

Γενικό άρθρο General article

Αναγκαιότητα και προϋποθέσεις ψυχοθεραπείας σε παιδοψυχιατρική/ψυχιατρική ενδονοσοκομειακή μονάδα

Σ.Ν. Σαλπιστής

Κλινικός Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπευτής

Ψυχιατρική 2008, 19:254–263

Η ψυχιατρική φροντίδα, και ιδιαίτερα η παιδοψυχιατρική, πλήττεται από το σύγχρονο ορθολογικό τρόπο οικονομικής σκέψης, και η ποιότητα των υπηρεσιών της απειλείται από την απαίτηση για μεγαλύτερη «παραγωγικότητα». Μία σοβαρή συνέπεια αυτού του τρόπου σκέψης είναι ο ολοένα και μεγαλύτερος παραγκωνισμός των ψυχοθεραπευτικού τύπου παρεμβάσεων. Στην παρούσα μελέτη, επιχειρείται σύγκριση των δυνατοτήτων και της αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αντιμετώπισης των ψυχικών ασθενειών και των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και τονίζεται η θεραπευτική αξία της διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ θεράποντος και θεραπευομένου σε κάθε περίπτωση. Γίνεται, επίσης, περιγραφή και σύγκριση τριών ψυχιατρικών κατευθύνσεων (βιολογικής/νευρολογικής, περιγραφικής και ψυχαναλυτικής/ψυχοδυναμικής) στην προσπάθεια κατανόησης και αντιμετώπισης των ψυχικών ασθενειών. Τέλος, επισημαίνεται η αναγκαιότητα ύπαρξης μιας ψυχοθεραπευτικής κουλτούρας και άσκησης ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε κάθε ψυχιατρική μονάδα.

Λέξεις ευρετηρίου: Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, περιγραφική, ψυχοδυναμική διάγνωση, ενδονοσοκομειακή, παιδοψυχιατρική/ψυχιατρική μονάδα.

Εισαγωγή

Η παιδοψυχιατρική, ολοένα και περισσότερο, τείνει να θεωρείται ως ένας οργανισμός παροχής υπηρεσιών προς κοινωνικά ιδρύματα και φορείς, όπως το σχολείο, η κοινωνική πρόνοια, τα δικαστήρια κ.ά., σε βαθμό που η αυτονομία και το περιεχόμενό της ως επιστήμης περνούν σε δεύτερη ή τρίτη μοίρα. Από την άλλη, η παράταση των δυσμενών οικονομικών συνθηκών έχει, μεταξύ άλλων, ως αποτέλεσμα και την περικοπή κονδυλίων προς την υγεία, όπου η ψυχιατρική –και ιδιαίτερα η παιδοψυχιατρική– κατέχει παραδοσιακά την τελευταία θέση των προτεραιοτήτων επιδότησης.^{1,2}

Μία ακόμη συνέπεια της δυσμενούς οικονομικής κατάστασης, και όχι μόνον αυτής, είναι οι πιέσεις για ολοένα και μεγαλύτερη παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα σε όλους τους τομείς εργασίας. Αυτός ο ορθολογικός τρόπος οικονομικής σκέψης πλήττει ιδιαίτερα τον χώρο της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς ο τρόπος προσέγγισης των προβλημάτων που καλείται να αντιμετωπίσει και τα αποτελέσματά της δεν είναι πάντα ή/και εύκολα μετρήσιμα μεγέθη, τουλάχιστον με τον τρόπο που απαιτεί η μεθοδολογία των φυσικών επιστημών. Η ψυχιατρική/ψυχολογική προσέγγιση αφορά, ή θα έπρεπε να αφορά, ενδοψυχικές και διαπροσωπικές διεργασίες που είναι συχνά λανθάνουσες, αφηρημένες και μη μετρήσιμες ποσοτικά. Οι όποιες δομικές ψυχικές αλλαγές, που επιτυγχάνονται διαμέσου των οποιωνδήποτε θεραπευτικών παρεμβάσεων, απαιτούν τη συνεναισθησία, την κατανόηση και το σεβασμό του θεραπευτή για το ψυχικό υλικό και το πρόσωπο του θεραπευομένου μέσα από έναν εξελικτικό και για τους δύο διάλογο που συνήθως απαιτεί αρκετό χρόνο. Οι μακροσκελείς λίστες αναμονής στις περισσότερες παιδοψυχιατρικές μονάδες δεν αφήνουν πολλά περιθώρια για την άσκηση μιας ψυχοθεραπευτικού τύπου αντιμετώπισης. Οι απαιτήσεις για ποσοτική εργασία απειλούν την άσκηση μιας περισσότερο ποιοτικής παρέμβασης.³ Το «διαγνωστικό μοντέλο» φαίνεται πως επικρατεί του «θεραπευτικού», προς όφελος του ιδιωτικού τομέα που καρπούται ως πελάτες τους ασθενείς στους οποίους ο δημόσιος τομέας δεν εξαντλεί όλες τις δυνατότητες προσφοράς θεραπευτικών υπηρεσιών. Είναι σαφές πως πλήττονται περισσότερο, με καταστροφικές συχνά συνέπειες, οι οικονομικά ασθενέστερες οικογένειες. Δεν είναι, όμως, μόνον

οικονομικοί οι λόγοι που οδηγούν στην κατάσταση αυτή. Όλοι όσοι έχουν εργασθεί σε ψυχιατρικές κλινικές ή νοσοκομεία, ασχέτως ειδικότητας, έχουν διαπιστώσει πως ακόμα και εκεί που η ψυχοθεραπεία ή πιο σωστά οι θεραπευτικές συνεδρίες αποτελούν μέρος της παρεχόμενης περίθαλψης, αυτό γίνεται στο βαθμό που το επιτρέπει η λίστα αναμονής ή/και η ευτυχής συγκυρία ύπαρξης μιας ολιστικής βιο-ψυχο-κοινωνικής προσέγγισης των ψυχικών ασθενειών στο συγκεκριμένο τμήμα.

Σύγκριση μελετών για την αποτελεσματικότητα αντικαταθλιπτικών και ψυχοθεραπείας

Τα τελευταία 15 περίπου χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη φαρμακευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, με συνέπεια την εκρηκτική αύξηση της συνταγογράφησης ψυχοφαρμάκων και ιδιαίτερα αντικαταθλιπτικών, χωρίς επαρκή επιστημονική στήριξη για την αποτελεσματικότητά τους σε όλες τις περιπτώσεις. Αντίθετα, κατά το ίδιο χρονικό διάστημα, έχει διεξαχθεί μία πληθώρα σοβαρών, εκτεταμένων και τεκμηριωμένων ερευνών που καταδεικνύουν την αποτελεσματικότητα, την έκταση και τη μονιμότητα των αλλαγών που επιτυγχάνονται με την ψυχοδυναμική κυρίως ψυχοθεραπεία σε ένα μεγάλο φάσμα ψυχικών διαταραχών όπως, για παράδειγμα, στην κατάθλιψη, σε διάφορες μορφές διαταραχών προσωπικότητας, στο μετατραυματικό σύνδρομο, στην κοινωνική φοβία, στην ψυχογενή ανορεξία, τη βουλιμία κ.ά.⁴⁻⁹

Όσον αφορά τις πολυάριθμες έρευνες για την αποτελεσματικότητα των ψυχοφαρμάκων εν γένει, και των αντικαταθλιπτικών ειδικότερα, θα πρέπει να αναφερθεί πως τα αποτελέσματα παρουσιάζουν μία υπερβολικά θετική εικόνα σε σχέση με την πραγματικότητα.¹⁰ Ταυτόχρονα, το 75% περίπου όλων των δημοσιευμένων ερευνών για την αποτελεσματικότητα των διαφόρων φαρμάκων χρηματοδοτούνται από τις εταιρείες που τα παράγουν. Σύμφωνα με τους Abramsen & Starfield,¹¹ οι έρευνες αυτές δίνουν θετικά αποτελέσματα πενταπλάσια σε σύγκριση με τις ανεξάρτητες έρευνες για τα ίδια σκευάσματα. Στο 60% περίπου των ερευνών, δεν διαφαίνονται σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα αντικαταθλιπτικά σκευάσματα και τα placebo,^{12,13} στα δε παιδιά και τους εφήβους, οι μετα-αναλύσεις δείχνουν πως

η αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών δεν υπερτερεί των placebos, ενώ ταυτόχρονα διπλασιάζεται ο κίνδυνος αυτοχειρίας.^{14,15}

Η αξία και η σημασία της ποιότητας της διαπροσωπικής σχέσης ανάμεσα σε ασθενή και θεράποντα ιατρό προκύπτει και από διάφορα ερευνητικά ευρήματα, καθώς η κατάσταση των ασθενών που λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή από ιατρούς που δεν κατάφεραν να δημιουργήσουν μία θεραπευτική συμμαχία μαζί τους, επιδεινώνεται σε αντίθεση με τους ασθενείς που έχουν αναπτύξει θεραπευτική συμμαχία με τους θεράποντες ιατρούς τους.¹⁶ Οι ιατροί που δημιουργούν καλή σχέση με τους ασθενείς τους, ακόμη και όταν χορηγούν placebo, επιτυγχάνουν καλύτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με αυτούς που χορηγούν αντικαταθλιπτικά χωρίς να έχουν καλή θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς τους.¹⁷

Η έλλειψη της δέουσας βαρύτητας στη σημασία της διαπροσωπικής, αν μη τι άλλο, σχέσης, ακόμη και όταν η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι κυρίως φαρμακευτική, ανάγει το θέμα της ψυχικής νόσου σε πρόβλημα όχι ψυχολογικό, αλλά αμιγώς βιολογικό, δηλαδή ως αποτέλεσμα μιας βιοχημικής αναρχίας του εγκεφάλου. Μία ψυχιατρική προσέγγιση, που αρκείται στη μελέτη της λειτουργίας του εγκεφάλου, δεν θα μπορέσει ποτέ να δημιουργήσει ένα ολοκληρωμένο μοντέλο λειτουργίας του ανθρώπινου ψυχισμού που συνεκτιμά τη δυναμική αλληλεπίδραση φαινομένων όπως η συνείδηση, το συναίσθημα, το βίωμα, η κινητοποίηση, η ρύθμιση, η εκπροσώπηση, η γνώση, ο λόγος και η βούληση.¹⁸ Ο άνθρωπος εγκεφαλος αναπτύσσεται μέσα σε ένα πλαίσιο διαπροσωπικών σχέσεων που δρουν καθοριστικά στη διαμόρφωση της δομής του.¹⁹ Η θεώρηση που ταυτίζει τον άνθρωπο με το σώμα του, καθιστώντας τον με τον τρόπο αυτό αντικείμενο μελέτης που επιδέχεται ανάλυσης μέχρι και του τελευταίου μοριακού του στοιχείου, αποτελεί μία προσέγγιση που ουσιαστικά αγνοεί τον άνθρωπο ως υποκείμενο με προσωπική ιστορία, σχέσεις, συναισθήματα, λόγο, όνειρα, επιδιώξεις και υπαρξιακούς προβληματισμούς που παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ψυχικής του ισορροπίας. Ο ισχυρισμός της βιολογικά προσανατολισμένης ψυχιατρικής ότι οι ψυχικές ασθένειες είναι το αποτέλεσμα μιας διαταραγμένης ισορροπίας στον εγκέφαλο, οφειλόμενης σε ιδιοσυστασιακή ευαλωτότητα, οδηγεί σε μια ενδογενή αιτιολόγηση της ψυχικής ασθένειας που αποκόπτει το άτομο από

τον περίγυρό του. Γνωρίζουμε όμως πως ένα μεγάλο μέρος της δομικής λειτουργίας του εγκεφάλου αναπτύσσεται μετά τη γέννηση,²⁰ γεγονός που επιβεβαιώνει τη σημαντική επιρροή που ασκούν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Η έρευνα για την επίδραση της ψυχοθεραπείας στην εγκεφαλική λειτουργία έχει καταδείξει παρόμοιες μεταβολές με αυτές που συμβαίνουν και στην περίπτωση της ψυχοφαρμακευτικής αντιμετώπισης.²¹⁻²³ Νευρολόγοι, όπως οι Damasio,²⁴ Berthoz^{25,26} κ.ά., κατάφεραν να εξηγήσουν τον τρόπο με τον οποίο η ψυχική καταπόνηση επηρεάζει τον εγκέφαλο, προκαλώντας μεταβολές στη χημική του ισορροπία που με τη σειρά τους μπορούν να οδηγήσουν σε αποκλίνουσες συμπεριφορές. Η πρόταση αυτών των ερευνητών, για την αντιμετώπιση τέτοιου είδους προβλημάτων, είναι η λήψη μέτρων για τη μείωση ή εξάλειψη των αγχογόνων παραγόντων και όχι η προσπάθεια αποκατάστασης της χημικής ισορροπίας του εγκεφάλου διαμέσου ψυχοφαρμάκων.

Ψυχιατρική διαγνωστική και ψυχοδυναμική προσέγγιση

Στην ψυχιατρική υπάρχουν τρεις τουλάχιστον διαφορετικές κατευθύνσεις:

1. Η βιολογική/νευρολογική, που εστιάζεται κυρίως σε κληρονομικούς παράγοντες.
2. Η περιγραφική, που εστιάζεται σε καταστάσεις και συμπτώματα
3. Η ψυχαναλυτική/ψυχοδυναμική, που εκτιμά την προσωπικότητα διαμέσου μιας εξελικτικής-ψυχολογικής προσέγγισης.

Είναι πλέον κοινή πεποίθηση πως είναι αδύνατη η περιγραφή και η κατανόηση μίας τόσο σύνθετης πραγματικότητας, όπως ο εσωτερικός κόσμος ενός ατόμου, με μία και μοναδική προσέγγιση ή οπτική και πως μία περιγραφική διάγνωση δεν αποτελεί επαρκή βάση για να στηριχθεί ένας θεραπευτικός σχεδιασμός. Για να αποκτήσει νόημα και περιεχόμενο μία διαγνωστική προσέγγιση, ασχέτως προσανατολισμού και θεωρητικού υπόβαθρου, θα πρέπει να εξετασθεί μέσα στα πλαίσια του συστήματος που διενεργείται. Η οποιαδήποτε εξέλιξη και αποτελεσματικότητα των διαγνωστικών μας εργαλείων, που γίνεται ακόμα πιο αναγκαία εξαιτίας του επιδεινούμενου οικονομικού κλίματος και της μείωσης των πόρων προς την ψυχιατρική περίθαλψη, προϋποθέτει ένα συνεχή προβληματισμό και μία εν δυνάμει αμφισβήτηση

της πλήρους επάρκειάς τους. Κάτι τέτοιο όμως δεν αποτελεί εύκολη υπόθεση από τη στιγμή που συχνά επηρεαζόμαστε, κυρίως υποσυνείδητα, από τις αξίες, τον τρόπο σκέψης και τη φιλοσοφία του εργασιακού μας περιβάλλοντος. Μία δημιουργική αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας των διαγνωστικών μας εργαλείων –που δεν πρέπει να θυσιάζουν τη μοναδικότητα του κάθε ασθενούς στο βωμό μιας γενικής ταξινόμησης, όπως συνήθως συμβαίνει– οφείλει να φέρνει στο προσκήνιο ερωτήματα που αφορούν τη χρησιμότητά τους, το ποιόν εξυπηρετούν περισσότερο (ασθενή ή θεράποντα;), και το εάν διευρύνουν την κατανόηση και τη συνειδητοποίηση μας για τον ασθενή, ώστε να εμπλουτίζεται ο θεραπευτικός μας σχεδιασμός. Σύμφωνα με τους Mezzich & Schmolke,²⁷ η σημασία και η συμβολή της διάγνωσης στο θεραπευτικό σχεδιασμό αυξάνουν ανάλογα με το εύρος της κατανόησης που δημιουργεί η διάγνωση αυτή για τον ασθενή, τη μοναδικότητά του και τον τρόπο που σχετίζεται και επικοινωνεί. Γεννάται λοιπόν το ερώτημα: γιατί επιβιώνει τότε και επί τόσες δεκαετίες ο περιγραφικός τρόπος διαγνωστικής προσέγγισης χωρίς να έχει αξιολογηθεί επιστημονικά ο τρόπος με τον οποίο συμβάλλει στη βελτίωση της ψυχιατρικής περίθαλψης, και γιατί το προσωπικό των ψυχιατρικών ιδρυμάτων/τμημάτων, ακόμα και αυτό με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, επιδεικνύει μερικές φορές επάρκεια πολύ μικρότερη από αυτήν που πραγματικά διαθέτει; Η εξήγηση βρίσκεται στο ότι κάθε οργανισμός περιέχει διάφορες πηγές άγχους που προσπαθεί να ελέγξει και να μειώσει. Οι διεργασίες αυτές όμως δημιουργούν μερικές φορές κωλύματα και εμπλοκές στην άσκηση των καθηκόντων του προσωπικού.^{28,29} Το πρόβλημα αυτό είναι ακόμη εντονότερο στους ψυχιατρικούς οργανισμούς καθώς έχουν ως κύριο μέλημά τους την αντιμετώπιση πολύ επώδυνων συναισθημάτων σε καθημερινή βάση και για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Επειδή όμως κάθε άμυνα έχει το τίμημά της, η προσπάθεια ελέγχου του άγχους οδηγεί σε συρρίκνωση της επάρκειας του προσωπικού. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, λοιπόν, τα προβλήματα των ασθενών, που νοσηλεύονται σε ένα ψυχιατρικό τμήμα ή έχουν σχέση «ημερήσιας νοσηλείας», περιπλέκονται ακόμη περισσότερο. Πολλοί έχουν περιγράψει τα ιδιαίτερα φαινόμενα που παρατηρούνται στην αλληλεπίδραση ανάμεσα σε θεραπευτές και θεραπευόμενους με μεταιχμιακή ή ψυχιατρική οργάνωση προσωπικότητας, διευρύνοντας την

κατανόησή μας γύρω από αυτά, π.χ. Main,³⁰ Searles,³¹ Haugsgjerd,³² Crafoord,³³ Belin³⁴ κ.ά.

Το περιγραφικό διαγνωστικό μοντέλο δημιουργεί μια αίσθηση τάξης και ασφάλειας, που λειτουργεί ως φίλτρο και ασπίδα απέναντι στο συναισθηματικό χάος αυτών των ασθενών, μειώνοντας με τον τρόπο αυτό το συλλογικό άγχος της οργάνωσης, κάτι που με τη σειρά του διευκολύνει το χειρισμό και την αντιμετώπισή τους. Η κατά κάποιο τρόπο «αντικειμενικοποίηση» του ασθενούς και η αναγωγή του σε μία «περίπτωση» βοηθά στο να αντέξουμε το τεράστιο άγχος, τον τρόμο και την απόγνωσή του κατά την άμεση συνάντησή μας μαζί του.

Ο Kernberg,^{35,36} μέσα από ένα συστημικό και ψυχαναλυτικό τρόπο θεώρησης, έχει τονίσει τις δυσκολίες που παρουσιάζει η ιδρυματική φροντίδα, αλλά και τις δυνατότητες που παρέχει, λειτουργώντας ως σκηνή στην οποία εκτυλίσσεται το εσωτερικό δράμα του ασθενούς με τις παθογενείς εσωτερικοποιημένες αντικειμενότροπες σχέσεις που το χαρακτηρίζουν και που με τον τρόπο αυτό μπορούν όχι μόνο να διαγνωσθούν αλλά και να τροποποιηθούν θεραπευτικά. Η επίτευξη όμως αυτού του στόχου απαιτεί ένα τρόπο θεώρησης που να αξιολογεί τον ασθενή και τις όποιες εκδηλώσεις του ψυχισμού του –συνειδητές ή μη– ως στοιχεία που εμπεριέχουν κάποιο νόημα και όχι απλά ως εκδηλώσεις της ασθένειάς του που πρέπει πάση θυσία να εξαλειφθούν.

Η αποτελεσματικότητα των ψυχοφαρμάκων θα ήταν ακόμη μεγαλύτερη εάν η χρήση τους εντασσόταν σε ένα ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο, δηλαδή σε ένα πλαίσιο σταθερό και προβλέψιμο, όπου μία θεμελιώδης προϋπόθεσή του είναι η ύπαρξη μιας ψυχοθεραπευτικής σχέσης, στην οποία ο θεραπευόμενος έχει τη δυνατότητα να μιλήσει για τον εαυτό του και τη ζωή του, να μοιραστεί και να εναποθέσει επώδυνα και απειλητικά συναισθήματα και να επεξεργαστεί ενδοψυχικές διαπροσωπικές συγκρούσεις που οδήγησαν στην προσωπική του κατάρρευση. Ο εστιασμός, όμως, αποκλειστικά στα συμπτώματα, με σκοπό μία ακριβή ψυχιατρική περιγραφική διάγνωση, που ουσιαστικά αγνοεί τη δυναμική που τα προκαλέσει και τις ευρύτερες ψυχολογικές ανάγκες του θεραπευόμενου, καθιστά τον τελευταίο μία «περίπτωση», επιτείνοντας την προσωπική του απομόνωση. Μία ολική θεώρηση του ατόμου, σε αντίθεση με την αντίληψη της απλής επισήμανσης και αποκατάστα-

σης των ελλείψεών του, εμπεριέχει θεραπευτική ισχύ. Η δυνατότητα που προσφέρεται στον ασθενή να ασκεί την αυτονομία του και η ενθάρρυνσή της, σε αντίθεση με την υποχρέωση αποδοχής ενός έτοιμου θεραπευτικού σχήματος, έχει επίσης θεραπευτικό αποτέλεσμα.³⁷ Ακόμη και σε περιπτώσεις όπου επιβάλλεται η λήψη αναγκαστικών μέτρων, είναι σημαντικός ο τρόπος με τον οποίο θα γίνει κάτι τέτοιο. Εάν ο ασθενής αντιμετωπισθεί με σεβασμό και ενημερωθεί για τους λόγους αυτής της επιβολής, τότε οι πιθανότητες μίας μελλοντικής θεραπευτικής συνεργασίας αμοιβαίας εμπιστοσύνης αυξάνονται σημαντικά. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση μπορεί να απαλλάσσει από τα βασανιστικά συμπτώματα, δεν προσφέρει όμως στο άτομο από μόνη της νέο περιεχόμενο ζωής και εσωτερική αναδιοργάνωση. Υπό την έννοια αυτή, είναι μία θεραπεία συντηρητική. Ο δημιουργός του όρου «σχιζοφρένεια» E. Bleuler κάνει έναν πολύ σημαντικό, από κλινική άποψη, διαχωρισμό των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων σε πρωτογενή και δευτερογενή. Τα πρωτογενή δημιουργούνται από την ίδια την ψυχωσική διεργασία και είναι: αυτισμός, χάλαση συνειρμών, αμφιθυμία και απάθεια. Τα δευτερογενή δημιουργούνται από τον αγώνα του ασθενούς ενάντια στη διαδικασία της ασθένειάς του και είναι, μεταξύ άλλων, τα εξής: διέγερση, παραισθήσεις, παραλήρημα, επιθετικότητα και άγχος. Από τη στιγμή που τα νευροληπτικά δρουν αποκλειστικά πάνω στα δευτερογενή συμπτώματα, θα μπορούσαμε να πούμε πως του αφαιρούν κατά κάποιον τρόπο τα μοναδικά όπλα που διαθέτει απέναντι στην ασθένειά του, ιδιαίτερα εάν δεν τύχουν κατάλληλης επεξεργασίας που να οδηγεί στην κατανόηση της ύπαρξής τους και του συμβολικού τους περιεχομένου.³⁸

Η μείωση των συμπτωμάτων δεν είναι απαραίτητα κριτήριο βελτίωσης της ψυχικής κατάστασης. Αυτό εξαρτάται πάντα από τη «σημασία» του συγκεκριμένου συμπτώματος για τον ίδιο τον ασθενή. Ακόμα και η παντελής ή/και ξαφνική απουσία συμπτωμάτων δεν αποτελεί απαραίτητα κριτήριο ψυχικής ισορροπίας και είναι πιθανό να οφείλεται στο φόβο του ασθενούς να έρθει σε επαφή με τα πραγματικά ενδοψυχικά ή/και διαπροσωπικά του διλήμματα/αδιέξοδα, καταφεύγοντας σε αυτό που αποκαλούμε «φυγή στην υγεία» (flight into health). Μερικές φορές, το σύμπτωμα μπορεί να αποτελεί κατά κάποιον τρόπο το πιο «υγιές» στοιχείο μίας προσωπικότητας, καθώς μπορεί να είναι κραυγή βοήθειας και το μοναδικό μέ-

σο που διαθέτει το άτομο τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή ή περίοδο για να εκφράσει το εσωτερικό του δράμα. Επίσης, συμπτώματα που δίνουν «δευτερογενή» οφέλη μπορεί να είναι μερικές φορές η μοναδική πηγή ικανοποίησης για το άτομο. Ορισμένα παιδιά αναπτύσσουν συμπτώματα και συμπεριφορές που αποσκοπούν στην απόσπαση της προσοχής των γονιών από τις διαπροσωπικές τους συγκρούσεις και στην αποκατάσταση της σχέσης τους.

Συνεπώς, η ύπαρξη κάποιων συμπτωμάτων αποτελεί μερικές φορές ψυχολογικό πλεονέκτημα και η απουσία τους ίσως μειώνει τις πιθανότητες αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης της υπάρχουσας προβληματικής.

Η μείωση των συμπτωμάτων θεωρείται, λοιπόν, συχνά ως επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αυτή είναι μία ανεπαρκής, κατά την άποψή μας, αξιολόγηση του επιθυμητού θεραπευτικού αποτελέσματος, καθώς υπάρχουν και άλλοι παράγοντες ικανοί να χαρακτηρίσουν ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα ως θετικό και πολύπλευρο. Τέτοιοι παράγοντες είναι, για παράδειγμα, η ψυχική ωριμότητα, η ικανότητα χειρισμού νέων καταστάσεων ψυχικής έντασης, η ικανότητα προβληματισμού, το επίπεδο κοινωνικής λειτουργίας και η ευελιξία της εικόνας εαυτού και αντικειμένων.

Οι περισσότεροι ορισμοί για το τι θεωρείται ως θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι ανεπαρκείς, από τη στιγμή που και ο όρος «ψυχική υγεία» είναι ασαφής και άμεσα εξαρτώμενος από τη φιλοσοφία και την ιδεολογία αυτού που την ορίζει.

Ένα ικανοποιητικό μοντέλο ορισμού της ψυχικής υγείας είναι αυτό που πρότειναν οι R. Ekstein et al, μετά από μακρόχρονες έρευνες γύρω από βαριές ψυχοπαθολογίες, και σύμφωνα με το οποίο η ψυχική υγεία θα μπορούσε να μετρηθεί ανάλογα με την αυξομείωση της απόστασης ανάμεσα στο άτομο και στον κόσμο των αντικειμένων του. Μία επαρκής απόσταση θα δημιουργούσε προϋποθέσεις σταθερότητας εαυτού και αντικειμένου, ενώ μία μεγαλύτερη από την επιθυμητή θα οδηγούσε σε καταστάσεις συμβίωσης ή σύντηξης που καταστρέφουν την ικανότητα εξέλιξης του εαυτού.³⁹

Το μοντέλο αυτό δίνει τη δυνατότητα θεώρησης του μεν ασθενούς ως αναπόσπαστου μέρους ενός κοινωνικού πλαισίου, των δε ψυχικών του μηχανισμών όχι ως μεμονωμένων φαινομένων, τονίζοντας

το διαπροσωπικό τους χαρακτήρα και τις αντικειμενότερες σχέσεις του ασθενούς.

Είναι σημαντικό να αναζητούμε το πιθανό συμβολικό περιεχόμενο των συμπτωμάτων, αλλά παράλληλα να μην υποτιμούμε ούτε τη σημασία τους για τον ασθενή και τον περίγυρό του, αλλά ούτε και την αξία της μείωσής τους με τη χρήση ψυχοφαρμάκων ή άλλου είδους ιατρικών παρεμβάσεων.

Σε μία ψυχική διαταραχή, η αναζήτηση κατανόησης του υπόβαθρου της, που είναι μοναδικό για κάθε άτομο, απαιτεί χρόνο, εμπειρία και εκπαίδευση. Όμως, μια τέτοιου είδους προσέγγιση έρχεται πλέον, όπως προαναφέρθηκε, ολοένα και συχνότερα σε σύγκρουση με οικονομικούς, πολιτικούς και διοικητικούς στόχους για μεγαλύτερη «αποτελεσματικότητα», παραγωγικότητα και εύκολα μετρήσιμα αποτελέσματα. Μέσα σε αυτό το συνεχώς επιδεινούμενο κοινωνικο-οικονομικό κλίμα, όσοι τουλάχιστον θεωρούν τις ψυχικές ασθένειες σε μεγάλο βαθμό αποτέλεσμα κοινωνικών επιρροών εκφράζουν την έντονη ανησυχία τους για τις πιθανές συνέπειες αυτού του κλίματος σε παιδιά που δεν νοιώθουν καλά ψυχικά. Η ανησυχία αυτή εγείρεται από το ενδεχόμενο να θεωρηθούν τα ψυχικά προβλήματα των παιδιών ατομικά τους προβλήματα, με τη βοήθεια μίας ιατρικής διάγνωσης, εξαιτίας της αδυναμίας της κοινωνίας να δημιουργήσει καλύτερες συνθήκες ζωής. Στην περίπτωση αυτή, το ενδιαφέρον εστιάζεται στα «αποκλίνοντα» παιδιά και όχι στην ανάγκη λήψης κοινωνικών μέτρων υψηλού κόστους. Με τον τρόπο αυτό και βάσει της παραπάνω θεώρησης, οι διάφορες ψυχιατρικές διαγνώσεις γίνονται το μέσο με το οποίο η κοινωνία εξατομικεύει τα προβλήματα προκειμένου να απαλλαγεί των ευθυνών της. Από την άλλη, δεν πρέπει να παραβλέπουμε πως υπάρχουν παιδιά με σοβαρά προσωπικά προβλήματα και πως, στην αγωνία μας μήπως τα χαρακτηρίσουμε άδικα ως ασθενείς, ενδέχεται να αγνοήσουμε την ανάγκη τους για ψυχιατρική ή ψυχολογική βοήθεια.

Στην προσπάθεια διαμόρφωσης μίας διάγνωσης, είναι ιδιαίτερα σημαντική η εκτίμηση της προσωπικότητας στο σύνολό της και όχι μόνο των υπαρχόντων συμπτωμάτων. Όπως υποστηρίχθηκε από πολλούς, η διάγνωση αποκαλύπτει πολλά για τη διαταραχή, αλλά ελάχιστα για τις υγιείς πλευρές της προσωπικότητας του ασθενούς. Η διάγνωση στηρίζεται συνήθως σε συμπτώματα, που τόσο ποσοτικά

όσο και ποιοτικά δεν απεικονίζουν με αρκετή σαφήνεια την υποβόσκουσα ψυχοπαθολογία. Για παράδειγμα, η εξεζητημένη χρήση ψεμάτων μπορεί να οφείλεται: (1) στην ελλιπή εξέλιξη του εγώ και στην αδυναμία του να διαχωρίσει τη φαντασία από την πραγματικότητα, (2) στις αντικειμενότερες σχέσεις του παιδιού, αντικατοπτρίζοντας το φόβο τιμωρίας ή το φόβο απώλειας της αγάπης του αντικειμένου, (3) στην προσπάθεια άρνησης μίας οδυνηρής πραγματικότητας, παρόλο που υπάρχει καλή αντίληψη αυτής της πραγματικότητας και τέλος, (4) η χρήση ψεμάτων, ως στοιχείο χαρακτήρα, μπορεί να σημαίνει ελλιπή εξέλιξη του υπερεγώ.⁴⁰

Συνεπώς, τα συμπτώματα θα πρέπει πάντα να αξιολογούνται με βάση τη συνολική εξέλιξη, ακόμα και σε περιπτώσεις που η θεραπεία στοχεύει απλά και μόνο στη μείωση της έντασής τους. Ορισμένα πολύ χαρακτηριστικά συμπτώματα σχετίζονται με την εξελικτική φάση που βρίσκεται το παιδί και εξαφανίζονται μετά την είσοδο στην επόμενη εξελικτική φάση. Μία φάση μπορεί να χαρακτηρίζεται από δυσκολίες ύπνου, μία άλλη από αναπτυξιακό τραυλισμό, καταναγκασμούς κ.λπ.

Περιβαλλοντική θεραπεία, ψυχοθεραπευτική στάση και ψυχοθεραπευτική κουλτούρα ως αναγκαίες προϋποθέσεις

Οι όροι «περιβαλλοντική θεραπεία»,^{41,42} «ψυχοθεραπευτική στάση»^{43,44} και «ψυχοθεραπευτική κουλτούρα»³³ έχουν άμεση σχέση με τα προλεγόμενα.

Περιβαλλοντική θεραπεία είναι: «Η συστηματική διαμόρφωση χώρου, χρόνου, ανθρωπίνων σχέσεων και ατμόσφαιρας σε μία μονάδα περίθαλψης με τρόπο που να προσφέρει δυνατότητες σε αποκλίνοντα ή μη προσαρμοσμένα άτομα να αποκτήσουν αυτοεκτίμηση και δύναμη για την επίλυση των προβλημάτων που οδήγησαν στην ανάγκη περίθαλψης».⁴²

Ο Haugsgjerd,³² αναφερόμενος διαμέσου μιας ψυχαναλυτικής θεώρησης στην περιβαλλοντική θεραπεία ψυχωσικών ασθενών, λέει: «Η εργασία σε ένα ψυχιατρικό τμήμα έχει, από ψυχολογική άποψη, δύο κύριες πλευρές. Η μία είναι η συνεναισθησιακή κατανόηση προς τους ασθενείς, που σημαίνει να είναι κάποιος ευαίσθητος δέκτης των συναισθηματικών διαθέσεων, των προσπαθειών για επαφή και των ενδοψυχικών διεργασιών τους. Αυτή αφορά την πρόσ-

ληψη εντυπώσεων και τη συνειδητοποίησή τους. Η άλλη πλευρά είναι να παραμείνει κάποιος αυτόνομο, σκεπτόμενο και συγκροτημένο άτομο, να διατηρήσει τα όριά του και να διαμορφώσει για τους ασθενείς τις συνθήκες που θα ευνοούν ολοένα και μεγαλύτερη τάξη στη συναισθηματική τους ζωή και διατήρηση των προσωπικών εσωτερικών τους ορίων».

Ο όρος «ψυχοθεραπευτική στάση» αναφέρεται κυρίως στη βασική στάση που οφείλουν να έχουν όλοι όσοι εργάζονται στα πλαίσια της ψυχιατρικής περίθαλψης.

Ο Cullberg⁴³ ορίζει την ψυχοθεραπευτική στάση ως: «Μία στάση απέναντι στον ασθενή και τα προβλήματά του που χαρακτηρίζεται από σεβασμό για τη θέση εξάρτησης που έχει ως ζητών βοήθεια, αλλά και για το μοναδικό κόσμο των εμπειριών του. Στη θεραπευτική στάση δεν υπάρχει καμία ψεύτικη καλοσύνη ή «θεραπευτική» προσποίηση, αλλά διάθεση να γίνουν όλες οι πλευρές των προβλημάτων του ασθενούς αντικείμενο επικοινωνίας»

Ο ορισμός αυτός δεν συνδέεται με κάποια συγκεκριμένη θεωρία και αποτελεί μια γενική επιθυμητή ανθρωπιστική στάση στα πλαίσια της ψυχιατρικής περίθαλψης, ανεξαρτήτως θεραπευτικής μεθόδου.

Αυτός που συνέδεσε τον όρο με έναν ψυχοδυναμικό τρόπο θεώρησης και που αφορά τη θεραπευτική στάση εκτός των πλαισίων μιας αμιγώς θεραπευτικής κατάστασης είναι ο Ottosson:⁴⁴ «Μία ψυχοθεραπευτική στάση χαρακτηρίζεται από την επικέντρωση στο υποκείμενο και την εστίαση στα βιώματα, στη μοναδικότητα του κάθε ανθρώπου και στην αλληλεπίδραση ανάμεσα στις αντικρουόμενες εσωτερικές του δυνάμεις και ανάμεσα στον άνθρωπο και στους γύρω του».

Είναι αλήθεια πως διάφορες μορφές υποστηρικτικών μεθόδων αποτελούν ένα μεγάλο μέρος του συνόλου της παρεχόμενης ψυχιατρικής περίθαλψης. Δυστυχώς, όμως, οι προσπάθειες αυτές, αν και φιλότιμες, είναι συνήθως χωρίς συγκεκριμένο στόχο και ουσιαστικό αποτέλεσμα, ματαιώνοντας και τα δύο μέρη. Εξίσου σημαντική με την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση είναι και η συνεχής αξιολόγησή της (αναγκαιότητα, σχεδιασμός, επιλογή τρόπου παρέμβασης στις διάφορες καταστάσεις, αποτελέσματα) από ανεξάρτητους ειδικούς με την απαιτούμενη επάρκεια.

Ψυχοθεραπευτική κουλτούρα είναι η διαμόρφωση τέτοιας ατμόσφαιρας σε μια ψυχιατρική μονάδα,

ώστε οτιδήποτε συμβαίνει σε αυτήν αξιολογείται μέσα από ψυχοθεραπευτικούς όρους.³³ Σε ένα τέτοιο κλίμα ευδοκιμούν ο βαθύς σεβασμός προς τον άνθρωπο και τα προβλήματά του και η κατανόηση για το χρόνο που απαιτούν οι ψυχικές αλλαγές. Η απόκτηση ψυχοθεραπευτικής κουλτούρας από το προσωπικό οδηγεί στην αίσθηση συμμετοχής και σύμπραξης σε κάτι ιδιαίτερα σημαντικό, σε αυξημένη αυτοεκτίμηση, ικανοποίηση και ανθεκτικότητα κατά την άσκηση των καθηκόντων του, καθώς και σε πολύ αμεσότερες και ειλικρινέστερες σχέσεις με τους ασθενείς.

Η ατομική ψυχοθεραπεία, ορισμένων έστω ασθενών, συμβάλλει στη διαμόρφωση και διατήρηση της ψυχοθεραπευτικής κουλτούρας που θα ωφελησει και τους υπόλοιπους ασθενείς. Κάθε εργαζόμενος, λοιπόν, σε μία ψυχιατρική μονάδα –νοσοκομειακή ή μη– παιδών ή ενηλίκων, με ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση είναι σκόπιμο και απαραίτητο να έχει τουλάχιστον ένα περιστατικό σε συστηματική ψυχοθεραπεία, τόσο για τους προαναφερθέντες όσο και για προσωπικούς του λόγους. Κάτι τέτοιο συντελεί όχι μόνο στη διατήρηση και ενίσχυση της επαγγελματικής του ταυτότητας, αλλά και στη θεραπευτική αισιοδοξία. Υπό τέτοιες συνθήκες, και ιδιαίτερα όταν συνοδεύονται από καλή διεπιστημονική, ομαδική συνεργασία και αλληλεγγύη, οι πιθανότητες «επαγγελματικής κόπωσης» μειώνονται δραματικά.³³

Η ατομική ψυχοθεραπεία στους χώρους εργασίας μας δεν συρρικνώνει τις λίστες αναμονής, αντίθετα τις επιμηκύνει. Όμως, βοηθά πολύπλευρα και αποτελεσματικά τόσο το ειδικευμένο και ανειδίκευτο προσωπικό όσο και όλους τους ασθενείς –είτε βρίσκονται σε ατομική ψυχοθεραπεία είτε όχι– ιδιαίτερα τους οικονομικά και κοινωνικά αδύναμους. Αντί να υποτάξουμε την ποιοτική άσκηση των καθηκόντων μας στη νέα ορθολογική-οικονομική θεώρηση, θα έπρεπε να την προτάξουμε ως αναγκαία, παρά τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματά της, εκμεταλλευόμενοι τα όποια πλεονεκτήματα και περιθώρια παρέχει η θεώρηση αυτή. Πολλές είναι οι έρευνες διεθνώς που καταδεικνύουν ότι οι ψυχικές ασθένειες αποτελούν ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα της δημόσιας υγείας, ότι θα πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα και ότι η πρόληψή τους θα έχει μακροπρόθεσμα οικονομικά οφέλη. Η ψυχοθεραπευτική στήριξη και αντιμετώπιση συμβάλλει στη μείωση του κόστους περίθαλψης, καθώς μειώνει το χρόνο παραμονής στο νοσο-

κομείο, την κατανάλωση φαρμάκων και τη διάρκεια ανικανότητας προς εργασία, οδηγώντας συνεπώς και σε καλύτερη ποιότητα ζωής. Από μία κοινωνικο-οικονομική, αλλά και ανθρωποκεντρική άποψη, είναι ιδιαίτερα σημαντική η θέσπιση μέτρων ώστε η πρόσβαση στην ψυχοθεραπεία και σε κάθε άλλη μορφή ψυχολογικής στήριξης να είναι εφικτή για κάθε πολίτη, ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας. Κατά τον Crafoord,³³ ακόμη και με μία θεώρηση αμιγώς οικονομική, το κόστος ενός ασθενούς εξαρτημένου εφόρου ζωής από το ψυχιατρείο, με ό,τι αυτό συνεπάγεται, είναι σίγουρα μεγαλύτερο από το σύνολο των μισθών ολόκληρης της επαγγελματικής ζωής ενός ψυχοθεραπευτή. Αυτό σημαίνει πως μία και μόνον επιτυχημένη ψυχοθεραπεία ενός σοβαρά διαταραγμένου παιδιού, εφήβου ή και νέου ενήλικα αρκεί για να δικαιολογηθούν οι μισθοί ενός ψυχοθεραπευτή μέχρι τη συνταξιοδότησή του, δηλαδή τελικά είναι «συμφέρουσα» στο κράτος!

Επίλογος

Μονοδιάστατες ερμηνείες για τη διατάραξη της ψυχικής ισορροπίας ενός ατόμου δεν ανταποκρίνονται πλέον στις απαιτήσεις μιας σύγχρονης επιστημονικής προσέγγισης του θέματος. Η πολύπλοκότητα της εξέλιξης μιας ψυχοπαθολογίας καθορίζεται από τόσους πολλούς παράγοντες, ώστε οποιαδήποτε πρόβλεψη της εξέλιξης της είναι σχεδόν αδύνατη. Η ίδια διαταραχή (π.χ. κατάθλιψη) μπορεί να έχει διαφορετική αιτιολογία σε διαφορετικά άτομα, και η ίδια αιτιολογία (π.χ. μια πρώιμη απώλεια ενός γονέα από θάνατο) μπορεί να προκαλέσει διαφορετικές διαταραχές (π.χ. και κατάθλιψη και αντικοινωνική συμπεριφορά). Για το λόγο αυτό, οι Sroufe & Rutter⁴⁵ προτείνουν τη μελέτη διαφόρων ατομικών σχημάτων αιτιολογικών παραγόντων ή εξελικτικών πορειών, αντί της αναζήτησης μίας και μοναδικής αιτίας.

Η ψυχική υγεία θα πρέπει να ορίζεται ως η παρουσία κάποιων θετικών χαρακτηριστικών και όχι ως η απουσία κάποιων αρνητικών.⁴⁶ Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), ένας από τους παράγοντες που προάγουν την υγεία γενικότερα είναι «η συμμετοχή του ατόμου στην κατάσταση της ζωής του». Πολλοί ερευνητές έχουν επιβεβαιώσει τον αποφασιστικό ρόλο του παράγοντα αυτού στην

εύρυθμη λειτουργία ενός ατόμου.⁴⁷ Μία θεραπευτική αντιμετώπιση όμως που αποσκοπεί ουσιαστικά μόνο στη συμπτωματική αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου (βιολογική θεώρηση/φαρμακευτική αντιμετώπιση) και δεν βοηθά το άτομο να αναπτύξει νέες και αποτελεσματικότερες στρατηγικές αντιμετώπισης εσωτερικών ή/και εξωτερικών πιέσεων διαμέσου της κατανόησης των αιτίων του υπαρξιακού του αδιεξόδου (ψυχοδυναμική/ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση), είναι ανεπαρκής. Είναι προφανής η αναγκαιότητα ολικής θεώρησης για το τι είναι ψυχική υγεία και τι ψυχική ασθένεια καθώς και εξεύρεσης διαγνωστικών μοντέλων που δίνουν τη δυνατότητα εξατομικευμένης και πολύπλευρης θεραπευτικής προσέγγισης.⁴⁸ Για την πραγματοποίηση των στόχων αυτών και για ψυχιατρική φροντίδα με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα, απαιτείται η συνεργασία όλων των λειτουργιών ψυχικής υγείας, όπου ο καθένας ξεχωριστά θα συμβάλει με τις ειδικές του γνώσεις στην ευρύτερη και πολύπλευρη προσέγγιση των προβλημάτων του ατόμου διαμέσου κοινής ευθύνης.⁴⁹

Η εξέλιξη των νευροεπιστημών ενίσχυσε το θεραπευτικό μας οπλοστάσιο, χωρίς όμως να ακυρώσει τις όποιες άλλες ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, η συμβολή των οποίων στην αντιμετώπιση πολλών ψυχοπαθολογιών έχει αποδειχθεί καθοριστική. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας, οι οποίες θα ήταν αδύνατον να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά μόνο με τη χορήγηση ψυχοφαρμάκων.⁵⁰ Η ψυχαναλυτική θεωρία και κλινική πράξη έχουν συμβάλει καθοριστικά στην κατανόηση του ανθρώπινου ψυχισμού διαμέσου εννοιών και φαινομένων, όπως υποσυνείδητο, μεταβίβαση, αντιμεταβίβαση, θεραπευτική συμμαχία, αμυντικοί μηχανισμοί κ.ά., και μπορούν να συνεισφέρουν περαιτέρω στην ευρύτερη κατανόηση των ευρημάτων των νευροεπιστημών για τη διαμόρφωση ενός ακόμα πιο εξελιγμένου μοντέλου του ανθρώπινου ψυχισμού. Για να δικαιολογήσουν όμως οι ψυχαναλυτικές θεραπείες τη μακρόχρονη επένδυση ενέργειας, χρόνου και χρημάτων, θα πρέπει να τεκμηριώσουν ακόμη περισσότερο την έκταση των δομικών αλλαγών που επιτελούνται στην προσωπικότητα των θεραπευομένων καθώς και την αποκτούμενη ανθεκτικότητά τους έναντι εσωτερικών και εξωτερικών πιέσεων.⁵¹

Necessity and conditions of individual psychotherapy application in a child psychiatric/psychiatric inpatient unit

S.N. Salpistis

Clinical Psychologist, Psychotherapist

Psychiatriki 2008, 19:254–263

Psychiatric care, and especially child psychiatry, is influenced by the modern rational way of economic thinking and the quality of its services is threatened by the demand for greater “productivity”. This way of thinking leads to the phenomenon of the continuously increasing neglect of psychotherapeutic interventions. In this particular study we compare the possibilities and the effectiveness between pharmaceutical and psychotherapeutic treatment of mental diseases and emphasize the therapeutic value of interpersonal relation between therapist and patient in any case. We try even to describe and compare three psychiatric approaches (biological/neurological, descriptive and psychoanalytic/psychodynamic) in an attempt to understand and treat mental diseases. Finally, we mark out the necessity of the existence of a psychotherapeutic culture and the application of psychotherapeutic interventions in every psychiatric unit.

Key words: Psychotherapeutic interventions, descriptive, psychodynamic diagnosis, inpatient, child psychiatric/psychiatric unit.

Βιβλιογραφία

1. Καζαλόττι Ε. *Το Ψυχαργός ψυχορραγεί*. Ελευθεροτυπία, 19/11/2007
2. *Εμφύχωση. Μετασηματισμός των πόρων: προϋποθέσεις για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση*. Τεύχος Δεκεμβρίου 2004
3. *Εμφύχωση. Διασφάλιση-βελτίωση ποιότητας: «ψιλά γράμματα» ή συστατικό στοιχείο της δράσης μας; Τεύχος Ιουνίου 2005*
4. Fonagy P, Clarkin J, Gerber A et al (eds) *An open door review of outcome study in psychoanalysis*. International Psychoanalytical Association, London, 2002
5. Dare C, Eisler I, Russell G et al. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. Randomized controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001,185:37–45
6. Leichsenring, F, Rabung, S, Leibing, E. The efficacy of short term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61:1208–1216
7. Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (ed) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*. 5th ed. Wiley NY, 2004:139–193
8. Leichsenring F, Biskup J, Kreiche R, Staats, H. The Göttingen study of psychoanalytic therapy: First results. *Int J Psychoanalysis* 2005, 86:433–455
9. Tasca GA, Ritchie K, Conrad G et al. Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychother Res* 2006, 16:106–121
10. Baker CB, Johnsrud MT, Crismon ML, Rosenheck RA, Woods SW. Quantitative analysis of sponsorship bias in economic studies of antidepressants. *Br J Psychiatry* 2003, 183:498–506
11. Abramson J, Starfield B. The effect of conflict of interest on biomedical research and clinical practice guidelines: Can we trust the evidence in evidence-based medicine? *JABFB* 2005, 18:414–418
12. Kirsch I, Moore T, Scorobia A, Nicholls S. The emperors new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the US Food and Drug Administration. *Prevent Treatm* 2002a, 5 article 23 (<http://journals.apa.org/prevention/volume 5/pre 0050023a.html>)
13. Kirsch I, Scorobia A, Moore T. Antidepressants and placebos: Secrets, revelations and unanswered questions. *Prevent Treatm* 2002, 5 article 33 (<http://journals.apa.org/prevention/volume 5/pre 0050033r.html>)
14. Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P, Cottrell D, Cotgrove A, Boddington E. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet* 2004, 363:1341–1345
15. Jureidini JN, Doecke CJ, Mansfield, PR, Haby MM, Menkes DB, Tonkin AL. Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *Br Med J* 2004, 328:879–883

16. Van Os TWDP, van den Brink RHS, Tiemens BG, Jenner JA et al. Communicative skills of general practitioners augment the effectiveness of guideline-based depression treatment. *J Affect Disord* 2005, 84:43–51
17. Blatt SJ, Sanislow CA, Zuroff DC, Pilkonis PA. Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *J Consult Clin Psychol* 1996, 64:1276–1284
18. Auchincloss E. The place of Psychoanalytic Treatments Within Psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2002, 59:501–502
19. Eisenberg L. The social construction of the human brain. *Am J Psychiatry* 1995, 152:1563–1575
20. Todd RD, Swarzenski B, Rossi PG, Visconti P. Structural and Functional Development of the Human Brain. In: Cicchetti D, Cohen DC (eds) *Developmental Psychopathology*. Vol 1. Theory and Methods. Wiley NY, 1995:161–194
21. Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP et al. Coudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49:681–689
22. Martin SD, Martin E, Rai SS, Richardson MA, Royall R. Brain blood low changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride: Preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 2001, 58:641–648
23. Schwartz JM, Stroessel PW, Baxter LR, Martin KM, Phelps MG. Systematic Changes in Cerebral Glucose Metabolic Rate after Successful Behavior Modification Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996, 53:109–113
24. Damasio AR. *Descartes' error, emotion, reason and the human brain*. Putnam, NY, 1994
25. Berthoz A. *Le sens du Mouvement*. Odile Jarob, Paris, 1997
26. Berthoz A. *La decision*. Odile Jarob, Paris, 2003
27. Mezzich JE, Schmolke MM. Multiaxial diagnosis and psychotherapy planning: on the relevance of ICD-10, DSM-IV and complementary schemas. *Psychother Psychosom* 1995, 63:71–80
28. Menzies I. A case-study in the functioning of social systems as a defense against anxiety. *Hum Relat* 1960,13: 251–260
29. Riöch MJ. Wilfred Bion's teorier om grupper. In: Jern S et al (eds) *Grupprelationer. En antologi om förhållandena mellan individ, grupp och organisation*. Natur och Kultur, Stockholm, 1984
30. Main T. The hospital as a therapeutic institution. *Bull Menninger Clin* 1946, 10:66–70
31. Searles HF. Integration and differentiation in schizofrenia: An over-all view. *Br J Med Psychol* 1959, 32:261–281
32. Haugsgjerd S. *Psykoterapi och miljöterapi vid psykoser*. Prisma, Stockholm, 1985
33. Crafoord C. *En bok om borderline*. Natur och Kultur, Stockholm, 1986
34. Belin S. *Vansinnets makt*. Natur och Kultur, Stockholm, 1993
35. Kernberg O. Psychoanalytic object-relations theory, group processes, and administration: toward an integrative theory of hospital treatment. *Ann Psychoanal* 1973, 1:363–388
36. Kernberg O. *Svåra personlighetsstörningar*. Natur och Kultur, Stockholm, 1988
37. Davidson L, Strauss JS. Sense of self in recovery from severe mental illness. *Br J Med Psychol* 1992, 65:131–145
38. Bleuer E. *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. International University Press, New York, 1950
39. Ekstein R. *Children of time and space, of action and impulse Clinical studies on the psychoanalytic treatment of severely disturbed children*. Appleton-Century-Croft, NY, 1966
40. Freud A. *The symptomatology of childhood: a preliminary attempt at classification*. The writings of Anna Freud VII. Karger, London, 1970
41. Main T. The Ailment. *Br J Med Psychol* 1957, 30:129–145
42. Crafoord C. Om miljöterapi i psykiatrisk vård. *Socialmedicinsk tidskrift* 1970, 47:14–20
43. Cullberg J. *Dynamisk Psykiatri*. Natur och Kultur. Stockholm, 1985
44. Ottosson JO. Psykoterapiforskning. *Läkartidningen* 1976, 73: 1203–1206
45. Sroufe LA, Rutter M. The domain developmental psychopathology. *Child Development* 1976, 55:17–29
46. Seligman M, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. *Am Psychologist* 2000, 55:5–14
47. McWilliam RA, Bailey DB. Effects of classroom social structure and disability of engagement. *Top Early Childhood Spec Educ* 1995, 15:123–147
48. Αναγνωστόπουλος Δ. Τμήμα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας του Π/Ψ τομέα του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία». Στο: Τσιάντης Ι, Μπιθάρη Φ (Επιμ.) *Ψυχιατρικός τομέας στο Γενικό Νοσοκομείο για παιδιά. Λειτουργίες-Προοπτικές*, Αθήνα, 1990
49. Ταταρίδης Δ. *Δημιουργία και λειτουργία παιδοψυχιατρικών μονάδων με ψυχαναλυτικό πρίσμα*. Το μοντέλο της Θράκης. Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων, Απρίλιος 29, 2007. Website:www.inpsy.gr/articles/documents
50. Clarkin JF, Yoemans FE, Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality*. John Wiley & Sons, NY, 1999
51. Wallerstein RS. Psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2002, 59:499–500

Αλληλογραφία: Σ.Ν. Σαλπιστής, Πατριάρχου Ιωακείμ 10, 546 22 Θεσσαλονίκη