρική έχει αναλάβει τα ηνία της θεραπείας της ψυχικής νόσου. Τα τελευταία 15 περίπου χρόνια στις ΗΠΑ οι περισσότεροι διαχειριστές υπηρεσιών υγείας είτε δεν χρηματοδοτούν την ψυχοθεραπεία είτε προσφέρουν λιγότερες από 10 συνεδρίες, ενώ η οικονομική ενίσχυση για την περίθαλψη των ψυχικά ασθενών φαίνεται να έχει μειωθεί κατά 50% (Fonagy, Roth & Higgitt, 2005). Ενδεικτικά αναφέρεται, ότι το ποσοστό των ασθενών που λαμβάνουν ταυτόχρονα ψυχοθεραπεία και φάρμακα από τους ψυχίατρους έχει μειωθεί στο 28.9% κατά την περίοδο 2004-2005, συγκριτικά με το 44.4% την αντίστοιχη περίοδο 1996-1997 (Mojtabai & Olfson, 2008). Οι βασικοί λόγοι για αυτή τη μείωση δεν έχουν καμία σχέση με την επιστημονική τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων και της ψυχοθεραπείας. Αντίθετα, συνδέονται με τις αλλαγές στο σύστημα υγείας, όπου αυξήθηκε η διαχειριζόμενη

[240] "National Institute of Mental Health", (NIMH)
[241] "Substance Abuse and Mental Health Services Administration", (SAMHSA)

περίθαλψη, μειώθηκαν οι αποζημιώσεις για την ψυχοθεραπεία, ενώ η επιρροή των φαρμακευτικών εταιρειών εξακολουθεί να είναι εξαιρετικά ισχυρή.

3.Α.β. Μ. ΒΡΕΤΑΝΙΑ & ΕΤΨ

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της Μ. Βρετανίας παρέχει δωρεάν υπηρεσίες υγείας στο κοινό, χρηματοδοτούμενο από την κυβερνητική φορολογία. Ο γενικός ή οικογενειακός ιατρός αποτελεί τη βάση του συστήματος υγείας, από όπου γίνονται οι παραπομπές σε άλλες ειδικότητες, σε συνδυασμό με τα νοσοκομεία του εθνικού συστήματος υγείας και τα κοινοτικά ιδρύματα. Συγκριτικά με τις ΗΠΑ, η ιδιωτική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ακόμη πολύ μικρή, εντούτοις, οι απαιτήσεις για κλινική αποτελεσματικότητα και μειωμένο κόστος είναι εξίσου κεντρικές (Roth & συν., 2006).

Οι νεοφιλελεύθερες επιταγές των συντηρητικών κυβερνήσεων ήδη από το 1979, επιβάλλουν περικοπές στους προϋπολογισμούς των τοπικών φορέων, ενώ στις αρχές του 1990 εντάσσεται «εσωτερική αγορά» στο εθνικό σύστημα υγείας, όπου διευκολύνει τον ανταγωνισμό μεταξύ των μονάδων υγείας και δημιουργεί μεγάλες λίστες αναμονής ασθενών (Ramon, 2008). Οι μάνατζερ αποκτούν μεγαλύτερη ισχύ (σε αντιστοιχία με τον ιδιωτικό τομέα), η γραφειοκρατία εισχωρεί δυναμικά, παράλληλα με τον αυξανόμενο τεχνοκρατισμό στη δραστηριότητα των επαγγελματιών, των οποίων η αυτονομία μειώνεται. Η έλευση των Εργαστικών το 1997 δεν αντέστρεψε το κλίμα και τις περιοριστικές ρυθμίσεις (π.χ. ιδιωτικοποιήσεις) των παλαιότερων συντηρητικών κυβερνήσεων, παρότι επιδιώχθηκαν επενδύσεις και στον τομέα της υγείας.

Η αύξηση των εξόδων (και) στην ψυχική υγεία οδήγησε στα μέσα του 1990 σε δομικές αλλαγές στη διαχείριση και παροχή ψυχοθεραπευτικών υπηρεσιών. Ο έλεγχος και η αξιολόγηση των υπηρεσιών αυξήθηκε, μέσω των τοπικών αρχών, των διαχειριστών υπηρεσιών του ΕΣΥ, καθώς και ορισμένων γενικών ιατρών στους οποίους έχει χορηγηθεί μέρος των κυβερνητικών οικονομικών πόρων. Και οι τρεις φορείς (Roth, Fonagy & Parry, 1996) λειτουργούν ως ενδιάμεσοι «κρίκοι» μεταξύ κυβέρνησης και πολίτη και έχουν επωμισθεί το έργο της αξιολόγησης των κοινοτικών αναγκών, της ανεύρεσης πόρων για τις υπηρεσίες, της αύξησης της αποτελεσματικότητας των κλινικών και της μέριμνας για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Οι Goldbeck-Wood & Fonagy (2004) σημειώνουν ότι στη Βρετανία δεν υπάρχει νομικός προσδιορισμός της ψυχοθεραπείας ως ανεξάρτητο επάγγελμα, με αποτέλεσμα η αντίστοιχη αγορά να βρίθει παρεμβάσεων διαφορετικής ποιότητας, κόστους, τύπου και εκπαίδευσης, γεγονός που κάνει ακόμη πιο σημαντική την επιστημονική τεκμηρίωση της ψυχοθεραπείας, ως ένα μέσο για την κατοχύρωσή

της στο ΕΣΥ. Παράλληλα, οι πιέσεις για τη μείωση του κόστους είναι αυξανόμενες. Είναι ενδεικτικό ότι, σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας (Department of Health, 2009), το ετήσιο κόστος των (άμεσων και έμμεσων) προβλημάτων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία υπολογίζεται στα 77.4 δισεκατομμύρια λίρες για το 2003, ενώ αναμένεται να διπλασιαστεί τα επόμενα είκοσι χρόνια.

Σε γενικές γραμμές ο όγκος της κλινικής φροντίδας για την ψυχική υγεία εναπόκειται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Bower, 2003), αποσυμφορίζοντας τα νοσοκομειακά και άλλα ιδρύματα από μεγάλο όγκο ασθενών. Οι πιέσεις για μείωση του κόστους, αύξηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και αξιολόγησης των διαθέσιμων ψυχολογικών παρεμβάσεων, δικαιολογούν και ενθαρρύνουν τις προσπάθειες αποϊδρυματοποίησης ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, χωρίς όμως να υπάρχουν ενδείξεις ότι οι βρετανικές κυβερνήσεις μείωσαν τις επενδύσεις στην ψυχική υγεία ως αποτέλεσμα των κοινοτικών υπηρεσιών (Ramon, 2008). Παράλληλα όμως, η ψυχοθεραπεία εξετάζεται πιο εξονυχιστικά και ζητούνται τεκμήρια αποτελεσματικότητας για την παροχή της στο πλαίσιο του ΕΣΥ, σε αντίθεση με την ιδιωτική πρακτική που, αν και μικρότερη, αυξάνει διαρκώς.

Η ΕΤΨ καταφθάνει στην άλλη πλευρά του Ατλαντικού στα μέσα του 1990 και επηρεάζει τον σχεδιασμό και την προσφορά υπηρεσιών του ΕΣΥ της Μ. Βρετανίας. Το Υπουργείο Υγείας, το 1999, ξεκινά ένα δεκαετές πρόγραμμα «εκμοντερνισμού» των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (για ενήλικες έως 65 ετών) σε εθνικό επίπεδο, το οποίο ονομάζεται "National Service Framework for Mental Health" [Boardman & Parsonage, (2009), Department of Health, (1999)]. Στόχος του προγράμματος είναι ο περιορισμός των αυξημένων επενδύσεων στις αντίστοιχες υπηρεσίες και ο ορισμός κανόνων αρτιότητας για τη λειτουργία τους (Roth, Fonagy & Parry, 2006), με έμφαση στη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Τα κριτήρια και τα μοντέλα υπηρεσιών και παρεμβάσεων που περιγράφονται στο προαναφερόμενο πρόγραμμα, βασίζονται στην τεκμηρίωση περί αποτελεσματικότητας (και στη σχέση κόστους- ωφέλειας) που είναι διαθέσιμη από τη σχετική ερευνητική εργασία και τα οποία αναθεωρούνται ανάλογα με τις εξελίξεις. Παράλληλα, εντάσσονται και οι ψυχολογικές παρεμβάσεις στο ίδιο πλαίσιο και τίθεται ως εθνικό πρότυπο η πρόσβαση σε ασφαλείς και αποτελεσματικές ψυχολογικές θεραπείες. Οι ανησυχίες για τη σχέση κόστους -αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας οδηγούν σε επανεξέταση του τύπου και διάρκειας των θεραπειών που χρηματοδοτούνται και η αξιολόγηση της επιστημονικής εργασίας λαμβάνει χώρα κυρίως μέσω του Εθνικού Ινστιτούτου

Κλινικής Αρτιότητας[242] από όπου δημοσιεύονται και σχετικές οδηγίες και εγχειρίδια θεραπείας για την παροχή ψυχοθεραπείας στο ΕΣΥ[243].

Σύμφωνα με τον Lucock και συν. (2003) ο προγραμματισμός του ΕΣΥ της Μ. Βρετανίας για τη διαχείριση και αποτελεσματικότητα των κλινικών υπηρεσιών δίνει έμφαση στην επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική και στην αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Εντούτοις, αν και στη δεκαετία του 1990 δημιουργήθηκαν νέες θέσεις εργασίας στο ΕΣΥ στον τομέα της οικονομικής διαχείρισης, είναι ενδιαφέρον, ότι υπήρξε η προσδοκία πως οι κλινικές υπηρεσίες θα ανταποκριθούν στην κλινική διαχείριση (οργάνωση, διοίκηση κλπ.) με τους υπάρχοντες οικονομικούς πόρους. Οι πρωτοβουλίες που έχουν προταθεί στη Μ. Βρετανία για την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας συμπεριλαμβάνουν την εισαγωγή κλινικής διαχείρισης, την ανάπτυξη εθνικών προτύπων για τις υπηρεσίες, κλινικών εγχειριδίων και εποπτείας των υπηρεσιών (Bower, 2003). Φυσικά, η προώθηση της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής είναι βασικό μέλημα των περισσότερων κυβερνητικών πολιτικών.

Ο Evans και συν. (2003) αναφέρει ότι είναι αξιοπρόσεκτη η εφαρμογή της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής στις ψυχολογικές υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Συγκεκριμένα, διεξάγονται υψηλής ποιότητας τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες, συστηματικές ανασκοπήσεις και δημοσιεύονται εγχειρίδια πρακτικής για χρήση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (π.χ. Department of Health, 2001). Οι πρακτικές αυτές αποτελούν τα συστατικά στοιχεία του συνολικού σχεδιασμού που -όπως αναφέρθηκε- έχει εκπονήσει το Υπουργείο Υγείας με σκοπό να δημιουργηθεί μία βάση τεκμηρίωσης για τις ψυχολογικές θεραπείες (Department of Health, 1996). Συχνά, εντούτοις, οι διευθυντές και χρηματοδότες των υπηρεσιών είναι πιο εύκολο *«να σκέφτονται και να δρουν με όρους μείωσης κόστους παρά με όρους σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας, εν μέρει διότι οι τελευταίοι βασίζονται σε πιο περίπλοκες και δυσδιάκριτες αποφάσεις...»* (Roth, Fonagy & Parry, 2006, σελ. 48).

Αν και η ΕΤΨ παίζει βασικό ρόλο, στη Μ. Βρετανία το Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει μέχρι στιγμής αντισταθεί στην αυτούσια υιοθέτηση των ΕΥΘ, όπως παρουσιάστηκαν από την APA. Προτείνεται η ενσωμάτωση των αρχών της ΕΤΨ ως μέρος της ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας. Στην αξιολόγηση των θεραπειών συμπεριλαμβάνονται τεκμήρια από έρευνες με ισχυρή εσωτερική αλλά και εξωτερική εγκυρότητα, ενώ αναγνωρίζεται η σημασία των κοινών παραγόντων που επηρεάζουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα κατά μήκος διαφορετικών προσεγγίσεων [Parry, (2000), Stiles & συν., (2006)]. Το 2009 δημιουργήθηκε η

[242] "National Institute of Clinical Excellence" (NICE)
[243] Σχετικές πληροφορίες παρατέθηκαν στο τρίτο κεφάλαιο.

καινούργια διαδικτυακή πύλη "NHS Evidence"[244] όπου δημοσιεύονται πληροφορίες για τις τεκμηριωμένες παρεμβάσεις στην υγεία. Ο νέος προγραμματισμός του Υπουργείου Υγείας, βασιζόμενος στο προγενέστερο 10ετές πλάνο (βλ. "National Service Framework For Mental Health"), περιγράφει τα επόμενα βήματα που χρειάζεται να πραγματωθούν για την πρόληψη και θεραπεία της ψυχικής ασθένειας, στο σύνολο του πληθυσμού και βασίζεται στις τεκμηριωμένες πρακτικές (Department of Health, 2009).

Στο προαναφερόμενο πρόγραμμα, που ονομάζεται "New Horizons: A Shared Vision for Mental Health", με εφαρμογή από το 2010 και μετά, αναφέρονται τα εξής: «*Η απόδειξη της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων έχει καταστεί κρίσιμη. Οι βελτιώσεις των υπηρεσιών χρειάζεται να είναι αυτο-χρηματοδοτούμενες, πλήρως επιστημονικά τεκμηριωμένες και ξεκάθαρα σχετιζόμενες με τις επιδιώξεις των τοπικών υπηρεσιών*» (σελ. 10). Είναι ενδιαφέρον ότι, ενώ αναγνωρίζεται η έλλειψη στοιχείων για την αποτελεσματικοτήτων των ψυχολογικών θεραπειών (στο ευρύ φάσμα του πεδίου των παρεμβάσεων), οι τελευταίες αναφέρονται ως «*Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία και άλλες*» (Department of Health, 2009, σελ. 31).

Οι ανησυχίες των ψυχαναλυτικών κύκλων (όπως και των ανθρωπιστικών ή γενικότερα μη-γνωσιακών συμπεριφορικών θεραπευτών) είναι έντονες, καθώς η οικονομία αναδιαμορφώνεται γύρω από επιχειρηματίες (στις κυβερνήσεις της Θάτσερ) και η κυβέρνηση γύρω από μάνατζερ (στις κυβερνήσεις του Μπλερ και του Μπράουν). Αυτό το γεγονός, όπως αναφέρει και ο Parker (2007) έχει αλλάξει τους όρους του παιχνιδιού. Οι παλιοί δεσμοί μεταξύ των «σχολών» έχουν πολύ μικρότερη σημασία, συγκριτικά με τις οικονομικά και εμπειρικά τεκμηριωμένες θεραπείες και το αίτημα της τεκμηρίωσης συνδέεται σαφώς με την ανάγκη «επιβίωσης» στο ΕΣΥ του εκάστοτε θεραπευτικού μοντέλου.

Όπως και στις ΗΠΑ, στη Μ. Βρετανία η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική ενισχύεται με κυβερνητικά κονδύλια. Το 2007, για παράδειγμα, εγκρίθηκε από την κυβέρνηση ένα μεγάλο χρηματικό ποσό (170 εκατ. λίρες) για την ενίσχυση των δημόσιων υπηρεσιών ψυχολογικής παρέμβασης, οι οποίες θα εφαρμόζουν τις τεκμηριωμένες θεραπείες που προτείνει το NICE μέσω των αντίστοιχων εγχειριδίων. Η συγκεκριμένη απόφαση οδηγεί σε πολλές συζητήσεις και αντιπαραθέσεις σχετικά με την ψυχοθεραπεία, απαύγασμα των οποίων είναι το πρώτο συνέδριο με τίτλο «Psychological Therapies in the NHS. Science, Practice and Policy»[245].

---

[244] NHS Evidence. www.evidence.nhs.uk

[245] Psychological Therapies in the NHS (Brochure). http://www.healthcare-events.co.uk/conf/uploads/brochures/52_20070715-194358_Psychological_therapies.pdf (Προσβάσιμο 25/1/2010).

Σύμφωνα με το δημοσίευμα για το συνέδριο του περιοδικού «Therapy Today» (2007) τα σημεία αντιπαράθεσης των ομιλητών εστίασαν: α) στον αυξανόμενο ρόλο που δίνεται στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (και στα αυξανόμενα κονδύλια που ενισχύουν αυτό τον ρόλο...), β) στην ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών (σε συνδυασμό με την εμπειρία των θεραπευτών τους), γ) στο ρόλο των καταναλωτών στον σχεδιασμό των νέων υπηρεσιών, δ) στον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζονται τα εγχειρίδια που προτείνει το NICE, όπως και, ε) στην ανάγκη περαιτέρω έρευνας σε περισσότερα είδη παρεμβάσεων πέραν της ΓΣΘ.

Στο ίδιο δημοσίευμα παρατίθεται η δήλωση του καθηγητή P. Fonagy στο κλείσιμο του συνεδρίου: «*Δεν έχω δει ξανά τόσο μεγάλη ανησυχία να συνδέεται με τη λήψη 170 εκατομμυρίων λιρών!*». Όταν μία κυβέρνηση, που περικόπτει υπηρεσίες και δαπάνες για την υγεία, αποφασίζει να χρηματοδοτήσει τις τεκμηριωμένες ψυχολογικές παρεμβάσεις (και κυρίως τη ΓΣΘ), γίνεται αντιληπτή η αναδιαμόρφωση του πεδίου με όρους όχι πάντα ευνοϊκούς για το σύνολο των ψυχοθεραπευτών. Σε κοινή δήλωσή τους οι καθηγητές Cooper, Elliot, Stiles & Bohart (PCE Conference, 2008), η οποία δημοσιεύθηκε στον βρετανικό τύπο, ουσιαστικά αναφέρονται στην ανωτερότητα της ΓΣΘ ως ένας «μύθος» και καταγγέλλουν ότι η δαπάνη των προαναφερόμενων χρημάτων προσφέρεται για την εκπαίδευση μόνο γνωσιακών-συμπεριφορικών θεραπευτών στη Βρετανία, ενώ αυτή η «άδικη» προώθηση της ΓΣΘ ζημιώνει τις επιλογές που έχουν οι πολίτες που ζητούν βοήθεια, ενόσω υπάρχουν και άλλες αποτελεσματικές μορφές ψυχοθεραπείας. Η ΕΤΨ λαμβάνει τη «μερίδα του λέοντος», γεγονός που επιβεβαιώνει τις ανησυχίες όσων αναφέρονται σε προνομιακή μεταχείριση συγκεκριμένων ψυχοθεραπευτικών μοντέλων εις βάρος των υπολοίπων.

3.Α.γ. ΓΕΡΜΑΝΙΑ & ΕΤΨ

Στη Γερμανία ο σχεδιασμός και ο έλεγχος των υπηρεσιών υγείας προέρχεται κυρίως από το κράτος, με τη διαφορά - από τις περισσότερες υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες - ότι οι υπηρεσίες αποτελούνται από ένα περίπλοκο σύστημα αυτοδιοικούμενων δημόσιων οργανισμών και ανεξάρτητων τοπικών φορέων (Härter, Bermejo, Ollenschläger & συν., 2006). Το ασφαλιστικό σύστημα υγείας αποτελείται σήμερα τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς φορείς που καλύπτουν σχεδόν όλο τον πληθυσμό. Οι πολίτες μπορούν να διαλέξουν τον κλινικό της επιλογής τους από όλες τις ειδικότητες στην πρωτοβάθμια φροντίδα, από όπου γίνεται και η παραπομπή τους για νοσοκομειακή περίθαλψη (εκτός επειγόντων περιστατικών).

Το συνέδριο λαμβάνει χώρα στα τέλη του ίδιου έτους, με συμμετοχή ακαδημαϊκών, κλινικών, πολιτικών και άλλων φορέων (τα δύο τελευταία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί και άλλα δύο αντίστοιχα συνέδρια).

Σχετικά με τις ψυχολογικές θεραπείες, μεταπολεμικά, ξεκίνησε η δυνατότητα δωρεάν παροχής τους στους πολίτες μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και ήδη από το 1967 η ψυχανάλυση (αναλυτική ψυχοθεραπεία) συμπεριλήφθηκε στις ασφαλιστικές παροχές των πολιτών, καλύπτοντας το 80% του πληθυσμού, ενώ από το 1970 η «*ψυχοθεραπεία και ψυχοσωματική ιατρική*» γίνεται υποχρεωτικό αντικείμενο διδασκαλίας στην ιατρική φοίτηση [Eisold, (2005), Roelcke, (2004)]. Σταδιακά, προστέθηκαν και άλλα είδη θεραπείας στις ασφαλιστικές παροχές, όπως η Gestalt, η οικογενειακή και οι συμπεριφορικές θεραπείες, αν και η ψυχανάλυση παρέμεινε μέχρι και τη δεκαετία του 1980, το κύριο μοντέλο. Ο Roelcke (2004, σελ. 488) σημειώνει ότι «*... η κινητήρια δύναμη πίσω από αυτές τις εξελίξεις σχετιζόταν περισσότερο με πολιτικές και οικονομικές πιέσεις, παρά με την αναγνώριση από τους ιατρούς και, συγκεκριμένα, τους ψυχιάτρους, της ανάγκης για ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις και υπηρεσίες στο γενικότερο πεδίο της φροντίδας για την ψυχική υγεία*».

Η πτώση του τείχους το 1989 ενώνει δύο συστήματα υγείας με διαφορετικές φιλοσοφίες και οργάνωση, προκαλώντας κραδασμούς και διαπραγματεύσεις για το μελλοντικό στάτους της ψυχοθεραπείας, εφόσον τα κρατικά κονδύλια διοχετεύονται για την ανοικοδόμηση του δημόσιου τομέα στην πρώην Ανατολική Γερμανία. Από το 1991 ωστόσο, ο κρατικός έλεγχος εντάθηκε απαιτώντας από τις παρεχόμενες θεραπείες εμπειρικά τεκμήρια αποτελεσματικότητας, αξιοποιώντας την ερευνητική εργασία που προσφέρει τα κατάλληλα εργαλεία αξιολόγησης των θεραπειών (Strauss & Kaechele, 1998). Το 1996 ξεκίνησε μάλιστα ένα πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας των εγχειρίδιων θεραπείας που χρησιμοποιούνται στην ιατρική κλινική πρακτική και τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες να διαμορφωθούν εγχειρίδια τεκμηριωμένων παρεμβάσεων με εφαρμογή σε εθνικό πλέον επίπεδο (το αντίστοιχο πρόγραμμα ονομάζεται "National Programme of Clinical Practice Guidelines"). Ο Härter και συν. (2006) περιγράφει τα αρχικά αποτελέσματα μιας προσπάθειας δημιουργίας και εφαρμογής, στο γερμανικό σύστημα υγείας, προγραμμάτων τεκμηριωμένων παρεμβάσεων για τις καταθλιπτικές διαταραχές. Αντίστοιχα προγράμματα αναπτύσσονται και για άλλου τύπου ψυχολογικά προβλήματα, δίνοντας έμφαση στις τεκμηριωμένες θεραπείες.

Ένα γενικότερο παράδειγμα του κρατικού ελέγχου, ο οποίος βασίζεται και «δικαιολογείται» από τις τεκμηριωμένες παρεμβάσεις, είναι ότι η ψυχανάλυση αποκλείστηκε από τις κρατικές ασφαλιστικές επιδοτήσεις του γερμανικού συστήματος υγείας, προς όφελος πιο σύντομων θεραπειών, όπως η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Επιπρόσθετα, τα κριτήρια σχετικά με την εκπαίδευση των θεραπευτών, τα οποία επίσης προσδιορίζονται κρατικά, αναφέρονται στην προσφορά εκπαίδευσης σε τεκμηριωμένες παρεμβάσεις. «*Ο μακροπρόσθεσμος*

κίνδυνος είναι ότι εκείνοι που παρέχουν θεραπείες που δεν έχουν τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα θα χάσουν την άδεια άσκησης επαγγέλματος» (Eisold, 2005, σελ. 1186).

3.Α.δ. ΕΛΛΑΔΑ & ΕΤΨ

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας υλοποιήθηκε το 1983 (Ν. 1397/83) και βασίζεται στην δωρεάν παροχή υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες μέσω των ασφαλιστικών εισφορών. Αν και πέρασαν αρκετά χρόνια από την ίδρυσή του, σήμερα φαίνεται να αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα βιωσιμότητας, με την έλλειψη επαρκούς προσωπικού, δομών και υπηρεσιών (ψυχικής) υγείας και τη συνεχή υποχρηματοδότησή του από τους κρατικούς προϋπολογισμούς. Επιπλέον, τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία είναι υπερχρεωμένα και αδυνατούν να προσφέρουν ποιοτικού τύπου παροχές στον αιτούμενο πληθυσμό, οδηγώντας μεγάλο μέρος των πολιτών στην ιδιωτική ασφάλιση.

Αντίστοιχες συνθήκες επικρατούν και στον χώρο της ψυχικής υγείας. Το σχέδιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έχει κάνει ορισμένα σημαντικά μεν, όχι αρκετά δε, βήματα στην αποασυλοποίηση των χρόνιων τροφίμων, αλλά οι κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας δεν επαρκούν για την κάλυψη των σχετικών αναγκών. Ορισμένοι μάλιστα μιλούν για κατάρρευση και αποτυχία του όλου σχεδίου, εφόσον η ένταξη των (χρηματοδοτούμενων από ευρωπαϊκά κονδύλια) προγραμμάτων αποασυλοποίησης και κοινωνικής επανένταξης και των εν γένει ενδιάμεσων δομών, στον κρατικό προϋπολογισμό, δεν καλύπτει τη βιωσιμότητα του συστήματος. Σε ένα δεύτερο επίπεδο, οι δημόσιοι ασφαλιστικοί φορείς καλύπτουν την εξωνοσοκομειακή ψυχιατρική παρακολούθηση με την έννοια της φαρμακοθεραπείας, χωρίς εντούτοις να γίνεται αναφορά σε ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, πόσο μάλλον σε τεκμηριωμένες ψυχολογικές παρεμβάσεις. Οι ψυχολόγοι, μέχρι στιγμής, δεν έχουν δικαίωμα συμβολής με κάποιο ασφαλιστικό ταμείο στην ιδιωτική τους πρακτική. Υπάρχουν ορισμένοι δημόσιοι φορείς που παρέχουν ψυχολογικές θεραπείες όπως τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών και αντίστοιχες κοινοτικές δομές, ωστόσο η πλειονότητα των ψυχοθεραπευτών φαίνεται να προσφέρει ιδιωτικά υπηρεσίες στους αιτούντες βοήθεια.

Στην Ελλάδα υπάρχουν αρκετοί σύλλογοι ή εταιρείες που ασχολούνται με την προώθηση της ψυχοθεραπείας, καθώς και πλειάδα ιδιωτικών κέντρων εκπαίδευσης νέων θεραπευτών. Δεν υπάρχει κάποια νομοθετική ρύθμιση για τον κλάδο της ψυχοθεραπείας, ούτε αντίστοιχος επαγγελματικός σύλλογος εγγραφής των επαγγελματιών ψυχοθεραπευτών. Εν τη απουσία κριτηρίων αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και ενός επίσημου συλλογικού οργάνου, δεν μπορούν να εκλυθούν αξιόπιστα συμπεράσματα επί του παρόντος.

Το 1998 ιδρύθηκε η Εθνική Εταιρεία Ψυχοθεραπείας Ελλάδας (National Organization for Psychotherapy in Greece) με σκοπό τη συνένωση των επιμέρους οργανισμών και τη συνεργασία με τον Ευρωπαϊκό Σύλλογο Ψυχοθεραπείας, καθώς και την ενημέρωση κοινού και φορέων για την ψυχοθεραπεία και τη βελτίωση των παρεχόμενων εκπαιδευτικών και κλινικών υπηρεσιών. Στο καταστατικό και στον κώδικα δεοντολογίας της εταιρείας, όπως παρουσιάζεται στο διαδίκτυο, δεν αναφέρεται η τεκμηριωμένη ψυχοθεραπευτική πρακτική, αν και τονίζεται η υποχρέωση του θεραπευτή να ενημερώνεται για τις σύγχρονες επιστημονικές εξελίξεις.

3.Α.ε. Τεκμηριωμένη Ψυχοθεραπεία: Παγκόσμια Τάση

Η εφαρμογή των αρχών της τεκμηριωμένης πρακτικής δεν είναι μόνο αμερικάνικο ή βρετανικό «φαινόμενο». Όπως έχει αναφερθεί, ανάλογες εξελίξεις συμβαίνουν ήδη σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες όπως η Γερμανία (ενώ αντίστοιχες αλλαγές γίνονται σε Ιταλία, Σουηδία, Δανία, Φιλανδία, Ολλανδία, Ελβετία κ.α.)[246], στον Καναδά, στην Αυστραλία, τη Νέα Ζηλανδία και αλλού. Με απαρχή το κίνημα της επιστημονικά τεκμηριωμένης ιατρικής, οι εξελίξεις και στην ψυχική υγεία είναι αντίστοιχες και συμβατές με τις εκάστοτε πολιτικές και πολιτισμικές συνθήκες του συστήματος υγείας και του ευρύτερου κοινωνικού πλαισίου. Στο πεδίο της τεκμηριωμένης ιατρικής Δανέζικοι και Σουηδικοί οργανισμοί ξεκίνησαν ήδη από τη δεκαετία του 1980 να διαμορφώνουν εγχειρίδια θεραπείας, αν και η μεγάλη ανάπτυξή τους σε παγκόσμιο επίπεδο έλαβε χώρα από το 1990 και μετά, με βασικό χρηματοδότη τις κυβερνήσεις (τουλάχιστον σε εθνικά αντίστοιχα προγράμματα) και στόχο τη βελτίωση της ποιότητας στη φροντίδα των ασθενών, την εισαγωγή τεκμηριωμένης φροντίδας και τη μείωση του κόστους της (Burgers, Grol, Klazinge & συν., 2003).

Ο γενικός όμως κανόνας δεν φαίνεται να αλλάζει. Όπως και με τις ιατρικές θεραπείες, οι διαχειριστές των συστημάτων υγείας αναζητούν τις πιο αποτελεσματικές (και ασφαλείς) ψυχολογικές παρεμβάσεις, οι οποίες να είναι παράλληλα και μειωμένου κόστους (Deegear & Lawson, 2003). Ο Kerridge και συν. (1998) παραθέτει τη δήλωση του Υπουργού Υγείας της Αυστραλίας, Δρ. Μ. Wooldridge, στην εφημερίδα "Sydney Morning Herald", ο οποίος ενθουσιωδώς αναφέρει *«Θα πληρώσουμε μόνο για εκείνες τις επεμβάσεις, φάρμακα και θεραπείες που σύμφωνα με τη διαθέσιμη τεκμηρίωση έχει αποδειχθεί ότι λειτουργούν»* (σελ. 1153). Οι ερευνητές εστιάζουν στο κόστος των τεκμηριωμένων

[246] Αν συνδεθεί η υιοθέτηση της ΕΤΨ με την εισχώρηση του νεοφιλελεύθερου ρεύματος στις πολιτικές σκηνές των κρατών, όπως οι Σκανδιναβικές χώρες, τότε γίνεται κατανοητή η ευρύτητα του φαινομένου. Στην Νορβηγία, μάλιστα, υιοθετήθηκε αυτούσια η επίσημη αναφορά της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης για την επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική στην ψυχολογία, όπως αυτή δημοσιεύθηκε το 2006.

θεραπειών συγκριτικά με όσες ήδη παρέχονται στους πολίτες και προτείνουν για παράδειγμα, γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και βιβλιοθεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Vos, Haby, Magnus & συν., 2006), παρεμβάσεις που σύμφωνα με τους υπολογισμούς τους, θα κοστίσουν λιγότερο στο σύστημα υγείας.

Η εφαρμογή τεκμηριωμένων παρεμβάσεων, αν και προωθείται από κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς, συνοδεύεται από συγκεκριμένες λειτουργικές ανάγκες τις οποίες δεν είναι πάντα προετοιμασμένο το εκάστοτε σύστημα υγείας να καλύψει. Ο Isset & συν. (2007) αναφέρει τέσσερις βασικούς τομείς που πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν κατά την υιοθέτηση τεκμηριωμένων πρακτικών στον τομέα της ψυχικής υγείας: χρηματοδότηση και οργάνωση των υπηρεσιών, ζητήματα διοίκησης και συνεργασίας με τους καταναλωτές υπηρεσιών, εκπαίδευση του προσωπικού και αξιολόγηση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών από το θεραπευτικό προσωπικό. Κάθε τεκμηριωμένη παρέμβαση χρειάζεται, εντούτοις, διαφορετικό πλάνο και σχεδιασμό (εξειδικευμένο προσωπικό, διαφορετικό προϋπολογισμό, νομική και πολιτική υποστήριξη κλπ.) και οι συγγραφείς σημειώνουν ότι οι παρεμβάσεις δεν μπορούν να εφαρμόζονται άμεσα ή προσθετικά.

Μιλώντας για τεκμηριωμένη πρακτική, μπορούμε να αναφερόμαστε στην εφαρμογή της σε παγκόσμιο επίπεδο; Η απάντηση είναι αρνητική, κατά τη γνώμη μου, για πάρα πολλούς λόγους. Η φιλοσοφία της τεκμηριωμένης πρακτικής αναπτύχθηκε υπό συγκεκριμένες κοινωνικοπολιτικές συνθήκες σε νεοφιλελεύθερα συστήματα υγείας, στην Αμερική και τη Μ. Βρετανία. Το πολιτικό σύστημα, η έμφαση στην έρευνα, η ποιότητα ζωής, τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά, η έννοια της ψυχικής νόσου, το βιοτικό επίπεδο και, εν ολίγης, το συγκεκριμένο εκπαιδευτικό και ιατρικό μοντέλο που ακολουθείται στον Δυτικό κόσμο διαφοροποιείται εξαιρετικά αν μεταφερθούμε, για παράδειγμα, στον αναπτυσσόμενο κόσμο, δηλαδή σε κράτη με χαμηλούς οικονομικούς δείκτες και υψηλά ελλείμματα.

Η εφαρμογή της ΕΤΙ και ψυχοθεραπείας φαίνεται σχεδόν σαν κακόγουστο αστείο όταν οι συνθήκες ζωής καθιστούν σημαντικό πρόβλημα την ίδια την επιβίωση. Πώς μπορεί να εκπαιδευτεί ένας θεραπευτής σε τεκμηριωμένες θεραπείες, όταν δεν υπάρχει καμία εξοικείωση με το διαδίκτυο, όταν οι νοσολογικές κατηγορίες του DSM φαίνονται ασύμβατες με τα χαρακτηριστικά των ασθενών του[247] και όταν δεν υπάρχουν υποδομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, κοινωνικής ασφάλισης και εκπαίδευσης; Η ΕΤΨ χρειάζεται συγκεκριμένο επιστημονικό, οικονομικό και

[247] Η έννοια της ψυχικής νόσου αλλάζει πολύ ανάλογα με το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον, όπως έχω αναφέρει και το πρώτο κεφάλαιο.

πολιτικό υπόβαθρο για να εφαρμοστεί, τουλάχιστον με τη φιλοσοφία που παρουσιάστηκε στο παρόν πόνημα.

Οι Soltani, Moayyeri & Raza (2004) συνοψίζουν ορισμένα από τα σοβαρά εμπόδια στην εφαρμογή της τεκμηριωμένης φροντίδας για την ψυχική υγεία στον αναπτυσσόμενο κόσμο, δίνοντας παραδείγματα από τη χώρα τους, το Ιράν. Βέβαια, το γεγονός ότι υπάρχει προβληματισμός για τη δυνατότητα επίτευξης των τεκμηριωμένων παρεμβάσεων εκτός του Δυτικού πολιτισμού, αντικατοπτρίζει τη δυναμική του κινήματος και την ισχυρότατη επιρροή του σε παγκόσμιο επίπεδο. Αν, ωστόσο, αναλογιστεί κανείς, ότι περισσότερο από το 85% του πληθυσμού ανα την υφήλιο ζει σε 153 χώρες χαμηλού ή μεσαίου εισοδήματος (σύμφωνα με τα κριτήρια της Παγκόσμιας Τράπεζας), όπου υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις (δομικές, υλικές και ανθρώπινες) στη φροντίδα για την ψυχική υγεία ή δεν έχει θεσπιστεί πολιτική και νομοθεσία για την ψυχική υγεία (Jacob, Sharan, Mirza & συν., 2007), τότε μάλλον γίνεται κατανοητό ότι η τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία είναι «το παντεσπάνι που τρώνε ελάχιστοι εκλεκτοί».

3.Β. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ, ΕΡΕΥΝΑ & ΕΤΨ

Οι φορείς που συμμετέχουν στη διαδικασία οικονομικής διαχείρισης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στο πλαίσιο των νεοφιλελεύθερων δυτικών κοινωνιών, συμπεριλαμβάνουν τα ίδια τα συστήματα υγείας και τις ασφαλιστικές εταιρείες, που παρέχουν τις αποζημιώσεις θεραπευτών και καταναλωτών, όπως και τη φαρμακευτική βιομηχανία που λειτουργεί ως βασικός χρηματοδότης ερευνών στο αντίστοιχο πεδίο ενδιαφέροντος και με αυτό τον τρόπο ενισχύει το οπλοστάσιο των τεκμηριωμένων παρεμβάσεων.

Η επιστήμη για να μπορέσει να ευοδωθεί χρειάζεται πόρους, ανθρώπινους και υλικούς. Το κομμάτι της οικονομικής ενίσχυσης των ερευνών, αν και σπάνια αναφέρεται στη βιβλιογραφία των ψυχολογικών παρεμβάσεων, δεν μπορεί παρά να ασκεί τη δική του (κατά τη γνώμη μου ισχυρή) επιρροή στο τι μελετάται και τι προωθείται ή αναγνωρίζεται ως εμπειρική τεκμηρίωση. Στην (ψυχική) υγεία, ο «μεγαλομέτοχος» των ερευνητικών πρωτοκόλλων είναι οι φαρμακοβιομηχανίες, αναλαμβάνοντας για παράδειγμα, περίπου το 70% της χρηματοδότησης των κλινικών δοκιμασιών στις ΗΠΑ (Antonuccio, Danton & McCLanahan, 2003). Τα ψυχοφάρμακα, και ιδίως τα αντικαταθλιπτικά, βρίσκονται συχνά στις λίστες των φαρμάκων με τις υψηλότερες πωλήσεις, γεγονός που ενισχύει το ενδιαφέρον των φαρμακευτικών εταιρειών για τις ψυχικές διαταραχές και τη θεραπεία τους.

Η φαρμακευτική βιομηχανία, είναι ένας από τους πιο επικερδείς και επιτυχημένους κλάδους στην υφήλιο από πλευράς έσοδων (Antonuccio & Shoenberger, 2006). Οι οικονομικές δεσμεύσεις απέναντι στη φαρμακευτική

βιομηχανία διαπερνούν ολόκληρο το φάσμα της υγείας, από τις κρατικές υπηρεσίες, τους οργανισμούς ή συλλόγους επαγγελματιών, τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, τους ερευνητές, τα επιστημονικά περιοδικά, τους οργανισμούς υπεράσπισης καταναλωτών, όπως και τον τομέα του μάρκετινγκ και των μέσων μαζικής ενημέρωσης (Antonuccio & συν., 2003). Τα οικονομικά κίνητρα (που στην περίπτωση των φαρμάκων είναι τεράστιου μεγέθους) φαίνεται να ανταγωνίζονται με τους κανόνες ασφάλειας και δεοντολογίας, προκαλώντας ένα ρήγμα στην ακεραιότητα των ερευνητικών δεδομένων, στα οποία στηρίζονται οι κανόνες κυκλοφορίας των φαρμάκων στην αγορά, αλλά και η χρηματοδότηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοθεραπευτών.

Οι Antonuccio & Shoenberger (2006) υποστηρίζουν ότι τα ισχυρά επιχειρηματικά συμφέροντα στον τομέα της φαρμακοβιομηχανίας πιθανόν συμβάλλουν «*...στην αυτο-επιλογή ακαδημαϊκών ολιγαρχιών και στη μείωση του εύρους της αποδεκτής κλινικής και επιστημονικής πληροφόρησης ή έρευνας*» (σελ. 268). Με άλλα λόγια, δεν είναι τυχαία η «στροφή» στην επιστημονικά τεκμηριωμένη ιατρική και ψυχοθεραπεία και η υποστήριξή της, μεταξύ άλλων, από τις φαρμακευτικές εταιρείες.

Η ΕΤΨ, εφόσον, προωθεί ή συμβαδίζει με τα συμφέροντα της βιομηχανίας φαρμάκων, είναι θεμιτό να προωθείται σθεναρά. Σε αυτό το πλαίσιο η ερευνητική εργασία αποτελεί πρόσφορο έδαφος «εκμετάλλευσης». Ένας από τους τρόπους προώθησης των φαρμάκων φαίνεται να είναι η χρηματοδότηση εκείνων των ερευνών που είναι πιο πιθανό να καταλήξουν σε ευνοϊκά αποτελέσματα για το συγκεκριμένο φάρμακο της εταιρείας ή στον τερματισμό αρνητικών ερευνών πριν τη δημοσίευσή τους (Antonuccio & συν., 2003). Ο Bodenheimer (2000) αναφέρει πως υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι οι ερευνητές που σχετίζονται με φαρμακοβιομηχανίες είναι πιο πιθανόν να αναφέρουν αποτελέσματα ευνοϊκά προς τα προϊόντα αυτών των βιομηχανιών, συγκριτικά με τους ερευνητές που δεν έχουν τέτοιου είδους σχέσεις.

Εκτός των άλλων, η παραγωγή ή δημοσίευση δεδομένων που αντίκεινται στα συμφέροντα των εταιρειών μπορεί να οδηγήσει σε δυσμενείς νομικές, επαγγελματικές ή και προσωπικές καταστάσεις για τους «υπαίτιους». Οι παραπάνω συγγραφείς (Antonuccio & συν., 2003) παραθέτουν, μεταξύ άλλων, το παράδειγμα της έρευνας του Mark και συν. (1993). Στη συγκεκριμένη περίπτωση, μελετήθηκε η σχέση μιας φαρμακευτικής ουσίας (alprazolam) και της συμπεριφορικής τεχνικής της έκθεσης (exposure) στη θεραπεία της διαταραχής πανικού με αγοραφοβία. Η υπεύθυνη φαρμακευτική εταιρεία για το alprazolam αρχικά χρηματοδότησε και υποστήριξε την ανωτέρω έρευνα. Όταν όμως τα πρώτα αποτελέσματα έδειξαν, ότι μάλλον η ψυχολογική παρέμβαση υπερέχει του

φαρμάκου, το οποίο μάλιστα φαίνεται να παρεμποδίζει τη θεραπεία, η εταιρεία αποσύρθηκε και υποστήριξε δημοσιεύματα που ήταν κριτικά στη συγκεκριμένη έρευνα.

Το προαναφερόμενο παράδειγμα είναι τυπικό της λογικής που διέπει τις φαρμακευτικές εταιρείες. Ο βασικός στόχος της επιχείρησης είναι η αύξηση των πωλήσεων. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο σύγκρισης της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων, ώστε να προταθεί το επιχείρημα ότι το χ φάρμακο είναι περισσότερο ή το ίδιο αποτελεσματικό με την εκάστοτε ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, αλλά επιπλέον είναι πιο οικονομικό για τον καταναλωτή. Η εμπειρική τεκμηρίωση της ψυχολογικής παρέμβασης λίγο ενδιαφέρει τους επενδυτές και κυρίως ως το σημείο που δεν αποβαίνει επιζήμια, αλλά διευκολύνει τις πωλήσεις και τα κέρδη της εταιρείας.

Είναι χαρακτηριστικό ότι η φαρμακοβιομηχανία επηρεάζει και τους οργανισμούς των επαγγελματιών που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, όπως την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ένωση. Η τελευταία, μόνο το 2000, έλαβε από φαρμακευτικές βιομηχανίες 13 εκατομμύρια δολάρια, χρήματα που αντιστοιχούν στο 30% του ετήσιου προϋπολογισμού της (Antonuccio & συν., 2003). Αντίστοιχα μεγάλα ποσά χορηγούνται σε διαφημίσεις φαρμάκων σε επιστημονικά περιοδικά και χρηματοδοτούν προγράμματα εκπαίδευσης επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Δεν είναι λοιπόν παράλογο που οι ψυχίατροι προτείνουν στην πλειονότητά τους φάρμακα, ακόμη και αν υπάρχουν εξίσου ή περισσότερο αποτελεσματικές ψυχολογικού τύπου θεραπείες.

Η επιρροή της βιομηχανίας φαρμάκων, σε συνδυασμό με την οικονομική πολιτική σχετικά με την ψυχική υγεία (West, Wilk, Rae & συν., 2003), όπου δημιουργεί οικονομικά αντικίνητρα για την παροχή ψυχοθεραπείας (μειωμένες αποζημιώσεις για ψυχολογικές παρεμβάσεις συγκριτικά με την φαρμακολογική διαχείριση των ασθενών), αντιβαίνει, κατά τη γνώμη μου το στόχο της βελτίωσης της φροντίδας των ασθενών. Εφόσον υπάρχουν τεκμηριωμένα αποτελεσματικές ψυχολογικές παρεμβάσεις που συνιστώνται στη θεραπεία ψυχικών διαταραχών, και συνεισφέρουν τόσο στη βελτίωση της υγείας και ποιότητας ζωής των ασθενών, όσο και στη μακροπρόθεσμη μείωση του κόστους περίθαλψης στο σύστημα υγείας, είναι φανερό πως, το γεγονός ότι δεν προωθούνται, δεν βασίζεται σε επιστημονικά κριτήρια, αλλά μάλλον σε αμοιβαία συμφέροντα μεταξύ βιομηχανίας και συστήματος υγείας.

Σε συστηματική ανασκόπηση ποσοτικών ερευνών (1980-2002) για το εύρος, την απήχηση και τη διαχείριση των αντικρουόμενων συμφερόντων στη βιοϊατρική έρευνα, οι Bekelman, Li & Gross (2003) καταλήγουν ότι περίπου το 1/4 των

ερευνητών έχει κάποια οικονομική σχέση (λαμβάνει χρηματοδότηση) με την αντίστοιχη βιομηχανία και τα 2/3 των ακαδημαϊκών ιδρυμάτων έχουν δικαιώματα (επενδύσεις) σε εταιρείες που επιχορηγούν την έρευνα που τα ίδια διεξάγουν. Αν και το φαινόμενο της σχέσης μεταξύ ακαδημαϊκών επιστημόνων και βιομηχανίας είναι γνωστό, οι δημοσιεύσεις που το αναγνωρίζουν είναι σπάνιες. Οι τρόποι με τους οποίους οι ερευνητές συνδέονται με τη φαρμακοβιομηχανία είναι πολλαπλοί. Πέραν των επιχορηγήσεων για έρευνα, οι κλινικοί ερευνητές εργάζονται ως σύμβουλοι σε εταιρείες, συμμετέχουν ως ομιλητές σε συμπόσια και προωθούν συγκεκριμένα φάρμακα, δέχονται ακριβά δώρα ή ταξίδια σε πολυτελείς προορισμούς ή είναι μέτοχοι σε βιοϊατρικές εταιρείες (Angell, 2000).

Ο Zinner και συν. (2009) σε πρόσφατη έρευνά του σημειώνει ότι σχεδόν το 53% των ερευνητών[248] αναφέρουν κάποια σχέση με τη βιομηχανία. Οι ιατρικές σχολές στην Αμερική έχουν γενικά χαλαρούς κανόνες για τις σχέσεις των μελών τους με την βιομηχανία, ή έχουν συμπράξει κοινοπραξίες με φαρμακοβιομηχανίες για τη δημιουργία ερευνητικών κέντρων και προγραμμάτων διδασκαλίας (Angell, 2000). Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι τα ακαδημαϊκά ερευνητικά τμήματα που χρηματοδοτούνται από επιχειρηματικούς φορείς είναι πιο παραγωγικά σε σχέση με όσα δεν έχουν αυτού του είδους την επιχορήγηση. Είναι φανερό, ότι έχει δημιουργηθεί μία σχέση εξάρτησης των ακαδημαϊκών ιδρυμάτων από τη βιομηχανία, πρακτική που διευκολύνεται με τη μείωση του κρατικού ενδιαφέροντος στο πλαίσιο της ελεύθερης αγοράς και των ιδιωτικοποιήσεων. Οι ακαδημαϊκές και οι εμπορικές αξίες συγχωνεύονται. Μπορεί λοιπόν η γνώση που παράγεται από τους ερευνητές να είναι ανεξάρτητη (ως οφείλει) από επιχειρηματικά συμφέροντα;

Οι εταιρείες φαρμάκων χρηματοδοτούν ή επενδύουν στα ακαδημαϊκά ερευνητικά κέντρα όπου γίνονται κλινικές δοκιμασίες αξιολόγησης φαρμάκων και ψυχολογικών παρεμβάσεων. Τα τελευταία τουλάχιστον είκοσι χρόνια, ωστόσο, δημιουργούνται και ιδιωτικά ερευνητικά κέντρα-εταιρείες (ονομάζονται Contract-Research Organizations & Site-Management Organizations). Σε αυτά λαμβάνει χώρα η αντίστοιχη έρευνα και πολλά από τα οποία ελέγχονται άμεσα ή έμμεσα από τη βιομηχανία (Bodenheimer, 2000). Η βιομηχανοποίηση της κλινικής έρευνας είναι εμφανής, εφόσον στόχος των οργανισμών αυτών είναι το κέρδος, η οικονομική και γρήγορη ολοκλήρωση κλινικών δοκιμασιών και η έγκριση και κυκλοφορία των φαρμάκων, γεγονός που διοχετεύει όλο και μεγαλύτερο μέρος των χρημάτων από τις φαρμακευτικές εταιρείες στον ιδιωτικό ερευνητικό τομέα. Από την άλλη πλευρά, ο ισχυρός ανταγωνισμός για τα χρήματα των φαρμακευτικών εταιρειών, οδηγεί αρκετά ακαδημαϊκά ιατρικά κέντρα να μεταμορφώνονται σε ερευνητικά

[248] "life science researchers"

δίκτυα με τη συμμετοχή Παν/μίων και νοσοκομείων, προσπαθώντας να δώσουν εναλλακτική πρόταση στην «αγορά» των κλινικών δοκιμασιών.

Σε κάθε περίπτωση, είναι φανερό ότι η επιρροή του χρηματοδότη, δεν περιορίζεται μόνο στα προσδοκώμενα αποτελέσματα μιας έρευνας, αλλά και στην επιλογή των υποθέσεων και του ερευνητικού σχεδιασμού (δείγμα, εργαλεία μέτρησης, κριτήρια αξιολόγησης κλπ.), ώστε να ευνοείται συγκεκριμένη παρέμβαση. Σήμερα, οι περισσότερες φαρμακευτικές εταιρείες έχουν εξειδικευμένα ερευνητικά τμήματα στα οποία σχεδιάζεται το ερευνητικό πρωτόκολλο, το οποίο προτείνουν σε εξωτερικούς συνεργάτες (π.χ. ακαδημαϊκά κέντρα), «*με μικρή πρόθεση να γίνουν αλλαγές στο σχεδιασμό της μελέτης*» (Bodenheimer, 2000, σελ. 1543). Αντίστροφα, όταν οι ερευνητές προτείνουν ένα πρωτόκολλο σε εταιρείες, πρέπει αυτό να εξεταστεί από το τμήμα μάρκετινγκ της εταιρείας, σχετικά με το αν θα ωφεληθεί ή όχι η τελευταία από την έρευνα (με όρους πωλήσεων φυσικά). Εν ολίγοις, υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους μπορεί να σχεδιαστεί και να διεξαχθεί μία κλινική δοκιμασία, ώστε να ευνοεί μία παρέμβαση, αλλά η παράθεσή τους ξεπερνά το στόχο του παρόντος πονήματος. Η φαρμακευτική βιομηχανία όμως, συχνά χρησιμοποιεί όλους αυτούς τους τρόπους για να παρουσιάσει το προϊόν της ως πιο αποτελεσματικό και ασφαλές από ό,τι πραγματικά είναι.

Η ΕΤΨ ανταγωνίζεται έναν πανίσχυρο μηχανισμό προώθησης ψυχοφαρμάκων. Είναι ειρωνικό ότι οι ψυχοθεραπευτές μοιάζουν να αγωνίζονται για την επιστημονική τεκμηρίωση των παρεμβάσεων που προσφέρουν ενάντια σε μία ισχυρή παγκόσμια αγορά ψυχοτρόπων φαρμάκων, που υποστηρίζεται από τεράστια χρηματικά ποσά για την προώθηση των προϊόντων της. Το κίνημα της ΕΤΨ μοιάζει σαν μία προσπάθεια διαφήμισης στο κοινό και τους πολιτικούς παράγοντες της ψυχοθεραπείας ως αποτελεσματικού «φαρμάκου» προς κυκλοφορία στην αγορά ψυχικής υγείας. Από την άλλη πλευρά, η προσπάθεια ανταγωνισμού των φαρμακευτικών παρεμβάσεων γίνεται με τη «μεταμόρφωση» της ψυχοθεραπευτικής πρακτικής σε ιατρική πράξη, που μπορεί να συγκριθεί και με την παροχή θεραπευτικών χημικών ουσιών. Θα συμφωνήσω απόλυτα με τους Antonuccio & Shoenberger (2006) όταν σημειώνουν ότι «*η τεκμηρίωση δεν είναι καθαρή επιστήμη· μάλλον είναι εν μέρει επιστήμη και εν μέρει μάρκετινγκ*» (σελ. 275).

3.Β.α. Επιστημονικές Δημοσιεύσεις & ΕΤΨ

Οι φαρμακευτικές εταιρείες ενδιαφέρονται πρωτίστως για την έγκριση προς κυκλοφορία των προϊόντων τους, χωρίς την οποία, η δημοσίευση άρθρων δεν παρουσιάζει σημαντικό ενδιαφέρον. Εάν ένα φάρμακο εγκριθεί, τότε οι δημοσιεύσεις στοχεύουν στους κλινικούς που πιθανόν θα το συνταγογραφήσουν

και στο κοινό που θα το αγοράσει. Η πίεση που ασκεί η βιομηχανία ψυχοτρόπων φαρμάκων, ενθαρρύνει το γεγονός ότι δεν δημοσιεύονται κριτικές ή αρνητικές έρευνες για φάρμακα στα περιοδικά που χρηματοδοτούνται από την ίδια. Αντιθέτως, τουλάχιστον στην ιατρική βιβλιογραφία, φαίνεται να έχει αναγνωριστεί το φαινόμενο όπου ερευνητές εμφανίζουν μεροληψία υπέρ φαρμακευτικών προϊόντων ή δεσμεύονται από συμβόλαια μεταξύ εταιρειών και ερευνητών, με αποτέλεσμα να αλλοιώνεται, επιλέγεται, αποκρύπτεται ή καθυστερείται η δημοσίευση των ερευνητικών αποτελεσμάτων [Antonuccio & συν. (2003), Antonuccio & Shoenberger (2006)].

Επίσης, η επιρροή της βιομηχανίας μπορεί να συνδεθεί και με την πολλαπλή δημοσίευση των μελετών με θετικά αποτελέσματα, έτσι ώστε οι σχετικές ανασκοπήσεις να φέρουν πιο θετικό πρόσημο, από ό,τι στην πραγματικότητα εμφανίζουν. Σε γενικές γραμμές, φαίνεται να υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της βιοϊατρικής έρευνας που χρηματοδοτείται από τη βιομηχανία και των ερευνητικών αποτελεσμάτων που υποστηρίζουν τα επιχειρηματικά συμφέροντα (Bekelman, Li & Gross, 2003), ωστόσο, η συχνότητα με την οποία οι εταιρείες αποκρύπτουν ή καθυστερούν τη δημοσίευση ερευνητικών ευρημάτων δεν είναι γνωστή (Bodenheimer, 2000).

Ορισμένα ακαδημαϊκά περιοδικά μπορεί να αναπτύξουν ισχυρούς δεσμούς με την αντίστοιχη βιομηχανία, μέσα, λόγου χάριν, από σημαντικά κέρδη που αποκομίζουν από τις διαφημίσεις φαρμάκων, με αποτέλεσμα το περιεχόμενο και ο προσανατολισμός των άρθρων να επηρεάζεται (Antonuccio & Shoenberger, 2006). Μπορεί να φανταστεί κανείς, ότι εάν σε ένα περιοδικό δημοσιευθεί κριτική σχετικά με κάποιο φάρμακο, είναι πιθανόν να αποσυρθεί από την παροχή διαφημίσεων η αντίστοιχη εταιρεία και το περιοδικό να χάσει πολύτιμα έσοδα.

Προσπάθειες γίνονται, εντούτοις, ώστε τουλάχιστον στα έγκριτα επιστημονικά περιοδικά να αναφέρονται πιθανά αντικρουόμενα συμφέροντα[249] των συγγραφέων. Παρόλα αυτά, φαίνεται να υπάρχει μεγάλη μεταβλητότητα στην εφαρμογή σχετικών περιοριστικών πολιτικών και τα άρθρα που ευνοούν (μεροληπτικά) τα προϊόντα φαρμακευτικών εταιρειών αφθονούν. Για παράδειγμα, ήδη από το 1984 το γνωστό ιατρικό περιοδικό "New England Journal of Medicine" υπήρξε το πρώτο που εφάρμοσε πολιτική αναφοράς των οικονομικών σχέσεων που έχουν οι συγγραφείς άρθρων με τις εταιρείες που διαφημίζονται στο περιοδικό (Angell, 2000). Κανείς δεν περίμενε τότε ότι οι σχέσεις των ερευνητών με

[249] Αντικρουόμενα συμφέροντα είναι *«μία σειρά συνθηκών στις οποίες η επαγγελματική κρίση που αφορά σε ένα πρωτεύον όφελος (όπως η ευημερία ασθενούς ή η εγκυρότητα έρευνας) τείνει να είναι υπερβολικά επηρεασμένο από ένα δευτερεύον όφελος (όπως οικονομικό κέρδος)»* [Thompson (1993), παρατίθεται από τους Bekelman, Li & Gross, (2003), σελ. 454].

τη φαρμακοβιομηχανία θα γίνονταν τόσο στενές και περίπλοκες, ώστε σε μία περίπτωση (στην έρευνα του Keller και συν., 2000) να αναγκαστεί το περιοδικό να τις δημοσιεύσει στην ιστοσελίδα του, λόγω έλλειψης χώρου στο έντυπο!

Ένα ακόμη φαινόμενο επιρροής της φαρμακοβιομηχανίας στην ερευνητική εργασία, αν και δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία ώστε να εκτιμηθεί η διεισδυτικότητά του, έγκειται στο ότι συχνά επαγγελματίες καλούνται από φαρμακευτικές εταιρείες (ή είναι εργαζόμενοί τους), για να γράψουν ένα άρθρο επί πληρωμή για τα αποτελέσματα μιας έρευνας, χωρίς να εμφανίζεται το δικό τους όνομα στη δημοσίευση (ονομάζονται "ghostwriters"). Ως συγγραφέας του δημοσιεύματος αναφέρεται ένας κλινικός ερευνητής που δεν είχε ουσιαστική συμβολή στην ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων ή στη συγγραφή του άρθρου (Bodenheimer, 2000). Εφόσον συμβαίνει κάτι τέτοιο, είναι πιθανή και η αλλοίωση των δημοσιεύσεων προς το συμφέρον της εταιρείας.

Επιπλέον, φαίνεται ότι μία πλειονότητα των επιστημόνων που καλούνται ως μέλη επιτροπών διαμόρφωσης εγχειριδίων κλινικής πρακτικής έχουν οικονομικές σχέσεις με εταιρείες των οποίων τα φάρμακα αξιολογούνται στα εγχειρίδια και συχνά αυτές οι συγκρούσεις συμφερόντων δεν αναφέρονται στους οδηγούς θεραπείας. Συγκεκριμένα στοιχεία για το φαινόμενο αυτό έχουν παρατεθεί στο τρίτο κεφάλαιο.

Εφόσον η ΕΤΨ προτείνεται από επίσημους φορείς (οργανώσεις επαγγελματιών, κυβερνητικές επιτροπές κλπ.) ως ο βασικός τρόπος αναγνώρισης των ψυχοθεραπευτών σχετικά με την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και, επιπρόσθετα, επηρεάζει ή σηματοδοτεί τον μεγαλύτερο όγκο του κλινικού ερευνητικού έργου, δεν είναι δυνατόν να μην επηρεάζει και την πολιτική των επιστημονικών περιοδικών, ως προς το περιεχόμενο και τη φιλοσοφία των δημοσιεύσεων. Ένα άρθρο (ή μία έρευνα) που πρόσκειται στις αρχές της τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας, ίσως είναι πιθανότερο να εγκριθεί προς δημοσίευση, συγκριτικά με ένα άρθρο που αντίκειται στην ΕΤΨ – με την ίδια λογική που κατευθύνονται μονόδρομα και οι χρηματοδοτήσεις για έρευνα στην τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία.

Τα κριτήρια αξιολόγησης των ΕΥΘ όμως είναι δυνατό να επηρεάζουν και με έναν άλλο τρόπο τις δημοσιεύσεις. Στις λίστες των ΕΥΘ, για να ενταχθεί μία παρέμβαση, χρειάζεται τον ελάχιστο αριθμό των δύο δημοσιευμένων ερευνών (κλινικές δοκιμασίες) που να επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητά της. Ο Herbert (2003) χαρακτηρίζει αυτό το κριτήριο ως προβληματικό, διότι οι επιτροπές που κάνουν ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, εξετάζουν μόνο τις έρευνες με θετικά αποτελέσματα, χωρίς να συνυπολογίζεται ο αριθμός των

υπολοίπων. Αν για παράδειγμα, για μία παρέμβαση έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες που δεν βρίσκουν εντυπωσιακά αποτελέσματα και μόλις δύο δείχνουν ότι είναι καλύτερη από μία π.χ. εικονική θεραπεία, τότε η παρέμβαση μπορεί να χαρακτηριστεί ως τεκμηριωμένη. Αυτό όμως το κριτήριο, πέραν την αυθαιρεσίας με την οποία τελικά ορίστηκε από την APA (γιατί δύο και όχι πέντε έρευνες;) όπως αναφέρουν και ο Castelnuovo & συν. (2004), δημιουργεί μία τάση προς απόκρυψη μελετών που έχουν μηδενικά αποτελέσματα, γεγονός που έχει εξάλλου σημειωθεί πολύ πριν την εμφάνιση της τεκμηριωμένης θεραπείας. Όταν εξαρτάται η «επιβίωση» ενός μοντέλου παρέμβασης στο σύστημα υγείας (δηλ. των ερευνητών, θεραπευτών κλπ.), τη στιγμή που οι μη τεκμηριωμένες παρεμβάσεις σταδιακά δεν χρηματοδοτούνται, τότε είναι πιθανόν να δημιουργούνται τέτοιου είδους «παρεμβάσεις» στις έρευνες και στις δημοσιεύσεις.

Συμπερασματικά, αυτό που παρουσιάζεται ως τεκμηρίωση στους ενδιαφερόμενους φορείς (συστήματα υγείας, πολίτες, επαγγελματίες θεραπευτές κλπ.) φαίνεται να επηρεάζεται και από παράγοντες που βρίσκονται εκτός του αυστηρά επιστημονικού πεδίου. Η φαρμακοβιομηχανία, η χρηματοδότηση ερευνών, η διαφήμιση και ο στόχος της αύξησης πωλήσεων ή εσόδων λειτουργούν ως αναπόσπαστο μέρος των νεοφιλελεύθερων συστημάτων υγείας. Πριν κανείς λοιπόν υιοθετήσει ή αφορίσει την εκάστοτε παρέμβαση, χρειάζεται προσεκτική αξιολόγηση όλων των εμπλεκόμενων συνιστωσών, που, άλλοτε έκδηλα και άλλοτε όχι, επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών στους πολίτες.

4. ΚΡΙΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Στο παρόν κεφάλαιο διαφαίνεται η συμπλοκή της πολιτικής και οικονομικής πραγματικότητας με την επιστημονική έρευνα και πρακτική. Το να προσπαθήσει κάποιος να διαχωρίσει την ψυχολογία από την πολιτική είναι σαν «*να περιορίζει το πεδίο σε τεχνητά όρια που μειώνουν τις δυνατότητές του να βελτιώσει την ανθρώπινη ευεξία και κοινωνική δικαιοσύνη*» (Fox & Prilleltensky, 1996, σελ. 21). Η ερευνητική εργασία λαμβάνει χώρα σε συγκεκριμένες ιστορικές στιγμές, μέσα στις οποίες αναδύονται τα ερωτήματα και αντηχούν τα συμπεράσματα των ερευνών. Όπως, ανέφερα ήδη από την αρχή του κεφαλαίου, το κίνημα της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας, καθορίστηκε σε μεγάλο βαθμό από την πολιτική και οικονομική πραγματικότητα των δυτικών κοινωνιών. «*Γενικά οι ψυχολόγοι ταιριάζουν με άνεση σε ένα καπιταλιστικό σύστημα το οποίο προβαίνει σε ομολογίες πίστεως στην ελευθερία και την ισότητα, αλλά στην πράξη υποστηρίζει την αξία της ελεύθερης αγοράς...*» (Fox & Prilleltensky, 2003, σελ. 40).

Αρκετοί συγγραφείς και ερευνητές έχουν σημειώσει τον κίνδυνο της εκμετάλλευσης του κινήματος της ΕΤΨ από τους πολιτικούς διαχειριστές των συστημάτων υγείας - λίγοι όμως συνδέουν τη δημιουργία του με τις απαιτήσεις

της αγοράς. Ο Loewy (2007) αναφέρει χαρακτηριστικά, *«Ενώ οι οικονομικές σκοπιμότητες δεν είναι καθόλου ασήμαντες, είναι υποκριτικό – αν όχι επικίνδυνο – να τις κρύβουμε πίσω από λέξεις όπως "τεκμηρίωση" ή "ποιότητα"»*. Περίπου δεκαπέντε χρόνια πριν ο Silverman (1996) προειδοποιεί ότι οι λίστες των εμπειρικά υποστηριζόμενων θεραπειών θα χρησιμοποιηθούν (ως έγκυρες) από τα δικαστήρια και τους φορείς που χρηματοδοτούν υπηρεσίες υγείας, για τον περιορισμό των παρεμβάσεων και ακολούθως των θεραπευτών που δεν πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια, μειώνοντας κατ' αυτό τον τρόπο την προσβασιμότητα και διαθεσιμότητα των αντίστοιχων ψυχοθεραπευτικών υπηρεσιών στο ενδιαφερόμενο κοινό. Στο ίδιο πνεύμα, ο Elliott (1998) υποστηρίζει ότι οι λίστες των ΕΥΘ θα περιορίσουν την κλινική πρακτική σε μειωμένο αριθμό θεραπειών, ελαττώνοντας κατ' αυτό τον τρόπο την προσαρμοστικότητα και καινοτομία του θεραπευτή.

Η μείωση όμως των προσφερόμενων θεραπειών μόνο σε όσες έχουν αυστηρή εμπειρική τεκμηρίωση σημαίνει μείωση της ελεύθερης επιλογής και της δυνατότητας πρόσβασης που έχει ο πολίτης στα ήδη προβληματικά συστήματα υγείας των δυτικών κοινωνιών. Οι Fox & Prilleltensky (1996) υποστηρίζουν ότι είναι ανησυχητικό να βασίζονται οι ψυχολόγοι (και οι ενδιαφερόμενοι φορείς) στα υποτιθέμενα «ουδέτερα δεδομένα» των ερευνών για να δικαιολογήσουν ηθικά ή κοινωνικά ζητήματα. Εφόσον οι έρευνες δεν μπορούν να είναι «αντικειμενικές», ο «στρουθοκαμηλισμός» των επιστημόνων αφήνει ελεύθερο το πεδίο δράσης για την πολιτική εκμετάλλευση των ευρημάτων όχι πάντα προς όφελος των πολιτών. Σχετική έρευνα για τη διαχείριση των φαρμακολογικών θεραπειών σε ψυχικά ασθενείς, σε δέκα πολιτείες των ΗΠΑ [Kelly (2009), West & συν., (2009)] αναφέρει ότι η δεσμευτική διαχείριση σχετικά με την πρακτική συνταγογράφησης φαρμάκων, που βασίζεται κατά προτεραιότητα στη μείωση των δαπανών παρά στις κλινικές μελέτες ή στις ενδείξεις των επαγγελματιών, ίσως έχει ως αποτέλεσμα σημαντικό ανθρώπινο, κοινωνικό αλλά και οικονομικό κόστος. Αντίστοιχες πρακτικές προωθούνται και σχετικά με τις ψυχολογικές παρεμβάσεις, χωρίς να συνυπολογίζεται το αντίστοιχο ανθρώπινο κόστος.

Ένα ουσιαστικό κριτικό ερώτημα που πηγάζει από την πολιτική υιοθέτησης των ΕΥΘ είναι το τι θα συμβεί στις περιπτώσεις εκείνες για τις οποίες δεν υπάρχουν ακόμη εμπειρικά τεκμηριωμένες θεραπείες. Η ΕΤΨ πριμοδοτείται ως η μοναδική έγκυρη επιλογή για τους θεραπευτές και το κοινό, αλλά δεν έχει κατοχυρώσει ποια είναι η βέλτιστη φροντίδα για τους ασθενείς και τις διαταραχές που δεν έχουν αντιστοιχηθεί με κάποια ΕΥΘ. Εξίσου σημαντικό ερώτημα είναι το πως το εκάστοτε σύστημα υγείας υιοθετεί μία πολιτική η οποία δεν καλύπτει το σύνολο των αναγκών των ασθενών, αλλά είναι ακόμη υπό εξέλιξη και συνεχή αναθεώρηση και για την οποία εξακολουθούν να υφίστανται αντιπαραθέσεις

(Tanenbaum, 2005). Στο βαθμό όμως που η πολιτική καθορίζεται σημαντικά από την αγορά, και η τελευταία «αναμασά» και προωθεί την ΕΤΨ, ίσως δεν είναι τόσο αναπόφευκτο το ότι η ΕΤΨ εφαρμόζεται, αν και ακόμη δεν έχει επιλύσει όλα τα αμφιλεγόμενα ζητήματα που την αφορούν. Στα τελευταία, πρέπει να προστεθούν και ζητήματα που σχετίζονται με την οργάνωση των υπηρεσιών που υιοθετούν και παρέχουν επιστημονικά τεκμηριωμένες ψυχοθεραπείες.

Ένα ιδιαίτερο σημείο, στο οποίο αναφέρεται ο Reed (2006), είναι ότι τα συστήματα υγείας που υιοθετούν την ΕΤΨ, ουσιαστικά αναδεικνύουν ως μεγαλύτερο πρόβλημα τη μη ικανοποιητική «κατανάλωση» και εφαρμογή της ερευνητικής βιβλιογραφίας από τους κλινικούς, η οποία οδηγεί σε μη ποιοτική παροχή υπηρεσιών και αναποτελεσματικότητα. Τον ίδιο προβληματισμό αναφέρει και ο Herbert (2003) ως το βασικό επιχείρημα για την προσπάθεια δημιουργίας των ΕΥΘ. Οι κλινικοί παρουσιάζονται ως ελλιπείς ή αναξιόπιστοι κριτές της ποιότητας της εργασίας τους (και της αποτελεσματικότητας που έχει), συγκριτικά με την «αντικειμενικότητα» των ελεγχόμενων μελετών. Επιπλέον, οι πρώτοι αδυνατούν να συμβαδίζουν με την εξελισσόμενη ερευνητική βιβλιογραφία και γι' αυτό χρειάζονται σύντομους και ενημερωμένους οδηγούς θεραπείας, στους οποίους πρέπει να βασίζονται, εφόσον θεωρούνται αξιόπιστοι και ηθικοί επαγγελματίες. Είναι όμως οι κλινικοί αποκλειστικά υπεύθυνοι για την ετερογένεια στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών των συστημάτων υγείας;

Ο έλεγχος που ασκείται, άμεσα ή έμμεσα, στους επαγγελματίες, με την προϋπόθεση ότι η αξιολόγησή τους θα επιφέρει βελτιώσεις στην παροχή υπηρεσιών, σύμφωνα με την Strathern (2000), ουσιαστικά υποβιβάζει την εμπιστοσύνη προς τους ίδιους, καθώς η έννοια της διαφάνειας που προωθείται μέσω του ελέγχου, δεν μπορεί να εφαρμοστεί πλήρως σε επιστημονικούς τομείς, όπως η έρευνα, όπου δεν υπάρχει αντιστοιχία μεταξύ του ορατού (δηλαδή αυτού που προωθείται ως αξιολογημένο) και της εξειδικευμένης γνώσης, πρακτικής και εμπειρίας του επαγγελματία. Με άλλα λόγια, αυτό που προβάλλεται ως τεκμηριωμένη (δηλαδή αξιολογημένη) ψυχοθεραπεία, είναι ελλιπές στη συμπερίληψη όλων των ουσιαστικών στοιχείων για την ψυχοθεραπευτική διαδικασία, όσων είναι ή δεν είναι δυνατόν να «μετρηθούν».

Κατ' αυτό τον τρόπο όμως, μετατίθεται ο προβληματισμός για τη λειτουργία των συστημάτων υγείας αποκλειστικά στην ικανότητα των θεραπευτών τους και όχι στις σημαντικές ελλείψεις που υπάρχουν πέρα από αυτή. Ουσιαστικά επιβεβαιώνεται το βασικό δόγμα του νεοφιλελευθερισμού ότι «*όλα τα προβλήματα είναι ιδιωτικά παρά κοινωνικά στην φύση τους*» (Giroux, 2008, σελ. 6). Τα συστήματα υγείας όμως αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα που δεν σχετίζονται με την ικανότητα και τη γνώση των θεραπευτών τους. Για

παράδειγμα, στις ΗΠΑ ένα τεράστιο ποσοστό της τάξεως του 15% του πληθυσμού δεν έχει καμία ασφαλιστική κάλυψη, ενώ το 24% δεν καλύπτεται με παροχές για την ψυχική υγεία. Επιπρόσθετα, μόνο για τους μισούς πολίτες που έχουν ασφαλιστική κάλυψη, μπορεί η τελευταία να θεωρηθεί επαρκής. Επικρίνοντας την πολιτική του τέως Προέδρου Bush, ο Giroux (2008, σελ. 5) σημειώνει ότι «*Το σκληρό νόμισμα της ανθρώπινης οδύνης διαποτίζει την κοινωνική τάξη καθώς τα κόστη της υγείας αυξάνουν, ένα στα πέντε παιδιά παραμένουν κάτω από το όριο της φτώχιας και 47 εκατομμύρια Αμερικάνοι φέρουν το βάρος της έλλειψης ασφάλισης υγείας.*» Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, σχεδόν τα μισά άτομα που υποφέρουν από σοβαρά ψυχικά προβλήματα και μία μειονότητα όσων αντιμετωπίζουν διαταραχές μέτριας φύσεως λαμβάνουν θεραπεία στις ΗΠΑ, και η οποία δεν είναι πάντα επαρκής.

Ο νέος Πρόεδρος των ΗΠΑ, Β. Obama, κάνει προσπάθειες να αλλάξει το υποδιαχείριση σύστημα υγείας, σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας, και είναι εντυπωσιακό ότι βρίσκει πολλούς αντιπάλους απέναντί του. Ποιος δεν θα επωφεληθεί εάν υπάρχει κοινωνική ασφάλιση και πρόνοια για κάθε πολίτη; Μάλλον όσοι κινούν τα νήματα της ελεύθερης, ανταγωνιστικής αγοράς. Με άλλα λόγια, όσο οι αλλαγές στα συστήματα υγείας εξαρτώνται από μονομερή οικονομικά συμφέροντα, ποιος μπορεί να υποστηρίξει ότι πράγματι η ΕΤΨ δημιουργήθηκε με βασικό «ευγενή» σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας;

Είναι δυνατόν αυτά τα προβλήματα και οι ελλείψεις των συστημάτων υγείας να επιλυθούν αποκλειστικά μέσω της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής; Μπορεί η εναπόθεση των ελπίδων μας στις κλινικές δοκιμασίες και στην αντίστοιχη έρευνα να προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζονται τα συστήματα υγείας; Ή μήπως μέσω παρόμοιων πρακτικών ο θεραπευτής ανάγεται σε αποδιοπομπαίο τράγο, δέσμιο πολιτικών διαχειριστών της υγείας, των οποίων τα συμφέροντα δεν εστιάζουν τόσο στο δημόσιο όφελος, αλλά στη μείωση δεικτών κόστους; Τέλος, είναι δυνατόν η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική να συνεχίσει να θεωρείται πανάκεια για τα σοβαρότατα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα νεοφιλελεύθερα συστήματα διαχείρισης της υγείας και για την έλλειψη προσβασιμότητας του πολίτη σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όταν, την ίδια στιγμή, οι αριθμοί των αιτούντων βοήθεια συνεχώς αυξάνουν;

Εάν οι σοβαρές κοινωνικές ελλείψεις (φτώχεια, ανεργία, παραμέληση, έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου κλπ.) αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, αλλά και συνεισφέρουν στη διαμόρφωση του τρόπου που επικοινωνούμε και συνδεόμαστε διαπροσωπικά, στον τρόπο που βιώνουμε και εκφράζουμε αξίες, προκαταλήψεις και συναισθήματα, στον τρόπο που

νοηματοδοτούμε την έμβια πορεία μας, τότε η ψυχοθεραπεία είναι ένα διαθέσιμο εργαλείο, μία διαπροσωπική συνάντηση στην οποία μπορούμε να «εκτεθούμε» με ασφάλεια. «*Κανείς δεν θα πρότεινε σοβαρά ότι ο πιο κατάλληλος ηθικός δρόμος να καταπιαστούμε με τα γιγαντιαία θέματα που προκαλούνται από την κοινωνική μειονεξία*[250] *θα ήταν η καταστολή με φάρμακα της δυστυχίας του κοινωνικού αποκλεισμού*» (Fonagy, Roth & Higgitt, 2005, σελ. 9). Μήπως όμως και η τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία, με τον τρόπο που προωθείται, δεν αποτελεί ένα ακόμη είδος «καταστολής» και όχι ουσιαστικής παρέμβασης;

Η νεοφιλελεύθερη πολιτική, όπως περιγράφηκε και σε αυτό το κεφάλαιο, μεταθέτει την ανάληψη ευθυνών στους επαγγελματίες. Οι θεραπευτές στην προκειμένη περίπτωση, καλούνται να γίνουν με κάποιο τρόπο «οικονομικοί διαχειριστές» της πρακτικής τους, καθώς η τελευταία αξιολογείται κατά βάση με κριτήριο το κόστος ή το κέρδος για το αντίστοιχο σύστημα υγείας, την ιδιωτική επιχείρηση κλπ. Μελετώντας όμως την επίδραση του νεοφιλελευθερισμού και την εφαρμογή του μέσω της τεκμηριωμένης θεραπείας, γεννιέται και ένα ακόμη κριτικό (και κρίσιμο) ερώτημα: Μήπως με τον ίδιο τρόπο που οι επαγγελματίες εκπαιδεύονται να διακρίνουν και να αμβλύνουν διαταραχές, με παρόμοιο τρόπο «μαθαίνουν» και οι πολίτες να προσεγγίζουν την ψυχική οδύνη με όρους συμπτωματολογίας;

Το κίνημα της ΕΤΨ δεν έχει στόχο να ενημερώσει μόνο τους ειδικούς (επαγγελματίες και οικονομικούς διαχειριστές). Εξίσου σημαντική είναι η ενημέρωση του κοινού, τόσο στο πεδίο της πρόληψης όσο και σε αυτό της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας. Όπως έχω αναφέρει, τα εγχειρίδια θεραπείας διανέμονται συχνά και σε ειδικές εκδόσεις για τους ενδιαφερόμενους πολίτες, ενώ οι σχετικές διαδικτυακές πύλες είναι πολυπληθείς και ενημερώνουν ειδικούς και κοινό. Επιπλέον, η συζήτηση για την τεκμηριωμένη παροχή υπηρεσιών (ψυχικής) υγείας παρουσιάζεται στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης αρκετά συχνά.

Σύμφωνα με τους φορείς που προωθούν την ΕΤΨ ο πολίτης οφείλει να ενημερώνεται για τη βέλτιστη διαθέσιμη παρέμβαση ανάλογα με την περίπτωσή του, καθώς τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς πρέπει να ενσωματώνονται στην τεκμηριωμένη πρακτική. Οι πολιτική των νεοφιλελεύθερων συστημάτων υγείας επικεντρώνεται ακριβώς στην προώθηση πληροφόρησης και στη βελτίωση των αποτελεσματικών παρεμβάσεων και της ικανότητας αυτο-διαχείρισης του ασθενούς. Τι συμπεριλαμβάνει όμως η ενημέρωση του κοινού; Με την ίδια λογική που το κίνημα της τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας ασχολείται με διαταραχές και τεχνικές παρέμβασης, η ενημέρωση του πολίτη συνιστά

[250] "social disadvantage"

«εκπαίδευσή» του στη φιλοσοφία του ιατροκεντρισμού. Με άλλα λόγια, ο ασθενής μαθαίνει να αναγνωρίζει συμπτώματα, να εστιάζεται και να ζητάει θεραπεία για αυτά. Μαθαίνει για παράδειγμα ότι η κατάθλιψη έχει τα τάδε πιθανά συμπτώματα και μπορεί να θεραπευτεί άμεσα είτε με κάποιο αντικαταθλιπτικό φάρμακο είτε με μία βραχύχρονη ψυχοθεραπεία (ή με το συνδυασμό τους). Μαθαίνει ότι τα προβλήματά του οφείλονται σε εξατομικευμένα αίτια (πολύ συχνά μπορεί να είναι και οργανικά) και ότι η καλύτερη λύση είναι η αυτο-διαχείριση της συμπεριφοράς και των συμπτωμάτων του. Ο ίδιος ο ασθενής είναι υπεύθυνος για την κατάστασή του, την οποία μπορεί να βελτιώσει σύντομα και οικονομικά. Ο «καταναλωτής υπηρεσιών» *αγοράζει την ψυχοθεραπεία*, (όρος που χρησιμοποιείται συχνά βλ. π.χ. O' Donohue & Fisher, 2006) και αναμένει συγκεκριμένα προβλεπόμενα αποτελέσματα από αυτή, όπως θα περίμενε από τη λήψη ενός αντιβιοτικού.

Μήπως όμως «*οι παρεμβάσεις που μας περιορίζουν σε όσα είναι άμεσα πρακτικά μας εμποδίζουν να αποκομίσουμε σημαντικότερα οφέλη τόσο για το άτομο όσο και για την κοινωνία;*» (Fox & Prilleltensky, 2003, σελ. 36). Η φιλοσοφία του ατομικισμού που διαρρέει το κίνημα της ΕΤΨ προτάσσει και αμιγώς ατομικές λύσεις, οι οποίες όμως δεν μπορούν να βοηθήσουν σε κάθε περίπτωση, τη στιγμή που πολλές εστίες οδύνης οφείλονται και σε κοινωνικά και όχι πάντα ατομικά αίτια. Η τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία όμως φαίνεται σαν σύστημα διατήρησης και όχι απαραίτητα βελτίωσης του παρόντος κατεστημένου κοινωνικοπολιτικού πλαισίου, αναπαράγοντας αυτό που υποστηρίζει για την ιστορική πορεία της ψυχολογίας ο Harris (2003), πως «*η ψυχολογία ευδοκίμησε επειδή έγινε μια χρήσιμη "διοικητική επιστήμη" για θεσμούς κοινωνικού ελέγχου*» (σελ. 79).

Ο τρόπος που παρουσιάζεται (άμεσα ή έμμεσα) ο πολίτης μέσα από την ΕΤΨ ουσιαστικά «ωφελεί» το νεοφιλελεύθερο τοπίο, εφόσον διαμορφώνει πολίτες που είναι ενημερωμένοι και ενεργοί στο να επιλέξουν την πιο άμεση θεραπεία, την οποία όμως το ίδιο το σύστημα έχει «επιλέξει» για αυτούς, με τις ευλογίες της εμπειρικής έρευνας. Σε αυτό το σημείο ένα ερώτημα που τίθεται είναι, εάν ο πολίτης που πληροφορείται για τις παρεμβάσεις που έχουν τεκμηριωθεί, έχει την εξειδικευμένη γνώση ώστε να γνωρίζει τους περιορισμούς της έρευνας και των εφαρμογών της και εάν, πληροφορείται για την προσφορά θεραπειών που δεν έχουν τεκμηριωθεί εμπειρικά, αλλά παρέχονται με θετικά αποτελέσματα. Στην πραγματικότητα οι επιλογές που θα έχουν οι ενδιαφερόμενοι θα είναι ήδη ξεκάθαρες και τεκμηριωμένες, εφόσον η έρευνα τις έχει πιστοποιήσει ως τέτοιες (μεγάλη ειρωνεία αν σκεφτεί κάποιος πόσα μεθοδολογικά προβλήματα και πόσες αναπάντητες ερωτήσεις υπάρχουν ακόμη, όπως έδειξα στο τέταρτο κεφάλαιο). Πώς λοιπόν η τεκμηριωμένη πρακτική θα δημιουργεί ενημερωμένους πολίτες όταν

τους παρέχει ήδη «μασημένη τροφή», ένα προκαθορισμένο σύστημα επιλογών, όπου η απουσία τεκμηρίωσης είναι συνώνυμη με την αναποτελεσματικότητα;

Το ίδιο το σύστημα (οικονομικό, πολιτικό, πολιτισμικό κλπ.) παρουσιάζεται ως κάτι μακρινό και άπιαστο που δεν εμπλέκεται άμεσα στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς των πολιτών, αν και αυτός είναι ο στόχος του. Οι προτεινόμενες τεκμηριωμένες παρεμβάσεις στρέφουν το βλέμμα στο άτομο (στη βιοχημεία του εγκεφάλου ή σε προβληματικές σκέψεις, συμπεριφορές ή σχέσεις) και όχι στο ευρύτερο πολιτικοικονομικό πλαίσιο και τις επιρροές που το τελευταίο ασκεί. Η φτώχεια, οι κοινωνικές ανισότητες, ο ρατσισμός, η οικονομική κρίση είναι παράγοντες που δεν αναφέρονται αναλυτικά σε κανένα εγχειρίδιο ως αιτιολογικοί έναρξης διαταραχών, αν και μπορούν πολύ συχνά να είναι. Το βάρος της ευθύνης βαρύνει το άτομο και τον θεραπευτή που συχνά πρέπει να πράττει ως «εκπαιδευτής» ή τεχνικός. Ο υποφαινόμενος στόχος της τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας είναι να «αλλάξει» το άτομο και όχι τις κοινωνικές δομές που λειτουργούν ως γενεσιουργοί παράγοντες ψυχοκοινωνικών διαταραχών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ
ΣΥΝΟΨΗ & ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

If patients came in neat packages, so could treatments. But everything we know suggests that they do not.
Westen (2006c)

Φτάνοντας στον επίλογο της εργασίας μου, και έχοντας διανύσει μακρινή απόσταση από το πρώτο κεφάλαιο, που διαπραγματεύτηκε τις ιστορικές ρίζες της ψυχοθεραπείας, κρίνω σκόπιμο να ανακεφαλαιώσω τα βασικά συμπεράσματα και προτάσεις που σημειώνονται στη διαδρομή όλων των προηγούμενων κεφαλαίων[251]. Ο πλουραλισμός και ο όγκος των πληροφοριών που παρετέθησαν, καθώς και η προέλευσή τους από πηγές του ιστορικού, ερευνητικού και κοινωνικοπολιτικού πεδίου καθιστά αναγκαία τη σύνθεσή τους, εφόσον έγινε προσπάθεια να μελετηθεί το ευρύ θέμα της τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας, τόσο από επιστημονική-μεθοδολογική, όσο και από ιστορική, κοινωνική, ηθική και οικονομικο-πολιτική προοπτική. Η σύνοψη που ακολουθεί, αν και εξαιρετικά συμπυκνωμένη, περιέχει τα βασικά σημεία του προβληματισμού μου για τη φύση και τις εφαρμογές της τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας. Επιπρόσθετα, δίνει το έναυσμα να αναφερθούν περαιτέρω σκέψεις και ερωτήματα ή ερευνητικές προτάσεις που πηγάζουν από την πολύπλευρη εξέταση του ζητήματος της αξιολόγησης των ψυχολογικών παρεμβάσεων.

1. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΕΡΕΥΝΑ

Η ψυχοθεραπεία ως δυναμικό επιστημονικό πεδίο απαντά στις συνεχώς διαφοροποιούμενες ανάγκες των ατομικών, κοινωνικών, πολιτικών, πολιτισμικών και άλλων φαινομένων. Η διαδρομή της ψυχοθεραπευτικής τεχνικής από τα σπάργανά της έως τον 21ο αιώνα είναι ενδιαφέρουσα και πολυδιάστατη, οριζόμενη από ποικίλους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας. Ως φροντίδα για την άμβλυνση της ανθρώπινης οδύνης, η ψυχοθεραπεία εμφανίζεται σχεδόν ταυτόχρονα με τις πρώτες οργανωμένες ανθρώπινες κοινότητες, από τα προϊστορικά χρόνια. Σταδιακά η ψυχοθεραπευτική διάσταση ενσωματώνεται σε πολλές και διαφορετικές πρακτικές που αντιστοιχούν στα κοινωνικά, πολιτισμικά και πολιτικά «ρεύματα» της αντίστοιχης ιστορικής περιόδου. Το πλαίσιο στο οποίο διαμορφώθηκε η σύγχρονη, δυτική μορφή της «δια λόγου θεραπείας» ορίζουν τόσο οι επιστημονικές ανακαλύψεις όσο και οι κοινωνικοπολιτικές αλλαγές στην Ευρώπη και Αμερική του 19ου και 20ου αιώνα. Πρέπει ωστόσο να

[251] Η αναλυτική παράθεση των στοιχείων και των πηγών που τεκμηριώνουν την παρούσα σύνοψη συμπεριλαμβάνεται στα αντίστοιχα τμήματα της μελέτης.

σημειωθεί, ότι οι σύγχρονες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις δεν «ανακάλυψαν το τροχό». Αντίθετα, άμεσα ή έμμεσα αναπαράγουν και εξελίσσουν πολλές από τις πρώιμες προσπάθειες του ανθρώπου να κατανοήσει και θεραπεύσει τη «μη φυσιολογική» ή μη κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά.

Εφόσον η σύγχρονη ψυχοθεραπεία εντάσσεται στην παλέτα των επιστημονικών πρακτικών η σχετική έρευνα καταλαμβάνει σημαντικό χώρο στην εξέλιξή της. Η έρευνα για την ψυχοθεραπεία ορίζεται ως η συστηματική διερεύνηση της διαδικασίας και του αποτελέσματος των ψυχολογικών παρεμβάσεων οι οποίες διεξάγονται με σκοπό την άμβλυνση ή επίλυση ψυχολογικών προβλημάτων. Το πλαίσιο στο οποίο πραγματώνεται η έρευνα είναι εξαιρετικά πολύπλοκο και αναφέρεται σε πολλές, αλληλοεπηρεαζόμενες διαστάσεις. Μία απλουστευμένη κατηγοριοποίηση αυτού του πλαισίου θα μπορούσε να περιλάβει δύο κύριους φορείς: τους ακαδημαϊκούς-επιστημονικούς και τους κοινωνικούς-πολιτικούς. Ο καθένας από τους δύο ορίζει διαφορετικά τα πεδία ενδιαφέροντος σχετικά με την ερευνητική δραστηριότητα, ωστόσο και οι δύο τομείς συγκλίνουν σε ένα σημείο: κύριος στόχος της έρευνας στην ψυχοθεραπεία είναι (ή θα πρέπει να είναι) η προάσπιση της ευημερίας του αποδέκτη της. Η ερμηνεία της «ευημερίας» μπορεί να είναι διαφορετική ανά περίπτωση, δεν παύει όμως να ορίζει ως επιτακτική ανάγκη την απόδειξη θετικών αποτελεσμάτων από τις ψυχολογικές παρεμβάσεις.

Μία από τις ελάχιστες βεβαιότητες -αν και εξαιρετικά σημαντική- που παρείχε η έρευνα στην ψυχοθεραπεία, είναι η συμφωνία των ερευνητών στο ότι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις είναι γενικά αποτελεσματικές. Οι ανασκοπήσεις των ερευνών από την εποχή του Eysenck έως και τη δεκαετία του 1990 αναδεικνύουν το γενικό συμπέρασμα ότι η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική σε όλες τις πληθυσμιακές κατηγορίες, σε ένα μεγάλο φάσμα διαταραχών, συμπεριλαμβάνοντας πολλούς τύπους θεραπειών. Επιπλέον, η ψυχοθεραπεία φαίνεται να μειώνει τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα πιο γρήγορα και ουσιαστικά σε σχέση με την αυθόρμητη ύφεση της εκάστοτε διαταραχής ή τις επιρροές του περιβάλλοντος και τα φαινόμενα placebo. Πρόσφατα δημοσιεύματα της τελευταίας δεκαετίας επιβεβαιώνουν το γενικό συμπέρασμα ότι η ψυχοθεραπεία είναι σαφώς πιο αποτελεσματική από τη μη θεραπεία. Πολυάριθμες έρευνες κατέληξαν στο ανωτέρω συμπέρασμα, ώστε σήμερα να θεωρείται κατά κύριο λόγο «αξιωματικά» αποδεκτό.

Πέρα από την προαναφερθείσα βεβαιότητα, ξεκινά μία σειρά ερευνητικών ερωτημάτων και προβληματισμών που δεν έχουν ακόμη κοινά αποδεκτές απαντήσεις. Οι ερευνητές προσπάθησαν να καταλήξουν στην «καλύτερη» θεραπεία συγκριτικά με τις υπόλοιπες, αλλά έφεραν είτε απογοητευτικά, αδύναμα ή παράδοξα αποτελέσματα. Έως σήμερα δεν μπορεί να

επιχειρηματολογήσει κάποιος επαρκώς υπέρ μίας «πρότυπης» θεραπείας, ρόλο τον οποίο αναλαμβάνουν συχνά τα φαρμακευτικά σκευάσματα στις συγκριτικές έρευνες. Αντιθέτως, αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν την ύπαρξη ισοδυναμίας στην αποτελεσματικότητα διαφορετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η θεωρία περί κοινών παραγόντων επιδιώκει να εξηγήσει την ανωτέρω ισοδυναμία. Μεταξύ των άλλων κοινών παραγόντων, η θεραπευτική συμμαχία, φαίνεται να είναι ένας παράγοντας με εξαιρετικά σημαντική επιρροή στην έκβαση της ψυχοθεραπείας, ανεξάρτητα από τον τύπο της.

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν παράγοντες που δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως «κοινοί» και φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή, του ασθενούς, του πλαισίου, του είδους της παρέμβασης, ο χωροχρόνος, η κοινωνική και πολιτισμική/πολιτική διάσταση στην οποία λαμβάνει χώρα η κάθε συνεδρία διαφέρουν αναμφίβολα ανά περίσταση και επηρεάζουν με ποικίλους τρόπους τόσο τη θεραπευτική διαδικασία όσο και την έκβασή της. Ορισμένα συμπεράσματα στα οποία κατέληξε η έρευνα των τελευταίων ετών, σχετικά με την επιρροή συγκεκριμένων παραγόντων στο αποτέλεσμα της παρέμβασης, είναι:

- Η επιρροή του θεραπευτή σε σχέση με το συνολικό αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας αποτιμάται ως κεντρικό στοιχείο, όπου χαρακτηριστικά όπως η εκπαίδευση του θεραπευτή, η δυνατότητα να εγκαθιστά θεραπευτική συμμαχία και να χρησιμοποιεί θεραπευτικές τεχνικές θεωρούνται σημαντικά για την έκβαση της παρέμβασης.
- Η ερευνητική προσέγγιση για τη χρήση των εγχειριδίων θεραπείας αποφέρει και ενθαρρυντικά δεδομένα, χωρίς όμως μόνη η εφαρμογή τους να αποτελεί εχέγγυο θετικού θεραπευτικού αποτελέσματος.
- Ο θεραπευόμενος ως «μεταβλητή» επιδρά σε σημαντικό βαθμό στην έκβαση της θεραπείας, όπου μεταξύ άλλων, οι εξωθεραπευτικοί παράγοντες της ζωής του ασθενούς, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του και το διαγνωστικό του προφίλ πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν.
- Οι σύγχρονες έρευνες φαίνεται να εστιάζουν κυρίως στις βραχύχρονες θεραπείες, εφόσον η μελέτη της διάρκειας της παρέμβασης σε σχέση με το αποτέλεσμα (σε επίπεδο ύφεσης συμπτωμάτων) και το κόστος, τις ενισχύει. Οι οικονομικοί παράγοντες είναι τελικά αυτοί που καθορίζουν την κοινωνική σημασία και την εφαρμογή των ερευνητικών αποτελεσμάτων, ανεξάρτητα από τη στατιστική και κλινική σημαντικότητα που δείχνουν.

Σε αυτό το σημείο όμως διακρίνεται μία παράδοξη πρακτική. Αν και αναγνωρίζεται η ιδιαιτερότητα της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας και οι πολλαπλοί παράγοντες που επηρεάζουν το αποτέλεσμά της, οι ερευνητές προσπαθούν να την αναπαράγουν όσο πιο ομοιόμορφα γίνεται, απαντώντας στα

κριτήρια εσωτερικής εγκυρότητας των ερευνών και ελέγχοντας ως παρεμβαλλόμενες μεταβλητές τον ίδιο το θεραπευτή, τον ασθενή, το είδος της παρέμβασης, ακόμη και τη διάρκεια της θεραπείας. Οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες, οι οποίες αυτή τη στιγμή θεωρούνται η πιο αξιόπιστη μέθοδος έρευνας στο πεδίο που μας ενδιαφέρει, είναι ο κατεξοχήν τρόπος ομοιόμορφης αναπαραγωγής συνεδριών. Από την μία πλευρά λοιπόν διερευνάται και αναγνωρίζεται η πολυπλοκότητα του αντικειμένου της ψυχοθεραπείας, ενώ από την άλλη το ίδιο συρρικνώνεται σε μετρήσιμες και ελεγχόμενες μεταβλητές.

2. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Η σύγχρονη ψυχοθεραπεία αποτελεί πλέον μέρος των δυτικού τύπου συστημάτων υγείας, και θεωρείται επιστημονική προσέγγιση που συμπληρώνει το εύρος των ιατρικών υπηρεσιών και θεραπειών. Εφόσον η ψυχοθεραπεία έχει σε μεγάλο βαθμό «ιατρικοποιηθεί», η αποτελεσματικότητά της πρέπει να τεκμηριώνεται και η αξιολόγησή της γίνεται συχνά με τα ίδια κριτήρια που ελέγχονται τα φάρμακα. Η έρευνα αποτελεί το κατάλληλο εργαλείο ώστε να ελέγχεται η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, συνδεόμενη άμεσα με την κλινική πρακτική και τις αντίστοιχες υπηρεσίες. Παράλληλα οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, όπου παρατηρείται αύξηση του κόστους των ιατρικών υπηρεσιών και εντείνονται τα αιτήματα για βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας, οδηγούν σε ένα κοινά αποδεκτό επιχείρημα: η εισροή χρημάτων στον τομέα της υγείας είναι θεμιτή, μόνο εφόσον διασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τις οποίες θα γίνουν οι δαπάνες.

Σε αυτό το πλαίσιο η Επιστημονικά Τεκμηριωμένη Ψυχοθεραπεία έχει αναπτυχθεί ως απόρροια του ευρύτερου κινήματος της Επιστημονικά Τεκμηριωμένης Ιατρικής, το οποίο έχει εξαιρετικά σημαντικές επιδράσεις στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Ο ορισμός της ΕΤΙ, κατά τον Sackett & συν. (1996), συμπεριλαμβάνει την ενσυνείδητη, ρητή και συνετή χρήση της τρέχουσας βέλτιστης κλινικής τεκμηρίωσης στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την εξατομικευμένη φροντίδα των ασθενών. Η πρακτική της ΕΤΙ συνδυάζει τρία στοιχεία: α) την ατομική κλινική ικανότητα και κρίση του ιατρού, β) με τα πιο αξιόπιστα, διαθέσιμα και σχετικά κλινικά ερευνητικά ευρήματα, γ) λαμβάνοντας επιπλέον υπόψη τις ιδιαιτερότητες κάθε ασθενούς.

Το κίνημα της ΕΤΙ όμως δεν έγινε δεκτό με θετική ανταπόκριση από το σύνολο του ιατρικού κόσμου. Οι αντιδράσεις στην ΕΤΙ συμπεριλαμβάνουν, κατά τη γνώμη μου, δύο ευρείες κατηγορίες επιχειρημάτων. Μία κατηγορία αναφερόμενη σε μεθοδολογικού τύπου ζητήματα και μία που άπτεται των πολιτικών επιρροών στο κίνημα της ΕΤΙ.

Συνοψίζοντας:

Α) Στα μεθοδολογικά, πρακτικά και ηθικά ζητήματα αναφέρονται τα εξής επιχειρήματα:

⇒ Η έννοια της τεκμηρίωσης είναι ασαφής και ευμετάβλητη.

⇒ Το ίδιο το κίνημα της ΕΤΙ δεν είναι τεκμηριωμένο ούτε αποτελεί καινοτόμο φαινόμενο στην κλινική εργασία.

⇒ Οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες και οι μετα-αναλύσεις που έχουν προταθεί ως «χρυσός κανόνας» αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας από τους υπέρμαχους της ΕΤΙ, θεωρούνται περιοριστικό κριτήριο και αποστειρωμένο εργαστηριακό εύρημα σε σχέση με την κλινική πραγματικότητα και τη σχέση φροντίδας ιατρού και ασθενούς.

⇒ Η ΕΤΙ είναι σχεδόν αδύνατο να εφαρμοστεί στην καθημερινή πρακτική.

⇒ Η εφαρμογή των οδηγών κλινικής πρακτικής (που απορρέει από την τεκμηριωμένη πρακτική), δεσμεύει ή αποκλείει την προσωπική επιλογή του κλινικού και την εξατομικευμένη φροντίδα του ασθενούς.

⇒ Η αξιολόγηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων με εμπειρικά, ποσοτικά κριτήρια, ενώ διακηρύττει το αντίθετο, ουσιαστικά «αντιμετωπίζει» διαγνώσεις και ασθένειες και όχι ασθενείς, τοποθετώντας τους τελευταίους στο περιθώριο.

⇒ Η αναζήτηση της ισχυρότερης τεκμηρίωσης δεν συνάδει απαραίτητα με τη βέλτιστη κλινική απόφαση ή θεραπεία.

⇒ Ο ιατρός και ο ασθενής παίζουν δευτερεύοντα ρόλο στις αποφάσεις για την κατεύθυνση της ερευνητικής εργασίας και την επιλογή θεραπευτικού πλάνου.

Β) Στα οικονομικά και πολιτικά ζητήματα οι αντιδράσεις στην ΕΤΙ συνοψίζονται ως εξής:

⇒ Το μοντέλο υψηλής ποιότητας και μειωμένου κόστους – όπως απορρέει από την ΕΤΙ– συντονίζεται με τους νόμους της ελεύθερης αγοράς. Σαφώς λοιπόν η ΕΤΙ επηρεάζεται αλλά και επηρεάζει την οικονομία της υγείας.

⇒ Τα διευθυντικά στελέχη στον τομέα της υγείας εξισώνοντας την τεκμηρίωση με την αποτελεσματικότητα, χρησιμοποιούν την έλλειψη αποδείξεων-κλινικών δοκιμασιών για να περικόψουν υπηρεσίες και έξοδα.

⇒ Η ιατρική βιομηχανία προωθεί προϊόντα (όπως φάρμακα), χρησιμοποιώντας αμφίβολης ποιότητας ερευνητικά τεκμήρια.

⇒ Η ΕΤΙ φαίνεται να διευκολύνει τη μεροληπτική αντιμετώπιση υπέρ συγκεκριμένων θεραπειών, αυτών που έχουν ή φαίνεται να έχουν αρκετά εμπειρικά δεδομένα, ώστε να χαρακτηριστούν τεκμηριωμένες και αυτών που χρηματοδοτούνται (π.χ. από φαρμακευτικές εταιρείες), ώστε να αποδειχθεί η χρησιμότητα τους.

⇒ Τα κλινικά εγχειρίδια φαίνεται να μην συντάσσονται πάντα με μοναδικό κριτήριο την αναζήτηση της βέλτιστης θεραπείας του ασθενούς, αλλά και την οικονομική ευημερία του συστήματος υγείας, της ιδιωτικής επιχείρησης, της φαρμακευτικής ή ασφαλιστικής εταιρείας.

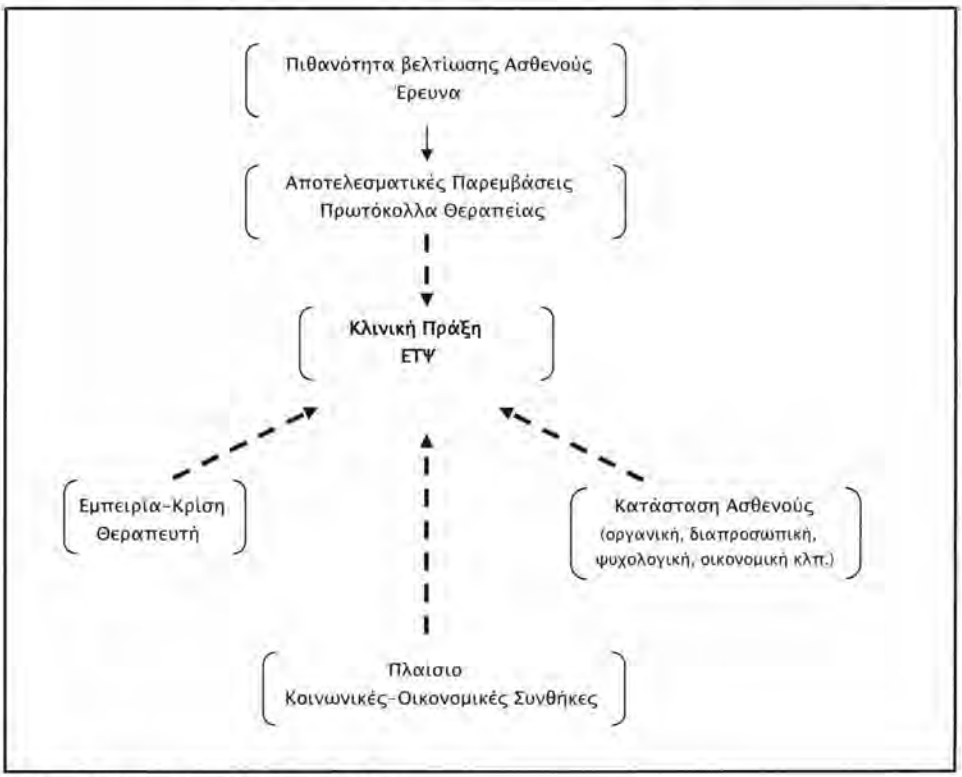
Είναι ακόμη άγνωστο έως ποιου σημείου μπορεί να επηρεαστεί η αξιοπιστία και η αποτελεσματικότητα της κλινικής παρέμβασης από τα προαναφερόμενα ζητήματα και την εφαρμογή των αρχών της τεκμηριωμένης ιατρικής. Στο σύνολό του όμως, το κίνημα της επιστημονικά τεκμηριωμένης ιατρικής δεν μπορεί να αξιολογηθεί, κατά τη γνώμη μου, αποκλεισμένο από το κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο στο οποίο λειτουργεί και ίσως εξαιτίας του οποίου πυροδοτήθηκε η εμφάνισή του.

3. ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μεταβαίνοντας στον πυρήνα της μελέτης μου, δηλαδή στο φαινόμενο της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας, καταρχήν είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι αυτό δημιουργήθηκε ως προέκταση (και σε μεγάλο βαθμό «αντιγραφή» του κινήματος της ΕΤΙ. Η ΕΤΨ αποτελεί μία σημαντική προσπάθεια σύνδεσης της κλινικής πρακτικής με την έρευνα, πεδίο στο οποίο ακόμη δεν έχουν δοθεί οριστικές απαντήσεις. Σύμφωνα με την αναλυτική αναφορά της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Ένωσης (APA, 2006) η επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική στην ψυχοθεραπεία αποτελεί τη διαδικασία λήψης αποφάσεων που οφείλει να ακολουθεί ο θεραπευτής, συνδυάζοντας τα ερευνητικά ευρήματα, με τις γνώσεις και την εμπειρία του και με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενούς, ώστε να πετύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για τον τελευταίο. Η κλινική πρακτική βρίσκεται στον πυρήνα του ορισμού παρέχοντας ένα είδος ταυτότητας στους ψυχοθεραπευτές και περιγράφοντας τη διαδικασία με την οποία οφείλουν να λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις οι οποίες είναι τεκμηριωμένες και «διαφανείς», εφόσον βασίζονται σε ερευνητικά ευρήματα, δηλαδή σε αντικειμενικά και επιστημονικά κριτήρια.

Από τη φιλοσοφία της ΕΤΨ -δηλαδή την προσπάθεια να εφαρμοστεί η πλέον σύγχρονη έρευνα στην κλινική πρακτική- απορρέουν ορισμένα «πρωτόκολλα θεραπείας», και συγκεκριμένα, τα εγχειρίδια κλινικής πρακτικής και οι λίστες εμπειρικά τεκμηριωμένων θεραπειών. Οι θεραπευτές έχουν στη διάθεσή τους κάποιες τεκμηριωμένες προτάσεις, μέσω αυτών των πρωτοκόλλων, αναφορικά με το ποια παρέμβαση είναι πιο πιθανό να ωφελήσει τον «μέσο ασθενή» που ανήκει σε μία διαγνωστική κατηγορία. Το συμπληρωματικό και αλληλένδετο στοιχείο που θα μετατρέψει τη στατιστική πιθανότητα βελτίωσης του ασθενούς (όπως αυτή παρουσιάζεται ερευνητικά) σε μεγαλύτερη βεβαιότητα και κλινική πραγματικότητα είναι ή πρέπει να είναι η κρίση και η εμπειρία του θεραπευτή,

όπως και η παρούσα κατάσταση (οργανική, ψυχολογική, διαπροσωπική, οικονομική κλπ.) του θεραπευόμενου. Ο συγκερασμός όλων των στοιχείων και η συνάφειά τους με τις τρέχουσες συνθήκες (πλαίσιο διεξαγωγής θεραπείας, κοινωνικές και οικονομικές συνισταμένες), πιστεύω πως διαμορφώνει το «ιδανικό» (ή και ουτοπικό) μοτίβο άσκησης της ΕΤΨ.



Σχήμα 2. Ιδανικό Μοτίβο Άσκησης ΕΤΨ

Ο κύριος στόχος της εμπειρικής τεκμηρίωσης, παραμένει η πρακτική της εφαρμογή. Αυτός ο στόχος εκφράζεται με το εξής ερώτημα: Πώς μπορούν να μεταφερθούν στην κλινική πρακτική οι ενδείξεις περί αποτελεσματικότητας; Έως σήμερα, ωστόσο, δεν φαίνεται να υπάρχει μια κοινά αποδεκτή απάντηση σε αυτό το ερώτημα ή πρόταση σχετικά με τον τρόπο που θα πρέπει εφαρμόζονται τα επιστημονικά ευρήματα στην καθημερινή κλινική πρακτική των ψυχοθεραπευτών.

Στις μέρες μας, υπάρχουν τουλάχιστον δύο αντίθετες απόψεις σχετικά με το ποια πρέπει να είναι τα κριτήρια αξιολόγησης των θεραπειών. Η μία πλευρά υποστηρίζει τη «νομιμοποίηση» των ΕΥΘ που έχουν αξιολογηθεί με αυστηρά κριτήρια, κυρίως με τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες. Η άλλη

πλευρά υποστηρίζει ότι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη πολλαπλές πηγές πληροφόρησης, οι οποίες θα συμμετέχουν στη δημιουργία γενικών εγχειριδίων πρακτικής με διαφορετική δυναμική στην κλινική εφαρμογή. Η «πέτρα του σκανδάλου» που υπήρξε η αφορμή για τις διαμάχες και τη συζήτηση περί τεκμηριωμένων θεραπειών είναι τα γνωστά ως «κριτήρια της Chambless», δηλαδή το έργο των επιτροπών του τομέα κλινικής ψυχολογίας της APA σχετικά με τις ΕΥΘ.

Όσο αναφορά στα κριτήρια για την αξιολόγηση των θεραπευτικών εγχειρίδιων, και κατ' επέκταση των παρεμβάσεων, η πρόταση της APA (APA, 2002), συνοψίζεται στο ότι η κλινική έρευνα είναι απαραίτητη για την «απόδειξη» τόσο υψηλής αποτελεσματικότητας όσο και κλινικής χρησιμότητας των θεραπειών, ισορροπώντας αυτές τις δύο διαστάσεις. Το ερώτημα που τίθεται σε αυτό το σημείο είναι πόσο πιθανή είναι αυτή η ισορροπία, λαμβάνοντας υπόψη τις υπάρχουσες ερευνητικές δυνατότητες και την ιδιομορφία των ψυχολογικών παρεμβάσεων. Σύμφωνα με όλα τα στοιχεία που εξετάστηκαν στο παρόν πόνημα, είναι σαφές ότι τόσο η εσωτερική όσο και η εξωτερική εγκυρότητα δεν μπορούν να έχουν τον ίδιο βαθμό βαρύτητας στην ίδια έρευνα και αντίστοιχα στο εγχειρίδιο θεραπείας. Υπάρχει λοιπόν δυνατότητα ταυτόχρονης υψηλής εσωτερικής εγκυρότητας και κλινικής χρησιμότητας στην αξιολόγηση των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων; Η απάντηση που δίνω, εξετάζοντας τη δυσκολία και τα εμπόδια που συναντούν οι έρευνες, είναι πως υπάρχει ελάχιστη πιθανότητα να επιτευχθεί ερευνητικά η ιδανική ισορροπία μεταξύ εσωτερικής και εξωτερικής εγκυρότητας σε έναν ερευνητικό σχεδιασμό, τουλάχιστον με τα σημερινά δεδομένα. Κατά συνέπεια, οι παρεμβάσεις που αξιολογούνται αντικατοπτρίζουν τα δυνατά και αδύναμα σημεία της εγκυρότητας των αντίστοιχων ερευνητικών σχεδιασμών.

Τα κριτήρια ένταξης μιας θεραπείας στις λίστες των ΕΥΘ, όπως ορίστηκαν από τις επιτροπές του Τομέα 12 της APA, άλλαξαν τον τρόπο με τον οποίο αξιολογούνται οι ψυχολογικές παρεμβάσεις. Κατά κύριο λόγο, απαιτούν ορισμό της θεραπείας μέσω εγχειριδίου και αντιστοίχησή της με συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία, ενώ οι ΕΚΔ είναι το βασικό εργαλείο αξιολόγησης των παρεμβάσεων. Οι θεραπείες κατηγοριοποιούνται σε επαρκώς τεκμηριωμένες και πιθανόν αποτελεσματικές. Η ουσιαστική διαφορά μεταξύ τους έγκειται στην ύπαρξη ή όχι (ενεργής ή εικονικής) παρέμβασης ως ομάδα ελέγχου στις έρευνες που αξιολογούν με θετικό πρόσημο τις παρεμβάσεις.

Βασικός στόχος της δημιουργίας των ΕΥΘ είναι η ενημέρωση του κοινού και ειδικών για τις αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Η γενικότερη εντύπωση που καταγράφεται ερευνητικά είναι ότι οι ΕΥΘ δεν έχουν ισχυρή διεισδυτικότητα τόσο στα πιστοποιημένα εκπαιδευτικά προγράμματα ψυχιατρικής, κλινικής ψυχολογίας

και κοινωνικής εργασίας όσο και στην κλινική πρακτική. Επιπλέον, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για το βαθμό υιοθέτησης των ΕΥΘ στην ιδιωτική πρακτική των κλινικών ψυχολόγων, αν και οι ενδείξεις είναι απογοητευτικές. Αντίστοιχα, οι αντιδράσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με τη διάδοση των επιστημονικά τεκμηριωμένων πρακτικών και τις οργανωτικές αλλαγές που αυτές απαιτούν δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς.

Κατά τη γνώμη μου, φαίνεται να υπάρχει μία μορφή παράδοξου, αν και όχι άλογου, φαινομένου. Παρόλο που τα συστήματα υγείας υιοθετούν, προωθούν ή επιβάλλουν την επιστημονικά τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία, δεν φαίνεται να χρησιμοποιείται ακόμη σε ευρεία κλίμακα. Ενώ η θεωρία και η έρευνα είναι αρκετά εξελιγμένες, η εφαρμογή τους γίνεται με εξαιρετικά αργούς ρυθμούς, αν και τα τελευταία χρόνια σημειώνεται σημαντική επιτάχυνση. Ίσως ένας από τους λόγους για την περιορισμένη χρήση των ΕΥΘ να είναι ότι η ροή της γνώσης φαίνεται να κυλάει μονόπλευρα από την έρευνα στην κλινική πρακτική, προωθώντας τεκμήρια που είναι δύσκολο να εφαρμοστούν στην καθημερινότητα του επαγγελματία. Το «επικοινωνιακό χάσμα» μεταξύ ερευνητών κα θεραπευτών σημειώνεται συχνά στη βιβλιογραφία, όπου τονίζεται ότι το ανελαστικό μοντέλο των τεκμηριωμένων παρεμβάσεων, αντί να διευκολύνει στη μείωσή του, αντίθετα τονίζει τις αποστάσεις.

Πέρα από τα επιστημολογικά επιχειρήματα περί απόστασης μεταξύ έρευνας και πρακτικής (τα οποία δικαιολογούν ως ένα βαθμό την προαναφερόμενη αντίφαση), φαίνεται ότι η ίδια η αναγκαιότητα για τις τεκμηριωμένες παρεμβάσεις δημιουργείται από κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και όχι απαραίτητα από ηθική προσταγή περί βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς όφελος του πολίτη. Η οικονομική κρίση που πλήττει αυτή τη στιγμή όλες σχεδόν τις δυτικές κοινωνίες επιβαρύνει και τα συστήματα υγείας, με αποτέλεσμα να αναζητούνται και συχνά να επιβάλλονται λύσεις «τεκμηριωμένα οικονομικές».

Επανερχόμενοι στο ερευνητικό επίπεδο, μία προτεινόμενη πηγή επιστημονικής πληροφόρησης που παρουσιάζεται ως φιλική προς τους κλινικούς-χρήστες και μπορεί να συμπληρώσει και να ανατροφοδοτήσει την ΕΤΨ είναι η εμπειρική τεκμηρίωση που βασίζεται στην κλινική πρακτική (practice-based evidence). Ειδικότερα, τα ερευνητικά εργαλεία έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν για να εξαχθούν δεδομένα για το πώς λειτουργούν οι κλινικές παρεμβάσεις σε καθημερινές συνθήκες και τα οποία μπορούν εν συνεχεία να συγκριθούν με αποτελέσματα μελετών σε ελεγχόμενα πλαίσια. Αυτή η προσέγγιση δίνει έμφαση στην εξωτερική εγκυρότητα και την κλινική πρακτική, ενώ χρησιμοποιούνται κλινικά ερευνητικά δίκτυα ως το πεδίο εφαρμογής της.

Αντί να «κατασκευάζονται» παρεμβάσεις μέσα στο εργαστήριο θα μπορούσε να γίνεται αξιολόγηση με αυστηρά κριτήρια των παρεμβάσεων που παρέχονται στην καθημερινή κλινική πρακτική, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Στο συγκεκριμένο κομμάτι η ερευνητική εργασία έχει να προσφέρει πολλά. Αν οι συνήθεις παρεμβάσεις είναι εξίσου ή περισσότερο αποτελεσματικές από τις ΕΥΘ, και αν η σχέση κόστους- αποτελεσματικότητας είναι θετική, τότε γιατί να μην διαμορφωθούν αντίστοιχα πρότυπα θεραπειών τα οποία όμως είναι ήδη διαθέσιμα και οικεία στους ψυχοθεραπευτές;

Συμπερασματικά, η εμπειρική τεκμηρίωση που βασίζεται στην κλινική πρακτική ίσως έχει σημαντικές κλινικές εφαρμογές για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τη βελτίωση των παρεμβάσεων και την εκπαίδευση των θεραπευτών, αξιοποιώντας τεκμήρια που απορρέουν από την κλινική πρακτική και όχι μόνο από ελεγχόμενες πειραματικές διαδικασίες. Φυσικά, οι υποστηρικτές της ΕΤΨ, δίνουν διαφορετικές προτεραιότητες στον τύπο έρευνας που χρησιμοποιείται, επιμένοντας στην... «κότα με τα χρυσά αυγά», δηλαδή τις ΕΚΔ. Οι υπερασπιστές κάθε προσέγγισης (που σχετίζεται με την επιστημονική τεκμηρίωση της ψυχοθεραπείας) φαίνεται να επιχειρηματολογούν υπέρ των πεποιθήσεών τους, γεγονός που από μόνο του δεν προσφέρει, κατά τη γνώμη μου, ικανές αποδείξεις για την προτεραιότητα που οφείλει να δίνεται στην εκάστοτε μέθοδο. Αντίθετα, η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που έχει κάθε προσέγγιση σε ρεαλιστικές συνθήκες, δηλαδή η βελτίωση ή μη της παρεχόμενης φροντίδας, αποτελεί πιθανόν ένα ικανό «κριτήριο» για την αναδιαμόρφωση των ψυχολογικών παρεμβάσεων με όρους σύγχρονης εμπειρικής τεκμηρίωσης.

Ορισμένοι μελετητές προτείνουν την ιεραρχική ταξινόμηση των ερευνητικών τεκμηρίων, η οποία περιλαμβάνει όλο το εύρος της ερευνητικής μεθοδολογίας, αλλά κατηγοριοποιείται σε επίπεδα ανάλογα με τη δυναμική των τεκμηρίων. Θα μπορούσε αυτή να αποτελέσει μία «εναλλακτική» πρόταση στη μονόπλευρη εστίαση στις ΕΚΔ; Και σε αυτή την περίπτωση, ωστόσο, η ισχυρή εσωτερική εγκυρότητα ενός ερευνητικού σχεδιασμού (την οποία έχουν οι ΕΚΔ και οι μετα-αναλύσεις τους) την κατατάσσει στην υψηλότερη βαθμίδα της ιεραρχίας, αναπαράγοντας το «κλασικό» μοντέλο της ΕΤΨ.

Ίσως ο συνδυασμός διαφορετικών ερευνητικών μεθοδολογιών (π.χ. ποιοτική έρευνα, διαδικαστική έρευνα και έρευνα περί αποτελεσματικότητας), η ενίσχυση της ΕΤΨ από την τεκμηρίωση που βασίζεται σε κλινική πρακτική, η υιοθέτηση των εμπειρικά υποστηριζόμενων αρχών περί αλλαγής και, τέλος, η πιθανή ενσωμάτωση στοιχείων ή τεχνικών από τις βιολογικές επιστήμες (ίσως, όπως προτείνεται, να μπορούσαν να προστεθούν στα κριτήρια αξιολόγησης των θεραπειών και ορισμένες απεικονιστικές τεχνικές της εγκεφαλικής λειτουργίας;)

να δίνει μία πλουραλιστική προοπτική για τη μελλοντική ανάπτυξη της ψυχοθεραπείας. Αν και αυτό το «μοντέλο» αξιολόγησης ακούγεται πολυσύνθετο και δυσχερές στην εφαρμογή του, πιθανόν θα μπορούσε να ανταποκριθεί πιο ευέλικτα στις συχνά αντικρουόμενες «απαιτήσεις» των ερευνητών και επαγγελματιών. Είναι φανερό ότι η ίδια η ιδιαιτερότητα του αντικειμένου της ψυχοθεραπείας, την καθιστά προβληματική στην «ιατρικοποίησή» της και στον τρόπο που μπορεί να μελετηθεί μέσω της εμπειρικής τεκμηρίωσης. Γι' αυτό το λόγο ίσως είναι θεμιτό να ενσωματώσει ευρύτερες τεχνικές και μεθόδους από την έρευνα και την καθημερινή κλινική πρακτική, η πολυμορφία των οποίων είναι πιο πιθανό να μπορέσει να αντικατοπτρίσει την πολυπλοκότητα του αντικειμένου και εν τέλει να τεκμηριώσει την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας.

4. ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΤΨ

Το κίνημα της ΕΤΨ έχει προκαλέσει ποικίλες θετικές και αρνητικές αντιδράσεις στους θεραπευτές, τους ερευνητές και τους φορείς που σχετίζονται με την ψυχική υγεία. Ωστόσο, η βασική πρόταση των υποστηρικτών της ΕΤΨ (η κλινική πρακτική πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψιν της τη σύγχρονη ερευνητική τεκμηρίωση προς όφελος του ασθενούς) βασίζεται στην «κοινή» λογική και επομένως είναι ευρέως αποδεκτή. Ο διάλογος υπέρ και κατά του κινήματος της ΕΤΨ ξεκίνησε μετά τη δημοσίευση της πρώτης λίστας τεκμηριωμένων θεραπειών από την επιτροπή του τομέα κλινικής ψυχολογίας της APA.

Εν τη απουσία κοινού θεωρητικού, φιλοσοφικού και ερευνητικού προσανατολισμού τα δύο αντιμαχόμενα στρατόπεδα συμπεριλαμβάνουν από τη μία όχθη, τους «φιλικά διακείμενους» στη γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση, και εν γένει στο στοχοθετημένο, βραχυπρόθεσμο θεραπευτικό μοτίβο που συντονίζεται με τις απαιτήσεις της ΕΤΨ. Η απέναντι όχθη βρίσκει στρατευμένους όσους πρόσκεινται στις ανθρωπιστικές ή υπαρξιακές και ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις, καθώς και τους υπέρμαχους της κλασικής ψυχανάλυσης, οι οποίοι διαφωνούν με το μοτίβο της ΕΤΨ που προωθείται. Οι συγκρούσεις άλλοτε είναι βίαιες και αλληλοαποκλείουν οποιαδήποτε επικοινωνία μεταξύ των δύο στρατοπέδων, είτε υπάρχουν σημεία προσέγγισης, ανακωχής και γόνιμης συνεργασίας.

Τα περισσότερα σημεία κριτικής στην τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία εντοπίζονται κυρίως στο *μεθοδολογικό κομμάτι* των ερευνών και στο είδος των κριτηρίων που αξιολογούν τις παρεμβάσεις. Τα ζητήματα που άπτονται του μεθοδολογικού προβληματισμού είναι πολλά και εξετάστηκαν αναλυτικά στο τέταρτο κεφάλαιο του παρόντος. Η μελέτη των ανωτέρω ζητημάτων, που εμπίπτει με το κύριο πλαίσιο κριτικής αποτίμησης της ΕΤΨ στη διεθνή βιβλιογραφία, αναφέρεται στις εξής θεματικές:

⇒ Η έννοια της «αντικειμενικής τεκμηρίωσης» που πρεσβεύουν οι υποστηρικτές της ΕΤΨ είναι προβληματική. Η ερευνητική και η κλινική πρακτική δεν λαμβάνει χώρα σε «αποστειρωμένα» εργαστήρια ή δωμάτια συνεδριών. «*Η σύγχρονη κοινωνιολογία της επιστήμης παρέχει μία χρήσιμη κατανόηση αυτών των γεγονότων... η επιστημονική κρίση καθορίζεται από κοινωνικούς παράγοντες, όπως τα επαγγελματικά συμφέροντα και οι πολιτικές ιδεολογίες. Η κοινωνική οργάνωση της επιστημονικής κοινότητας επηρεάζει τη γνώση που παράγεται από αυτή την κοινότητα. Τα άτομα που συμμετέχουν στην παραγωγή της επιστημονικής γνώσης είναι ιστορικά, γεωγραφικά και κοινωνικά τοποθετημένα. Ο Feyerabend προχωρά ακόμη περισσότερο, προτείνοντας ότι η ρητορική, η προπαγάνδα, οι προσωπικές ιδιαιτερότητες και οι κοινωνικοί παράγοντες παίζουν έναν αποφασιστικό ρόλο στην ανάπτυξη της επιστημονικής γνώσης*» (Freire, 2006, σελ. 332). Καμία έρευνα δεν μπορεί να θεωρηθεί απόλυτα αντικειμενική ή ανεξάρτητη από τις ιδιαιτερότητες του κοινωνικού, οικονομικού, πολιτικού και φιλοσοφικού πλαισίου στο οποίο σχεδιάζεται και εκπονείται.

⇒ Το κίνημα της ΕΤΨ δεν λαμβάνει υπόψιν τον τεράστιο όγκο ερευνών που υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα πληθώρας θεραπειών αλλά *δεν* πληρεί τα κριτήρια που έθεσε η Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση (ΕΚΔ κλπ.). Οι τεκμηριωμένες παρεμβάσεις προωθούνται ως «ανώτερες» των υπολοίπων που δεν έχουν ελεγχθεί με τα ίδια κριτήρια. Όταν, εντούτοις, αξιόπιστες παρεμβάσεις που εφαρμόζονται κλινικά, έχουν ισχυρό θεωρητικό υπόβαθρο και έχουν ερευνηθεί επαρκώς, συγκρίνονται με τις ΕΥΘ σε μετα-αναλύσεις ή συγκριτικές έρευνες (ακόμη και σε ΕΚΔ), δεν φαίνεται να είναι λιγότερο αποτελεσματικές για συγκεκριμένες διαταραχές. Γιατί λοιπόν αυτές οι παρεμβάσεις να μην θεωρούνται τεκμηριωμένες;

⇒ Η προτίμηση του ερευνητή για μία συγκεκριμένη θεωρία ή παρέμβαση (theoretical allegiance) είναι μία μεταβλητή που επηρεάζει το τελικό αποτέλεσμα πιθανόν προς την κατεύθυνση της προτιμώμενης θεραπείας. Έρευνες υποστηρίζουν ότι η συνήθης σύγκριση θεραπευτικών μοντέλων (και στο πλαίσιο ΕΚΔ) μπορεί να έχει περιορισμένη εγκυρότητα, εφόσον δεν λαμβάνεται υπόψη η επιρροή των ερευνητών στα αποτελέσματα. Εφόσον, η πλειονότητα των ερευνών για τις ΕΥΘ διεξάγεται από συμπεριφορικά προσανατολιζόμενους ερευνητές, αυτό το γεγονός πιθανόν επηρεάζει τα ευρήματα υπέρ των γνωσιακών-συμπεριφορικών θεραπειών έναντι των υπολοίπων.

⇒ Η δημοσίευση μιας λίστας ΕΥΘ δεν αναιρεί ότι μπορεί η λίστα να είναι «μεροληπτική». Το γεγονός ότι τα κριτήρια και οι λίστες τεκμηριωμένων θεραπειών διαμορφώνονται από ομάδες ειδικών δεν τις εξαιρεί από λάθη ή μεροληπτικά φαινόμενα, με τον ίδιο τρόπο που και οι έρευνες (τόσο στη διαδικασία όσο και στο αποτέλεσμα) επηρεάζονται από τους ερευνητές. Η αμεροληψία και η αξιοπιστία των ανασκοπήσεων που γίνονται, καθώς και η διαδικασία με την οποία διαμορφώνονται οι λίστες των ΕΥΘ, τα εγχειρίδια θεραπείας και οι ομόφωνες δηλώσεις ειδικών, μπορούν να τεθούν υπό αμφισβήτηση, εφόσον οι επιτροπές εργάζονται σε συγκεκριμένες ιστορικές συνθήκες και επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες (λ.χ. χρηματοδοτούνται ή σχετίζονται με κρατικούς ή ιδιωτικούς φορείς, τα συμφέροντα των οποίων είναι συγκεκριμένα).

⇒ Μέχρι στιγμής δεν φαίνεται να έχει επιτευχθεί συναίνεση για το ποια πρέπει να είναι τα κριτήρια για την εμπειρική τεκμηρίωση των ψυχολογικών παρεμβάσεων (τα οποία εφόσον χρησιμοποιούνται για να οριστεί τι είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο, οφείλουν και τα ίδια να αξιολογηθούν εμπειρικά). Σύμφωνα με τα κριτήρια αξιολόγησης των ΕΥΘ, μια θεραπεία μπορεί να θεωρηθεί τεκμηριωμένη, εάν είναι πιο αποτελεσματική από τη μη παροχή θεραπείας (σύγκριση με ομάδα ελέγχου σε λίστα αναμονής), κάτι που ισχύει όμως για οιαδήποτε παρέμβαση είτε είναι σκόπιμα θεραπευτική είτε είναι εικονική (placebo). Ποιά είναι λοιπόν τα πλεονεκτήματα όσων θεραπειών χαρακτηρίζονται ως τεκμηριωμένες συγκριτικά με «μη επιστημονικές» θεραπευτικές τεχνικές; Επιπλέον, τα κριτήρια αξιολόγησης των ΕΥΘ είναι ανεπαρκή, διότι δεν καθορίζουν τους μηχανισμούς ή παράγοντες που επιδρούν καταλυτικά προς τη θεραπευτική αλλαγή. Αυτή η έλλειψη καθιστά την ψυχοθεραπεία προϊόν εκμετάλλευσης από επιχειρηματικά συμφέροντα που προωθούν «μονοπωλιακές» θεραπείες, χωρίς να εξετάζουν αν στην πραγματικότητα οι νέες παρεμβάσεις προσφέρουν κάτι διαφορετικό από τις ήδη υπάρχουσες.

⇒ Οι ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες ενέχουν ορισμένους βασικούς περιορισμούς στην αξιολόγηση της ψυχοθεραπείας που τις ανάγουν σε προβληματικό εργαλείο για την τεκμηρίωση των παρεμβάσεων: **α)** Οι ΕΚΔ είναι ένα εργαλείο έρευνας που διαμορφώθηκε με υποθέσεις στενά σχετιζόμενες με τις συμπεριφορικές θεωρίες για τη θεραπεία, και συνεπώς αξιοποιείται καλύτερα από τις τελευταίες. **β)** Οι ΕΚΔ δημιουργήθηκαν εξαρχής για να αξιολογούν την επίδραση φαρμάκων και όχι ψυχολογικών παρεμβάσεων. Ίσως κατ' αυτό τον τρόπο πριμοδοτούνται μόνο όσες παρεμβάσεις «ταιριάζουν» με τη φιλοσοφία και μεθοδολογία των ΕΚΔ, ενώ δεν είναι απαραίτητα οι βέλτιστες για τους θεραπευόμενους. **γ)** Έχουν τη δυνατότητα να αξιολογήσουν ένα συγκεκριμένο

τύπο ψυχοθεραπείας (σύντομο, τυποποιημένο, εστιασμένο σε μία διαγνωστική κατηγορία), δημιουργώντας ανισότητα στο εύρος των αξιολογούμενων παρεμβάσεων και στη σχετική βιβλιογραφία. **δ)** Υπάρχει τεράστια δυσκολία (πρακτική, οικονομική, μεθοδολογική κλπ.) να αξιολογηθεί με ΕΚΔ όλο το φάσμα των εκατοντάδων παρεμβάσεων για όλο το εύρος των διαταραχών σε κάθε πληθυσμιακή κατηγορία. **ε)** Οι περισσότερες ελεγχόμενες έρευνες αξιολόγησης της ψυχοθεραπείας δεν έχουν συμπεριλάβει ένα επαρκώς μεγάλο δείγμα, ώστε να μπορεί να αμφισβητηθεί η απόδοση των αποτελεσμάτων τους μόνο στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. **στ)** Οι ΕΚΔ αναφέρονται στη συνολική βελτίωση του δείγματος των ασθενών που εξετάστηκαν ερευνητικά. Ο ψυχοθεραπευόμενος όμως δεν δύναται να αντιμετωπιστεί ως ο «μέσος ασθενής» μιας κλινικής δοκιμασίας. **ζ)** Εφόσον οι ΕΚΔ (αλλά και όλες οι άλλες μέθοδοι έρευνας) χρησιμοποιούνται ώστε να χαρακτηριστεί μία παρέμβαση τεκμηριωμένη ή μη, πρέπει να αξιολογηθεί εξονυχιστικά το εμπειρικό τους κύρος.

⇒ Σχετικά με τις ομάδες ελέγχου στην αξιολόγηση της ψυχοθεραπείας, σημειώνονται πολλά μεθοδολογικά και δεοντολογικά προβλήματα, ορισμένα εκ των οποίων πηγάζουν και από την ιδιαιτερότητα του αντικειμένου: **α)** Η χρήση ομάδων ελέγχου αναμονής ασθενών αμφισβητείται τόσο για λόγους ηθικής και δεοντολογίας όσο και γιατί διεξάγεται σύγκριση με απουσία παρέμβασης, η οποία δεν αποτελεί φερέγγυα τεκμηρίωση αποτελεσματικότητας. **β)** Η σύγκριση ψυχοθεραπείας με φαρμακοθεραπεία (συγκριτικός σχεδιασμός χωρίς ομάδα ελέγχου), θεωρείται ελλιπής γιατί δεν ελέγχεται η φυσική πορεία της νόσου και τα φαινόμενα placebo, ώστε να μην μπορούν να αποδοθούν συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. **γ)** Η χρήση εικονικής ψυχολογικού τύπου θεραπείας δημιουργεί προβληματισμούς, διότι δεν μπορεί να χορηγηθεί «τυφλά» όπως ένα χάπι, και δεν είναι «ουδέτερη», εφόσον προκαλεί ψυχολογικές αλλαγές στους θεραπευτές και στους θεραπευόμενους, ακόμη και αν δεν είναι κλινικά σημαντικές. **δ)** Επιπλέον, είτε στη χρήση εικονικής θεραπείας είτε όταν συγκρίνεται μία θεραπεία με τη συνήθη παρεχόμενη παρέμβαση (ως ομάδα ελέγχου), τα χαρακτηριστικά των θεραπειών είναι συχνά πολύ διαφορετικά (δοσολογία, προφίλ θεραπευτών κλπ.) μειώνοντας την εγκυρότητα των συγκρίσεων.

⇒ Η έρευνα, η προώθηση και η εφαρμογή των τεκμηριωμένων θεραπειών βασίζεται κατά κύριο λόγο στα εγχειρίδια θεραπείας. Η στάση των θεραπευτών & ερευνητών στη χρήση εγχειριδίων ποικίλει από την αποδοχή έως την απόρριψη. Οι υπάρχουσες κριτικές είναι έντονες και αναφέρονται σε υποβίβαση της ποιότητας της ψυχοθεραπείας και της θεραπευτικής σχέσης (με αντίστοιχη επιρροή στην αποτελεσματικότητα), καθώς και στον κίνδυνο

μείωσης της κλινικής κρίσης, ανεξαρτησίας και καινοτομίας του θεραπευτή. Επιπλέον, θεωρείται ότι στα εγχειρίδια δεν λαμβάνονται υπόψη τα ζητήματα των πολλαπλών διαγνώσεων ή προβλημάτων, των ατομικών διαφορών και των συναισθημάτων του θεραπευόμενου. Τέλος, ο τρόπος που κατασκευάζονται τα εγχειρίδια ταιριάζει κυρίως στις γνωσιακές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις και όχι στο σύνολο των θεραπευτικών μοντέλων.

Σε γενικές γραμμές, η χρήση εγχειρίδιων δεν εγγυάται ότι η παρέμβαση θα είναι απαραίτητα αξιόπιστη ή αιτιολογημένα αποτελεσματική, με τις σχετικές έρευνες να προσφέρουν αντιφατικά αποτελέσματα, ενώ οι επιδράσεις της εφαρμογής οδηγών θεραπείας στην καθημερινή κλινική πρακτική δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς. Οι περισσότεροι συγγραφείς τα τελευταία χρόνια αναγνωρίζουν ότι τα εγχειρίδια οφείλουν να υιοθετούνται με τρόπο ευέλικτο, προσαρμόζοντας τη θεραπεία στα ατομικά χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς, ενώ ο θεραπευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψιν του τις τεχνικές που έχουν αξιολογηθεί με θετικά αποτελέσματα.

Η χρήση εγχειριδίων θεραπείας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας αναπόφευκτα συνοδεύεται από οργανωτικές αλλαγές, αλλά και από αλλαγές στον τρόπο παροχής των ψυχολογικών παρεμβάσεων με έμφαση στις δομημένες, σύντομες και εστιασμένες στα συμπτώματα θεραπείες. Μέχρι στιγμής, δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια ερευνητική εργασία η οποία να αξιολογεί την ευρύτερη επίδραση της εφαρμογής οδηγών θεραπείας στο εκάστοτε σύστημα υγείας και ειδικά στην ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αλλά θα είναι ενδιαφέρον να μελετηθεί το συγκεκριμένο πλαίσιο και σε σχέση με το δημόσιο συμφέρον.

⇒ Οι τεκμηριωμένες ψυχολογικές παρεμβάσεις, με τους αυστηρούς όρους που αξιολογούνται στις ΕΚΔ, παρουσιάζουν και αντιμετωπίζουν τον ασθενή ως αμέτοχο μέλος, στο οποίο παρέχεται μία τυποποιημένη θεραπεία για μία συγκεκριμένη διαταραχή, όπου οποιαδήποτε παρέκκλιση από το πρωτόκολλο πρέπει να ελαχιστοποιηθεί. Σε αυτό το πλαίσιο η ψυχοθεραπεία, ως αντίστοιχη του φαρμάκου, υποστηρίζεται μεν από τη θεραπευτική σχέση, αλλά θεωρείται ότι η τεχνική και ο θεραπευτής είναι που συνεισφέρουν στην επιτυχή έκβαση. Με άλλα λόγια, διαμορφώνεται ένα μοντέλο εξουσίας μεταξύ του θεραπευτή (που είναι ο «ειδικός») και του θεραπευόμενου (που είναι ο λήπτης των υπηρεσιών).

Το κίνημα της ΕΤΨ και η αντίστοιχη έρευνα προωθεί τον «τεχνικο-κεντρισμό», δίνοντας έμφαση στις εξειδικευμένες παρεμβάσεις και στα εγχειρίδια οδηγιών, μη αξιολογώντας τη συμμετοχή του θεραπευόμενου και την προσωπική του

εμπειρία από τη θεραπευτική πράξη. Η κλινική πρακτική όμως απέχει παρασάγγας από την προαναφερόμενη προοπτική της ΕΤΨ, γεγονός που καθιστά την τελευταία «ξένο σώμα» στη λήψη αποφάσεων πολλών επαγγελματιών. Δεν είναι σίγουρα τυχαίο ότι οι ερευνητές στρέφονται όλο και περισσότερο στην αναζήτηση εργαλείων που θα διευκολύνουν την εφαρμογή των τεκμηριωμένων θεραπειών στην πράξη.

⇒ Ο σημαντικός προβληματισμός για την εφαρμοσιμότητα των ΕΥΘ περικλείει ένα ακόμη ερώτημα. Σε ποιο βαθμό οι ασθενείς που επιλέγονται στις ΕΚΔ είναι αντιπροσωπευτικοί του ευρύτερου πληθυσμού αναφορικά με το διαγνωστικό τους προφίλ; Η μεθοδολογία που ακολουθείται για την εμπειρική τεκμηρίωση των ψυχολογικών παρεμβάσεων υπονοεί ότι οι πολλαπλές διαγνώσεις σπανίζουν. Τα κριτήρια επιλογής των ασθενών στις κλινικές δοκιμασίες (συνήθως δείγμα με μία πρωταρχική διαταραχή του άξονα Ι του DSM) δεν φαίνεται να έχουν πολλά κοινά σημεία αναφοράς με τη διαδικασία αξιολόγησης των ασθενών στην καθημερινή πρακτική, όπου τα αιτήματα είναι πολυσύνθετα και δεν άπτονται μόνο συγκεκριμένης συμπτωματολογίας. Τα ποσοστά των ατόμων που αποκλείονται από τις ΕΚΔ είναι πολύ υψηλά (30–70% του αριθμού υποψηφίων συμμετεχόντων) και πιθανόν αντιπροσωπεύουν τον «μέσο» θεραπευόμενο στην καθημερινή πρακτική. Στην αντίθετη όχθη, υπάρχουν ορισμένες πρόσφατες έρευνες που υποστηρίζουν ότι οι ΕΚΔ μπορούν να συμπεριλάβουν επαρκώς αντιπροσωπευτικό δείγμα στη μελέτη των ψυχολογικών διαταραχών. Συνοπτικά, η αντιπαράθεση των ερευνητών για το συγκεκριμένο ζήτημα της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος στις ΕΚΔ συνεχίζεται και τα συμπεράσματα της έρευνας δεν είναι σαφώς καταληκτικά.

⇒ Η τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία (και η σχετική έρευνα), ως πολιτική πράξη επηρεαζόμενη από την κοινωνικοπολιτική ιδεολογία στην οποία ασκείται και από την οποία διαμορφώνεται, «αντιγράφει» την περιθωριοποίηση που υφίστανται συχνά οι μειονοτικές ομάδες του πληθυσμού, είτε αυτές ορίζονται με εθνολογικά, πολιτικά, φυλετικά, οργανικά ή άλλα χαρακτηριστικά. Αυτό το φαινόμενο αποκαλύπτεται από τα εξής σημεία: **α)** Υπάρχει γενικότερη έλλειψη ερευνητικών πορισμάτων –και χρηματοδότησης ερευνών– για την αποτελεσματικότητα των υπαρχόντων ΕΥΘ σε εθνολογικές ή άλλες μειονοτικές ομάδες. **β)** Επιπλέον, οι ΕΥΘ δεν αναφέρονται επαρκώς ή καθόλου στη διάσταση του φύλου. Στη σχετική θεωρητική και ερευνητική εργασία περί αξιολόγησης του αποτελέσματος της ψυχοθεραπείας, ακόμη διαφαίνονται σεξιστικές προκαταλήψεις. **γ)** Παρόμοια συμπεράσματα, ισχύουν και για τη θεραπεία ατόμων με διαφορετικό σεξουαλικό προσανατολισμό, (ομοφυλόφιλοι άνδρες και γυναίκες, αμφίφυλοι, τρανσέξουαλ). **δ)** Στη βιβλιογραφία των ΕΥΘ δεν υπάρχουν δημοσιεύσεις σχετικά με τις αποτελεσματικές ψυχοθεραπευτικές

προσεγγίσεις για άτομα με αναπηρίες. **ε)** Επιπλέον, αν και γνωρίζουμε ότι ορισμένα χαρακτηριστικά των θεραπευόμενων επηρεάζουν την έκβαση της παρέμβασης, δεν υπάρχει ακόμη αρκετή έρευνα για πώς συσχετίζονται συγκεκριμένες ΕΥΘ με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ασθενών.

Είναι φανερό, ότι η ερευνητική δραστηριότητα οφείλει να εξετάσει πιο μεθοδικά τους πληθυσμούς και τις ιδιαιτερότητές τους, κατά προτεραιότητα, ώστε να μπορεί να υποστηριχθεί ότι οι τεκμηριωμένες παρεμβάσεις πραγματικά δημιουργούνται για την «ευημερία» *κάθε* πολίτη. Αναγνωρίζοντας τη σοβαρότητα παρόμοιων επιχειρημάτων οι ερευνητές πρόσφατα άρχισαν να αξιολογούν θεραπευτικές παρεμβάσεις (κυρίως τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία) σε διαφορετικούς (μειονοτικούς) πληθυσμούς.

⇒ Η κατασκευή μίας λίστας ΕΥΘ υπονοεί τον διπολικό διαχωρισμό των παρεμβάσεων σε δύο κύριες κατηγορίες: όσες είναι τεκμηριωμένα αποτελεσματικές και όσες δεν είναι. Αυτή η απόλυτη διχοτόμηση όμως δεν αφήνει χώρο για την πραγματική εικόνα που παρουσιάζουν οι έρευνες αξιολόγησης της ψυχοθεραπείας. Η εμπειρική υποστήριξη παρουσιάζει διαβαθμίσεις, και οι σύντομες τεκμηριωμένες παρεμβάσεις (αλλά και όσες δεν θεωρούνται τεκμηριωμένες) έχουν μεταβλητή αποτελεσματικότητα (με όρους ύφεσης συμπτωμάτων, ανάρρωσης, διατήρησης του αποτελέσματος κλπ.) ανάλογα με τις διαταραχές για τις οποίες παρέχονται. Το γεγονός ότι μία παρέμβαση δεν συμπεριλαμβάνεται στις τεκμηριωμένες θεραπείες μπορεί να σημαίνει τρία πράγματα: έχει αξιολογηθεί ως μη αποτελεσματική, δεν έχει αξιολογηθεί, δεν έχει συμπεριληφθεί στην εργασία της εκάστοτε επιτροπής. Με άλλα λόγια, ο μη χαρακτηρισμός μιας παρέμβασης ως τεκμηριωμένης *δεν* πρέπει να ταυτίζεται με αναποτελεσματικότητα, κάτι που αν και αναγνωρίζεται στη βιβλιογραφία, στην πράξη (δηλαδή στον τρόπο προώθησης και εφαρμογής των ΕΥΘ) δεν φαίνεται να λαμβάνει χώρα.

⇒ Η ροή χρηματοδότησης, οι προτιμήσεις των θεραπευτών και η διαθεσιμότητα εγχειριδίων θεραπείας είναι ορισμένοι παράγοντες που επηρεάζουν το ποιος τύπος θεραπείας μελετάται, δημιουργώντας ανισομερή κατανομή στην τεκμηρίωση των παρεμβάσεων. Οι θεραπείες που επιλέγονται να αξιολογηθούν είναι σε μεγάλο βαθμό εκείνες που ταιριάζουν στην κυρίαρχη ερευνητική μεθοδολογία, δηλαδή την ΕΚΔ. Αυτές οι θεραπείες είναι σύντομες, ισχυρά κατευθυντικές και μπορούν να τυποποιηθούν με εγχειρίδια (λόγω της συγκεκριμένης ακολουθίας τεχνικών που χρειάζονται για την ολοκλήρωσή τους). Κυρίως οι συμπεριφορικές και γνωσιακές παρεμβάσεις πληρούν τα ανωτέρω κριτήρια. Επιπρόσθετα, ο τρόπος αξιολόγησης των ΕΥΘ ταιριάζει καλύτερα σε συγκεκριμένο τύπο διαταραχών, όπως οι φοβίες, ενώ και οι

τεχνικές μέτρησης που χρησιμοποιούνται στις έρευνες συχνά αναφέρονται στη θεραπευτική αλλαγή με τρόπους που συντονίζονται με περιορισμένο εύρος παρεμβάσεων.

⇒ Είναι φανερό, από όσα προαναφέρθηκαν, ότι στην ψυχοθεραπεία οι περισσότερες ΕΥΘ ανήκουν στη συμπεριφορική-γνωσιακή προσέγγιση εξαιτίας του τρόπου αξιολόγησής τους. Οι αντιδράσεις των υπολοίπων προσεγγίσεων είναι έντονες και μιλούν για άδικη και προνομιακή μεταχείριση των ΓΣΘ. Για παράδειγμα, οι κριτικές αναφέρονται στο ότι οι ΕΥΘ αξιολογούνται με βάση την άμβλυνση των συμπτωμάτων των ασθενών, ενώ οι ψυχοδυναμικές & ανθρωπιστικές προσεγγίσεις δεν εστιάζουν πρωταρχικά στη συμπτωματολογία, αλλά και σε άλλους παράγοντες, όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Συνεπώς, είναι δυσχερής η αξιολόγηση όλου του φάσματος των προσεγγίσεων με τα κριτήρια των κλινικών δοκιμασιών. Ιδιαίτερα το μέλλον της κλασικής ψυχανάλυσης φαίνεται να αμφισβητείται, στο πεδίο της ΕΤΨ, εξαιτίας της ελάχιστης εμπειρικής της αξιολόγησης.

⇒ Ένα ακόμη σημείο προβληματισμού στο κίνημα της ΕΤΨ έγκειται στο ότι η επιλογή των θεραπειών που αξιολογούνται δεν φαίνεται να γίνεται αναλογικά με την πρακτική των θεραπειών στην κοινότητα. Εάν εξετάζονταν εξαρχής οι θεραπείες που εφαρμόζονταν πιο συχνά, πιθανόν δεν θα υπήρχε σήμερα η πρωτοκαθεδρία των γνωσιακών-συμπεριφορικών προσεγγίσεων, διότι την εποχή που ξεκίνησε η εφαρμογή των ΕΚΔ στην αξιολόγηση της ψυχοθεραπείας, οι ΓΣΘ δεν ήταν τόσο διαδεδομένες, συγκριτικά με τις ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις. Τι θα συνέβαινε άραγε, εάν οι ερευνητές «επέλεγαν» τα τελευταία είκοσι χρόνια να μελετήσουν κυρίως μακρόχρονες, ψυχοδυναμικού τύπου θεραπείες; Με δεδομένα τα ευρήματα πολλών δεκαετιών στην έρευνα, μάλλον αυτές οι θεραπείες θα ήταν αρκετά αποτελεσματικές. Μήπως σήμερα, θα μιλούσαμε για τον αποκλεισμό των σύντομων, εστιασμένων παρεμβάσεων έναντι των υπολοίπων και θα υποστηρίζαμε ως θεραπείες επιλογής εκείνες που θα είχαν μελετηθεί επαρκώς;

⇒ Επιπρόσθετα, οι παρεμβάσεις που επιλέγονται να αξιολογηθούν ως ΕΥΘ μπορούν να χαρακτηριστούν και ως «καθαρές προσεγγίσεις». Στην κλινική πρακτική όμως οι θεραπευτές εφαρμόζουν σε μεγάλο ποσοστό και εκλεκτικές ή συνθετικές προσεγγίσεις οι οποίες δεν συνάδουν με τον τρόπο που σήμερα ελέγχεται εμπειρικά η ψυχοθεραπεία. Η ΕΤΨ δεν μελετά τις εκλεκτικές προσεγγίσεις γεγονός που δημιουργεί μεγαλύτερο χάσμα μεταξύ της ερευνητικής τεκμηρίωσης και της πρακτικής των ψυχοθεραπευτών, προσφέροντας ένα περιοριστικό μοντέλο αξιολόγησης της ψυχοθεραπείας.

⇒ Οι παρεμβάσεις που ελέγχονται εμπειρικά είναι οι πλέον σύντομες. Αυτό το γεγονός όμως επιβάλλεται για λόγους που δεν αναφέρονται στη σχέση διάρκειας παρέμβασης και άμβλυνσης των διαταραχών. Το πεδίο μελέτης περιορίζεται στις βραχείες θεραπείες εξαιτίας οικονομικών και πρακτικών συνθηκών. Οι σύντομες παρεμβάσεις φαίνεται να είναι αποτελεσματικές για πολλές διαγνωστικές κατηγορίες, ενώ παράλληλα «κοστίζουν» λιγότερο στο εκάστοτε σύστημα υγείας, αν και υπάρχει ερευνητική εργασία που υποδεικνύει ότι η διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος (μετά το πέρας της παρέμβασης) είναι αρκετά βραχεία. Οι ερευνητικές υποδείξεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, ωστόσο, είναι η εξατομικευμένη σχέση με τον ασθενή και η θεραπευτική του πορεία που οφείλει να αποτελεί ένα βασικό κριτήριο για την τελική διάρκεια της παρέμβασης και όχι οι εξωγενείς παρεμβάσεις οικονομικών και διαχειριστικών παραγόντων (όπως οι ασφαλιστικές εταιρείες).

⇒ Σε γενικές γραμμές το κίνημα της ΕΤΨ φαίνεται να δίνει έμφαση στις θεραπευτικές τεχνικές και τις διαφορές μεταξύ τους, ενώ μειώνει ή αγνοεί τη σημασία των κοινών παραγόντων που (σύμφωνα με τις έρευνες) επηρεάζουν το αποτέλεσμα ανεξάρτητα από τον τύπο της προσέγγισης. Οι απόψεις μεταξύ των διαφορετικών σχολών μοιάζουν αγεφύρωτες, ανάλογα με την έμφαση που δίνει η κάθε μία στον τρόπο αξιολόγησης του αποτελέσματος (μέσω λ.χ. των τεχνικών ή μέσω της ποιότητας της θεραπευτικής συμμαχίας). Η σύγχρονη έρευνα φαίνεται να υποδεικνύει ότι οι συγκεκριμένες τεχνικές ή στοιχεία των παρεμβάσεων, που καθορίζονται από τα εγχειρίδια των ΕΥΘ, μπορούν να αμφισβητηθούν ως το βασικό αποτελεσματικό συστατικό των ψυχολογικών θεραπειών. Εφόσον η ΕΤΨ υποστηρίζει παρεμβάσεις που δεν αναφέρονται ή αξιοποιούν τους κοινούς παράγοντες, πιθανόν αφήνει αναξιοποίητο ένα σημαντικό μέσο για τη βελτίωση των θεραπειών και δυσχεραίνει την κλινική εφαρμογή τους.

⇒ Μία προσπάθεια να αναπληρωθεί η ελλιπής έμφαση στους κοινούς παράγοντες στην ψυχοθεραπεία βασίστηκε σε δύο ερωτήσεις: Τι λειτουργεί γενικά στη θεραπευτική σχέση και τι λειτουργεί καλύτερα για συγκεκριμένους ασθενείς; Αναζητώντας απαντήσεις στα δύο ερωτήματα, χωρίς τους περιορισμούς των διαγνωστικών κατηγοριών ή συγκεκριμένων θεωριών, δημιουργήθηκε η εργασία για τις εμπειρικά τεκμηριωμένες θεραπευτικές σχέσεις από τον τομέα ψυχοθεραπείας της APA (Norcross & Hill, 2004). Διερευνήθηκαν ορισμένα στοιχεία της σχέσης που διευκολύνουν το θετικό αποτέλεσμα και ορισμένες ποιότητες του θεραπευόμενου που εξυπηρετούν ως αξιόπιστα στοιχεία για την εξατομίκευση της σχέσης. Η συνεισφορά της

εργασίας αυτής είναι, κατά τη γνώμη μου, σημαντική, εφόσον σημασιοδοτεί την ψυχοθεραπεία ως μία διαπροσωπική διαδικασία που δεν περιορίζεται σε διαγνώσεις και τεχνικές, αλλά εμπλουτίζεται από τη σχέση των συμμετεχόντων, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους και τις εμπειρίες τους. Ένα ακόμη καίριο σημείο είναι το ότι η επιτροπή εξέτασε μελέτες από ένα μεγάλο εύρος ερευνητικών μεθοδολογιών που πιθανόν αντικατοπτρίζει καλύτερα την πολυπλοκότητα της ψυχοθεραπείας. Σημειώνω, εντούτοις, ότι η προσπάθεια να εντοπιστούν στοιχεία της θεραπευτικής σχέσης που τεκμηριωμένα προάγουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα, ανάγει την ίδια τη θεραπευτική σχέση σε ένα είδος τεχνικής, το οποίο μπορεί να διδαχθεί ή να ταξινομηθεί σε εγχειρίδια, κάτι που μπορεί να θεωρηθεί ευεργετικό ή περιοριστικό από τους ψυχοθεραπευτές, ανάλογα με τον τρόπο προώθησης της συγκεκριμένης εργασίας.

⇒ Ένα ακόμη κριτικό ερώτημα που θεωρώ σημαντικό είναι το εξής: Είναι τα κριτήρια που θέτουν οι εκάστοτε επιτροπές επαρκή ώστε, εφόσον πληρούνται, να εφαρμόζονται οι τεκμηριωμένες παρεμβάσεις στον ευρύτερο πληθυσμό; Η απάντηση, κατά τη γνώμη μου, είναι αρνητική. Εκτός από τα κριτήρια ένταξης των θεραπειών στις λίστες ή στα εγχειρίδια (στις ελλείψεις των οποίων έχω αναφερθεί), πρέπει να καθοριστούν και κριτήρια επαναξιολόγησης κάθε υποστηριζόμενης παρέμβασης, αναθεώρησης της βιβλιογραφίας που εξετάστηκε και επίσης, κριτήρια για την αφαίρεση παρεμβάσεων που αποδεικνύονται μη λειτουργικές. Η συνεχής αναθεώρηση των ΕΥΘ από διαφορετικές επιτροπές και η προσθήκη των νέων ερευνητικών ευρημάτων απαιτείται από την ίδια τη φιλοσοφία της ΕΤΨ, που αναζητά τη σύμπλευση με τα πιο σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, αλλά και από την ηθική προσταγή τα «προϊόντα» της ΕΤΨ να είναι τα πιο αποτελεσματικά στην παροχή τους στους πολίτες.

⇒ Λίγες έρευνες μέχρι σήμερα έχουν εξετάσει την κλινική χρησιμότητα των ΕΥΘ, δηλαδή τη δυνατότητά τους να μεταφερθούν από το εργαστήριο στην κλινική πρακτική με παρόμοια αποτελεσματικότητα, αν και αυτό το σημείο είναι καίριας σημασίας για την ψυχοθεραπευτική πρακτική. Τα ευρήματα των ερευνών είναι συχνά αντιφατικά και δείχνουν ότι υπάρχει η δυνατότητα μεταφοράς των ΕΥΘ στην κοινότητα, αλλά υπό προϋποθέσεις και όχι πάντα με εξίσου θετικά αποτελέσματα (όπως στο εργαστήριο). Εξάλλου η καθημερινή πρακτική διαφέρει εξαιρετικά από την ερευνητική (διαφορετικές συνθήκες παροχής υπηρεσιών κλπ.). Θεωρώ λοιπόν, ότι πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στην επαναξιολόγηση (τόσο στο αποτέλεσμα, όσο και στη διαδικασία) όσων (τεκμηριωμένων) παρεμβάσεων εφαρμόζονται ήδη στην κοινότητα, ώστε να παραχθούν χρήσιμα δεδομένα που να άπτονται της καθημερινής παροχής

υπηρεσιών. Το εκάστοτε σύστημα υγείας οφείλει να εξετάζει, κατά πόσο οι εμπειρικοί δείκτες δύνανται να παρέχουν υψηλότερης ποιότητας παρεμβάσεις στους πολίτες, πέρα από το εργαστήριο ή τις μελέτες κόστους-ωφέλειας.

⇒ Οι παρεμβάσεις που αξιολογούνται ερευνητικά, διαμορφώνονται ώστε να πληρούν εξονυχιστικά κριτήρια υψηλής ποιότητας και ομοιογένειας, σε αντίθεση με την κλινική πραγματικότητα. Εξού και οι συγκριτικές μελέτες ΕΥΘ και κλινικής πρακτικής είναι ανεπαρκείς στην παραγωγή έγκυρων συμπερασμάτων, εφόσον οι συγκρίσεις δεν γίνονται με τους ίδιους όρους-συνθήκες. Όσο αναφορά στην αξιολόγηση των θεραπειών που προσφέρονται στη συνήθη πρακτική, πολύ λίγα ερευνητικά δεδομένα υπάρχουν έως σήμερα, τα οποία, επιπλέον, δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις σκιαγραφούν μία προβληματική κατάσταση.

Πιστεύω πως είναι αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των κλινικών παρεμβάσεων που παρέχονται στην κοινότητα, και η αξιοποίηση των θετικών χαρακτηριστικών τους από τους ερευνητές, πιθανόν με την ενσωμάτωσή τους στις τεκμηριωμένες παρεμβάσεις. Από την άλλη πλευρά, η οριοθέτηση των προβληματικών ή αδύναμων παρεμβάσεων θα δώσει τη δυνατότητα να διαμορφωθούν νέες προτάσεις, εμπειρικά τεκμηριωμένες, ώστε να βελτιωθεί η παροχή υπηρεσιών στους πολίτες. Συμπερασματικά, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα που συναντάται σχετικά με τις ΕΚΔ και τις ΕΥΘ είναι η δυνατότητα εφαρμογής τους ή γενίκευσης των αποτελεσμάτων τους, τη στιγμή που οι ίδιες λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στη λήψη αποφάσεων που αφορούν ποιες θεραπείες θα παρέχονται από μία υπηρεσία και με ποιο τρόπο.

⇒ Στην αξιολόγηση της ψυχοθεραπείας χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο η κατηγοριοποίηση ασθενών με βάση νοσολογικά συστήματα ιατρικής προέλευσης, όπως το DSM. Πολλοί μελετητές αντιδρούν στη χρήση αυτών των συστημάτων υποστηρίζοντας, πρώτον, ότι ο οπερασιοναλισμός τους ευνοεί τις συμπεριφορικές και βιολογικές προσεγγίσεις, συγκριτικά με άλλες, εξίσου αποτελεσματικές προσεγγίσεις της ψυχοπαθολογίας, και δεύτερον ότι, αναφέρονται σε φαινομενολογικά στοιχεία των περιστατικών παρά σε αιτιολογικούς παράγοντες, δημιουργώντας την επίφαση μιας ομοιογένειας - η οποία σαφώς δεν συναντάται στην κλινική πρακτική. Η μοναδικότητα κάθε θεραπευόμενου, κάθε θεραπευτικής σχέσης και η εν γένει ιδεολογική ταυτότητα κάθε θεραπευτικής προσέγγισης δεν αποτυπώνεται στα νοσολογικού τύπου συστήματα. Ένα ακόμη προβληματικό σημείο έγκειται στο ότι η ίδια η εμπειρική τεκμηρίωση των νοσολογικών κατηγοριών μπορεί να αμφισβητηθεί. Η χρήση τους έχει οδηγήσει στον περιορισμό της ερευνητικής παλέτας μόνο σε

συγκεκριμένες διαγνώσεις του άξονα Ι του DMS, τη στιγμή που οι θεραπευτές συναντούν μεγάλο αριθμό περιστατικών (πάνω από το 1/3) που υπερβαίνουν ή δεν συνάδουν με τις συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες οι οποίες, επίσης, δεν συμπεριλαμβάνουν τη διερεύνηση και αλλαγή δυσλειτουργικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του ατόμου. Η μελλοντική εξέλιξη των νοσολογικών και διαγνωστικών κατηγοριών οφείλει να λάβει υπόψη όλα τα προαναφερόμενα ζητήματα που έχουν τεθεί, ώστε η τεκμηρίωση της ψυχοθεραπείας να βελτιωθεί ουσιαστικά.

⇒ Ο χώρος που δίνεται στην ποιοτική και στη διαδικαστική έρευνα στο πλαίσιο της ΕΤΨ είναι ελάχιστος και συχνά υποτιμημένος. Οι ποιοτικές όμως μέθοδοι έχουν πλεονεκτήματα στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, αλλά και των συγκεκριμένων τεχνικών και παραγόντων που επηρεάζουν τη θεραπευτική αλλαγή. Η διαδικαστική έρευνα, επιπλέον, παρέχει γνώση των ενεργών παραγόντων που συμβάλλουν στην επιτυχή θεραπεία και τα οποία συχνά δεν αξιολογούνται στις οδηγίες ενός εγχειριδίου ή σε μια κλινική δοκιμασία. Η μη ύπαρξη ελεγχόμενου πλαισίου στις νατουραλιστικές και περιγραφικές μεθόδους, συμβάλλει ώστε το αποτέλεσμα και η διαδικασία να συνάδουν με την πραγματική πρακτική. Δίνουν τη δυνατότητα να ερευνηθούν πολυπαραγοντικά φαινόμενα σε πραγματικές κλινικές συνθήκες και να εμπλουτιστούν οι θεωρητικές κατασκευές στις οποίες βασίζεται η αποτελεσματική παροχή της ψυχοθεραπείας. Κάθε μεθοδολογία προάγει με διαφορετικό τρόπο την καινοτομία, επιταχύνοντας την ανακάλυψη ή τεκμηρίωση νέων δεδομένων. Πολλά είδη τεκμηρίων είναι, κατά τη γνώμη μου, απαραίτητα στη διερεύνηση του πολύπλοκου «φαινομένου» της ψυχοθεραπείας, τα οποία μπορούν συνδυαστικά να ενσωματώσουν τόσο την επιστημονική όσο και την ουμανιστική οπτική της θεραπευτικής διαδικασίας και του αποτελέσματος.

5. ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΡΡΟΕΣ ΣΤΗΝ ΕΤΨ

Οι προβληματισμοί, οι αψιμαχίες και τα ερωτηματικά που προέρχονται από τη μεθοδολογία αξιολόγησης της ψυχοθεραπείας είναι, όπως παρουσιάστηκαν, εκτενή και πολύπλοκα. Δημιουργείται όμως η εντύπωση, ότι αν προσπαθήσει να εξάγει κάποιος συμπεράσματα από την προαναφερόμενη διαμάχη αναφορικά με μεθοδολογικού τύπου ζητήματα, θα έχει συλλάβει μόνο ένα, σημαντικό μεν, αλλά ελλιπές τμήμα της εικόνας που απαρτίζει το φαινόμενο που ονομάζεται επιστημονικά τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία. Το υπόλοιπο κομμάτι της εικόνας περιέχει το τρίτο μέρος αυτής της σύγκρουσης (αν υποθέσουμε ότι τα δύο μέρη αντιστοιχούν σε όσους ευνοούν εμπειρικού ή ανθρωπιστικού τύπου προσεγγίσεις). Αν και όχι πάντα φανερές, οι επιρροές του πολιτικού και οικονομικού στοιχείου στην έρευνα και την κλινική πρακτική, είναι σημαντικές. Σε κάθε πόλεμο, συνήθως

υπάρχουν δύο αντίπαλοι. Στις περισσότερες όμως εχθροπραξίες υπάρχει κάποιος που φροντίζει για την παροχή πολεμοφόδιων προς μία συγκεκριμένη παράταξη παραμένοντας ο ίδιος συχνά στο παρασκήνιο...

Το βασικό και σαφώς αποδεκτό επιχείρημα για την αξιολόγηση των ψυχολογικών παρεμβάσεων βασίζεται στην ηθική υποχρέωση του επαγγελματία να προσφέρει τη βέλτιστη δυνατή φροντίδα. Αποτελούν όμως οι τεκμηριωμένες ψυχολογικές θεραπείες την καλύτερη μέριμνα για τους ασθενείς; Ο αυστηρός σχεδιασμός των κλινικών δοκιμασιών για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, αν και έχει ως ουσιαστικό σκοπό να βελτιώσει την ποιότητα παροχής υπηρεσιών για τους αιτούντες-πάσχοντες, σε ορισμένα ζητήματα δεν συμβαδίζει με τις ανάγκες των συγκεκριμένων ασθενών που συμμετέχουν στις έρευνες, όπου αναφύονται ποικίλα δεοντολογικά ζητήματα[252].

Η μελέτη των αντιδράσεων στο κίνημα της ΕΤΨ φανερώνει ότι, για μία σημαντική μερίδα επιστημόνων, οι τεκμηριωμένες παρεμβάσεις δεν ανταποκρίνονται στις καθημερινές ανάγκες των ασθενών και των θεραπευτών, αλλά περισσότερο στις υποθέσεις των ερευνητών και στις απαιτήσεις των διαχειριστών των συστημάτων υγείας. Το γεγονός ότι στην ελεύθερη αγορά ψυχικής υγείας οι επιλογές του ασθενούς δεν λαμβάνονται πάντα υπόψη κατά την παροχή τεκμηριωμένων παρεμβάσεων, εφόσον οι θεραπείες επιλέγονται με βάση εμπειρικά και οικονομικά κριτήρια, συνιστά μία πρακτική που δεν συνάδει με τη βελτίωση της φροντίδας των θεραπευόμενων. Αντίθετα, ίσως επιφέρει τον περιορισμό της ελευθερίας των ασθενών στην επιλογή της θεραπείας τους.

Επιπλέον, ο κλινικός που εκπαιδεύεται και παρέχει επιστημονικά υποστηριζόμενες θεραπείες, λειτουργεί υπό το επιβαλλόμενο καθεστώς της ελεύθερης αγοράς εργασίας. Επιλέγει, με άλλα λόγια, να εκπαιδευτεί στο πιο «βιώσιμο» μοντέλο, αυτό που είναι εμπειρικά τεκμηριωμένο (το οποίο παρουσιάζεται ως ο ηθικά και επιστημονικά «ορθός» δρόμος για τον νέο θεραπευτή που αγωνιά να επιβιώσει στην αγορά εργασίας), αν και με αυτή τη λογική παραμερίζεται η προσωπική επιλογή κάποιας προσέγγισης από τον ίδιο και ουσιαστικά απαντά στις ανάγκες και πιέσεις του κοινωνικοπολιτικού συστήματος. Εν ολίγοις, η ΕΤΨ, με τους όρους που διαμορφώνεται σήμερα, αν και έχει στόχο να φροντίσει τον ασθενή και να διασφαλίσει τον θεραπευτή (από κακές πρακτικές), φαίνεται να εξασφαλίζει το νεοφιλελεύθερο σύστημα διαχείρισης της υγείας.

[252] Εξετάστηκαν αναλυτικά στο πέμπτο κεφάλαιο το παρόντος.

Η ΕΤΨ επηρεάζει σημαντικά το είδος εκπαίδευσης των νέων θεραπευτών, όπου η εστίαση δίνεται όλο και περισσότερο στις ΕΥΘ. Οι διαθέσιμες προς εκπαίδευση παρεμβάσεις, στα μεταπτυχιακά προγράμματα ψυχολογίας (και όχι μόνο), μειώνονται σε όσες θεωρούνται τεκμηριωμένες (όπου φυσικά κυριαρχεί η ΓΣΘ), προς αντικατάσταση των υπολοίπων. Επιπλέον, η εξειδίκευση των ΕΥΘ σε συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες δημιουργεί μη ρεαλιστικές συνθήκες για την εκπαίδευση των θεραπευτών, στο σημείο που στην καθημερινή πρακτική οι ιδιαιτερότητες των περιστατικών ξεπερνούν ένα συγκεκριμένο διαγνωστικό προφίλ. Μήπως όμως αυτό το εκπαιδευτικό μοτίβο δημιουργεί «τεχνικούς» με ειδικότητα στη διάγνωση και επιλογή του κατάλληλου οδηγού θεραπείας, χωρίς όμως να αναπτύσσεται η διαπροσωπική ευαισθησία και ευελιξία που είναι σημαντικό χαρακτηριστικό κάθε επιτυχούς θεραπευτικής σχέσης;

Το γεγονός ότι δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των επιστημόνων για το αν είναι θεμιτό να παρέχονται όσες παρεμβάσεις δεν έχουν τεκμηριωθεί, καθώς και η «νομιμοποίηση» εκ μέρους των επίσημων φορέων των τεκμηριωμένων θεραπειών, πιθανόν δημιουργεί μία «δεύτερη κατηγορία κλινικών» (όσοι δεν εκπαιδεύονται να δεν παρέχουν ΕΥΘ), οι οποίοι δύναται να κατηγορηθούν για αντι-επαγγελματική συμπεριφορά ή αμέλεια. Η ασάφεια με την οποία έχουν οριστεί τα κριτήρια για τις ΕΥΘ και η συνεχιζόμενη διαμάχη για την αξιοπιστία τους, αφήνει σημαντικό πεδίο στην επιβολή νομικών κυρώσεων στους ψυχολόγους που δεν παρέχουν τεκμηριωμένες παρεμβάσεις. Είναι όμως, ο τρόπος που προτείνεται μέσω της ΕΤΨ θεμιτός για να διαχωρίζονται οι επαγγελματίες από τους «ψευτο-θεραπευτές» και πως μπορούν να διασφαλιστούν οι θεραπευτές που παρέχουν μη τεκμηριωμένες παρεμβάσεις χωρίς να περιθωριοποιηθούν από το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας;

5.Α. Τεκμηριωμένη Ψυχοθεραπεία, Πολιτική & Εξουσία

Τα εγχειρίδια κλινικής πρακτικής και οι λίστες των ΕΥΘ της APA έχουν γίνει σημείο αναφοράς για πολλές ιδιωτικές, τοπικές και κυβερνητικές υπηρεσίες χρηματοδότησης σε Ευρώπη και Αμερική, αρχίζοντας να αποζημιώνουν τους θεραπευτές μόνο στην περίπτωση που χρησιμοποιούν τεκμηριωμένες παρεμβάσεις. Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, από την πλευρά τους, περιορίζουν τις θεραπείες μόνο σε όσες είναι διαθέσιμοι να πληρώσουν, έχοντας ως εχέγγυα την επιστημονική έρευνα και τις ΕΥΘ. Ως αποτελέσματα, οι μάνατζερ και οι διαχειριστές των υπηρεσιών υγείας αποτελούν τους «σύγχρονους επόπτες» των ψυχοθεραπευτών.

Ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιείται η ερευνητική εργασία από τους διαχειριστές των συστημάτων υγείας, ώστε να αιτιολογούνται αλλαγές ή περικοπές δαπανών είναι εμφανής. Οι ερευνητές εργάζονται για να επικυρώσουν

την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών παρεμβάσεων. Η δουλειά τους όμως χρησιμοποιείται ως εχέγγυο ή «τεκμηριωμένη δικαιολογία» με σκοπό να μειωθεί το κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας στο κοινό, χωρίς απαραίτητα να βελτιώνεται τεκμηριωμένα η φροντίδα των πολιτών. Αυτή η παρατήρηση οδηγεί σε ένα ακόμη ερώτημα: Γίνονται οι ερευνητές ένα εργαλείο και μάλιστα βολικό, στα χέρια τεχνοκρατών, με τον ίδιο τρόπο που υπόκεινται οι θεραπευτές σε ελέγχους από υπαλλήλους ασφαλιστικών εταιρειών για τον τρόπο δουλειάς τους;

Θέλω όμως να προσθέσω ότι η δυναμική της αντιπαράθεσης για την ΕΤΨ σηματοδοτεί στους κόλπους των ψυχοθεραπευτών ένα παραπλήσιο παιχνίδι εξουσίας. Η πλευρά των «τεκμηριωμένων θεραπευτών», με την υποστήριξη των οικονομικών και πολιτικών παραγόντων που αποφασίζουν για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τις αποζημιώσεις των θεραπευτών, υποστηρίζει ότι κατέχει καλύτερα μέσα για την αναζήτηση της «αλήθειας-αποτελεσματικότητας» των θεραπειών. Όπως υποστηρίζουν και οι Greenberg & Watson (2006b, σελ. 112) *«Στην ψυχοθεραπεία, η ισχύς συμπεριλαμβάνει προνομιούχα πρόσβαση και έλεγχο των πόρων (επιχορηγήσεις), της επικοινωνίας (δημοσιεύσεις), και των θέσεων (κατοχή θέσεων ή μονιμότητας)».*

Η πραγματικότητα είναι ακριβώς αυτή. Οι υπέρμαχοι της ΕΤΨ κατέχουν *όλα* τα μέσα που χρειάζονται για την υποστήριξη των θέσεών τους, δηλαδή τις επιχορηγήσεις για έρευνα, την προνομιακή δημοσίευση των θέσεών τους και εν τέλει την υποστήριξη των συστημάτων υγείας. Ως συνέπεια, τα κριτήρια που δημιουργούνται για την τεκμηρίωση των θεραπειών είναι πολύ πιθανόν να προέρχονται από τους ισχυρούς «παίχτες» και συνεπώς να υποστηρίζουν τις δικές τους θεωρητικές θέσεις. Παρατηρείται δηλαδή ένα παρόμοιο φαινόμενο με την προκατάληψη των ερευνητών υπέρ της προτιμώμενης θεραπείας και βεβαίως τίθεται ένα «δεδικασμένο» για τις υπόλοιπες φωνές αντίδρασης.

Το αποτέλεσμα αυτής της κατοχής πλεονεκτημάτων και της νομιμοποίησής τους είναι η περιθωριοποίηση των αντίθετων απόψεων. Η παρουσίαση όσων διαφωνούν με την ΕΤΨ συχνά προσομοιάζει με την παρουσία μειονοτικών ομάδων που διεκδικούν κομμάτι λόγου, κομμάτι εν τέλει εξουσίας στο πάνθεο των ψυχοθεραπευτών. Ο λόγος τους συχνά διανθίζεται με συναισθηματικές εξάρσεις και αναφορές στον «απανθρωπισμό» της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, οι οποίες προκαλούν, αν όχι ειρωνικά σχόλια, τουλάχιστον «αδιάφορες» αντιδράσεις από τους οικονομικούς διαχειριστές, που ενδιαφέρονται για απαντήσεις στο ερώτημα «ποια θεραπεία κάνει για ποια διάγνωση» (ερώτημα που συνάδει με το σχεδιασμό υπηρεσιών). Κατά τη γνώμη μου, οι ευθύνες βαρύνουν αμφίδρομα τις αντίπαλες ομάδες· τόσο την «άρχουσα τάξη» των κυρίως γνωσιακών-συμπεριφορικών θεραπευτών όσο και τις φωνές αντίστασης που υπάρχουν. Οι

διαξιφισμοί και οι εσωτερικές διαμάχες διευκολύνουν την εκμετάλλευση (με ή χωρίς συναίνεση) του πεδίου από αυτούς που σχεδιάζουν πολιτικές και διαθέτουν πόρους για έρευνες και υπηρεσίες.

Η χρηματοδότηση σχεδόν αποκλειστικά των ερευνών που σχετίζονται με τις τεκμηριωμένες παρεμβάσεις δημιουργεί και έναν προβληματισμό για το μέλλον και την εξέλιξη της ψυχοθεραπείας. Η τεράστια έμφαση που δίνεται στην αντικειμενικότητα και αποτελεσματικότητα των ΕΚΔ για την αξιολόγηση των ψυχολογικών παρεμβάσεων και η «επανάπαυση» στις υπάρχουσες ΕΥΘ ίσως έχει αρνητικές συνέπειες στην ερευνητική καινοτομία. Παράλληλα, ο περιορισμός σε συγκεκριμένα μοντέλα παρέμβασης, αντιβαίνει τον σκοπό της βελτίωσης της φροντίδας των ασθενών, ενώ υπάρχουν (ή μπορούν να υπάρξουν) εναλλακτικές προτάσεις που να είναι ωφέλιμες και τεκμηριωμένες με ευρύτερα ή διαφορετικά των υπαρχόντων κριτήρια.

Πέρα από τις επιστημονικές και θεωρητικές διαμάχες σχετικά με τη μεταφορά των ερευνητικών τεκμηρίων στην κλινική πρακτική, ο παράγοντας που, κατά τη γνώμη μου, επιδρά καταλυτικά στην προώθηση και εφαρμογή της ΕΤΨ είναι η πολιτική και οικονομία της υγείας, όπως εφαρμόζεται στα νεοφιλελεύθερα συστήματα υγείας των δυτικών κοινωνιών. Οι βιβλιογραφικές αναφορές για την ΕΤΨ δεν εστιάζουν συνήθως σε αυτή την αλληλεπίδραση, αν και είναι ίσως η πλέον καταλυτική για τις εκάστοτε εξελίξεις στην άσκηση του επαγγέλματος. Εξάλλου το γεγονός ότι η διαμάχη για την ΕΤΨ εξελίσσεται με έντονους ρυθμούς, είναι συνάρτηση των πρακτικών της επιπτώσεων και όχι των φιλοσοφικών ή θεωρητικών διαφορών μεταξύ των προσεγγίσεων, αν και μία πρώτη ανάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε αυτό το συμπέρασμα.

Η ΕΤΨ αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ και τη Μ. Βρετανία, τη συγκεκριμένη ιστορική στιγμή, που ο νεοφιλελευθερισμός εμφανίστηκε στο προσκήνιο της πολιτικής σκηνής. Ο τελευταίος υποστηρίζει τα συστήματα υγείας εφόσον είναι κερδοφόρα και προσφέρουν ανταγωνιστικά προϊόντα με μειωμένο κόστος στους «καταναλωτές υπηρεσιών». Επιπλέον, η νεοφιλελεύθερη θεώρηση του ατόμου μετατοπίζει την έννοια της ευθύνης στο ίδιο παρά στα κοινωνικά φαινόμενα ή ρίσκα, όπως η ανεργία και η φτώχεια. Ο πολίτης αναφέρεται ως καταναλωτής της αγοράς που σκέπτεται πλήρως ορθολογικά τις ανάγκες του και τη συμπεριφορά του. Ο επαγγελματίας επιπλέον, πρέπει να επιδεικνύει ενδείξεις αποδοτικότητας στην εργασία του με ικανή σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, εφόσον η πρακτική του αξιολογείται με οικονομικούς όρους, οι οποίοι αντικαθιστούν την κλινική κρίση. Όλα τα χαρακτηριστικά της ΕΤΨ, όπως εχουν περιγραφεί στη μελέτη μου, αντικατοπτρίζουν αυτή τη νεοφιλελεύθερη οπτική, την εφαρμόζουν και την προωθούν στο ευρύτερο κοινό και τους κλινικούς.

Οι συνθήκες στις οποίες αναπτύχθηκε η τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία φανερώνουν την οικονομική αναγκαιότητα του εγχειρήματος, τοποθετώντας το σε ένα κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο αναφοράς. Η λογική που διείπε το αμερικάνικο και βρετανικό σύστημα υγείας ήδη από τη δεκαετία του 1980, συνίστατο σε έμφαση στη μείωση του κόστους. Η πρώτη λίστα ΕΥΘ δημιουργήθηκε ουσιαστικά υπό το καθεστώς της πίεσης ενός ανταγωνιστικού κοινωνικοπολιτικού πεδίου που απαιτεί τεκμήρια κόστους-αποτελεσματικότητας για τις θεραπείες (όπου οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις προτιμώνται εμφανώς) και υπό την απουσία συμφωνίας μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών παρεμβάσεων. Η ΕΤΨ παρουσιάστηκε ως αναγκαιότητα τη στιγμή που η βιωσιμότητα της ψυχοθεραπείας στα συστήματα υγείας απειλούνταν. Η ίδια προωθεί παρεμβάσεις που πληρούν τα κριτήρια του νεοφιλελεύθερου συστήματος διαχείρισης της υγείας, δηλαδή παρεμβάσεις αποτελεσματικές, ασφαλείς, βραχείες και οικονομικές. Αποτέλεσμα αυτού είναι οι δημόσιες και ιδιωτικές χρηματοδοτήσεις στον τομέα των ψυχολογικών θεραπειών να περιορίζονται πλέον σε τεκμηριωμένες παρεμβάσεις. Η ΕΤΨ λαμβάνει τη «μερίδα του λέοντος», γεγονός που επιβεβαιώνει τις ανησυχίες όσων αναφέρονται σε προνομιακή μεταχείριση συγκεκριμένων ψυχοθεραπευτικών μοντέλων -και κυρίως της ΓΣΘ- εις βάρος των υπολοίπων.

Η εφαρμογή της ΕΤΨ επεκτείνεται σε όλα τα κράτη που διεισδύει το νεοφιλελεύθερο ρεύμα και η δυτικού τύπου φροντίδα για την ψυχική υγεία. Το οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό και πολιτισμικό προφίλ χωρών που δεν ανήκουν στο προαναφερόμενο πλαίσιο καθιστά ανέφικτη την αναφορά σε τεκμηριωμένες παρεμβάσεις. Αν και υπό αυτή την προοπτική η τεκμηριωμένη θεραπεία μοιάζει να αναφέρεται σε προνομιούχες τάξεις πολιτών (και αυτό όντως ισχύει συγκριτικά με τους πολίτες αναπτυσσόμενων χωρών), αν μετακινηθούμε εντός του πεδίου εφαρμογής της οι όροι αλλάζουν. Συγκεκριμένα, οι τεκμηριωμένες παρεμβάσεις επιδιώκουν να «φροντίζουν καλύτερα» όσους ασθενείς ζητούν βοήθεια στο εκάστοτε σύστημα υγείας και κυρίως σε δημόσιες υπηρεσίες. Η πλειονότητα των ασθενών αυτών δεν μπορεί να πληρώσει ιδιωτικά για τη θεραπεία του. Επίσης, φαίνεται να συνδέεται το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των ασθενών με τον τύπο της θεραπείας που λαμβάνουν. Είναι μήπως οι τεκμηριωμένες θεραπείες οι πιο οικονομικές για τους διαχειριστές (ή μάνατζερ) υγείας και όχι απαραίτητα οι βέλτιστες για το σύνολο των πολιτών;

Η φαρμακευτική βιομηχανία είναι ακόμη ένας πυλώνας που υποστηρίζει και χρηματοδοτεί τις τεκμηριωμένες παρεμβάσεις, άμεσα ή έμμεσα, εμπλεκόμενη στη διεξαγωγή ερευνών, στη δημοσίευση άρθρων και στην εργασία και εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Το ποιες θεραπείες αναγνωρίζονται και

προωθούνται ως τεκμηριωμένες, εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό και από τα συμφέροντα των φαρμακευτικών εταιρειών (όπως και όλων των εμπλεκόμενων φορέων). Οι φαρμακοβιομηχανίες φαίνεται να υποστηρίζουν επιλεκτικά όσες έρευνες ευνοούν τα δικά τους προϊόντα, ενώ η εμπειρική τεκμηρίωση των ψυχολογικών παρεμβάσεων ελάχιστα ενδιαφέρει τους επενδυτές και κυρίως, ως το σημείο που δεν αποβαίνει επιζήμια, αλλά διευκολύνει τις πωλήσεις και τα κέρδη της εταιρείας. Το γεγονός ότι δεν προωθούνται ψυχολογικές παρεμβάσεις που έχουν ερευνηθεί ως αποτελεσματικές συγκριτικά με αντίστοιχα φάρμακα, δεν φαίνεται να βασίζεται σε επιστημονικά κριτήρια, αλλά μάλλον σε αμοιβαία συμφέροντα μεταξύ βιομηχανίας και συστήματος υγείας.

Επιπλέον, εφόσον εξαρτάται η «επιβίωση» ενός μοντέλου παρέμβασης στο εκάστοτε σύστημα υγείας (δηλαδή των ερευνητών, θεραπευτών κλπ.), τη στιγμή που οι μη τεκμηριωμένες θεραπείες σταδιακά δεν χρηματοδοτούνται, τότε είναι πιθανόν να δημιουργούνται «παρεμβάσεις» στις έρευνες και στις δημοσιεύσεις. Αυτό μπορεί να συμβαίνει είτε με έμφαση στη δημοσίευση άρθρων που ευνοούν την ΕΤΨ είτε με απόκρυψη ερευνών με μηδενικά ή αρνητικά αποτελέσματα για ορισμένες παρεμβάσεις.

Οι ψυχοθεραπευτές μέσα σε αυτό το εξαιρετικά ανταγωνιστικό πλαίσιο αναφοράς και απέναντι σε μία πανίσχυρη βιομηχανία προώθησης ψυχοφαρμάκων αντιπροτείνουν τις τεκμηριωμένες παρεμβάσεις. «Διαφημίζουν» όμως την ψυχοθεραπεία ως ένα ακόμη φάρμακο, το οποίο είναι ασφαλές, αποτελεσματικό και οικονομικό και επομένως μπορεί να συμπεριληφθεί στο φάσμα των ιατρικών θεραπειών. Το γεγονός ότι η ψυχοθεραπεία έχει «ιατρικοποιηθεί» σε μεγάλο βαθμό, έχει δηλαδή εισαχθεί στα συστήματα υγείας και χρησιμοποιεί το ιατρικό μοντέλο για την «αξιολόγηση», «διάγνωση» και «θεραπεία» των «ασθενών», και η επακόλουθη απαίτηση των επιστημόνων για εφαρμογή εμπειρικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων (ακολουθώντας το ίδιο μοντέλο), συνοδεύεται και από μία συναφή λειτουργία. Οι ψυχολόγοι (και ειδικά οι κλινικοί ψυχολόγοι) κερδίζουν επιστημονικό και δη ιατρικό κύρος μέσω της ΕΤΨ.

Οι λόγοι για τους οποίους οι ψυχοθεραπευτές αναλαμβάνουν ιατρικούς ρόλους είναι γενικά πολιτικοί και/ή οικονομικοί (Totton, 2000). Στο σημείο που η ψυχοθεραπεία χορηγείται ως ένα είδος ιατρικής θεραπείας και σταδιακά αποκτά όλα τα χαρακτηριστικά ενός ψυχοτρόπου φαρμάκου, δίνει στους παρόχους της την «επιστημονικότητα» του ιατρικού κλάδου. Ακόμη καλύτερα «*...οι ψυχολόγοι έχουν τώρα τη δυνατότητα να επηρεάζουν τα συστήματα υγείας, τη χρηματοδότηση και τη νομοθεσία...*» (Levant & Hasan, 2008, σελ.658), δηλαδή έχουν πρόσβαση σε πολιτικές αποφάσεις. Ποιος μπορεί να αντισταθεί σε ένα τόσο

γοητευτικό μερίδιο εξουσίας, ειδικά για έναν επαγγελματικό κλάδο που δρούσε συνήθως στο περιθώριο;

Εξάλλου, μέχρι πρόσφατα, η ψυχοθεραπεία αναπτύχθηκε και καθιερώθηκε εκτός του δημόσιου τομέα, σε αντίθεση με την ιατρική και τα παρεμφερή επαγγέλματα (Goldbeck-Wood & Fonagy, 2004). Τα ερωτήματα που, θεωρώ ότι, θα πρέπει να απασχολήσουν τους κλινικούς ψυχολόγους και ψυχοθεραπευτές σε αυτό το σημείο είναι σοβαρά και αρκετά. Καταρχήν, αν είναι αναγκαία για τη βιωσιμότητά του επαγγέλματος αυτού του τύπου η «ιατρικοποίηση». Οι αλλαγές που επιφέρει τι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις θα έχουν στο χαρακτήρα της ψυχολογικής θεραπείας; Η «στροφή» προς την ιατρική παρέμβαση γίνεται τελικά προς όφελος των ουσιαστικά ενδιαφερόμενων, δηλαδή των ασθενών (η ΕΤΨ τουλάχιστον δεν φαίνεται να τους διασφαλίζει) ή προς χάριν του επιστημονικού γοήτρου του επαγγέλματος και των θέσεων εργασίας που εξασφαλίζει;

Εάν αναγνωρίζουν και προωθούν οι επαγγελματίες θεραπευτές την ψυχολογική παρέμβαση ως μία επιστημονική θεραπεία για τις ψυχικές διαταραχές, τότε έχουν τη δυνατότητα να ανήκουν στο ίδιο σύστημα (ιδεολογικό, πολιτικό, οικονομικό κλπ.) στο οποίο εντάσσεται και η ιατρική. Παράλληλα, όμως δεσμεύονται στις απαιτήσεις, τους ελέγχους, τα κριτήρια και τη βιοϊατρική φιλοσοφία της εμπειρικής αξιολόγησης. Αφενός λοιπόν οι ψυχοθεραπευτές αναζητούν το «επιστημονικό στάτους» και τις κρατικές επιχορηγήσεις για την υγεία, ενώ παράλληλα συχνά αυτο-αναφέρονται ως θεραπευτές που ασκούν «ιδιαίτερου τύπου» παρέμβαση, προσωπικής ανάπτυξης, η οποία δεν μπορεί να ελεγχθεί εμπειρικά. Είναι εφικτή η διατήρηση και των δύο «πλεονεκτημάτων» στα σύγχρονα, νεοφιλελεύθερα συστήματα υγείας;

Συμπερασματικά, είναι εύλογο να υποστηριχθεί ότι το κίνημα της επιστημονικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την πολιτική και οικονομική πραγματικότητα των δυτικών κοινωνιών. Οι πολιτικοί διαχειριστές εκμεταλλεύονται τις ερευνητικές ενδείξεις με στόχο την οργάνωση των προσφερόμενων υπηρεσιών με όρους κόστους-αποτελεσματικότητας, χωρίς να συνυπολογίζεται πάντα η αβεβαιότητα και οι ελλείψεις της ερευνητικής εργασίας, ιδιαίτερα στο πεδίο των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων. Η μείωση όμως των προσφερόμενων θεραπειών μόνο σε όσες έχουν αυστηρή εμπειρική τεκμηρίωση σημαίνει μείωση της ελεύθερης επιλογής και της δυνατότητας πρόσβασης που έχει ο πολίτης στα ήδη προβληματικά συστήματα υγείας των δυτικών κοινωνιών. Επιπλέον, η ΕΤΨ εφαρμόζεται ως πολιτική επιλογή, αν και ακόμη δεν έχει επιλύσει όλα τα αμφιλεγόμενα ζητήματα που την αφορούν, για παράδειγμα, την απουσία υπόδειξης τεκμηριωμένων θεραπειών για πολλές

διαταραχές και ασθενείς και την αδυναμία μεταφοράς των ΕΥΘ στην κλινική πρακτική με παρόμοια αποτελεσματικότητα.

Από την υιοθέτηση της ΕΤΨ απορρέει ένας ακόμη προβληματισμός. Η λογική της βελτίωσης των υπηρεσιών και θεραπειών μέσω της τεκμηριωμένης πρακτικής υπονοεί και καταδεικνύει πως το σημαντικότερο πρόβλημα των συστημάτων υγείας είναι η αδυναμία των κλινικών να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν τα ερευνητικά δεδομένα, με αποτέλεσμα η παρούσα κλινική πρακτική να είναι ετερογενής και αναποτελεσματική. Η σημασία της υποκειμενικής κρίσης του επαγγελματία υποβιβάζεται, ως υποδεέστερη της εμπειρικής τεκμηρίωσης. Η τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία προβάλλεται ως διαφανής και αξιόπιστη, ενώ στην πραγματικότητα είναι εξίσου υποκειμενική και ελλιπής, εφόσον δεν μπορεί να συμπεριλάβει όλα τα στοιχεία ή μεταβλητές που υπεισέρχονται στη θεραπευτική διαδικασία, για τον πολύ «απλό» λόγο ότι δεν είναι όλα μετρήσιμα ή ορατά.

Παρόμοιοι προβληματισμοί όμως μεταφέρουν την πολιτική και κοινωνική ευθύνη για τα ποικίλα προβλήματα των συστημάτων υγείας & πρόνοιας στους επαγγελματίες υγείας και όχι στις σημαντικές ελλείψεις που υπάρχουν πέρα από την ποιότητα της κλινικής πρακτικής, γεγονός που εναρμονίζεται με τη νεοφιλελεύθερη προοπτική για την ιδιωτική ευθύνη. Ο κλινικός, μέσω αυτής της λογικής, καθίσταται ως ο μοναδικός υπεύθυνος, αποδιοπομπαίος τράγος και δέσμιος πολιτικών διαχειριστών των οποίων τα συμφέροντα μεταφράζονται σε οικονομικούς δείκτες παρά σε κοινωνική ευημερία. Ωστόσο, η ΕΤΨ, αν και προβάλλεται ως πανάκεια, είναι αμφίβολο αν μπορεί να επιλύσει τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας των δυτικών και μη κοινωνιών.

Ένα ακόμη ζήτημα που θεωρώ σημαντικό, αν και δεν αναφέρεται στη σχετική βιβλιογραφία, άπτεται της «εκπαίδευσης του κοινού» μέσω της ΕΤΨ αναφορικά τόσο με τη φύση των ψυχολογικών διαταραχών όσο και με τον τρόπο αντιμετώπισής τους. Η εστίαση αποκλειστικά σε ψυχιατρικές κατηγοριοποιήσεις και σε συμπτώματα είναι ίδιον των ΕΥΘ. Το κίνημα της ΕΤΨ έχει διπλό στόχο να εκπαιδεύσει τόσο τους ειδικούς όσο και το κοινό στη διαθεσιμότητα και την αναγκαιότητα των αποτελεσματικών παρεμβάσεων· στόχος εύλογος και ευεργετικός. Στην ίδια φιλοσοφία όμως που εκπαιδεύονται οι θεραπευτές, μέσω της ΕΤΨ, και μαθαίνουν να αναγνωρίζουν συμπτώματα και διαγνώσεις, το ίδιο φαινόμενο μπορεί να αναπτυχθεί και τους θεραπευόμενους.

Το κοινό πληροφορείται και μαθαίνει σταδιακά ότι το σημαντικότερο πρόβλημα για το οποίο θα αναζητήσει θεραπεία είναι τα συμπτώματα και όχι οι αιτίες που τα προσδιορίζουν ή τα ανακινούν. Η ΕΤΨ διαμορφώνει, με την ισχυρή σύμπραξη

της βιολογίζουσας ιατρικής, την κοινή γνώμη και «ιατρικοποιεί» προβλήματα που συχνά οφείλονται τόσο σε κοινωνικά, περιβαλλοντικά, πολιτικά, οικονομικά και διαπροσωπικά ζητήματα και όχι μόνο ή απαραίτητα σε προβληματικά γνωσιακά σχήματα ή στις ανεπαρκείς ορμονικές μεταβολές και στη δυσλειτουργία σημείων του εγκεφάλου. Οι πολίτες πληροφορούνται ότι οι καλύτερες παρεμβάσεις που διαθέτει η σύγχρονη επιστήμη είναι σύντομες και εστιασμένες (κυρίως συμπεριφορικές), με τις οποίες θα απαλλαγούν από τα συμπτώματά τους. Ο πολίτης μαθαίνει να αναζητά ψυχοθεραπεία με τον ίδιο τρόπο που παίρνει ένα φάρμακο για να ανακουφιστεί από την οδύνη των συμπτωμάτων.

Οι προτεινόμενες τεκμηριωμένες παρεμβάσεις στρέφουν το βλέμμα στο άτομο (στη βιοχημεία του εγκεφάλου ή σε προβληματικές σκέψεις, συμπεριφορές ή σχέσεις) και όχι στο ευρύτερο πολιτικοικονομικό πλαίσιο και τις επιρροές που το τελευταίο ασκεί. Η φτώχεια, οι κοινωνικές ανισότητες, ο ρατσισμός, η οικονομική κρίση είναι παράγοντες που δεν αναφέρονται αναλυτικά σε κανένα εγχειρίδιο ως αιτιολογικοί έναρξης διαταραχών, αν και μπορούν πολύ συχνά να είναι. Το βάρος της ευθύνης εντοπίζεται στον ασθενή και τον θεραπευτή που συχνά πρέπει να πράττει ως «εκπαιδευτής» ή τεχνικός. Συμπερασματικά, η τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία φαίνεται να δρα σα σύστημα διατήρησης και όχι απαραίτητα βελτίωσης ή αλλαγής του παρόντος κατεστημένου κοινωνικοπολιτικού πλαισίου.

Η εφαρμογή των αρχών της επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής στα συστήματα υγείας συνιστά ένα επιπλέον παράδοξο φαινόμενο. Ενώ ο στόχος της υψηλότερης ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας με μειωμένο κόστος είναι λογικός και θεμιτός, *δεν* έχει αποδειχθεί εμπειρικά ότι η εφαρμογή παρόμοιων αλλαγών επιφέρει ευρείες βελτιώσεις στα συστήματα υγείας. Με άλλα λόγια, το κίνημα της τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας δεν είναι το ίδιο τεκμηριωμένο! Η αξιολόγηση του ίδιου του κινήματος της ΕΤΨ είναι ένα ερώτημα που μένει να απαντηθεί με ερευνητικά δεδομένα, παρόμοιας εγκυρότητας με όσα απαιτούνται για την αξιολόγηση των κλινικών παρεμβάσεων.

⁂ ⁂ ⁂

Στην πορεία της παρούσας εργασίας και ιδιαίτερα στα τελευταία κεφάλαια, αναφέρθηκα εκτενώς στις κριτικές που έχουν γίνει σχετικά με τα εμπειρικά κριτήρια που τέθηκαν για την αξιολόγηση των ψυχολογικών παρεμβάσεων. Ορισμένες κριτικές, ιδιαίτερα στην πρώιμη φάση της δημοσίευσης της λίστας των ΕΥΘ από την Αμερικάνικη Ψυχολογική Ένωση, υπήρξαν εξαιρετικά δριμείς, καταδικάζοντας το όλο εγχείρημα εν τη γενέση του. Ο καθολικός αφορισμός των

ερευνητικών πορισμάτων όμως, δημιουργεί περισσότερες αμφιβολίες για τη σκοπιμότητα των θιασωτών του. Σταδιακά, οι περισσότεροι ερευνητές φαίνεται να αποδέχονται τη χρησιμότητα του προσδιορισμού αποτελεσματικών και τεκμηριωμένων παρεμβάσεων, αναγνωρίζοντας ότι η ψυχοθεραπεία δεν μπορεί πλέον να παρέχεται με οποιονδήποτε τρόπο, σε απομονωμένα γραφεία συνεδριών, όπου μόνος κριτής θα είναι ο ... πελάτης. Διαφορετικά είναι δυνατό η ψυχοθεραπεία να αντιπαραβληθεί με ένα είδος θρησκευτικής εξομολόγησης στο οποίο ουδείς θεωρείται υπόλογος εάν ο φροντιζόμενος υποπέσει στα ίδια ... αμαρτήματα.

Εφόσον επιλέγουμε και υποστηρίζουμε την ψυχοθεραπεία ως επιστημονικό πεδίο, εφόσον αναζητούμε επιχορηγήσεις και χρηματοδοτήσεις για έρευνες, υπηρεσίες και θεραπευτές και εφόσον οι πολίτες που μας εμπιστεύονται, δικαιούνται την καλύτερη δυνατή φροντίδα, έχουμε υποχρέωση να τους την παράσχουμε. Εν τέλει πιστεύω ότι η αξιολόγηση των ψυχοθεραπευτικών μοντέλων είναι θετική και αναγκαία εξέλιξη για τον κλάδο. Οι όροι όμως με τους οποίους αξιολογούνται οι παρεμβάσεις χρειάζονται αναπροσαρμογή και ευελιξία, ώστε να αναγνωρίζουν τις ιδιαιτερότητες της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας και τις ανάγκες των θεραπευτών και των θεραπευόμενων.

Αν κοιτάξουμε τα κριτήρια με τα οποία διαμορφώνεται σήμερα η τεκμηρίωση της ψυχοθεραπείας, υπέρ συγκεκριμένου τύπου παρεμβάσεων, οι οποίες πληρούν ορισμένα χαρακτηριστικά, αποκλείοντας τη διαφορετικότητα, νομίζω ότι η «εξέλιξη» έχει χάσει το νόημά της. Η έννοια της επιστημονικής καινοτομίας δεν συνάδει με τον αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση, αλλά με τον πλουραλισμό και τη δημιουργία ευκαιριών.

Οι λίστες των εμπειρικά υποστηριζόμενων θεραπειών, όπως δημοσιεύθηκαν από τον Τομέα Κλινικής Ψυχολογίας της APA, λίγο έχουν αλλάξει τα τελευταία δέκα χρόνια, πολύ εντούτοις, έχουν επηρεάσει και εξακολουθούν να επηρεάζουν την ακαδημαϊκή, επιστημονική, πολιτική και κοινή γνώμη. Προς απογοήτευση όσων θεωρούσαν το εγχείρημα άκαιρο και άτοπο, οι τεκμηριωμένες παρεμβάσεις επέζησαν και ισχυροποιούνται με τη συνδρομή (υλική και ηθική) πολλών επίσημων (κυβερνητικών και ιδιωτικών φορέων) σε Ευρώπη, Αμερική και Αυστραλία.

Δημιουργείται η εντύπωση ότι κλινικοί και οικονομικοί φορείς κάνουν έναν αγώνα δρόμου να κατοχυρώσουν δικαιώματα πρόσβασης και παροχής υπηρεσιών, ενόσω η έρευνα στο συγκεκριμένο τομέα είναι πολύ πρώιμη. Οφείλουμε να θυμόμαστε ότι η τεκμηριωμένη πρακτική, με τη μορφή που έχει σήμερα, μετράει στην (κλινική) ψυχολογία λιγότερο από δύο δεκαετίες ύπαρξης. Μήπως είναι λίγο πρώιμο να «νομιμοποιούμε» παρεμβάσεις, όταν δεν έχει αξιολογηθεί ούτε το 10% όσων

υπάρχουν; Μήπως οι δηλώσεις του τύπου ότι «η χ παρέμβαση είναι θεραπεία επιλογής για την ψ διαταραχή» θυμίζουν τη δήλωση του Eysenck ότι «η ψυχοθεραπεία δεν είναι πιο αποτελεσματική από τη μη θεραπεία»;

Σε αντίθεση με τις φαρμακολογικές θεραπείες, οι οποίες μπορούν να καθοριστούν εκ των προτέρων (ενδείξεις, δοσολογία, χρόνος θεραπείας) και των οποίων οι παρενέργειες ελέγχονται σε μεγάλο βαθμό από τις τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμασίες, η ψυχοθεραπεία είναι δύσκολο να προκαθοριστεί και να αναπαραχθεί. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των θεραπειών σε ανεξάρτητες μελέτες είναι σαφώς χρήσιμη, ώστε να κατανοηθεί η λειτουργία και η επίδραση των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων με επιστημονικά κριτήρια. Από την άλλη πλευρά όμως, η ψυχοθεραπεία δεν είναι δυνατόν να αποτελέσει ένα είδος χαπιού με αμετάβλητη δοσολογία και ταυτόσημα αποτελέσματα ανά διαγνωστική κατηγορία. Ακόμη και αν υπάρχει αυστηρή καθοδήγηση του θεραπευτή από κάποιο εγχειρίδιο, ο ανθρώπινος παράγοντας, δηλαδή η συνάντηση δύο ατόμων στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, είναι ένα γεγονός που δεν αναπαράγεται σε κανένα ερευνητικό πρωτόκολλο και γι' αυτό η διαδικασία και το αποτέλεσμα της θεραπείας δεν μπορεί να προβλεφθεί με ακρίβεια, παρά να περιγραφεί με όρους πιθανοτήτων. Ο S. Freud σύγκρινε την ψυχοθεραπεία με το σκάκι, λέγοντας ότι γνωρίζουμε μόνο κάποιες από τις αρχικές και τις τελικές μας κινήσεις, ενώ για τις υπόλοιπες κινήσεις υπάρχει ένα κενό «...*που μπορεί να γεμίσει μόνο με ενδελεχή μελέτη παιχνιδιών που δόθηκαν από δασκάλους*[253]» (παρατίθεται από τον Luborsky & συν., 1971, σελ. 145).

Από εκείνη την εποχή -που ειπώθηκαν τα προηγούμενα λόγια- μέχρι σήμερα έχουν αλλάξει σε πολύ μεγάλο βαθμό οι συνθήκες εκπαίδευσης, πρακτικής και έρευνας στην ψυχοθεραπεία. Ωστόσο, η δήλωση αυτή παραμένει επίκαιρη στο βαθμό που και σήμερα βασιζόμαστε στη μελέτη εγχειριδίων που φτιάχνουν οι δάσκαλοι-ερευνητές, ή στην υιοθέτηση οδηγιών που δίνονται από «masters» στη διαχείριση του κόστους της υγείας. Το μαύρο κουτί της θεραπευτικής διαδικασίας γεμίζει ασφυκτικά με οδηγίες για κάθε διαταραχή και προφίλ «μέσου ασθενούς». Όσο όμως η θεραπευτική πράξη παραμένει διαπροσωπική υπόθεση, θα υπάρχουν παρτίδες άγνωστες και εξίσου συναρπαστικές, όπως είναι η προσωπική ιστορία που καταθέτει κάθε θεραπευόμενος σε κάθε συνεδρία...

[253] "masters"

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aarons G. (2004). Mental Health Provider Attitudes toward Adoption of Evidence Based Practice: The Evidence-Based Practice Scale (EBPAS). *Mental Health Services Research*, 6(2), 61-74.

Ablon S., Jones E. (1998). How Expert Clinicians' Prototypes of An Ideal Treatment Correlate With Outcome on Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapy. *Psychotherapy Research*, 8(1), 71-83.

Addis M. (2002). Methods of Disseminating Research Products and Increasing Evidence-Based Practice: Promises, Obstacles, and Future Directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(4), 367-378.

Addis M., Cardemil E. (2006a). Does Manualization Improve Therapy Outcomes: Psychotherapy Manuals Can Improve Outcomes. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Addis M., Cardemil E. (2006b). Does Manualization Improve Therapy Outcomes. Dialogue: Convergence and Contention. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Addis M, Krasnow A. (2000). A National Survey of Practising Psychologists' Attitudes Toward Psychotherapy Treatment Manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 331-339.

Addis M., Wade W., Hatgis C. (1999). Barriers to Dissemination of Evidence-Based Practises: Addressing Practitioners' Concerns about Manual-Based Psychotherapies. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 6(4), 430-441.

Akiskal H., Akiskal K. (2007). Editorial. In Search of Aristotle: Temperature, Human Nature, Melancholia, Creativity and Eminence, *Journal of Affective Disorders*, 100, 1-6.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of the Mental Disorders (4rth Ed.-Text Revision, DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychological Association. (1995). *Template for Developing Guidelines: Interventions for Mental Disorders and Psychosocial Aspects of Psychical Disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.

American Psychological Association. (1998). *Guidelines and Principles for Accreditation of Programs in Professional Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

American Psychological Association. (2000). *Graduate Study in Psychology*. Washington DC: American Psychological Association.

American Psychological Association. (2002a). Criteria for Evaluating Treatment Guidelines. *American Psychologist*, 57(12), 1052-1059

American Psychological Association. (2002b). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. *American Psychologist*, 57(12), 1060-1073.

American Psychological Association. (2005). *American Psychological Association Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology*. http://www.apa.org/practice/ebpstatement.pdf (προσβάσιμο 26/3/2009).

American Psychological Association, Division 12, Society of Clinical Psychology. (2009). *A Guide to Beneficial Psychotherapy*, http://www.apa.org/divisions/div12/cppi.html (προσβάσιμο 9/4/2009).

Angell M. (2000). Is Academic Medicine for Sale? *New England Journal of Medicine*, 342(20), 1516-18.

Antes, P. (1989). Medicine and the Living Tradition of Islam. In Sullivan L. (*Ed.*), *Healing and Restoring: Health and Medicine in the World's Religious Traditions*. New York: Macmillan.

Antonuccio D., Danton W., McClanahan T. (2003). Psychology in the Prescription Era: Building a Firewall Between Marketing and Science. *American Psychologist*, 58(12), 1028-1043.

Antonuccio D., Shoenberger D. (2006). What Else Materially Influences What is Represented and Published as Evidence: Impact of Funding Source on Published Research. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006) Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.

Arkowitz H. (1995). Integrative Theories of Psychotherapy. In Freedheim D. *et al* (*Eds.*), *History of Psychotherapy. A Century of Change*. Washington, DC: American Psychological Association.

Assay T., Lambert M. (1999). The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Quantitative Findings. In Hubble M., Buncan L., Milles D. (*Eds.*). *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Atkins M., Frazier S., Cappella E. (2006). Hybrid Research Models: Natural Opportunities for Examining Mental Health in Context. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 13, 105-108.

Baldwin S., Murray D., Shadish W. (2005). Empirically Supported Treatments or Type I Errors? Problems with the Analysis of Data from Group-Administered Treatments, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 924-935.

Barkham M., Mellor-Clark J. (2003). Bridging Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence: Developing a Rigorous and Relevant Knowledge for the Psychological Therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 319-327.

Barlow D., Barlow D. (1995). Practice Guidelines and Empirically Validated Psychosocial Treatments: Ships Passing in the Night? *Behavioral Healthcare Tomorrow*, 4(3), 25-29.

Bateson A, Margison F. (2003). Psychotherapy: A New Era. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 512-514.

Beck A. (2004). The Flexner Report and the Standardization of American Medical Education. *Journal of The American Medical Association*, 291(17), 2139-2140.

Beck A., Rush A. (1989). Cognitive Therapy. In Kaplan H. & Sadock B. (*Eds.*) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V, Vol.2 (5th Ed.)*, Baltimore: Williams & Wilkins.

Bekelman J., Li Y., Gross C. (2003). Scope and Impact of Financial Conflicts of Interest in Biomedical Research. A Systematic Review. *Journal of the American Medical Association*, 289(4), 454-465.

Benson K., Hartz A. (2000). A Comparison of Observational Studies and Randomised, Controlled Trials. *New England Journal of Medicine*, 342(25), 1878-86.

Beutler L. (1998). Identifying Empirically Supported Treatments. What If We Didn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 113-120.

Beutler L., Johannsen B. (2006a). What Should Be Validated: Principles of Change. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Beutler L., Johannsen B. (2006b). What Should Be Validated. Dialogue: Convergence & Contention. In Norcross C. J., Beutler E. L., Levant F. R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Beutler L., Malik M., Alimohamed S., Harwood M., Talebi H., Noble S., Wong E. (2004). Therapist Variables. In Lambert M. (*Ed.) Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change (5th Ed.)*. New York: Wiley.

Bhat S. (2009). Integrative Medicine and Psychiatry. "I Have a Chemical Imbalance" - Helpful of Unhelpful Perspective. *Mescape Blogs*. http://boards.medscape.com/forums?128@968.hoFiawigdGl@.29f5f97f!comment=1 (προσβάσιμο 17/9/2009).

Birchwood M., Spences E. (2008). Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία για την Αντιμετώπιση της Σχιζοφρένειας. Στο Σολδάτος Κ. (*Γεν Επ.*) *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική (Τόμος ΙΙ)*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Birnbaum, R. (1989). Chinese Buddhist Traditions of Healing and Life Cycle. In Sullivan L. (*Ed.*), *Healing and Restoring: Health and Medicine in the World's Religious Traditions*. New York: Macmillan.

Bledsoe S, Weissman M., Mullen E., Ponniah K., Gameroff M., Verdeli H., Mufson L., Fitterling H., Wickramaratne P. (2007). Empirically Supported Psychotherapy in Social Work Training Programs: Does the Definition of Evidence Matter? *Research on Social Work Practice*, 17(4), 449-455.

Bloch S., Harari E. (2008). Θεραπεία Οικογένειας. Στο Σολδάτος Κ. (*Γεν Επ.*) *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική (Τόμος ΙΙ)*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Boarman J., Parsonage M. (2009). Government Policy and the National Service Framework for Mental Health: Modelling and Costing Services in England. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 230-240.

Bodenheimer T. (2000). Uneasy Alliance - Clinical Investigators and the Pharmaceutical Industry. *New England Journal of Medicine*, 342(20), 1539-44.

Bohart A. (2004). Evidence-Based Psychotherapy Means Evidence-Informed not Evidence-Driven. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(1), 39-53.

Bohart A. (2006).What Should Be Validated: The Active Client. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bohart A., O'Hara M., Leitner L. (1998). Empirically Violated Treatments: Disenfranchisement of Humanistic and Other Psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 8(2), 141-157.

Bohart A., Tallman K. (2010). Clients as Active Self-Healers. Implications for the Person-Centered Approach. In Cooper M., Watson J., Hölldampf D. (*Eds.*). *Person-Centered and Experiental Therapies Work. A Review of the Research on Counseling, Psychotherapy and Related Practices*. Ross-on-Wye: PCCS Books

Borch-Jacobsen M. (2007). Ο Freud Ανακυκλωτής: Κρυπτοβιολογία & Ψευδοεπιστήμη. (Συνέντευξη με τον Frank J. Salloway). In Meyer C. (*Ed.*). *Η Μαύρη Βίβλος της Ψυχανάλυσης. Ζώντας Καλύτερα χωρίς τον Freud.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Borkovec T., Castonguay L. (2006a). What Qualifies as Research on Which to Judge Effective Practice: Effectiveness Research. In Norcross J., Beutler L., Levant. R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions.* Washington, DC: American Psychological Association.

Borkovec T., Castonguay L. (2006b). What Qualifies as Research on Which to Judge Effective Practice. Dialogue: Convergence and Contention. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions.* Washington, DC: American Psychological Association.

Bourdin D. (2005). *Η Ψυχανάλυση από τον Φρόυντ ως τις Μέρες μας.* Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Bower P. (2003). Efficacy in Evidence-Based Practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy,* 10, 328-336.

Bracken P, Thomas P. (2002). Postpsychiatry: A New Direction for Mental Health. *British Medical Journal,* 322, 724-727.

Bray J. (2009a). Where Have All the Psychologists Gone? *Monitor in Psychology,* 40(6), 5.

Bray J. (2009b). The Future of Psychological Science. *Monitor in Psychology,* 40(10), 5.

Bromberg W. (1963). *The Mind of Man: A History of Psychotherapy & Psychoanalysis.* New York: Harper & Row.

Brown L. (2006). How Well Do Both Evidence Based Practices and Treatment As Usual Satisfactorily Address the Various Dimensions of Diversity? The Neglect of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgendered Clients. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions.* Washington, DC: American Psychological Association.

Burgers J., Grol R., Klazinga N., Mäkelä M., Zaat J., for the AGREED Collaboration (2003). Towards Evidence-Based Clinical Practice: an International Survey of 18 Clinical Guideline Programs. *International Journal for Quality in Health Care,* 15(1), 31-45.

Carey B. (2004). For Psychotherapy's Claims, Sceptics Demand Proof. *The New York Times,* http://www.nytimes.com/2004/08/10/health/psychology/10ther.html (προσβάσιμο 20/6/08).

Carpinello S., Rosenberg L., Stone J., Schwager M., Felton C. (2002). New York State's Campaign to Implement Evidence-Based Practices for People With Serious Mental Disorders. *Psychiatric Services,* 53(2), 153-155.

Carr A. (2009). *What Works with Children, Adolescents, and Adults? A Review of Research on the Effectiveness of Psychotherapy.* London: Routledge.

Casey R., Berman J. (1985). The Outcome of Psychotherapy with Children. *Psychological Bulletin,* 82(2), 388-400.

Cassels C. (2010). APA Releases Proposed Draft of the DSM-5. *Medscape Medical News.* http://www.medscape.com/viewarticle/716807?src=mpnews&spon=12&uac=132501PT (προσβάσιμο 20/2/2010).

Castelnuovo G., Faccio E., Molinari E., Nardone G., Salvini A. (2004). A Critical Review of Empirically Supported Treatments (ESTs) and Common Factors Perspective in Psychotherapy. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 208-224.

[CEP] Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, London School of Economics. (2006). *The Depression Report: A New Deal for Depression and Anxiety Disorders.* http://cep.lse.ac.uk/textonly/research/mentalhealth/DEPRESSION_REPORT_LAYARD.pdf (προσβάσιμο 13/6/2010).

Centre for Evidence Based Medicine. (2009). *Research and Development*, http://www.cebm.net/index.aspx?o=1926 (προσβάσιμο 22/4/2009).

Chambless D. (2002). Beware of the Dodo Bird: The Dangers of Overgeneralization. *Journal of Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 13-16.

Chambless D., Baker M., Baucom D., Beutler L., Calhoun K., Crits-Christoph P., Daiuto A., DeRubeis R., Detweiler J, Haaga D. *et al.* (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3-16.

Chambless D., Crits-Christoph P. (2006). What Should be Validated: The Treatment Method. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions.* Washington, DC: American Psychological Association.

Chambless D., Hollon S. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.

Chambless D., Ollendick T. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence, *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

Chambless D., Sanderson W., Shoham V., Bennett Johnson S., Pope K., Crits-Christoph P., Baker M., Johnson B., Woody S., Sue S. *et al.* (1996). Update on Empirically Validated Therapies. *The Clinical Psychologist*, 49(2), 5-18.

Chiles J., Lambert M., Hatch A. (1999). The Impact of Psychological Interventions on Medical Cost Offset: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 204-220.

Chorpita B., Barlow D., Albano A. M., Daleiden E. (1998). Methodological Strategies in Child Clinical Trials: Advancing the Efficacy and Effectiveness of Psychosocial Treatments. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(1), 7-16.

Choudhry N., Stelfox H., Detsky A. (2002). Relationships between Authors of Clinical Practice Guidelines and the Pharmaceutical Industry. *Journal of the American Medical Association*, 287(5), 612-617.

Clark D. (2008). Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία για τις Αγχώδεις Διαταραχές. Στο Σολδάτος Κ. (*Γεν Επ.*) *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική (Τόμος ΙΙ).* Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Clark D., Layard R., Smithies R. (2008). *Improving Access to Psychological Therapy: Initial Evaluation of the Two Demonstration Sites*, London: for Economic Performance's Mental Health Policy Group, London School of Economics, http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp0897.pdf (προσβάσιμο 13/6/2010).

Clarkin J., Levy K. (2004). The Influence of Client Variables on Psychotherapy. In Lambert M. (*Ed.*) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change (5th Edition)*, New York: Wiley.

Cohen A., Hersh W. (2004). Criticisms of Evidence-Based Medicine. *Evidence-Based Cardiovascular Medicine*, 8, 197-198.

Colp R. (1989). History of Psychiatry, In Kaplan H. & Sadock B. (*Eds.*) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V, Vol. 2 (5th Ed)*, Baltimore: Williams & Wilkins.

Concato J., Shah N., Horwitz R. (2000). Randomized, Controlled Trials, Observational Studies, and the Hierarchy of Research Designs. *New England Journal of Medicine*, 342(25), 1887-92.

Cooper M., Elliot R., Stiles W, Bohart A. (2008). *Joint Statement (PCE Conference, UEA, Norwich UK)* http://www.pce-world.org/images/stories/pdfs/pce_conference_press_release1.pdf (προσβάσιμο 19/3/10).

Cooper M., Watson J., Hölldampf D. (2010). *Person-Centered and Experiental Therapies Work. A Review of the Research on Counseling, Psychotherapy and Related Practices.* Ross-on-Wye: PCCS Books

Corrigan P. (2002). Evidence-Based Practices: Need to Beware of Experts. *Psychiatric Services*, 53(8), 1031-32.

Creed P., Machin M., Hicks R. (1999). Improving Mental Health Status and Coping Abilities for Long-Term Unemployed Youth Using Cognitive-Behaviour Therapy Based Training Interventions. *Journal of Organizational Behavior*, 20(6), 963-978.

Critchley S. (2009). *Το Βιβλίο των Νεκρών Φιλοσόφων.* Αθήνα: Εκδ. Πατάκη.

Crits-Christoph P., Baranackie K., Kurcias J., Beck A., Carroll K., Perry K., Luborsky L., McLellan A., Woody G., Thompson L. *et al.* (1991). Meta-Analysis of Therapist Effects in Psychotherapy Outcome Studies. *Psychotherapy Research*, 1(2), 81-91.

Crits-Christoph P., Frank E., Chambless D., Brody C., Karp J. (1995). Training in Empirically-Validated Treatments: What Are Clinical Psychology Students Learning? *Professional Psychology, Research and Practice*, 26(5), 514-22.

Crits-Christoph P., Sigueland L., Blaine J., Frank A., Luborsky L., Onken L., Muenz L., Thase M., Weiss R, Gastfriend D. *et al.* (1999). Psychosocial Treatments for Cocaine Dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493-502.

Crits-Cristoph P., Gladis M. (2008). Η Αξιολόγηση της Ψυχολογικής Θεραπείας. Στο Σολδάτος Κ. (*Γεν Επ.*) *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική (Τόμος ΙΙ).* Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Cushman Ph. (1995). Psychotherapy to 1992: A Historically Situated Interpretation. In Freedheim D. *et al* (*Eds.*), *History of Psychotherapy. A Century of Change.* Washington, DC: American Psychological Association.

Davison G. (2006). Politics, Ethics, and Goal-Setting in Psychological Interventions: Limitations in the Evidence-Based Practices in Psychology Report. *The Clinical Psychologist*, 59(3), 1-6.

De La Parra G., Del Río M. (2005). Can Psychoanalysis and Systematic Research Work Productively Together? *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 151-154.

Deegear J., Lawson D. (2003). The Utility of Empirically Supported Treatments. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(3), 271-277.

Department of Health. (1996). *A Review of Strategic Policy on NHS Psychotherapy Services in England*, London: NHS Executive.

Department of Health. (1999). *National Service Framework for Mental Health: Modern Standards & Service Models.* London:Department of Health http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009598 (προσβάσιμο 18/3/10).

Department of Health. (2001). *Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling: Evidence Based Clinical Practice Guideline.* London: Department of Health

Department of Health. (2009) *New Horizons: A Shared Vision for Mental Health.* London: Department of Health. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_109705 (προσβάσιμο 18/3/10).

Devereux G. (1970). The Psychotherapy Scene in Euripides' Bacchae, *The Journal of Hellenic Studies,* 70, 35-48.

Dinger U., Strack M., Leichsenring F., Wilmers F., Schauenburg H. (2008). Therapist Effects on Outcome and Alliance in Inpatient Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology,* 64(3), 344-354.

Donaldson I. (2005). Mesmer's 1780 Proposal for a Controlled Trial to Test His Method of Treatment Using "Animal Magnetism". *Journal of the Royal Society of Medicine,* 98, 572-572.

Druss B. (2005). Evidence Based Medicine: Does it Make a Difference?: Use Wisely. *British Medical Journal,* 330, 92.

Duncan B., Miller S. (2006). Does Manualization Improve Therapy Outcomes: Psychotherapy Manuals Do Not Improve Outcomes. In Norcross C. J., Beutler E. L., Levant F. R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions.* Washington, DC: American Psychological Association.

Eagle M., Wolitzky D. (1995). Psychoanalytic Theories of Psychotherapy. In Freedheim D. *et al* (*Eds.*), *History of Psychotherapy. A Century of Change.* Washington, DC: American Psychological Association.

Egan T. (2004). The Ethics and Ethos of the Evidence-Based Therapy (EBT) Debate OR What Happens When the Null Hypothesis is Used to Insure the YOUR Psychotherapy is Null and Void? The Academy Introduction. *Academy for the Study of Psychoanalytic Arts.* http://www.academyprojects.org/programs/introegan.htm (προσβάσιμο 13/1/2010)

Eisold K. (2005). Psychoanalysis and Psychotherapy: A Long and Troubled Relationship. *International Journal of Psychoanalysis,* 86, 1175-95.

Elkin I., Falconnier L., Martinovitch Z., Mahoney C. (2006). Therapist Effects in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy Research,* 16(2), 144-160.

Elkin I., Shea T., Watking J., Imber S., Sotsky S., Collins J., Glass D., Pilkonis P., Leber W., Docherty G., *et al.* (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General Effectiveness of Treatments. *Archives of General Psychiatry,* 46(11), 971-82.

Elliott R. (1998). Editor's Introduction: a Guide to the Empirically Supported Treatments Controversy. *Psychotherapy Research,* 8(2), 115-125.

Elliott R., Freire E. (2010). The Effectiveness of Person-Centered and Experiential Therapies. A Review of the Meta-Analyses. In Cooper M., Watson J., Hölldampf D. (*Eds.*). *Person-*

Centered and Experiental Therapies Work. A Review of the Research on Counseling, Psychotherapy and Related Practices. Ross-on-Wye: PCCS Books

Elliott R., Greenberg L., Lietaer G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In Lambert M. (*Ed.*). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change (5th Edition)*, New York: Wiley.

Evans C., Connell J., Barkham M., Marshall C., Mellor-Clark J. (2003). Practice-Based Evidence: Benchmarking NHS Primary Care Counselling Services at National and Local Levels. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 374-388.

Eysenck H. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation, *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.

Fairburn C. (2008). Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Στο Σολδάτος Κ. (*Γεν Επ.*) *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική (Τόμος ΙΙ)*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Faulkner A., Thomas P. (2001). User-Led Research and Evidence-Based Medicine. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 1-3.

Fenell M. (2008). Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία για την Αντιμετώπιση των Καταθλιπτικών Διαταραχών. Στο Σολδάτος Κ. (*Γεν Επ.*) *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική (Τόμος ΙΙ)*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Field M., Lohr K. (1992). *Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use*. (*Eds.*). Institute of Medicine, Washington, D.C.: National Academy Press.

Finniss D., Kaptchuk T., Miller F., Benedetti F. (2010). Biological, Clinical and Ethical Advances of Placebo Effects. *The Lancet*, 375(9715), 686-695.

Fishman D., Franks C. (1995). Evolution and Differentiation within Behavior Therapy: A Theoretical and Epistemological Review. In Freedheim D. *et al* (*Eds.*), *History of Psychotherapy. A Century of Change*. Washington, DC: American Psychological Association.

Flexner A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada*, New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.

Fonagy P. (2000). The Outcome of Psychoanalysis. The Hope for the Future. *The Psychologist*, 13(12), 620-623.

Fonagy P., Roth A., Higgitt A. (2005). Psychodynamic Psychotherapies: Evidence-Based Practice and Clinical Wisdom, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69(1), 1-58.

Φουκώ Μ. (2004). *Η Ιστορία της Τρέλας*. Αθήνα: Ηριδανός.

Φρόυντ Σ. ([1917] 1996). *Εισαγωγή στην Ψυχανάλυση*. Αθήνα: Επίκουρος.

Fox D., Prilleltensky I. (1996). The Inescapable Nature of Politics in Psychology. A response to O' Donohue and Dyslin. *New Ideas in Psychology*, 14, 21-26.

Fox D., Prilleltensky I. (2003). Εισαγωγή στην Κριτική Ψυχολογία: Αξίες, Υποθέσεις και το Status Quo. In Fox D., Prilleltensky I. (*Eds.*), *Κριτική Ψυχολογία. Εισαγωγή*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Fox R. (1999). The Dark Side of Evidence-Based Treatment. *APA Practitioner Focus*, 12(2), 5. http://www.division42.org/MembersArea/IPfiles/Winter05/classics/dark_side.php (προσβάσιμο 1/2/2010)

Frank J. (1995). Historical Developments in Research Centres. The Johns Hopkins Psychotherapy Research Project. In Freedheim D. *et al* (*Eds.*), *History of Psychotherapy: A Century of Change*. Washington, DC: American Psychological Association.

Franklin M., DeRubeis R. (2006). Are Efficacious Laboratory-Validated Treatments Readily Transportable to Clinical Practice: Efficacious Laboratory-Validated Treatments Are Generally Transportable to Clinical Practice. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions.* Washington, DC: American Psychological Association.

Freire E. (2006). Randomized Controlled Clinical Trial in Psychotherapy Research: An Epistemological Controversy, *Journal of Humanistic Psychology*, 46(3), 323-335.

Friedman R., Garrison III W., Bucci W., Gorman B. (2005). Factors Affecting Change in Private Psychotherapy Patients of Senior Psychoanalysts: An Effectiveness Study. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 33, 583-610.

Gabbard G. (2005). Does Psychoanalysis Have a Future? Yes. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(12), 741-742.

Gabbard G., Lazar S., Hornberger J., Spieger D. (1997). The Economic Impact of Psychotherapy: A Review. *American Journal of Psychiatry*, 154(2), 147-155.

Garfield S. (1978). Research on Client Variables in Psychotherapy. In Garfield S. & Bergin A. (*Eds.*) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change: an Empirical Analysis (2nd Edition)* New York: John Wiley.

Garfield S. (1995). Major Issues in Psychotherapy Research. In Freedheim D. *et al* (*Eds.*), *History of Psychotherapy: A Century of Change.* Washington, DC: American Psychological Association.

Geddes J., Reynolds S., Streiner D., Szatmari P. (2002). Evidence-Based Mental Health. *Evidence-Based Mental Health*, 5, 102.

Gerber A., Michels R. (2008). Research-Based Psychotherapy. (Future of Psychiatry), *Psychiatric Times*, 25(7): 10. http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1162970? (προσβάσιμο 10/9/2008)

Gill Ch. (1985). Ancient Psychotherapy, *Journal of the History of Ideas*, 46(3), 307-325.

Giroux H. (2008). *Against the Terror of Neoliberalism. Politics Beyond the Age of Greed.* Boulder, London: Paradigm Publishers.

Glaser B. (2004). Ancient Traditions within a New Drama Therapy Method: Shamanism and Developmental Transformations. *The Arts in Psychotherapy*, 31, 77-88.

Glass R. (2008). Editorial: Psychodynamic Psychotherapy and Research Evidence. Bambi Survives Godzilla?. *Journal of the American Medical Association*, 300(13), 1587-1589.

Goldbeck-Wood S., Fonagy P. (2004). The Future of Psychotherapy in the NHS. *British Medical Journal*, 329, 245-46.

Goodheart C. (2004). Evidence-Based Practice and the Endeavor of Psychotherapy. *The Independent Practitioner*, 24, 6-10.

Goodheart C. (2005). Placing Psychotherapy Case Studies within the Framework of the APA Evidence-Based Practice in Psychology (EBPP) Model. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 1, 3(2), 1-10.

Gordon N. (2000). Researching Psychotherapy, the Importance of The Client's View: A Methodological Challenge. *The Qualitative Report* [On-line serial], 4(3&4), http://www.nova.edu/ssss/QR/QR4-1/gordon.html (προσβάσιμο 31/10/2008)

Gotham H. (2006). Advancing the Implementation of Evidence-Based Practices into Clinical Practice: How Do We Get There From Here? *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(6), 606-613.

Green J., Britten N. (1998). Qualitative Research and Evidence Based Medicine. *British Medical Journal*, 316, 1230-32.

Greenberg L., Watson J. (2006a). What Qualifies as Research on Which to Judge Effective Practice: Change Process Research. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg L., Watson J. (2006b). What Qualifies as Research on Which to Judge Effective Practice. Dialogue: Convergence and Contention. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Grilly R., Magrini N., Penna A., Mura G., Liberati A. (2000). Practice Guidelines Developed by Specialty Societies: The Need for a Critical Appraisal. *The Lancet*, 355(9198), 103-106.

Grissom J. (1996). The Magical Number.7±.2: Meta-meta-analysis of the Probability of Superior Outcome in Comparisons involving Therapy, Placebo, and Control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 973-982.

Guyatt G., Cook D., Haynes B. (2004). Evidence Based Medicine Has Come a Long Way: The Second Decade Will Be as Exciting as the First. *British Medical Journal*, 329, 990-991.

Haaga D. (2009). A Timely Reminder on Research Design and Interpretation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 66-68.

Hall G. (2001). Psychotherapy Research with Ethnic Minorities: Empirical, Ethnical, and Conceptual Issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 502-510.

Harris D. (2003). Επαναπροσδιορίζοντας την Πολιτική της Ιστορίας της Ψυχολογίας. In Fox D., Prilleltensky I (*Eds.*), *Κριτική Ψυχολογία. Εισαγωγή*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Härter M., Bermejo I., Ollenschläger G., Schneider F., Gaebel W., Hegerl U., Niebling W., Berger M. (2006). Improving Quality of Care for Depression: The German Action Programme for the Implementation of Evidence-Based Guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(2), 113-119.

Haule J. (1997). Taking Direction from the Spirit in Shamanism and Psychotherapy. *Shamanic Applications Review*, 4, 3-12 http://www.jrhaule.net/TDfS.html (προσβάσιμο 17/11/2007)

Hawkins P., Nestoros J. (1997). Beyond the Dogmas of Conventional Psychotherapy: The Integration Movement. In Hawkins P., Nestoros J. (*Eds.*), *Psychotherapy: New perspectives on Theory, Practice and Research*. Athens: Ellinika Grammata.

Henry W. (1998). Science, Politics, and the Politics of Science: The Use and Misuse of Empirically Validated Treatment Research. *Psychotherapy Research*, 8(2), 126-140.

Henry W., Strupp H. (1995). Historical Developments in Research Centres. The Vanderbilt Centre for Psychotherapy Research. In Freedheim D. *et al* (*Eds.*), *History of Psychotherapy: A Century of Change*. Washington, DC: American Psychological Association.

Herbert J. (2003). The Science and Practice of Empirically Supported Treatments. *Behavior Modification*, 27(3), 412-430.

Herr H. (2005). Franklin, Lavoisier, and Mesmer: Origin of the Controlled Clinical Trial. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 23, 346-351.

Hien D., Cohen L., Campbell A. (2009). Methodological Innovation to Increase the Utility and Efficiency of Psychotherapy Research for Patients with Co-occurring Mental Health and

Substance Use Disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 502-509.

Hill C. (2006a). What Qualifies as Research on Which to Judge Effective Practice: Qualitative Research. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Hill C. (2006b). What Qualifies as Research on Which to Judge Effective Practice. Dialogue: Convergence and Contention. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Hinshelwood D. (2002). Evidence-Based Psychoanalysis: Symptoms or Relationships (A comment on Leremy Holmes', "All you need is CBT"). http://www.psychematters.com/papers/hinshelwood3/htm (προσβάσιμο 24/5/2005)

Hobbs M., Sanders D. (2008). Ψυχολογικές Θεραπευτικές Αγωγές. Συμβουλευτική. Στο Σολδάτος Κ. (*Γεν Επ.*) *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική (Τόμος ΙΙ)*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Høglend P. (1999). Psychotherapy Research. New Findings and Implications for Training and Practice. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 8(4), 257-263.

Hollon S. (2006). What Qualifies as Research on Which to Judge Effective Practice: Randomised Clinical Trials. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Horowitz M. (1995). Historical Developments in Research Centres. The Langley Porter Projects. In Freedheim D. *et al* (*Eds.*), *History of Psychotherapy: A Century of Change*. Washington, DC: American Psychological Association.

Horton E. (2007). *Neoliberalism and the Australian Health Care System*. Conference Presentation. Philosophy of Education Society in Australia.

Howard A. (2000). What Can Philosophy Offer Counselling and Psychotherapy? *British Journal of Guidance & Counselling*, 28(3), 411-419.

Howard K., Kopta M., Krause M., Orlinsky D. (1986). The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy. Special Issue: Psychotherapy Research. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.

Howard K., Orlinsky D. (1995). Historical Developments in Research Centres. The Chicago Northwestern Studies. In Freedheim D. *et al* (*Eds.*), *History of Psychotherapy: A Century of Change*. Washington, DC: American Psychological Association.

Hultkrantz A. (1989). Health, Religion and Medicine in Native North American Traditions. In Sullivan L. (*Ed.*), *Healing and Restoring .Health and Medicine in the World's Religious Traditions*. New York: Macmillan.

Hunink M. (2004). Does Evidence Based Medicine do More Good than Harm? *British Medical Journal*, 329, 1051.

Hunsley J. (2003). Cost-Effectiveness and Medical Cost-Offset Considerations in Psychological Service Provision. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 44(4), 61-73.

Hunsley J. (2007). Training Psychologists for Evidence-Based Practice. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 48(1), 32-42.

Hunsley J., DiGiullio G. (2002). Dodo Bird, Phoenix or Urban Legend. *Scientific Review of Mental Health Practice*, 1(1), 11-22.

Imber S., Glanz L., Elkin I., Sotsky S., Boyer J., Leber W. (1986). Ethical Issues in Psychotherapy Research. Problems in a Collaborative Clinical Trials Study. *American Psychologist*, 41(2), 137-146.

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academic Press.

Isett K., Burnam A., Coleman-Beattie B., Hyde P., Morrissey J., Magnabosco J., Rapp C., Ganju V., Goldman H. (2007). The State Policy Context of Implementation Issues for Evidence-Based Practices in Mental Health. *Psychiatric Services*, 58(7), 914-921.

Jacob K., Sharan P., Mirza I., Garrido-Cumbrera M., Seedat S., Mari J., Sreenivas V., Saxena S. (2007). Mental Health Systems in Countries: Where Are We Now? *Lancet*, 370, 1061-77.

Janzen J. (1989). Health, Religion and Medicine in Central and Southern African Traditions. In Sullivan L. (*Ed.*), *Healing and Restoring: Health and Medicine in the World's Religious Traditions*. New York: Macmillan.

Jarrett C. (2008). When Therapy Causes Harm. *The Psychologist*, 21(1), 10-12.

Kakar S. (1989). Health and Medicine in the Living Traditions of Hinduism. In Sullivan L. (*Ed.*), *Healing and Restoring: Health and Medicine in the World's Religious Traditions*. New York: Macmillan.

Kanapaux W. (2004). Adopting Evidence-Based Treatments. *Psychiatric Times*, 21(10), http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/47666 (προσβάσιμο 6/5/2009).

Karasu T. (1989). Psychoanalysis and Psychodynamic Psychotherapy. In Kaplan H., Sadock B. (*Eds.*) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V, Vol.2 (5th Ed.)*, Baltimore: Willliams & Wilkins.

Kazdin A. (2008). Evidence-Based Treatment and Practice: New Opportunities to Bridge Clinical Research and Practice, Enhance the Knowledge Base, and Improve Patient Care. *American Psychologist*, 63(3), 146-159.

Kazdin A., Bass D., Ayers W., Rodgers A. (1990). Empirical and Clinical Focus of Child and Adolescent Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical* Psychology, 58(6), 729-740.

Keller M., McCullough J., Klein D., Arnow B., Dunner D., Gelenberg A., Markowitz J., Nemeroff C., Russell J., Thase M. *et al.* (2000). A Comparison of Nefazodone, the Cognitive-Behavioral Analysis of Psychotherapy, and their Combination for the Treatment of Chronic Depression. *New England Journal of Medicine*, 342(20), 1462-70.

Kelly J. (2009). Medicaid Rules Linked to More Adverse Outcomes in Mentally Ill, Increases Mental Health Costs. *Medscape Medical News*, http://www.medscape.com/viewarticle/703935?src=mpnews&spon=12&uac=132501PT (προσβάσιμο 19/12/2009)

Kendall P., HolmBeck G., Verduin T. (2004). Methodology, Design, and Evaluation in Psychotherapy Research. In Lambert M. (*Ed.*). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change (5th Edition)*, New York: Wiley.

Kerridge I., Lowe M., Henry D. (1998). Ethics and Evidence Based Medicine. *British Medical Journal*, 316, 1151-3.

Kiesler D. (1966). Some Myths of Psychotherapy Research and the Search for a Paradigm. *Psychological Bulletin*, 65(2), 110-136.

Kihlstrom J. (2006). What Qualifies as Evidence of Effective Practice: Scientific Research. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Kitagawa J. (1989). Buddhist Medical History. In Sullivan L. (*Ed.*), *Healing and Restoring: Health and Medicine in the World's Religious Traditions*. New York: Macmillan.

Klerman G. (1990). The Psychiatric Patient's Right to Effective Treatment: Implications of Osheroff v. Chestnut Lodge. *American Journal of Psychiatry*, 147(4), 409-418.

Knipe D. (1989). Hinduism and the Tradition of Āyurveda. In Sullivan L. (*Ed.*), *Healing and Restoring: Health and Medicine in the World's Religious Traditions*. New York: Macmillan.

Kohn L., Oden T., Muñoz R., Robinson A., Leavitt D. (2002). Adapted Cognitive Behavioral Group Therapy for Depressed Low-Income African American Women. *Community Mental Health Journal*, 38(6), 497-504.

Kopta M. (2003). The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy: a Defining Achievement for Dr. Kenneth Howard. *Journal of Clinical Psychology*, 59(7), 727-733.

Κοτζιάς Ν. (2007). Πρόλογος στο Χάρβεϊ Ν., *Νεοφιλελευθερισμός. Ιστορία και Παρόν*. Αθήνα: Εκδ. Καστανιώτη.

Krupnick J., Elkin I., Collins J., Simmens S., Sotsky S., Pilkonis P., Watkins J. (1994). Therapeutic Alliance and Clinical Outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Preliminary Findings. *Psychotherapy*, 31(1), 28-35.

Krupnick J., Sotsky S., Simmens S., Moyer J., Elkin I., Watkins J., Pilkonis P. (1996). The Role of Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Pharmacotherapy Outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 532-539.

Lambert M. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. In Norcross J. (*Ed.*) *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press.

Lambert M., Barley D. (2001). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361.

Lambert M., Bergin A. (1995). Achievements and Limitations of Psychotherapy Research. In Freedheim D. *et al* (Eds.). *History of Psychotherapy: A Century of Change*. Washington, DC: American Psychological Association.

Lambert M., Shapiro B., Bergin A. (1986). The Effectiveness of Psychotherapy. In Garfield S., Bergin A. (*Eds.*) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change (3rd Edition)*. New York: Wiley.

Lansky M. (1989). Family Therapy. In Kaplan H., Sadock B. (*Eds.*) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V, Vol.2 (5th Ed.)*, Balitmore: Williams & Wilkins.

Leber P. (2008). Η Αξιολόγηση της Φυσικής Θεραπείας. Κλινικές Μελέτες και Κανονισμοί Φαρμάκων. Στο Σολδάτος Κ. (*Γεν Επ.*) *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική (Τόμος ΙΙ)*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Leichsenring F. (2005). Are Psychodynamic and Psychoanalytic Therapies Effective? A Review of Empirical Data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841-868.

Leichsenring F., Leibing E. (2007). Psychodynamic Psychotherapy: A Systematic Review of Techniques, Indications and Empirical Evidence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(2), 217-228.

Leichsenring F., Rabung S. (2008). Effectiveness of Long-Term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300(13), 1551-1565.

Lesser A. (1981). Psychotherapy, Benefits and Costs. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 4(2), 191-196.

Levant R., Hasan N. (2008). Evidence-Based Practice in Psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(6), 658-62.

Levant R., Silverstein L. (2006). How Well Do Both Evidence Based Practices and Treatment As Usual Satisfactorily Address the Various Dimensions of Diversity? Gender is Neglected By Evidence-Based Practices and Treatment as Usual. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Levi-Strauss C. (1978). *Structural Anthropology*. Middlesex: Penguin.

Levitt E. (1957). The Results of Psychotherapy with Children: An Evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21(3), 189-196.

Leykin Y., DeRubeis R. (2009). Allegiance in Psychotherapy Outcome Research: Separating Association from Bias. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 54-65.

Liberman R., Bedell J. (1989). Behaviour Therapy. In Kaplan H., Sadock B. (*Eds.*) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V, Vol.2 (5th Ed.)*, Baltimore: Williams & Wilkins.

Lilienfield S. (2007). Psychological Treatments that Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53-70.

Littlewood R., Cross S. (1980). Ethnic Minorities and Psychiatric Services. *Sociology of Health and Illness*, 2(2), 194-201.

Loewy E. (2007). Ethics and Evidence-Based Medicine: Is There a Conflict? *Medscape General Medicine*, 9(3):30, http://www.medscape.com/viwarticle/559977 (προσβάσιμο 27/4/2009),

Luborsky L. (1995). Historical Developments in Research Centres. The Penn Research Project. In Freedheim D. *et al* (*Eds.*), *History of Psychotherapy: A Century of Change*. Washington, DC: American Psychological Association.

Luborsky L., Barrett M. (2006). What Else Materially Influences What is Represented and Published as Evidence: Theoretical Allegiance. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Luborsky L., Chandrel M., Auerbach A., Cohen J., Bachrach H. (1971). Factors Influencing the Outcome of Psychotherapy: A Review of Quantitative Research. *Psychological Bulletin*, 75(3), 145-185.

Luborsky L., DeRubeis R. (1984). The Use of Psychotherapy Treatment Manuals: A Small Revolution in Psychotherapy Research Style. *Clinical Psychology Review*, 4(1), 5-14.

Luborsky L., Diguer L., Seligman D., Rosenthal R., Krause E., Johnson S., Halperin G., Bishop M., Berman J., Schweizer E. (1999). The Researchers Own Therapy Allegiances: A "Wild

Card" in Comparisons of Treatment Efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 95-106.

Luborsky L., Rosenthal R., Diguer L., Andrusyna T., Berman J., Levitt J., Seligman D., Krause E. (2002). The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well—Mostly. *Journal of Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2 - 12.

Luborsky L., Singer B., Luborsky L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies. Is it true that "everyone has won and all must have prizes? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008.

Lucock M., Leach C., Iveson S., Lynch K., Horsefield C., Hall P. (2003). A Systematic Approach to Practice-Based Evidence in a Psychological Therapies Service. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 389-399.

Lutz W., Leon S., Martinovich Z., Lyons J., Stiles W. (2007). Therapist Effects in Outpatient Psychotherapy: A Three-Level Growth Curve Approach. *Journal of Counselling Psychology*, 54(1), 32-39.

Madsen W., Madsen C. (1997). *Τελετές Μαγείας στη Σύγχρονη Λατινική Αμερική. Μαγικο-Θρησκευτικές Αντιλήψεις στους Σύγχρονους Ατζέκους, Μάγιας και στους άλλους Ιθαγενείς.* Αθήνα: Περίπλους.

Main J. (1999). Doctors Advocating Evidence Based Medicine May Be Out of Touch with Real Medicine. *British Medical Journal*, 318, 332.

Manos N., Vasilopoulou E. (1984). Evaluation of Psychoanalytic Psychotherapy Outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70(1), 28-35.

Mansfield A, Addis M. (2001a). Manual-Based Psychotherapies in Clinical Practice. Part 1: Assets, Liabilities, and Obstacles to Dissemination. *Evidence Based Mental Health*, 4, 68-69.

Mansfield A., Addis M. (2001b). Manual-Based Treatment Part 2: The Advantages of Manual-Based Practice in Psychotherapy. *Evidence Based Mental Health*, 4, 100-101.

Margison F., Barkham M., Evans C., McGrath G., Mellor Clark J., Audin K., Connell J. (2000). Measurement and Psychotherapy. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence. *British Journal of Psychiatry*, 177, 123-130.

Markowitz J., Weissman M. (2008). Η Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία στην Αντιμετώπιση της Κατάθλιψης και άλλων Συναισθηματικών Διαταραχών. Στο Σολδάτος Κ. (*Γεν Επ.*) *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική (Τόμος ΙΙ)*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Marks I., Swinson R., Basoglu M., Kuch K., Noshirvani H., O' Sullivan G., Lelliott P., Kirby M., McNamme G., Sengun S. (1993). Alprazolam and Exposure Alone and Combined in Panic Disorder with Agoraphobia: A Controlled Study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry*, 162, 776-787.

Marmar C., Gaston L., Gallagher D., Thompson L. (1989). Therapeutic Alliance and Outcome in Behavioural, Cognitive and Brief Dynamic Psychotherapy in Late-Life Depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(8), 464-472.

May R. (1995). Foreword. In Freedheim D. *et al* (*Eds.*), *History of Psychotherapy: A Century of Change*, Washington, DC: American Psychological Association.

McGovern D., Cope R. (1987). First Psychiatric Admission Rates of First and Second Generation Afro-Caribbeans. *Social Psychiatry*, 122, 139-149.

McLeod B. (2009). Understanding Why Therapy Allegiance is Linked to Clinical Outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 69-72.

McNeilly C., Howard K. (1991). The Effects of Psychotherapy: a Re-Evaluation Based on Dosage. *Psychotherapy Research*, 1(1), 74-78.

Mellers B., Hertwig R., Kahneman D. (2001). Do Frequency Representations Eliminate Conjunction Effects? An Exercise in Adversarial Collaboration. *Psychological Science*, 12(4), 269-275.

Messer S. (2001). Introduction to the Special Issue on Assimilative Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 1-4.

Messer S. (2002). Empirically Supported Treatments: Cautionary Notes. *Medscape General Medicine*. http://www.medscape.com/viewarticle/445082 (προσβάσιμο 25/2/2005).

Messer S. (2004) Evidence-Based Practice: Beyond Empirically Supported Treatments. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(6), 580-588.

Messer S. (2006). What Qualifies as Evidence of Effective Practice: Patient Values and Preferences. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Meyer C. (2007). *Η Μαύρη Βίβλος της Ψυχανάλυσης. Ζώντας Καλύτερα χωρίς τον Freud*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Milton J. (2001). Psychoanalysis and Cognitive Behaviour Therapy - Rival Paradigms or Common Ground? *International Journal of Psychoanalysis*, 82, 431-447.

Miranda J., Chung J., Green B., Krupnick J., Siddique J., Revicki D., Belin T. (2003). Treating Depression in Predominantly Low-Income Young Minority Women: A Randomized Controlled Trail. *Journal of the American Medical Association*, 290(1), 57-65.

Mohr D. (1995). Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 1-27.

Mojtabai R., Olfson M. (2008). National Trends in Psychotherapy by Office-Based Psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 65(8), 962-70.

Money M. (2001). Shamanism as a Healing Paradigm for Complementary Therapy. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 7, 126-131.

Morrison K., Bradley R., Westen D. (2003). The External Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy for Depression and Anxiety: A Naturalistic Study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(2), 109-132.

Μπαμπινιώτης Γ. (2002). Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας (β' έκδοση). Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας ΕΠΕ.

Nathan P., Gorman J. (2002). *A Guide to Treatments that Work (2nd Edition)*. New York: Oxford University Press.

Nathan P., Stuart S., Dolan S. (2000). Research on Psychotherapy Efficacy and Effectiveness: Between Skylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126(6), 964-981.

National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute. (2005). *Results of a Survey of State Directors of Adult and Child Mental Health Services on Implementation of Evidence-Based Practices*. http://www.nri-inc.org/reports_pubs/2005/EBPLillyFullReport2005.pdf (προσβάσιμο 11/9/ 2009).

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *Mental Health and Behavioural Conditions*. http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byTopic&o=7281 (Προσβάσιμο 17/9/2009)

National Institutes of Health. (2004). *State Implementation of Evidence-Based Practices: Bridging Science and Service*. (NIMH and SAMHSA Publication No. RFA: MH-03-007). http://grants1.nih.gov/grants/guide/rfa-files/RFA-MH-03-007.html (προσβάσιμο 7/6/2009).

Nicholson R.., Berman J. (1983). Is Follow-Up Necessary in Evaluating Psychotherapy? *Psychological Bulletin*. 93(2), 261-278.

Norcross J. (2001). Purposes, Processes, and Products of the Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships. *Psychotherapy*, 38(4), 345-356.

Norcross J. (2002). *Psychotherapy Relationships that Work*. New York: Oxford University Press.

Norcross J., Beutler L., Levant R. (2006). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Norcross J., Hill C. (2004). Empirically Supported Therapy Relationships. *The Clinical Psychologist*, 57(3), 19-32.

Norcross J., Lambert M. (2006). What Should Be Validated: The Therapy Relationship. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

O' Donohue W., Fisher J. (2006). Introduction: Clinician's Handbook of Evidence-Based Practice Guidelines: The Role of Practice Guidelines in Systematic Quality Improvement. In O' Donohue W., Fisher J. (*Eds.*), *Practitioner's Guide to Evidence-Based Psychotherapy*. NY: Springer.

O' Brien C., Woody G. (1989). Evaluation of Psychotherapy. In Kaplan H., Sadock B. (*Eds.*) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V, Vol. 2 (5th Ed.)*, Baltimore: Williams & Wilkins.

O' Donohue W., Yeater E. (2003). Individuating Psychotherapies. *Behavior Modification*, 27(3), 313-321.

Obeyesekere G. (1989). Despair and Recovery in Sinhala Medicine and Religion: an Anthropologist's Meditations. In Sullivan L. (*Ed.*), *Healing and Restoring: Health and Medicine in the World's Religious Traditions*. New York: Macmillan.

Okasha A. (2001). Egyptian Contribution to the Concept of Mental Health, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 7(3), 377-380.

Okiishi J., Lambert M., Eggett D., Nielsen L., Dayton D., Vermeersch D. (2006). An Analysis of Therapist Treatment Effects: Toward Providing Feedback to Individual Therapists on their Clients' Psychotherapy Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157-1172.

Olkin R., Taliaferro G. (2006). How Well Do Both Evidence Based Practices and Treatment As Usual Satisfactorily Address the Various Dimensions of Diversity? Evidence-Based Practices Have Ignored People with Disabilities. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Ollendick T., King N. (2004). Empirically Supported Treatments for Children and Adolescents: Advances Toward Evidence-Based Practice. In Barrett P., Ollendick T. (*Eds.*), *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents: Prevention and Treatment*, Chichester, UK: Wiley

Ollendick T., King N. (2006a). Do Therapies Designated as Empirically Supported Treatments for Specific Disorders Produce Outcomes Superior to Non-Empirically Supported Treatment Therapies? Empirically Supported Treatments Typically Produce Outcomes Superior to Non-Empirically Supported Treatment Therapies. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions.* Washington, DC: American Psychological Association.

Ollendick T., King N. (2006b). Do Therapies Designated as Empirically Supported Treatments for Specific Disorders Produce Outcomes Superior to Non-Empirically Supported Treatment Therapies? Dialogue: Convergence and Contention. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions.* Washington, DC: American Psychological Association.

Ortiz de Montellano B. (1989). Mesoamerican Religious Tradition and Medicine. In Sullivan L. (*Ed.*), *Healing and Restoring: Health and Medicine in the World's Religious Traditions.* New York: Macmillan.

Parker I. (2007). The State of Psychotherapy and The Place of Psychoanalysis. *Psychoanalysis, Culture & Society*, 12, 76-82.

Parloff M., Elkin I. (1995). Historical Developments in Research Centres. The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. In Freedheim D. *et al* (*Eds.*), *History of Psychotherapy: A Century of Change.* Washington, DC: American Psychological Association.

Parry G. (2000). Evidence Based Psychotherapy: Special Case or Special Pleading? *Evidence Based Mental Health*, 3(2), 35-37.

Parry G., Cape J., Pilling S. (2003). Clinical Practice Guidelines in Clinical Psychology and Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 337-351.

Persons J., Silberschatz G. (1998). Are Results of Randomized Controlled Trials Useful to Psychotherapists? *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 66(1), 126-135.

Pettis J. (2006). Earth, Dream and Healing: The Integration of *Materia* and Psyche in the Ancient World. *Journal of Religion and Health*, 45(1), 113-29.

Peveler R., Fairburn C. (1992). The Treatment of Bulimia Nervosa in Patients with Diabetes Mellitus. *International Journal of Eating Disorders*, 11(1), 45-53.

Pichot P. (2008). Η Ιστορία της Ψυχιατρικής ως Ιατρικής Ειδικότητας. Στο Σολδάτος Κ. (*Γεν Επ.*) *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική (Τόμος Ι)*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Pinard G. (2004) Guest Editorial - Evidence-Based Psychotherapies. Progress in Psychotherapy Research. *Canadian Psychiatric Association Bulletin*, 36(1), 11.

Ποταμιάνος Γ. (2000). *Κλινική Ψυχολογία. Σύγχρονα Θέματα Κλινικής Πρακτικής & Έρευνας.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ποταμιάνος Γ. & συν. (1998). *Θεωρίες Προσωπικότητας και Κλινική Πρακτική.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Project MATCH Research Group. (1997). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Posttreatment Drinking Outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 7-29.

Psychological Therapies in the NHS - A Landmark Conference. *Therapy Today*, 18(10), 8-9. http://www.bacp.co.uk/admin/structure/files/pdf/3235_psych%20therapies%20in%20nhs.pdf (προσβάσιμο 25/1/2010).

Rahman, F. (1989). Islam and Health/Medicine: A Historical Perspective. In Sullivan L. (*Ed.*), *Healing and Restoring: Health and Medicine in the World's Religious Traditions.* New York: Macmillan.

Ramesh R. (2010). Report condemns swine flu experts' ties to big pharma. Trio of scientists who urged stockpiling had previously been paid, says report, *The Guardian (4/6/2010)*, http://www.guardian.co.uk/business/2010/jun/04/swine-flu-experts-big-pharmaceutical (προσβάσιμο 14/6/2010).

Ramon S. (2008). Neoliberalism and its Implications for Mental Health in the UK. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(2), 116-125.

Reed G. (2006a). What Qualifies as Evidence of Effective Practise: Clinical Expertise. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions.* Washington, DC: American Psychological Association.

Reed G. (2006b). What Qualifies as Evidence of Effective Practise. Dialogue: Convergence and Contention. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions.* Washington, DC: American Psychological Association.

Reilly B. (2004). The Essence of EBM: Practicing What we Teach Remains a Big Challenge. *British Medical Journal*, 329, 991-992.

Reynolds S. (2000) Evidence Based Practice and Psychotherapy Research. *Journal of Mental Health*, 9(3), 257-266.

Rice L., Greenberg L. (1995). Humanistic Approaches to Psychotherapy. In Freedheim D. *et al* (*Eds.*), *History of Psychotherapy. A Century of Change.* Washington, DC: American Psychological Association.

Rifkin A. (2007). Randomized Controlled Trials and Psychotherapy Research. *The American Journal of Psychiatry*, 164(1), 7-8.

Ritvo R., Papilsky S. (1999). Effectiveness of Psychotherapy. *Current Opinion in Paediatrics*, 11, 323-327.

Roelcke V. (2004). Psychotherapy between Medicine, Psychoanalysis, and Politics: Concepts, Practices, and Institutions in Germany, *c.* 1945-1992. *Medical History*, 48, 473-492.

Rogers C., Sanford R. (1989). Client-Centered Psychotherapy. In Kaplan H., Sadock B. (*Eds.*) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V, Vol.2 (5th Ed.)*, Baltimore: Williams & Wilkins.

Rojcewicz S. (2004). Poetry Therapy in Ancient Greek Literature, *Journal of Poetry Therapy*, 17(4), 209-213.

Rosen G., Davison G. (2003). Psychology Should List Empirically Supported Principles of Change (ESPs) and Not Credential Trademarked Therapies or Other Treatment Packages. *Behavior Modification*, 27(3), 300-312.

Rosenbaum M., Lakin M., Roback H. (1995). Psychotherapy in Groups. In Freedheim D. *et al* (*Eds.*), *History of Psychotherapy. A Century of Change.* Washington, DC: American Psychological Association.

Rosenfeld W. (2009). Beyond Evidence-Based Psychotherapy. Fostering the Eight Sources of Change in Child and Adolescent Treatment. New York: Routledge.

Roth A., Fonagy P. (1996). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research.* New York: The Guilford Press.

Roth A., Fonagy P. (2006). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research (2nd Ed).* New York: Guilford Press

Roth A., Fonagy P., Parry G. (1996). Psychotherapy Research, Funding, and Evidence-Based Practice. In Roth A., Fonagy P. (*Eds.*) *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research.* New York: The Guilford Press.

Roth A., Fonagy P., Parry G. (2006). Psychotherapy Research, Health Policy, and Service Provision. In Roth A., Fonagy P. (*Eds.*) *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research (2nd Edition).* New York: Guilford Press.

Roy-Byrne P., Sherbourne C., Craske M., Stein M., Katon W., Sullivan G., Means-Christensen A., Bystritsky A. (2003). Moving Treatment Research From Clinical Trials to the Real World. *Psychiatric Services,* 54(3), 327-332.

Ryle A. (1990). *Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change.* Chichester: Wiley.

Saarni S., Gylling H. (2004). Evidence Based Medicine Guidelines: A Solution to Rationing or Politics Disguised as Science? *Journal of Medical Ethics,* 30(2), 171-175.

Sackett D., Rosenberg W., Gray M., Haynes B., Richardson S. (1996). Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't: It's About Integrating Individual Clinical Expertise and the Best External Evidence. *British Medical Journal,* 312, 71-72.

Sackett D., Straus S., Richardson S., Sharon S. et al. (2002). *Επί Ενδείξεων Βασιζόμενη Ιατρική, Πώς να Ασκείτε και να Διδάσκετε την EBI.* Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Sadock B. (1989). Group Psychotherapy, Combined Individual and Group Psychotherapy, and Psychodrama. In Kaplan H., Sadock B. (*Eds.*) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V, Vol.2 (5th Ed.),* Baltimore: Williams & Wilkins.

Sanderson W. (1995). Can Psychological Interventions Meet the New Demands of Healthcare? *The American Journal of Managed Care,* 1(1), 93-98.

Sanderson W. (2002). Why we Need Evidence-Based Psychotherapy Practice Guidelines. *Medscape General Medicine.* 4(4), http://www.medscape.com/viewarticle/445080 (προσβάσιμο 25/2/2005).

Sanderson W. (2003). Why Empirically Supported Psychological Treatments Are Important. *Behaviour Modification,* 27(3), 290-299.

Satel S. (2000). *PC, M.D.: How Political Correctness is Corrupting Medicine.* New York: Basic Books.

Savenkov O. (2004). Psychotherapy Training and Empirical Evidence: A Resident's Conundrum. *Canadian Psychiatric Association Bulletin.* 36(1), 9-10.

Schacht T., Strupp H. (1989). Recent Methods of Psychotherapy. In Kaplan H., Sadock B. (*Eds.*) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V, Vol.2 (5th Ed.),* Balitmore: Williams & Wilkins.

Schulze B. (2008). 16th AEP Congress - Abstract Book. Workshop: Scientific Reading and Writing in Psychiatry. Qualitative Research Methods in Psychiatric Science, *European Psychiatry,* 23(2), S48.

Seligman M. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumers Report Study. *American Psychologist,* 50(12), 965-974.

Shapiro D., Shapiro D. (1982). Meta-analysis of Comparative Therapy Outcome Studies: A Replication and Refinement. *Psychological Bulletin,* 92(3), 581-604.

Silverman W. (1996). Cookbooks, Manuals and Paint-by Numbers: Psychotherapy in the 90s. *Psychotherapy,* 33(2), 207-215.

Silverstein L., Auerbach C. (2009). Using Qualitative Research to Develop Culturally Competent Evidence-Based Practice. *American psychology*, 64(4), 274-275.

Singer E. (2002). Book Forum: PC, M.D.: How Political Correctness is Corrupting Medicine. *The American Journal of Psychiatry*, 159(1), 160-161.

Singh A., Singh S. (2007). Clinical Practice Guidelines and Industry. In: Guidelines, Editors, Pharma and the Biological Paradigm Shift. *The Academia-Industry Symposium MSM 2007: Medical Practice and the Pharmaceutical Industry. And Ever the Duo Shall Meet* (Singh A. & Singh S. *Eds.*), *Mens Sana Monographs*, 5, 44-55.

Slife B., Wendt D. (2007). The Next Step in the Evidence-Based Practice Movement. In Slife B. (*Ed.*). *Taking Sides: Clashing Views on Controversial Psychological Issues (15th Ed.)*, New York: Mc Graw-Hill.

Smith B., Sechrest L. (1991). Treatment of Aptitude x Treatment Interactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 233-244.

Smith M. (1982). What Research Says about the Effectiveness of Psychotherapy. *Hospital & Community Psychiatry*, 33(6), 457-461.

Smith M., Glass G. (1977). Meta-analysis of Psychotherapy Outcome Studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760.

Smith M., Glass G., Miller T. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Soltani A., Moayyeri A., Raza M. (2004). Impediments to Implementing Evidence-Based Mental Health in Developing Countries. *Evidence Based Mental Health*, 7, 64-66.

Sotsky S., Glass D., Shea T., Pilkonis P., Collins J., Elkin I., Watkins J., Imber S., Leber W., Moyer J. *et al.* (1991). Patient Predictors of Response to Psychotherapy and Pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 148(8), 997-1008.

Spirito A. (1999). Empirically Supported Treatments in Paediatric Psychology. *Journal of Paediatric Psychology*, 24, 87-174.

Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2009). *Scientific Realism*. http://www.plato.stanford.edu/entries/scientific-realism (Προσβάσιμο 15/10/2009).

Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2010). *Operationalism*, http://plato.stanford.edu/entries/operationalism/ (Προσβάσιμο 11/3/2010).

Starcevic V. (2003). Psychotherapy in the Era of Evidence-Based Medicine. *Australian Psychiatry*, 11(3), 278-281.

Stephen M., Suryani L. (2000). Shamanism, Psychosis and Autonomous Imagination. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24(1), 5-40.

Stewart R., Chambless D. (2007). Does Psychotherapy Research Inform Treatment Decisions in Private Practice? *Journal of Clinical Psychology*, 63(3), 267-281.

Stiles W. (2006). What Qualifies as Research on Which to Judge Effective Practice: Case Studies. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Stiles W., Barkham M., Twigg E., Mellor-Clark J., Cooper M. (2006). Effectiveness of Cognitive-Behavioural, Person-Centred and Psychodynamic Therapies as Practiced in UK National Health Service Settings. *Psychological Medicine*, 36(4), 555-566.

Stiles W., Shapiro D., Elliot R. (1986). "Are All Psychotherapies Equivalent?". *American Psychologist*, 41(2), 165-180.

Stirman S., DeRubeis R. (2006). Are Research Patients and Clinical Trials Representative of Clinical Practice: Research Patients and Clinical Trials Are Frequently Representative of Clinical Practice. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Stirman S., DeRubeis R., Crits-Christoph P., Brody P. (2003). Are Samples in Randomized Controlled Trials of Psychotherapy Representative of Community Outpatients? A New Methodology and Initial Findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 963-972.

Stirman S., DeRubeis R., Crits-Christoph P., Rothman A. (2005). Can the Randomized Controlled Literature Generalize to Non-Randomized Patients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 127-135.

Storr A. (2008). Η Ιστορία της Ψυχοδυναμικής Ψυχιατρικής. Στο Σολδάτος Κ. (*Γεν Επ.*) *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική (Τόμος Ι)*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Strathern M. (2000). The Tyranny of Transparency. *British Educational Research Journal*, 26(3), 309-321.

Straus S., Sackett D. (1998). Getting Research Findings into Practice: Using Research Findings in Clinical Practice. *British Medical Journal*, 317, 339-342.

Strauss B., Kaechele H. (1998). The Writing on the Wall - Comments on the Current Discussion About Empirically Validated Treatments in Germany. *Psychotherapy Research*, 8(2), 158-170.

Streptomycin Treatment of Pulmonary Tuberculosis: A Medical Research Council Investigation. (1948). *British Medical Journal*, 2, 769-782.

Stricker G. (2006). What Else Materially Influences What Is Represented and Published as Evidence: A Poor Fit Between Empirically Supported Treatments and Psychotherapy Integration. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Strupp H. (1986). Psychotherapy: Research, Practice, and Public Policy (How to Avoid Dead Ends). *American Psychologist*, 41(2), 120-130.

Strupp H., Howard K. (1995). A Brief History of Psychotherapy Research. In Freedheim D. *et al* (*Eds.*), *History of Psychotherapy: A Century of Change*. Washington, DC: American Psychological Association.

Sue S. (2003). In Defence of Cultural Competency in Psychotherapy and Treatment. *American Psychologist*, 58(11), 964-970.

Sue S., Zane N. (2006). How Well Do Both Evidence Based Practices and Treatment As Usual Satisfactorily Address the Various Dimensions of Diversity? Ethnic Minority Populations Have Been Neglected By Evidence-Based Practices. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Sullivan L. (1989). Religious Foundations of Health and Medical Power in South America. In Sullivan L. (*Ed.*), *Healing and Restoring: Health and Medicine in the World's Religious Traditions*, New York: Macmillan.

Tanenbaum S. (2005). Evidence-Based Practice as Mental Health Policy: Three Controversies and A Caveat. *Health Affairs*, 24(1), 163-173

Task Force for the Development of Guidelines for the Provision of Humanistic Psychosocial Services. (1997). Guidelines for the Provision of Humanistic Psychosocial Services. *Humanistic Psychologist*, 25(1), 65-107

Task Force for the Development of Practice Recommendations for the Provision of Humanistic Psychosocial Services. (2005). *Recommended Principles and Practices for the Provision of Humanistic Psychosocial Services: Alternative to Mandated Practice and Treatment Guidelines*, http://www.apa.org/divisions/div32/pdfs/taskfrev.pdf (προσβάσιμο 12/12/2009)

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and Dissemination of Empirically-Validated Psychological Treatments: Report and Recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48(1), 3-23.

Teghtsoonian K. (2009). Depression and Mental Health in Neoliberal Times: A Critical Analysis of Policy and Discourse. *Social Science & Medicine*, 69(1), 28-35.

Torpy J., Lynm C., Glass R. (2006). Evidence Based Medicine. *Journal of the American Medical Association*. 296(9), 1192.

Torrey E. (1989). *Witchdoctors and Psychiatrists. The common Roots of Psychotherapy and Its Future*. New Jersey: Jason Aronson.

Torrey E. (2005). Does Psychoanalysis Have a Future? No. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(12), 743-744.

Totton N. (2000). *Psychotherapy and Politics*. London: Sage Publications

Tramontana G. (1981). Critical Review of Research on Psychotherapy Outcomes with Adolescents: 1967-1977. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Adolescent*. 521-550.

Trinder L, Reynolds S. (2000). *Evidence-Based Practice. A Critical Appraisal*. London: Blackwell Science Ltd.

Twisselmann B. (2005). Evidence Based Medicine: Does it Make a Difference?: Summary of Webchat. *British Medical Journal*, 330, 94.

U.S. Surgeon General. (2001). *Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity-A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/cre/sma-01-3613.pdf (προσβάσιμο 13/7/2010).

Ursano R., Ursano A. (2008). Βραχείαι Ατομική Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία. Στο Σολδάτος Κ. (*Γεν Επ.*) *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική (Τόμος ΙΙ)*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

VandenBos G. (1986). Psychotherapy Research: A Special Issue, *American Psychologist*, 41(2), 111-112.

Vandenbos G., Cummings N., Deleon P. (1995). A Century of Psychotherapy: Economic and Environmental Influences. In Freedheim D. *et al* (*Eds.*), *History of Psychotherapy. A Century of Change*. Washington, DC: American Psychological Association.

Vos T., Haby M., Magnus A., Mihalopoulos C., Andrews G., Carter R. (2006). Assessing Cost-Effectiveness in Mental Health: Helping Policy-Makers Prioritize and Plan Health Services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(8), 701-712.

Wachtel L. P. (1977). *Psychoanalysis and Behavior Therapy: Toward an Integration.* New York: Basic Books.

Wallace B., Shapiro S. (2006). Mental Balance and Well-Being. Building Bridges Between Buddhism and Western Psychology. *American Psychologist,* 61(7), 690-701.

Wallerstein R. (1995). Historical Developments in Research Centres. The Menninger Project. In Freedheim D. *et al (Eds.), History of Psychotherapy: A Century of Change.* Washington, DC: American Psychological Association.

Wampold B. (2006a). Do Therapies Designated as Empirically Supported Treatments for Specific Disorders Produce Outcomes Superior to Non-Empirically Supported Treatment Therapies? Not a Scintilla of Evidence to Support Empirically Supported Treatments as More Effective Than Other Treatments. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions.* Washington, DC: American Psychological Association.

Wampold B. (2006b). Do Therapies Designated as Empirically Supported Treatments for Specific Disorders Produce Outcomes Superior to Non-Empirically Supported Treatment Therapies? Dialogue: Convergence and Contention. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions.* Washington, DC: American Psychological Association.

Wampold B., Bhati K. (2004). Attending to the Omissions: A Historical Examination of the Evidence-Based Practice Movements. *Professional Psychology: Research and Practice,* 35(6), 563-570.

Wampold B., Lichtenberg J., Waehler C. (2005). A Broader Perspective: Counselling Psychology's Emphasis on Evidence. *Journal of Contemporary Psychotherapy,* 35(1), 27-38.

Weissman M., Markowitz J. (1994). Interpersonal Psychotherapy - Current Status. *Archives of General Psychiatry,* 51(8), 599-606.

Weissman M., Verdeli H., Gameroff M., Bledsoe S., Betts K., Mufson L., Fitterling H., Wickramaratne P. (2006). National Survey of Psychotherapy Training in Psychiatry, Psychology, and Social Work. *Archives of General Psychiatry,* 63(8), 925-934.

Weisz J., Hawley K., Pilkonis P., Woody S., Follette W. (2000). Stressing the (Other) Three Rs in Search for Empirically Supported Treatments: Review Procedures, Research Quality, Relevance to Practice and Public Interest. *Clinical Psychology: Science and Practice,* 7(3), 243-258.

Weisz J., Jensen-Doss A., Hawley K. (2006). Evidence-Based Youth Psychotherapies Versus Usual Clinical Care: A Meta-Analysis of Direct Comparisons. *American Psychologist,* 61(7), 671-689.

Weisz J., Weiss B., Han S., Granger D. (1995). Effects of Psychotherapy with Children and Adolescents Revisited: a Meta-analysis of Treatment Outcome Studies. *Psychological Bulletin,* 117(3), 450- 468.

Wendt D., Slife B. (2007). Is Evidence-Based Practice Diverse Enough? Philosophy of Science Considerations. *American Psychologist,* 62(6). 613-14.

West J., Wilk J., Rae D., Muszynski I., Stipec M., Alter C., Sanders K., Crystal S., Regier D. (2009). Medicaid Prescription Drug Policies and Medication Access and Continuity: Findings From Ten States. *Psychiatric Services,* 60, 601-610.

West J., Wilk J., Rae D., Narrow W., Regier D. (2003). Financial Disincentives for the Provision of Psychotherapy, *Psychiatric Services,* 54(12), 1582-83.

West P., Warchal J. (2009). The Role of Evidence-Based Therapy Programs in the Determination of Treatment Effectiveness. In Walz G., Bleuer J., Yep R. (*Eds.*), *Compelling Counselling Interventions: VISTAS 2009*. Alexandria, VA: American Counselling Association.

Westen D. (2006a). Are Research Patients and Clinical Trials Representative of Clinical Practice: Patients and Treatments in Clinical Trials Are Not Adequately Representative of Clinical Practice. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Westen D. (2006b). Are Research Patients and Clinical Trials Representative of Clinical Practice: Dialogue: Convergence and Contention. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Westen D. (2006c). Are Efficacious Laboratory-Validated Treatments Readily Transportable to Clinical Practice. Dialogue: Convergence and Contention. In Norcross J., Beutler L., Levant R. (*Eds.*). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Westen D., Morrison K. (2001). A Multidimensional Meta-Analysis of Treatments for Depression, Panic, and Generalized Anxiety Disorder: An Empirical Examination of the Status of Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 875-899.

Westen D., Novotny C, Thompson-Brenner H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631-663.

Williams P., Turpin G., Hardy G. (2006). Clinical Psychology Service Provision and Ethnic Diversity Within the UK: A Review of the Literature. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(5), 324-338.

Wilson T. (1998). Manual-Based Treatment and Clinical Practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 363-375.

Wiseman B. (1999). Portrait of the Therapist as a Shaman. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 2(1), 41-53.

Wolpert M., Fuggle P., Cottrell D., Fonagy P., Phillips J., Pilling S., Stein S., Target M. (2006). *Drawing on the Evidence: Advice for Mental Health Professionals Working with Children and Adolescents*. London: CAMHS.

Woody S., Weisz J., McLean C. (2005). Empirically Supported Treatments: 10 Years Later. *The Clinical Psychologist*, 58(4), 5-11.

Χάρβεϊ Ν. (2007). *Νεοφιλελευθερισμός. Ιστορία και Παρόν*. Αθήνα: Εκδ. Καστανιώτη.

Yalom I. (2007). *Η Μάνα και του Νόημα της Ζωής*. Αθήνα: Εκδ. ΑΓΡΑ.

Zane N., Hall G., Sue S., Young K., Nunez J. (2004). Research on Psychotherapy with Culturally Diverse Populations. In Lambert M. (*Ed.*) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change (5th edition)*. New York: Wiley.

Zeiss A., Lewinsohn P., Muñoz R. (1979). Nonspecific Improvement Effects in Depression using Interpersonal Skills Training, Pleasant Activity Schedules, or Cognitive Training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(3), 427-439.

Zinner D., Bolcic-Jankovic D., Clarridge B., Blumenthal D. Campbell E. (2009). Participation of Academic Scientists in Relationships with Industry. *Health Affairs*, 28(6), 1814-25.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

ACP Journal Club, http://www.acpjc.org/index.html

American Psychiatric Association, http://www.psych.org/

American Psychiatric Association, DSM-5 Development, http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx

American Psychological Association, http://www.apa.org

American Psychological Association, Division 12, Society of Clinical Psychology, A Guide to Beneficial Psychotherapy, http://www.apa.org/divisions/div12/cppi.html

Bandolier-Evidence-Based Thinking about Health Care, http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/index.html

Centre for Evidence Based Child Health at the UCL Institute of Child Health, http://www.ich.ucl.ac.uk/ich/academicunits/Centre_for_evidence_based_child_health/Homepage

Centre for Evidence Based Medicine-University Health Network, http://www.cebm.utoronto.ca/

Centre for Evidence Based Mental Health, http://cebmh.com/

Department of Health (London, UK), http://www.dh.gov.uk/

Medscape Medical News, http://www.medscape.com/

Menninger Psychiatric Center, http://www.menningerclinic.com/index.aspx

National Guideline Clearinghouse, http://www.guideline.gov/

National Institute for Health and Clinical Excellence. http://www.nice.org.uk/

NHS Evidence, www.evidence.nhs.uk

Oxford-Centre for Evidence Based Medicine, http://www.cebm.net

Psychiatric Times, http://www.psychiatrictimes.com/

Society for Psychotherapy Research, http://www.psychotherapyresearch.org/index.cfm

Stanford Encyclopedia of Philosophy, http://plato.stanford.edu/

The Cochrane Collaboration, http://www.cochrane.org/

The Guardian, http://www.guardian.co.uk/

The New York Times, http://www.nytimes.com/

Wikipedia, http://en.wikipedia.org/wiki/Main_Page

Εγκυκλοπαίδεια Britannica, http://www.britannica.com/

Εθνική Εταιρείας Ψυχοθεραπείας Ελλάδος, http://www.nopg.gr/gr/cat.asp?in=1