

Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 10, No 2+3 (2003)



Psychodynamic and cognitive-behavioral counseling for person with physical health problems: Converging and diverging points

Παγώνα Ρούσση, Ευρυνόμη Αυδή, Σοφία Τριλίβα

doi: [10.12681/psy_hps.24036](https://doi.org/10.12681/psy_hps.24036)

Copyright © 2020, Παγώνα Ρούσση, Ευρυνόμη Αυδή, Σοφία Τριλίβα



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

To cite this article:

Ρούσση Π., Αυδή Ε., & Τριλίβα Σ. (2020). Psychodynamic and cognitive-behavioral counseling for person with physical health problems: Converging and diverging points. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 10(2+3), 378–398. https://doi.org/10.12681/psy_hps.24036

Ψυχοδυναμική και γνωστική-συμπεριφορική συμβουλευτική για άτομα με προβλήματα υγείας: Σημεία σύγκλισης και απόκλισης

ΠΑΓΩΝΑ ΡΟΥΣΣΗ

ΕΥΡΥΝΟΜΗ ΑΥΔΗ

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΣΟΦΙΑ ΤΡΙΛΙΒΑ

Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η συγκριτική παρουσίαση στοιχείων της ψυχοδυναμικής και της γνωστικής-συμπεριφορικής προσέγγισης σε προβλήματα σωματικής υγείας. Στην πρώτη ενότητα γίνεται σύντομη ιστορική ανασκόπηση της εξέλιξης των ψυχολογικών θεωριών για τη σωματική υγεία. Στη δεύτερη περιγράφονται οι σύγχρονες ψυχαναλυτικές και γνωστικές-συμπεριφορικές θεραπευτικές προσεγγίσεις στο χώρο της σωματικής υγείας. Σε αυτή την ενότητα συμπεριλαμβάνονται οι σύγχρονες ψυχαναλυτικές θεωρήσεις για την ψυχοσωματική λειτουργία. Τονίζεται η σημασία των αντικειμενότροπων σχέσεων και ο αντίκτυπος που έχουν οι δυσκολίες της συναισθηματικής αυτορρύθμισης στην υγεία. Αναλύεται η συμβολή της ψυχοδυναμικής θεραπείας σε θέματα υγείας και τονίζεται η σημασία της διερεύνησης της νοηματοδότησης της εμπειρίας της ασθένειας. Μετά, εξετάζεται η συμβολή της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας σε θέματα υγείας. Παρουσιάζονται τεχνικές που αποσκοπούν στην απόκτηση δεξιοτήτων για την επίλυση προβλημάτων και στη ρύθμιση των συναισθημάτων. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται σε δεδομένα που υποδηλώνουν πως συχνά μια σοβαρή ασθένεια υποκινεί εσωτερικές διεργασίες οι οποίες οδηγούν στη θετική νοηματοδότηση της εμπειρίας. Συζητούνται οι επιπτώσεις των ευρημάτων για τη θεραπεία. Στην τελευταία ενότητα επιχειρείται ο εντοπισμός των σημείων σύγκλισης και απόκλισης των δύο προσεγγίσεων. Συμπεραίνουμε πως συγκλίνουν ως προς την έμφαση που δίνουν στην ικανότητα συναισθηματικής αυτορρύθμισης και στη σημασία της νοηματοδότησης της εμπειρίας της σωματικής ασθένειας και ότι διαφέρουν ως προς την έμφαση τους στη θεωρία, στην έρευνα και στην εφαρμογή.

Λέξεις κλειδιά: Γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, Ψυχοδυναμική θεραπεία, Ψυχολογία υγείας.

Υπάρχουν πλέον αρκετές ενδείξεις ότι η ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου είναι αλληλένδετες. Για παράδειγμα, μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι μεταξύ υγιών ατόμων αυτοί οι οποίοι υπέφεραν από ελαφριάς μορφής κατάθλιψη είχαν 50% περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από καρδιοπάθεια μέσα στα επόμενα 4 έτη από αυτούς που δεν είχαν κατάθλιψη, ενώ για

άτομα με κλινική κατάθλιψη οι πιθανότητες ήταν τρεις φορές μεγαλύτερες (Penninx, Beekman, Honig, Deeg, Schoevers, van Eijk, & van Tilburg, 2001). Ανάλογα ευρήματα έχουν παρατηρηθεί και σε ασθενείς με Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ). Όπως έδειξε μια πρόσφατη μελέτη, γυναίκες με ΣΕΑΑ, οι οποίες έπασχαν από χρόνια κατάθλιψη, ήταν δυο φο-

ρές πιο πιθανό ότι θα έχουν πεθάνει σε επτά έτη από την έναρξη της νόσου (Ickovics, Hamburger, Vlahov, Schoenbaum, Schuman, Boland, & Moore, 2001). Έρευνες έχουν δείξει ότι η ψυχική και η σωματική υγεία ίσως να συνδέονται με πολλαπλούς τρόπους. Σε αρκετές περιπτώσεις, η κακή ψυχική υγεία σχετίζεται με την έλλειψη συμμόρφωσης προς τις ιατρικές συμβουλές καθώς και με ανθυγιεινούς τρόπους ζωής. Παράλληλα, όμως, υπάρχουν και στοιχεία που συνδέουν συγκεκριμένα ψυχολογικά προβλήματα, όπως την κατάθλιψη και το έντονο στρες, με το ανοσοποιητικό σύστημα και κατά συνέπεια και με την εξέλιξη ασθενειών στις οποίες το ανοσοποιητικό σύστημα διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο, όπως ο καρκίνος και το ΣΕΑΑ (Herbert & Cohen, 1993. O'Leary, 1990. O' Leary, Savard, & Miller, 1996). Επομένως, η έγκαιρη διάγνωση των ψυχολογικών δυσκολιών σε άτομα με σωματικές ασθένειες και η προσφορά ψυχολογικής υποστήριξης είναι απαραίτητη, ιδιαίτερα όταν η ασθένεια είναι σοβαρής μορφής. Παρ' όλα αυτά, η πραγματικότητα αποδεικνύει ότι ενδείξεις ψυχολογικών προβλημάτων τείνουν να αγνοούνται από το ιατρικό προσωπικό (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis, & Houts, 1998).

Στόχος αυτής της εργασίας είναι η συγκριτική παρουσίαση στοιχείων της ψυχοδυναμικής και της γνωστικής-συμπεριφορικής προσέγγισης σε προβλήματα σωματικής υγείας. Θα ξεκινήσουμε με μια σύντομη ιστορική ανασκόπηση των ψυχολογικών θεωριών για τη σωματική υγεία και θα ακολουθήσει μια πιο αναλυτική παρουσίαση των σύγχρονων θέσεων της ψυχοδυναμικής και της γνωστικής-συμπεριφορικής προσέγγισης στο χώρο της υγείας. Τέλος, θα αναφερθούμε σε κάποια σημεία σύγκλισης και απόκλισης των δύο προσεγγίσεων.

Ιστορική εξέλιξη των ψυχολογικών θεωριών για τη σωματική υγεία

Η πρώτη σύγχρονη προσπάθεια κατανόησης των ψυχολογικών παραγόντων που επιδρούν

στη σωματική υγεία ήταν η ψυχοσωματική ιατρική, η οποία στις αρχές της ήταν στενά συνδεδεμένη με την ψυχανάλυση. Η σημασία της σωματικής εμπειρίας ως της βάσης πάνω στην οποία μορφοποιείται η ψυχική ζωή έχει τονιστεί από πολλούς θεωρητικούς της ψυχανάλυσης. Η ψυχανάλυση είναι μια θεωρία που υπερβαίνει το δυϊσμό του νου-σώματος, καθώς βασίζεται στη μελέτη του 'ενσωματωμένου' νου και συγκεκριμένα του νου που συγκροτείται μέσω ενός σεξουαλικού σώματος (Duberstein & Masling, 2000). Θεμελιώδεις φρουδικές έννοιες, όπως η ψυχική ενέργεια, οι ενορμήσεις και οι ερωτογενείς ζώνες, βρίσκονται στο μεταίχμιο μεταξύ σώματος και ψυχής, και αποτελούν μια απόπειρα εννοιολογικής σύνδεσης των δύο αυτών επιπέδων.

Η ψυχοσωματική θεώρηση ασχολείται με τις ψυχολογικές συνιστώσες της σωματικής νόσου, με τις ψυχικές αντιδράσεις που συνεπάγεται η οργανική νόσος και με τις διαδράσεις ψυχολογικών και σωματικών παραγόντων στην πρόκληση της ασθένειας (Deutsch, 1980). Οι πρώιμες ψυχοδυναμικές υποθέσεις της ψυχοσωματικής βασίζονταν στην ιδέα ότι οι ενδοψυχικές συγκρούσεις παίζουν κεντρικό ρόλο στην πρόκληση και στη διατήρηση της ασθένειας. Τα σωματικά συμπτώματα θεωρούνταν αποτέλεσμα της σύγκρουσης ανάμεσα σε απωθημένες ενορμήσεις και στους μηχανισμούς άμυνας του εγώ. Ο Freud (Freud & Breuer, 1895/1955) πρότεινε δύο τρόπους μέσω των οποίων οι ψυχικές συγκρούσεις μπορούν να συντείνουν στη δημιουργία κάποιου σωματικού συμπτώματος, διαχωρισμός ο οποίος θεωρείται χρήσιμος ως σήμερα. Πρώτον, με βάση τη μελέτη της υστερίας, ο Freud πρότεινε το μηχανισμό της σωματομετατροπής, σύμφωνα με τον οποίο γίνεται μια απόπειρα επίλυσης μιας ψυχικής σύγκρουσης μέσα από σωματικά συμπτώματα, τα οποία εκφράζουν συμβολικά τις απωθημένες παραστάσεις και ανακουφίζουν το άτομο από το άγχος που αυτές θα προκαλούσαν. Δεύτερον, με βάση τις λεγόμενες "ενεστώσες νευρώσεις" πρότεινε μια πιο άμεση, μη συμβολική έκφραση της ψυχικής σύγκρουσης στο σωματικό πεδίο.

Η ιδέα ότι οι ασυνείδητες δυναμικές διεργασίες επηρεάζουν άμεσα τα όργανα του σώματος αναπτύχθηκε από μετέπειτα θεωρητικούς της ψυχοσωματικής (π.χ., Deutsch, 1922). Ο Alexander (1950/1987) πρότεινε την υπόθεση της 'ειδικής αιτιολογίας', σύμφωνα με την οποία συγκεκριμένες ψυχοδυναμικές διεργασίες παράγουν συγκεκριμένα σωματικά συμπτώματα. Παρότι η υπόθεση αυτή δεν είναι σήμερα γενικά αποδεκτή, η έμφαση του Alexander στο ρόλο του άγχους και της εχθρότητας στην καρδιοπάθεια έχει διερευνηθεί εμπειρικά τα τελευταία χρόνια με θετικά αποτελέσματα (O'Neill, 2000). Άλλοι θεωρητικοί υποστήριξαν ότι η εικόνα του σώματος συνδέεται με το σχηματισμό του εγώ, με την αίσθηση του εαυτού και με την αντίληψη της πραγματικότητας (Fenichel, 1945). Τέλος, οι ψυχοσωματικές εκδηλώσεις έχουν συνδεθεί με την τάση προς εξάρτηση και την "ανώριμη ή νηπιακή προσωπικότητα" (Ruesch, 1948). Οι παραπάνω ψυχαναλυτικές υποθέσεις έθεσαν τα θεμέλια για τη διερεύνηση των ψυχολογικών παραγόντων στην υγεία, αν και οι σύγχρονες ψυχοδυναμικές υποθέσεις εστιάζονται κυρίως στο ρόλο που παίζουν οι αντικειμενόμενες σχέσεις και η συναισθηματική αυτορρύθμιση στην παραγωγή και στην εμπειρία της ασθένειας (Erskine & Judd, 1994).

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που συνδέονται στη σχετική απουσία της ψυχοδυναμικής σκέψης από το χώρο της ψυχολογίας της υγείας. Ένας σημαντικός παράγοντας συνδέεται με την αντίσταση που έδειξαν πολλοί θεωρητικοί της ψυχανάλυσης στην επιστημονική μέθοδο γε-

νικότερα αλλά και με την εγγενή δυσκολία να εφαρμοστεί η παραδοσιακή θετικιστική ερευνητική μέθοδος στη διερεύνηση των ψυχοδυναμικών υποθέσεων. Παρ' όλα αυτά, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αύξηση των εμπειρικών ερευνών πάνω στις υποθέσεις της ψυχοδυναμικής θεωρίας (βλ. Duberstein & Masling, 2000). Ένας άλλος παράγοντας συνδέεται με την έμφαση που έχει δώσει η ψυχανάλυση στο ψυχικό επίπεδο σε αντίθεση με το σωματικό. Η έμφαση αυτή πιθανόν να ήταν απαραίτητη αρχικά, ώστε να τεθούν τα όρια της θεωρίας και να ενισχυθεί ο ρόλος που αποδίδεται στις ψυχολογικές διεργασίες στην αιτιογένεση και στη δυναμική της ασθένειας, αλλά δεν είναι συμβατή με τη σύγχρονη βιοψυχοκοινωνική οπτική, η οποία θεωρεί την υγεία και την ασθένεια ως το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης παραγόντων σε σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο (Duberstein & Masling, 2000).

Με τη μείωση της επίδρασης των ψυχαναλυτικών υποθέσεων για τη σύνδεση της σωματικής και της ψυχικής υγείας, άρχισε να αναδύεται η συμπεριφορική ιατρική, η οποία και έχει επικρατήσει. Ιστορικά, η συμπεριφορική ιατρική είχε τις ρίζες της στο συμπεριφορισμό, τον οποίο όμως εγκατέλειψε με την ανάπτυξη της γνωστικής ψυχολογίας και τώρα πλέον βασίζεται στη γνωστική-συμπεριφορική θεωρία. Με την έμφαση που έδωσε στην έρευνα και την πρακτική βοήθεια που μπορεί να προσφερθεί στο άτομο, η προσέγγιση αυτή, συμβατή με την βιοψυχοκοινωνική οπτική, κάλυψε κάποιους από τους περιορισμούς της ψυχοδυναμικής προσέγγισης.

1. Τύπος νεύρωσης που ο Freud διακρίνει από τις ψυχονευρώσεις με βάση τα εξής:

(α) η προέλευση των ενεστώσων νευρώσεων δεν πρέπει να αναζητηθεί στις ψυχοσυγκρούσεις της παιδικής ηλικίας, αλλά στο παρόν, και

(β) τα συμπτώματα δεν αποτελούν συμβολική και υπερκαθορισμένη εκδήλωση, αλλά προκύπτουν άμεσα από την απουσία ή την ακαταλληλότητα της σεξουαλικής ικανοποίησης.

Ο Freud περιέλαβε αρχικά στις ενεστώσες νευρώσεις την αγχώδη νεύρωση και τη νευρασθένεια και, στη συνέχεια, πρότεινε την κατάταξη και της υποχονδρίας στην ίδια κατηγορία.

Ο Freud εξετάζει ως αιτιολογικό παράγοντα μόνο τη μη ικανοποίηση της σεξουαλικής ενόρμησης, ενώ σήμερα θεωρείται ότι και η καταστολή της επιθετικότητας θα έπρεπε να ληφθεί εξίσου υπόψη ως παράγοντας γένεσης των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων (Laplanche & Pontalis, 1981).

Ψυχοδυναμική και γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση στο χώρο της σωματικής υγείας

Όπως θα φανεί και παρακάτω, η ψυχοδυναμική και η γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση σε θέματα σωματικής υγείας εστιάζονται σε διαφορετικά σημεία των σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν στην ανάπτυξη και εξέλιξη μιας ασθένειας. Η ψυχοδυναμική οπτική τείνει να κατανοεί την ασθένεια ως τη συμβολική έκφραση ή τις επιπτώσεις σε σωματικό επίπεδο ψυχικών συγκρούσεων ή δυσκολιών στις αντικειμενότητες σχέσεις. Σε γενικές γραμμές, έχει δώσει μεγαλύτερη έμφαση στη διερεύνηση των τρόπων με τους οποίους η ψυχική ζωή συντελεί στη δημιουργία και στη διατήρηση σωματικών συμπτωμάτων, παρά στις ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας. Έτσι, ένα σημαντικό μέρος της βιβλιογραφίας εστιάζεται σε υποθέσεις γύρω από τη σχέση ανάμεσα στη φαντασίωση, στο συναίσθημα, και στα σωματικά συμπτώματα της 'ψυχοσωματικής' λειτουργίας. Από την άλλη πλευρά, η γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση έχει παραγάγει μια πληθώρα ερευνών και κλινικών τεχνικών για την αντιμετώπιση και την προσαρμογή στην ασθένεια, δίνοντας μικρότερη έμφαση σε θέματα που αφορούν την προνοσηρή προσωπικότητα. Ενδιαφέρεται για τη σχέση προσωπικότητας-σωματικής υγείας, αλλά τη διερευνά κυρίως μέσω της αλληλεπίδρασης προσωπικότητας, αντιμετώπισης του στρες και ασθένειας, χωρίς να δίνει έμφαση στο ρόλο της φαντασίωσης στη δημιουργία και διατήρηση της ασθένειας. Οι διαφορές αυτές ως προς την έμφαση των δύο προσεγγίσεων οφείλονται τόσο στις διαφορετικές θεωρητικές τους βάσεις όσο και στη διαφορετική τους πορεία όσον αφορά την εφαρμογή και την ενασχόληση με θέματα υγείας.

Σύγχρονες ψυχοδυναμικές θεωρήσεις για τη σωματική υγεία

Με την ανάπτυξη της σχολής των αντικειμενότητων σχέσεων στην ψυχανάλυση², η έμφαση μεταφέρθηκε από τις ασυνείδητες εννοήσεις στη σημασία των σχέσεων –και κυρίως των σχέσεων της πρώιμης παιδικής ηλικίας με τους γονείς και σημαντικούς άλλους– για το σχηματισμό του εαυτού. Οι σύγχρονες ψυχοδυναμικές θεωρήσεις και αυτές που βασίζονται σε δεδομένα της αναπτυξιακής ψυχολογίας (π.χ., Stern, 1985) διατηρούν την έμφαση στη σημασία του σώματος στην ψυχική δομή και λειτουργία, υποστηρίζοντας ότι ο ψυχισμός αναδύεται από, και είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με, το σώμα. Το σώμα θεωρείται ότι είναι το πιο αρχαίο μέσο επικοινωνίας, πριν αναπτυχθεί η ικανότητα για συμβολισμό και η γλώσσα, η οποία μπορεί να περιέχει τη συναισθηματική εμπειρία. Συνεπώς, κάθε θεωρητική απόπειρα κατανόησης της ψυχοσωματικής παθολογίας έχει να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που έχουμε στο να φανταστούμε και να ανασκευάσουμε τις ψυχικές λειτουργίες της πολύ πρώιμης ζωής (McDougall, 1974).

Ωστόσο, παρ' όλη τη θεωρητική έμφαση στη σημασία της σωματικής εμπειρίας, ελάχιστοι ψυχοδυναμικοί θεραπευτές έχουν εστιαστεί στη θεραπεία ατόμων με σωματικές ασθένειες και στην πράξη τείνουν να παραβλέπουν τα σωματικά συμπτώματα, ως εξωτερικά του πλαισίου της αναλυτικής σχέσης (Fischer, 1990). Μέχρι τη δεκαετία του 1970, επικρατούσε το παραδοσιακό ψυχοσωματικό μοντέλο των εννοήσεων στην ψυχοδυναμική θεραπεία της σωματικής υγείας, το οποίο είχε περιορισμένη κλινική αποτελεσματικότητα. Στη συνέχεια, το ενδιαφέρον στράφηκε προς τη μελέτη της σημασίας που έχουν οι αντικειμενότητες σχέσεις, και συγκεκριμένα

2. Ο όρος "αντικειμενότητες σχέσης" ή "σχέση αντικειμένου" χρησιμοποιείται ευρύτατα από τη σύγχρονη ψυχανάλυση για να δηλώσει τον τύπο της σχέσης του υποκειμένου με τον κόσμο του, σχέση η οποία είναι το συνολικό και περίπλοκο αποτέλεσμα μιας ορισμένης οργάνωσης της προσωπικότητας, μιας λίγο ή πολύ φανταστικής επίγνωσης των αντικειμένων και μερικών προνομιακών τύπων άμυνας (Laplanche & Pontalis, 1981).

προς τον αντίκτυπο που έχουν οι δυσκολίες στην επεξεργασία των συναισθημάτων και στη συναισθηματική αυτορρύθμιση γενικότερα πάνω στην εξέλιξη της σωματικής ασθένειας. Υποστηρίζεται ότι προβλήματα στις πρώιμες αντικειμενότητες σχέσεις αντανακλώνται τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική εικόνα του εαυτού (Erskine & Judd, 1994). Το έργο των Marty και των συνεργατών του (Marty, de M'Uzan, & David, 1963), της McDougall (1989), του Krystal (1988) και του Taylor (1987) αποτελεί σημαντικό παράδειγμα σύγχρονων ψυχαναλυτικών/ψυχοσωματικών θεωρήσεων.

Δύο σημαντικές ψυχοδυναμικές έννοιες, οι οποίες έχουν συμβάλει στην κατανόηση των ψυχοσωματικών εκδηλώσεων, είναι η λειτουργική σκέψη και η αλεξιθυμία. Ο όρος "λειτουργική σκέψη" αναφέρεται σε έναν πολύ ρεαλιστικό, συγκεκριμένο και μη συναισθηματικό τρόπο σκέψης, ως εάν οι άλλοι άνθρωποι ή τα γεγονότα ζωής δεν έχουν καμία λιβιδινική σημασία. Ο λόγος απόμων με λειτουργική σκέψη εστιάζεται σε φαινομενικά ασήμαντες λεπτομέρειες εξωτερικών δεδομένων, χωρίς αναφορά στο εσωτερικό ή φαντασιακό τους νόημα, είναι συναισθηματικά επίπεδος και σε ακραίες περιπτώσεις θυμίζει το λόγο ψυχωσικών ασθενών (Marty et al., 1963).

Η "αλεξιθυμία" (Nemiah & Sifneos, 1970) χαρακτηρίζει τη φαινομενικά παντελή ανικανότητα κάποιων απόμων να περιγράψουν το συναισθηματικό τους κόσμο, είτε επειδή δεν έχουν επίγνωση αυτού είτε επειδή αδυνατούν να διαχωρίσουν μια συναισθηματική κατάσταση από μια άλλη. Είναι μια διαταραχή που αφορά τις συναισθηματικές και συμβολικές λειτουργίες και περιλαμβάνει την τάση προς σωματοποίηση των συναισθημάτων, την εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη και τη φτωχή εσωτερική φαντασιακή ζωή. Τα συναισθήματα βιώνονται σε μια διάχυτη, σωματοποιημένη μορφή χωρίς να συνδέονται με κάποιο γνωστικό ή νοηματικό κομμάτι, φαινόμενο που παραπέμπει στις ενεστώσες νευρώσεις.

Οι Nemiah και Sifneos (1970) προτείνουν μια νευροφυσιολογική ερμηνεία για την αλεξιθυμία και την αποδίδουν σε γενετικούς ή πρώιμους

τραυματικούς παράγοντες. Ο Krystal (1978) υποστηρίζει ότι η αλεξιθυμία συνδέεται με μια τραυματική προϊστορία, η οποία οδηγεί στην αναχαίτιση της συναισθηματικής εξέλιξης του παιδιού. Βασιζόμενος στη μελέτη των μακροχρόνιων επιπτώσεων των τραυματικών εμπειριών σε επιζήσαντες του Ολοκαυτώματος, ανέπτυξε μια ψυχοδυναμική θεωρία για τις ψυχολογικές συνέπειες τραυματικών εμπειριών. Προτείνει ότι οι αντιδράσεις σε μια τραυματική κατάσταση αρχικά χαρακτηρίζονται από αυξημένη διέγερση και άγχος, όταν η κατάσταση θεωρείται πιθανόν αποφευκτική, και καταλήγουν σε μια 'κατατονειδή' αντίδραση, η οποία χαρακτηρίζεται από αισθήματα ανημποριάς, παθητικότητα και από την παρεμπόδιση των συναισθηματικών και γνωστικών αντιδράσεων, όταν η απειλή θεωρείται αναπόφευκτη. Αυτή η ψυχική παράλυση βιώνεται ως ανακοιμιστική αλλά και ως η πρώτη φάση εσωτερικού θανάτου. Οι συνέπειες έντονα τραυματικών εμπειριών στη νηπιακή και ενήλικη ζωή είναι πολλαπλές και πολύπλοκες, με μια πιθανότητα προσαρμογής την αλεξιθυμία: το άτομο αποκόπτει τη συναισθηματική του εμπειρία, επειδή φοβάται την επιστροφή της ψυχικής κατάστασης που συνόδευε την αρχική τραυματική εμπειρία (Krystal, 1978).

Κατά τη McDougall (1989), η αλεξιθυμία συνδέεται με το φαινόμενο της ψευδο-φυσιολογικότητας, όπου το άτομο παρουσιάζει μια επιφανειακά προσαρμοσμένη συμπεριφορά, συχνά με σωματικά συμπτώματα και μια καλυμμένη διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μια αίσθηση εσωτερικού κενού ή θανάτου. Επιπλέον, το άτομο παρουσιάζει την τάση να καταπνίγει τα συναισθήματά του, αντί να τα επεξεργάζεται, και συνήθως η ψυχική του ενέργεια εκφορτίζεται μέσω δράσης, αντί να μετατρέπεται σε σκέψη, σε μετουσιωμένη έκφραση ή σε νευρωσικό σύμπτωμα. Η ψυχοσωματική λειτουργία θεωρείται ότι αντιπροσωπεύει μαζικές άμυνες απέναντι στην απειλή της ψυχικής σύνθλιψης, ότι δηλαδή είναι μια προσπάθεια που κάνει το άτομο για να προστατευθεί όταν αισθάνεται ότι απειλείται με αφανισμό ή ίδια του η ταυτότητα. Τα ψυχοσωμα-

τικά συμπτώματα έχουν ένα ψυχικό νόημα αλλά αυτό είναι προ-συμβολικής τάξης, αναφέρεται δηλαδή στην προ-γλωσσική φάση της εξέλιξης, πριν την ανάπτυξη της ικανότητας για συμβολισμό, και είναι αποτέλεσμα μιας απόπειρας να αντιμετωπιστούν πρωτόγονα άγχη ψυχωσικού τύπου (McDougall, 1989).

Όσον αφορά την εξέλιξη της ψυχοσωματικής λειτουργίας, θεωρείται ότι αυτή συνδέεται με προ-οιδιπόδειες εξελικτικές δυσκολίες στη σχέση μητέρας-βρέφους, οι οποίες δεν επιτρέπουν την ενδοβολή μιας καλοήθους μητρικής λειτουργίας, ικανής να παράσχει φροντίδα. Σε ένα τυπικό σχήμα τέτοιων πρώιμων διαδράσεων, η μητέρα βιώνει τη σχέση της με το παιδί της ως μια ναρκισσιστική συνέχεια του εαυτού της και η συζυγική σχέση περνάει σε δεύτερη μοίρα σε σχέση με τη δυάδα μητέρας-παιδιού (McDougall, 1989). Μια άλλη ψυχοδυναμική υπόθεση για τις ψυχοσωματικές εκδηλώσεις εστιάζεται στην αίσθηση απόρριψης και εγκατάλειψης των ασθενών αυτών, οι οποίοι ως παιδιά τιμωρούνταν με απόρριψη, όταν έκαναν προσπάθειες αυτονόμησης, ενώ αμείβονταν με φροντίδα, όταν ήταν άρρωστα και εξαρτημένα (Deutsch, 1987).

Αξίζει να σημειωθεί ότι όλοι έχουμε κάποια 'ψυχοσωματική δυνατότητα', καθώς όλοι τείνουμε να σωματοποιούμε σε περιπτώσεις όπου οι εσωτερικές ή οι εξωτερικές συνθήκες κατακλύζουν τους συνηθισμένους ψυχολογικούς τρόπους που έχουμε για να αντιμετωπίζουμε τη ζωή μας (McDougall, 1989). Κάποια εμπειρία τραυματισμού στην ενήλικη ζωή, για παράδειγμα, μέσω μιας σοβαρής ασθένειας, μπορεί να οδηγήσει σε παλινδρόμηση σε ένα πιο πρώιμο εξελικτικό στάδιο συναισθηματικής λειτουργίας, όπου έντονα συναισθήματα αντιμετωπίζονται μέσω της σωματοποίησης, παρά μέσω της απώθησης ή της συμβολοποίησης (Krystal, 1978).

Τα τελευταία χρόνια έχει προταθεί ένα νέο ψυχοσωματικό μοντέλο, το οποίο βασίζεται στην υπόθεση ότι πολλές νόσοι είναι διαταραχές της ψυχοβιολογικής ρύθμισης. Το μοντέλο αυτό αντλεί από τη γενική θεωρία των συστημάτων

και αποπειράται να συνθέσει δεδομένα της εξελικτικής βιολογίας και των βιοιατρικών επιστημών. Η βασική του θέση είναι ότι οι άνθρωποι είναι αυτορρυθμιζόμενα κυβερνητικά συστήματα, όπου το κάθε άτομο αποτελείται από μια ιεραρχία υποσυστημάτων τα οποία συνδέονται μέσω κύκλων ανάδρασης. Η μετάβαση από την υγεία στην ασθένεια είναι το αποτέλεσμα διαταραχής σε έναν ή περισσότερους κύκλους ανάδρασης και το αποτέλεσμα αλλαγών στη λειτουργία ενός ή περισσότερων υποσυστημάτων (Taylor, 1987).

Η θεραπεία που βασίζεται στο μοντέλο αυτό αποσκοπεί στο να ξεπεραστούν ψυχολογικά ελλείμματα που αφορούν τη συναισθηματική ρύθμιση και τη διατήρηση μιας σταθερής αίσθησης του εαυτού. Τα ελλείμματα αυτά θεωρείται ότι πηγάζουν από εξελικτικές ελλείψεις στην πρώιμη ζωή και ότι αντανάκλονται στην εσωτερική ζωή, στις αντικειμενότητες σχέσεις του ατόμου, στην ποιότητα των διαπροσωπικών του σχέσεων και στη λειτουργία του εγώ. Συνεπώς, η θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της υγείας με το να ενισχύσει τις ψυχικές ρυθμιστικές δυνατότητες του ασθενή και με το να μεταβάλλει τις αμοιβαίες αναδράσεις του με άλλα υποσυστήματα.

Όσον αφορά τη θεραπεία των λεγόμενων ψυχοσωματικών ασθενών, οι Nemiah και Sifneos (1970) προτείνουν ως πιο κατάλληλη την υποστηρικτικού τύπου θεραπεία. Ο Krystal (1988) προτείνει μια μορφή θεραπείας που αποσκοπεί στο να βοηθηθεί ο πελάτης να παρατηρήσει τη φύση της αλεξιθυμικής του διαταραχής, να αναπτύξει κάποια ανοχή στα συναισθήματά του και να αναγνωρίζει, να λεκτικοποιεί και να αποσωματοποιεί τα συναισθήματά του. χρησιμοποιώντας τα ως σήματα που μπορούν να βοηθήσουν στην αυτορρύθμιση και στη φροντίδα του εαυτού. Ο Taylor (1987) προτείνει ως στόχο της θεραπείας την ψυχική ωρίμανση του ασθενή, δηλαδή την επανόρθωση ελλείψεων στις αντικειμενότητες σχέσεις μέσω νέων εσωτερικεύσεων, ώστε να επιτευχθεί μεγαλύτερη ικανότητα αυτορρύθμισης. Η θεραπευτική στάση που προτείνεται χα-

ρακτηρίζεται από την 'αναγνώριση', μια διάσταση της ενσυναίσθησης που συνδέεται με την αποδοχή και την αυτογνωσία και η οποία πλησιάζει πολύ στην έννοια του 'κρατήματος' του Winnicott³ (Erskine & Judd, 1994). Γενικώς, επικρατεί η άποψη ότι η χρήση ερμηνειών πρέπει να είναι σχετικά περιορισμένη, καθώς είναι πιθανό το άτομο να βιώνει τις ερμηνείες αυτές ως έλλειψη ενσυναίσθησης από την πλευρά του θεραπευτή. Υπάρχει όμως και η άποψη ότι, εφόσον η θετική μεταβίβαση είναι εφικτή, μπορεί να δημιουργηθεί το πλαίσιο για την ανάπτυξη ενόρασης και για δομικές αλλαγές. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα επιδέχονται ψυχαναλυτικής ερμηνείας και μπορεί να αντικατασταθούν μέσω αυτής από νευρωσικά συμπτώματα συνήθως φοβίας ή κατάθλιψης (Deutsch, 1987).

Ψυχοδυναμική θεραπεία και σωματική υγεία

Η ψυχοδυναμική βιβλιογραφία που αναφέρεται στη θεραπεία σε θέματα υγείας πέρα από τις λεγόμενες ψυχοσωματικές εκδηλώσεις είναι μάλλον περιορισμένη, αν και τελευταία παρατηρείται μια αύξηση του ενδιαφέροντος στο χώρο αυτό. Για παράδειγμα, υπάρχουν μελέτες που αναφέρονται στην ψυχοδυναμική θεραπεία με άτομα που έχουν δυσκολίες αναπαραγωγής, που έχουν σωματική ή νοητική αναπηρία, ανίατες ασθένειες, τραυματικές εμπειρίες και πένθος (Erskine & Judd, 1994. Duberstein & Masling, 2000).

Σε θεωρητικό επίπεδο, υπάρχει μια συζήτηση όσον αφορά, από τη μια, το βαθμό στον οποίο το ψυχικό νόημα μιας ασθένειας είναι πρωτογενές και, επομένως, λειτουργεί ως γενεσιουργός παράγοντας αυτής, και από την άλλη,

το βαθμό στον οποίο αποτελεί δευτερογενή συμβολοποίηση μιας ήδη υπάρχουσας σωματικής κατάστασης. Στη δεύτερη περίπτωση το ψυχικό νόημα λειτουργεί ως παράγοντας διατήρησης της σωματικής κατάστασης. Ανεξάρτητα από την απάντηση σε αυτό, στην κλινική πράξη, έχει μεγάλη σημασία η διερεύνηση του προσωπικού νοήματος που έχει η ασθένεια για το άτομο. Ο τρόπος με τον οποίο κάποιος νοσηματοδοτεί την εμπειρία της ασθένειάς του –δηλαδή την αποδιοργάνωση, το ναρκισσιστικό πλήγμα και τις απώλειες που μπορεί να προκαλέσει αρχικά μια σοβαρή ασθένεια– εξαρτάται από προσωπικά του χαρακτηριστικά, το κοινωνικό του πλαίσιο και τα χαρακτηριστικά της ίδιας της ασθένειας. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση σε θέματα υγείας αποπειράται να κατανοήσει το νόημα που έχει η ασθένεια στο πλαίσιο της εξελικτικής ιστορίας, της εσωτερικής ζωής και των σημαντικών σχέσεων του ατόμου (Deutsch, 1980).

Θα αναφερθούμε σε μελέτες που αποπειρώνται να διερευνήσουν και να κατανοήσουν ψυχοδυναμικά το νόημα που έχει η διαταραχή της ισορροπίας του σακχάρου του αίματος, στον ασταθή διαβήτη. Η θεραπεία του ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη αποσκοπεί στη διατήρηση του σακχάρου του αίματος σε φυσιολογικά όρια, μέσω ενέσεων ινσουλίνης, ειδικής διατροφής, και άσκησης. Ο ασταθής διαβήτης χαρακτηρίζεται από χρόνιες και ανεξήγητες διακυμάνσεις μεταξύ υπογλυκαιμίας και υπεργλυκαιμίας, οι οποίες θεωρείται ότι σχετίζονται περισσότερο με ψυχολογικούς παρά με οργανικούς παράγοντες. Υπάρχουν δύο βασικές υποθέσεις που συνδέουν τα ψυχολογικά φαινόμενα με τον έλεγχο του σακχάρου του αίματος. Η πρώτη υπόθεση αφορά μια παθολογική βιοχημική λειτουργία: υπάρχουν ενδείξεις ότι κάποιοι διαβητικοί ασθενείς αντιδρούν σε ψυχοπνευματικές καταστάσεις με αυ-

3. Στη θεωρία του ο Winnicott χρησιμοποιεί ως μεταφορά τη μητέρα η οποία κυριολεκτικά κρατά (σωματικά και ψυχικά) το βρέφος για να περιγράψει το ρόλο του θεραπευτή ως παρουσία που παρέχει ένα πλαίσιο το οποίο 'κρατά' και περιέχει τη συναισθηματική εμπειρία του πελάτη (βλ. Winnicott, 1965).

ξημένη έκκριση στρεσογόνων ορμονών, οι οποίες με τη σειρά τους δρουν ανταγωνιστικά στη δράση της ινσουλίνης. Η δεύτερη είναι μια ψυχοδυναμική υπόθεση που υποστηρίζει ότι οι διακυμάνσεις σακχάρου στο αίμα προκαλούνται από συνειδητές ή ασυνειδητές παραβιάσεις της θεραπευτικής αγωγής, οι οποίες έχουν προκύψει από ψυχικές συγκρούσεις που αφορούν τις αντικειμενότερες σχέσεις του ασθενή. Σε αυτό το σημείο ίσως είναι χρήσιμο να λάβουμε υπόψη μας το λεγόμενο 'όφελος του συμπτώματος', μια θεμελιώδη έννοια της ψυχοδυναμικής θεωρίας, η οποία προσφέρει κάποια εξήγηση για τις συχνές αλλά φαινομενικά παράλογες αυτοκαταστροφικές παραβιάσεις της θεραπευτικής αγωγής, που παρατηρούνται σε πολλές χρόνιες ασθένειες⁴ (Erskine & Judd, 1994).

Με βάση την παραπάνω υπόθεση, ο ασταθής διαβήτης είναι ποιοτικά όμοιος με άλλα νευρωσικά συμπτώματα και έχει ως βασικό κίνητρο διατήρησής του την ανακούφιση από μια ψυχική σύγκρουση. Αυτή η άποψη διαφέρει από τις επικρατούσες γνωστικές-συμπεριφορικές υποθέσεις, που εστιάζονται σε συγκεκριμένες δεξιότητες ή σε γνωστικές ελλείψεις. Δίνεται έμφαση στο (ασυνειδητο) νόημα που έχει για κάθε ασθενή προσωπικά η ανεπαρκής ρύθμιση του διαβήτη. Το νόημα αυτό μπορεί να γίνει κατανοητό μέσα στη μεταβίβαση και αναφέρεται στο πλαίσιο της εξελικτικής πορείας του ατόμου, της εσωτερικής του ζωής και των σημαντικών του σχέσεων. Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, η οποία αποσκοπεί στο να γίνουν συνειδητές οι ασυνειδητες συγκρούσεις, μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να ανακουφιστεί από αυτές και συνεπώς να απελευθερωθεί από τη νευρωσική και αυτο-

καταστροφική του τάση να διαταράσσει τη διαβητική ισορροπία. Οι υποθέσεις αυτές και η κλινική αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής θεραπείας σε περιπτώσεις ασταθούς διαβήτη έχουν ερευνηθεί εμπειρικά με θετικά αποτελέσματα (Moran & Fonagy, 1992. Fonagy & Moran, 1994). Παρακάτω, θα αναφερθούμε συνοπτικά σε κάποια θέματα που αφορούν την εφαρμογή της ψυχοδυναμικής προσέγγισης ειδικά σε θέματα υγείας. Είναι σημαντικό να καθοριστεί η ανάγκη του ασθενή για ψυχολογική παρέμβαση και έπειτα να καθοριστεί ο τύπος της ψυχολογικής θεραπείας που είναι κατάλληλος στη συγκεκριμένη περίπτωση. Η ανάγκη του ασθενή για ψυχοδυναμική θεραπεία ορίζεται μέσα από μια κοινή κατανόηση των προβλημάτων ανάμεσα στον ασθενή και το θεραπευτή (Erskine & Judd, 1994). Οι ακόλουθες προϋποθέσεις θεωρούνται ότι συνιστούν αίτημα για ψυχοδυναμικού τύπου βοήθεια: η αντίληψη του ατόμου ότι υποφέρει ψυχικά, η αναζήτηση αυτογνωσίας, η ικανότητα ανοχής και αντοχής της ψυχαναλυτικής κατάστασης, και η ετοιμότητα του ατόμου να δεχτεί βοήθεια (McDougall, 1989).

Ένα άλλο θέμα που είναι καλό να έχει υπόψη του ο θεραπευτής αφορά τη σημασία και λειτουργία που μπορεί να έχει το σωματικό σύμπτωμα στην ψυχοδυναμική ισορροπία του ασθενή. Σε περίπτωση που ο θεραπευτής επιμένει σε ψυχοδυναμικούς παράγοντες εκτός του πλαισίου που ορίστηκε κατά την αξιολόγηση, ο ασθενής μπορεί να βιώσει την επιμονή αυτή ως παρειακή και άσχετη με τα άμεσα και συχνά πειστικά σωματικά του προβλήματα. Είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη ότι η εμμονή του ασθενή σε μια καθαρά βιοϊατρική κατανόηση των συ-

4. Το όφελος μιας αρρώστιας αναφέρεται σε κάθε άμεση ή έμμεση ικανοποίηση που το άτομο αντλεί από την αρρώστια του. Το πρωτογενές όφελος αναφέρεται στην ελευθερία από το άγχος και την εσωτερική σύγκρουση, που μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την παρουσία του συμπτώματος και έτσι υπεισέρχεται στην ίδια την αιτιολογία του συμπτώματος. Διακρίνεται στο εσωτερικό μέρος, που έχει να κάνει με τη μείωση της ψυχικής έντασης που αποφέρει το σύμπτωμα, και στο εξωτερικό μέρος, που έχει να κάνει με τις τροποποιήσεις που αποφέρει το σύμπτωμα στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου. Το δευτερογενές όφελος συνίσταται από τα ύστερα, πιο εξωτερικά και πρακτικά οφέλη που μπορούν να επιτευχθούν από τη χρησιμοποίηση των συμπτωμάτων και άρα συνιστά συμπληρωματικό κέρδος από ένα σύμπτωμα το οποίο έχει ήδη εγκατασταθεί (Laplanche & Pontalis, 1981).

μπωμάτων του μπορεί να εξυπηρετεί αμυντικούς σκοπούς, καθώς ένα χρόνιο σωματικό σύμπτωμα τείνει να γίνεται μέρος της ταυτότητας και των σχέσεων του ατόμου, γεγονός που ενισχύει τη σταθερότητά του και την αντίσταση στην αλλαγή.

Ένα άλλο σημαντικό θέμα στη θεραπεία στο χώρο της υγείας αφορά τη συνεργασία του θεραπευτή με το ιατρικό προσωπικό. Όταν δεν υπάρχει δυνατότητα συνεργασίας υπάρχει σημαντικό κίνδυνος να (ανα-)παράγουν οι ειδικοί, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και θεραπευτές, ένα μη βοηθητικό διχασμό. Από την άλλη πλευρά, η βιοϊατρική και η ψυχοδυναμική προσέγγιση δεν είναι πάντα συμπληρωματικές ή συμβατές. Έτσι, το νόημα των ιατρικών παρεμβάσεων μπορεί να γίνει αντικείμενο διερεύνησης στο πλαίσιο της θεραπείας, αλλά η διακοπή των συμπτωμάτων με ιατρικό τρόπο μπορεί να έχει απρόβλεπτες ψυχολογικές επιπτώσεις, στο βαθμό που η σωματοποίηση αντιπροσωπεύει τη συμβιβαστική λύση μιας ασυνείδητης ενδοψυχικής σύγκρουσης (Deutsch, 1987). Επιπλέον, οι χώροι του νοσοκομείου δεν είναι πάντα σχεδιασμένοι σύμφωνα με τις απαιτήσεις της θεραπείας για ησυχία, για διατήρηση των θεραπευτικών ορίων (ρόλος, χρόνος, εχεμύθεια) και για ιδιωτικότητα, γεγονός που θέτει σημαντικά πρακτικά ζητήματα.

Τέλος, η θεραπεία με ασθενείς με σοβαρές και ανιάτες σωματικές ασθένειες και αναπηρίες μπορεί να ανακινήσει ιδιαίτερα δύσκολα αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα στο θεραπευτή. Είναι συνηθισμένες οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις φόβου, άγχους, θυμού, απέχθειας, αβοηθησίας και αηδίας που σχετίζονται με θέματα απώλειας, θανάτου, αποτυχίας και ευαλωτότητας. Συχνά η ψυχοδυναμική θεραπεία με άτομα που έχουν κάποια ανίατη ασθένεια ή αναπηρία δεν αποσκοπεί στην αλλαγή αλλά στην 'περίεξη' των συναισθημάτων και φαντασιώσεων του πελάτη, δηλαδή στην αύξηση και διεύρυνση της ικανότητας του πελάτη να βιώνει, να αντέχει και να επεξεργάζεται τα συναισθήματά του, μια διεργασία που βρίθεται από αβεβαιότητα και ψυχι-

κό πόνο. Επιπλέον, η έντονη 'παρουσία' στη θεραπεία θεμάτων που έχουν να κάνουν με το σώμα μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες σε κάποιους θεραπευτές, καθώς τα άγχη και οι φαντασιώσεις που συνδέονται με τη σωματική εμπειρία θεωρούνται ιδιαίτερα αρχαϊκά και καθώς η ψυχοδυναμική εκπαίδευση δε δίνει αρκετή έμφαση στη δουλειά με το σώμα (Goodheart & Lansing, 1996).

Γνωστική-συμπεριφορική θεώρηση για τη σωματική υγεία

Η γνωστική-συμπεριφορική θεώρηση της σωματικής υγείας βασίζεται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, θεωρώντας ότι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες, σε συνδυασμό με βιολογικούς, εμπλέκονται σε όλα τα προβλήματα υγείας και με πολλαπλούς τρόπους. Η εμπλοκή μπορεί να είναι άμεση ή έμμεση και σε όλα τα στάδια της ανάπτυξης και εξέλιξης μιας ασθένειας (Taylor, 1991). Ως αποτέλεσμα, η προσέγγιση αυτή έχει προσπαθήσει να διερευνήσει πώς ατομικά χαρακτηριστικά και κοινωνικοί παράγοντες εμπλέκονται στην υιοθέτηση και διατήρηση συμπεριφορών οι οποίες οδηγούν στην, ή αδυνατούν να αποτρέψουν την, ανάπτυξη σωματικών προβλημάτων, καθώς και πώς οι δύο αυτοί παράγοντες επηρεάζουν την εξέλιξη μιας ασθένειας αφού έχει διαγνωσθεί.

Στα πλαίσια αυτών των προσπαθειών, η γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση δέχεται ότι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες συμβάλουν στην υιοθέτηση συμπεριφορών οι οποίες άμεσα επηρεάζουν αρνητικά την υγεία (πχ., το κάπνισμα) (Taylor, 1991). Παράλληλα, η γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση έχει προσπαθήσει να συνδέσει γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις με σωματικές αλλαγές και κατά συνέπεια με την ανάπτυξη συγκεκριμένων σωματικών προβλημάτων (Conrada, Leventhal, & O'Leary, 1990. O'Leary, 1990. O' Leary et al., 1996). Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε σχέση με δύο σοβαρά

προβλήματα υγείας, η καρδιοπάθεια, και ο καρκίνος. Στην πρώτη περίπτωση έχει προταθεί ότι οι έντονες σωματικές, γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις σε στρεσογόνα συμβάντα οδηγούν σε μια σειρά σωματικών αλλαγών, οι οποίες έχουν συσχετιστεί με την ανάπτυξη της καρδιοπάθειας. Αν και οι έρευνες αυτές είναι συσχετιστικές, υπάρχουν πλέον αρκετές ενδείξεις ότι η προσωπικότητα είναι ένας από τους πολλούς παράγοντες που συμβάλλουν στην καρδιοπάθεια (για μια λεπτομερή συζήτηση βλέπε Contrada et al., 1990). Στη δεύτερη περίπτωση, επίσης προτείνεται ότι μια σειρά ψυχολογικών παραγόντων, όπως η μειωμένη έκφραση αρνητικών συναισθημάτων, η κατάθλιψη και η έλλειψη ελπίδας, συνδέονται με την ανάπτυξη του καρκίνου μέσω αλλαγών του ενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού συστήματος. Αν και έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες προσπαθώντας να τεκμηριώσουν τη σχέση αυτών των ατομικών διαφορών με τον καρκίνο, τα αποτελέσματα είναι συχνά αλληλοσυγκρουόμενα, δημιουργώντας έτσι ένα ερωτηματικό για τη σχέση προσωπικότητας-καρκίνου (για μια λεπτομερή συζήτηση βλέπε Contrada et al., 1990).

Η γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση έχει, επίσης, προσπαθήσει να εξετάσει το ρόλο που παίζουν οι γνωστικοί παράγοντες στην αντιμετώπιση μιας ασθένειας, από τη στιγμή που το άτομο θα "αντιληφθεί" ότι ίσως να υπάρχει ένα πρόβλημα υγείας. Σύμφωνα με αυτούς τους θεωρητικούς, οι εμπειρίες μας με ασθένειες μας επιτρέπουν να κατασκευάσουμε μοντέλα "κοινης λογικής" για αυτές. Στην κατασκευή αυτών των μοντέλων εμπλέκονται προηγούμενες εμπειρίες με ασθένειες, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες, καθώς και το σχήμα του ατόμου για το σωματικό εαυτό (Leventhal & Diefenbach, 1991). Οι συνιστώσες των μοντέλων που κατασκευάζουμε για την κάθε ασθένεια είναι: (1) η ταυτότητα της ασθένειας, (2) η εξέλιξή της, (3) οι συνέπειές της, (4) τα αίτιά της, και (5) η δυνατότητα ίασης ή/και ελέγχου της (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992). Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, οι οποιοσδήποτε σωματικές

αισθήσεις, σε συνδυασμό με τις γνώσεις που έχουμε για την ασθένεια, θα οδηγήσουν σε μια σειρά διεργασιών με σκοπό την προσπάθεια ερμηνείας των σωματικών αισθήσεων, δηλαδή την κατασκευή ενός μοντέλου. Το γνωστικό μοντέλο το οποίο θα κατασκευάσουμε με τη σειρά του θα επηρεάσει τις στρατηγικές που θα υιοθετήσουμε για την αντιμετώπιση του προβλήματος καθώς και τα κριτήρια που θα επιλέξουμε για να αξιολογήσουμε την αποτελεσματικότητα των προσπαθειών μας. Αν και αυτή η διαδικασία περιγράφεται ως στατική, η θεωρία προτείνει ότι το μοντέλο αναθεωρείται με την εξέλιξη της ασθένειας, με τις πληροφορίες τις οποίες συγκεντρώνουμε και με την αξιολόγηση των προσπαθειών μας (Leventhal et al., 1992).

Συμπερασματικά, η γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση δεν προτείνει μια θεωρία για τη σχέση της ψυχικής και σωματικής υγείας. Αντίθετα, εξετάζει το ρόλο γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης μιας ασθένειας καθώς και μετά την εμφάνισή της. Στην προσπάθειά της να κατανοήσει τη σχέση ψυχικής και σωματικής υγείας εξετάζει και τους μηχανισμούς με τους οποίους οι αντιδράσεις αυτές επιφέρουν σωματικές αλλαγές οι οποίες σχετίζονται με την ανάπτυξη προβλημάτων υγείας.

Γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και σωματική υγεία

Τα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας έρχονται αντιμέτωπα με μια σωρεία δυσκολιών, πέρα από την ανησυχία για την υγεία τους αυτή καθαυτή. Για παράδειγμα, η ασθένεια μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργικότητά τους στην καθημερινή ζωή, την εξωτερική τους εμφάνιση, τη σεξουαλική τους ζωή, το ρόλο τους στην οικογένεια, ή ακόμα και να οδηγήσει στην κοινωνική απομόνωση (Nezu et al., 1998). Παράλληλα, η παρατεταμένη επαφή με το ιατρικό σύστημα μπορεί να αποβεί στρεσογόνος, καθώς οι ασθενείς συχνά αισθάνονται ότι δεν μπορούν

να ασκήσουν έλεγχο στο ιατρικό πλαίσιο από το οποίο εξαρτάται η πορεία της υγείας τους. Τέλος, σε ακραίες περιπτώσεις οι ασθενείς καλούνται να πάρουν δύσκολες αποφάσεις. Για παράδειγμα, κατά τα τελευταία στάδια της ασθένειας, οι πάσχοντες ενδέχεται να χρειαστεί να αποφασίσουν για το αν θα δοκιμάσουν πειραματικές θεραπείες στην προσπάθειά τους να παρατείνουν τη ζωή τους ή αν θα εγκαταλείψουν την προσπάθεια αυτή διατηρώντας έτσι την ποιότητα της ζωής τους.

Η γνωστική-συμπεριφορική συμβουλευτική σε μεγάλο βαθμό στοχεύει στη μείωση του στρες που προκύπτει από τα προβλήματα υγείας, βασιζόμενη στο αλληλεπιδραστικό μοντέλο στρες των Lazarus και Folkman (1984). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, τα 'αντικειμενικά' χαρακτηριστικά της κατάστασης αλλά και προσωπικές μεταβλητές -προσωπική εκτίμηση της κατάστασης και ικανότητα αντιμετώπισής της- παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στο πώς το άτομο θα αντιμετωπίσει την ασθένεια (Folkman, 1992). Το μοντέλο αυτό επίσης προτείνει ότι οι προσπάθειες των ανθρώπων για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο βασικές κατηγορίες: σε προσπάθειες επίλυσης του προβλήματος, δηλαδή προσπάθειες αλλαγής των χαρακτηριστικών του ίδιου του προβλήματος, και σε προσπάθειες ρύθμισης των συναισθημάτων που σχετίζονται με το πρόβλημα. Αν και στο παρελθόν οι ερευνητές θεωρούσαν ότι οι προσπάθειες επίλυσης του προβλήματος αποτελούσαν την πιο αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων, πιο πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι και οι δύο μορφές στρατηγικής είναι απαραίτητες (Stanton & Franz, 1999). Ο βαθμός στον οποίο βασίζεται κανείς στην κάθε μία αλλάζει ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της κατάστασης, ελεγχόμενης ή μη, όπου οι ελεγχόμενες καταστάσεις απαιτούν, ως επί το πλείστον, στρατηγικές που αποσκοπούν στην επίλυση του προβλήματος και οι μη ελεγχόμενες απαιτούν στρατηγικές που αποσκοπούν στη ρύθμιση των συναισθημάτων. Δεδομένου ότι οι περισσότερες ασθένειες απαι-

τούν και ικανότητα επίλυσης προβλημάτων αλλά και προσαρμογή μέσω εσωτερικών διεργασιών, είναι απαραίτητο για τον ασθενή να αναπτύξει έναν ευέλικτο τρόπο αντιμετώπισης.

Κατά συνέπεια, η γνωστική-συμπεριφορική συμβουλευτική αποσκοπεί στην ανάπτυξη ευέλικτων τρόπων αντιμετώπισης των ποικίλων προβλημάτων που ανακύπτουν λόγω της ασθένειας. Δηλαδή, κάποιες από τις παρεμβάσεις έχουν ως στόχο την άμεση δράση του ατόμου στο περιβάλλον του. Τέτοιες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τη λεπτομερή ενημέρωση του ασθενή για τη νόσο και τις πιθανές θεραπείες της, την ενημέρωσή του σχετικά με τις επικείμενες ιατρικές διαδικασίες και την προετοιμασία του για αυτές, την απόκτηση δεξιοτήτων επίλυσης προβλήματος και την εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά, ιδιαίτερα όσον αφορά στην επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό (Nezu et al., 1998). Η ενημέρωση για την ασθένεια είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για άτομα που έχουν πρόσφατα πληροφορηθεί για τη διάγνωσή τους. Επειδή όμως υπάρχουν ατομικές διαφορές ως προς την επιθυμία για πληροφόρηση, με κάποια άτομα να προτιμούν λεπτομερή πληροφόρηση για το πρόβλημά τους και με άλλα να επιθυμούν ελάχιστη, ο βαθμός της ενημέρωσης θα πρέπει να προσαρμόζεται και στις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή (Miller, Rodoletz, Schroeder, Mangan, & Sedlacek, 1996). Έρευνες έχουν δείξει ότι προκειμένου για άτομα τα οποία επιθυμούν ελάχιστη ενημέρωση, είναι προτιμότερο να προσφέρεται η λιγότερη δυνατή, οπωσδήποτε όμως επαρκής, για να εξασφαλιστεί η συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες (Miller et al., 1996).

Άλλες παρεμβάσεις έχουν ως στόχο τη ρύθμιση των συναισθημάτων μέσα από εσωτερικές διεργασίες, όπως η γνωστική αναδόμηση. Αυτό επιτυγχάνεται με την αλλαγή της στάσης του πελάτη απέναντι στο 'πρόβλημα' της ασθένειας. Σκοπός είναι η διερεύνηση των βασικών πιστεύω του ατόμου τα οποία επηρεάζουν όχι μόνο τη στάση του προς την ασθένεια αλλά και προς την υπόλοιπη ζωή του. Μια άλλη σειρά παρεμβάσεων αποσκοπεί στην άμεση ρύθμιση των συναι-

σθημάτων. Εδώ εμπεριέχονται η εκτόνωση και η επεξεργασία των συναισθημάτων αλλά και τρόποι άμεσης αντιμετώπισης του στρες, όπως μέσω της χαλάρωσης.

Η γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση έχει 'κατηγορηθεί' ότι προσπαθεί να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο 'αντιλαμβάνεται' τα προβλήματα και κατά συνέπεια συχνά αγνοεί τις αντιξοές συνθήκες της ζωής του ατόμου (Riger, 1993). Ο κίνδυνος να αγνοήσει ο θεραπευτής την 'αντικειμενική' σοβαρότητα του προβλήματος ελλοχεύει και για την ομάδα των πελατών με προβλήματα σωματικής υγείας. Επομένως, η γνωστική αναδόμηση χρησιμοποιείται εκτενώς για κάποια προβλήματα, αλλά παράλληλα είναι επιτακτικό και ο θεραπευτής να αναγνωρίσει την ύπαρξη σοβαρών προβλημάτων. Δηλαδή ο θεραπευτής δε χρησιμοποιεί την τεχνική τυφλά, αλλά την προσαρμόζει ανάλογα με τα θέματα που θέτει ο πελάτης προς συζήτηση.

Τέλος, επανεξετάζονται οι στρατηγικές πάνω στις οποίες βασιζόταν στο παρελθόν ο πελάτης και οι οποίες τώρα ίσως οδηγούν όχι μόνο στην αναποτελεσματική αντιμετώπιση της ασθένειας αυτής καθαυτής αλλά και στην αύξηση της ψυχολογικής δυσφορίας ως αποτελέσματος της νόσου. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η συμπεριφορική, η γνωστική και η συναισθηματική αποφυγή. Οι στρατηγικές αποφυγής, γενικώς, θεωρούνται δυσλειτουργικές αν και η χρονική στιγμή της εφαρμογής τους φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο για το αν θα είναι προσαρμοστικές ή όχι (Suls & Fletcher, 1985). Η προσπάθεια μείωσης της αποφυγής πάντως θα πρέπει να γίνεται με προσοχή. Άτομα τα οποία αρνούνται να συνειδητοποιήσουν τη σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας τους συχνά αισθάνονται αβοήθητα να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που έχουν προκύψει καθώς και τα συνοδά συναισθήματα. Σε αυτή την περίπτωση, η αποφυγή είναι μια στρατηγική αυτοπροστασίας της οποίας η αποτελεσματικότητα θα πρέπει να αμφισβητείται μόνον όταν προσφέρεται στον ασθενή αρκετή υποστήριξη.

Μετάθεση αντίδρασης και σωματική υγεία

Η γνωστική αναδόμηση που αναφέρθηκε στο προηγούμενο υποκεφάλαιο μπορεί να έχει ως στόχο και μια πιο ριζική αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο το άτομο βλέπει τον εαυτό του και τον κόσμο του. Μια έντονη στρεσογόνος κατάσταση απαιτεί ότι το άτομο θα αντιμετωπίσει την 'πραγματικότητα' του προβλήματος, θα επεξεργαστεί τη σημασία του για το ίδιο καθώς και τις επιπτώσεις στη ζωή του. Η βίωση τραυματικών γεγονότων προσφέρει καινούριες πληροφορίες για τον κόσμο στο άτομο και μπορεί να το κάνει να αναθεωρήσει τις πιο βασικές πεποιθήσεις του για τον εαυτό του και τη ζωή του. Τραυματικά γεγονότα συχνά απαιτούν είτε την επανεκτίμηση των βασικών αυτών πεποιθήσεων ή τον επαναπροσδιορισμό του προβλήματος με έναν τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να είναι συμβατό με τις πεποιθήσεις που προϋπήρχαν του συμβάντος (Janoff-Bulman, 1999). Η διεργασία της έντονης επεξεργασίας του προβλήματος, των σκέψεων, και των συναισθημάτων που έχει δημιουργήσει καθώς και των επιπτώσεών του στη ζωή και το μέλλον του ατόμου έχει οριστεί ως 'γνωστική επεξεργασία' (Bower, Kemeny, Taylor, & Fahey, 1998). Το άτομο το οποίο έχει εμπλακεί σε μια διεργασία επεξεργασίας του συμβάντος μπορεί να παραμείνει σε αυτό το στάδιο ή και να προχωρήσει σε μια διεργασία νοηματοδότησης. Η νοηματοδότηση επιτρέπει την ενσωμάτωση τραυματικών γεγονότων στο προϋπάρχον σύστημα πεποιθήσεων, επιτρέποντας έτσι και πάλι τη διαμόρφωση μιας θετικής εικόνας για τον κόσμο. Τρόποι με τους οποίους οι άνθρωποι δίνουν νόημα σε δύσκολες καταστάσεις συμπεριλαμβάνουν την ανακατάταξη των προτεραιοτήτων της ζωής τους, τη διαμόρφωση στενότερων διαπροσωπικών σχέσεων, τη διαπίστωση ότι η ζωή είναι εύθραυστη αλλά και πολύτιμη και την απόδοση μεγαλύτερης αξίας στις εμπειρίες του παρόντος. Θα πρέπει, όμως, να τονιστεί ότι αυτή είναι μια αυστηρά προσωπική, για το κάθε άτομο, διεργασία.

Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι για κά-

ποιους ασθενείς αυτές οι διεργασίες συμβαίνουν αυτόματα και κατά συνέπεια η ποιότητα της ζωής τους δεν είναι καλύτερη αλλά ούτε και χειρότερη από αυτή των υγιών ατόμων (Schwartz & Sprangers, 2000).⁵ Οι ίδιοι ασθενείς φαίνεται να εκτιμούν την υγεία τους ως καλύτερη απ' ό,τι οι ειδικοί (Schwartz & Sprangers, 2000). Αυτά τα ευρήματα είναι σύμφωνα με μια σειρά πρόσφατων αποτελεσμάτων τα οποία υποδεικνύουν ότι και κάτω από τις πιο αντίξοες συνθήκες οι άνθρωποι προσπαθούν να νοσηματοδοτήσουν την εμπειρία τους (Bower et al., 1998. Folkman, 1997. Folkman & Moskowitz, 2000. Tennen & Affleck, 1999). Για παράδειγμα, όταν ψυχολόγοι έπαιρναν συνεντεύξεις από HIV οροθετικά άτομα τα οποία φρόντιζαν συντρόφους τους με ΣΕΑΑ στα τελευταία στάδια, οι συμμετέχοντες εξέφρασαν έκπληξη, επειδή οι ερευνητές δεν τους ρώτησαν τίποτα για τα θετικά στοιχεία της κατάστασής τους (Folkman, 1997). Οι διαφορές αυτές ανάμεσα στις προσδοκίες των ειδικών και υγιών ατόμων και στην 'πραγματικότητα' των ασθενών έχουν ερμηνευθεί με αυτό που ονομάζεται 'μετάθεση αντίδρασης' (Schwartz & Sprangers, 2000).

Ο όρος «μετάθεση αντίδρασης» εδώ αναφέρεται στην αλλαγή του προσωπικού νοήματος που αποδίδει στην έννοια της ποιότητας ζωής ο ασθενής. Αυτή η αλλαγή μπορεί να επιτευχθεί μέσω μιας μεταβολής της υποκειμενικής κλίμακας που χρησιμοποιεί ο ασθενής για να αξιολογήσει την ποιότητα της ζωής του, δηλαδή τα κριτήρια με τα οποία αξιολογεί παραμένουν σταθερά, αλλά το τι σημαίνει 10, σε μια δεκάβαθμη κλίμακα, μεταβάλλεται. Διαφορετικά, η αλλαγή μπορεί να επιτευχθεί με μίαν αναθεώρηση των αξιών του ατόμου, δηλαδή είτε τα κριτήρια αξιολόγησης μεταβάλλονται είτε γίνεται μια ανακατάταξη της σημαντικότητας του κάθε κριτηρίου, και έτσι το άτομο επαναπροσδιορίζει την έννοια

της ποιότητας ζωής (Schwartz & Sprangers, 2000). Επομένως, η μετάθεση αντίδρασης προϋποθέτει ότι το άτομο αποδέχεται την ύπαρξη του προβλήματος και τις αλλαγές οι οποίες συντελούνται στη ζωή του και, παράλληλα, ενεργοποιεί μια σειρά από εσωτερικές διεργασίες για την καλύτερη δυνατή προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα. Η μετάθεση αντίδρασης μπορεί να επηρεάσει θετικά την ποιότητα ζωής όταν προκύπτει πρόβλημα υγείας. Αυτό σημαίνει ότι, ενώ οι ιατρικές μεταβλητές παραμένουν σταθερές, το άτομο μπορεί να αισθάνεται ότι βελτιώνεται η ποιότητα της ζωής του.

Η μετάθεση αντίδρασης μπορεί να επιτευχθεί και στο πλαίσιο της θεραπείας, ξεκινώντας από τη γνωστική επεξεργασία. Σε ένα ασφαλές μέρος, ο πελάτης μπορεί να συζητήσει τις δυσκολίες τις οποίες αντιμετωπίζει λόγω της νόσου καθώς και τους φόβους του για την εξέλιξη της, για όσα πιστεύει ότι έχει χάσει ή στερηθεί εξαιτίας της και για όσα πιστεύει ότι θα στερηθεί στο μέλλον. Αυτή η διαδικασία επιτρέπει στους ασθενείς να επεξεργαστούν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους σε σχέση με την ασθένεια και παράλληλα να συνειδητοποιήσουν τις συνέπειές της στη ζωή τους. Η υποστήριξη και οι τεχνικές που αποσκοπούν στη ρύθμιση των συναισθημάτων επιτρέπουν τη συζήτηση αγχογόνων θεμάτων και κατά συνέπεια τη γνωστική επεξεργασία.

Σε ένα δεύτερο στάδιο, η θεραπεία δρα ως καταλύτης, έτσι ώστε ο πελάτης να απεμπλακεί, ως ένα βαθμό, από τις ανησυχίες για την υγεία του. Σε ποιο βαθμό θα γίνει αυτό εξαρτάται από τη φύση και το στάδιο της ασθένειας. Για τους ασθενείς που τείνουν να παραιτούνται από τις δραστηριότητες της ζωής και στρέφονται αποκλειστικά προς την ασθένεια, είναι σημαντικό να τεθούν εφικτοί και βραχυπρόθεσμοι στόχοι για το μέλλον, έτσι ώστε να αισθάνονται ότι εξακο-

5. Ο όρος ποιότητα ζωής αναφέρεται στο επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου, όπως το ίδιο το αντιλαμβάνεται σε τουλάχιστον τρεις τομείς: το σωματικό, τον ψυχολογικό, και τον κοινωνικό.

λουθούν να ασκούν κάποιο έλεγχο στη ζωή τους και ότι η καθημερινότητα έχει νόημα. Για τους ασθενείς που αρνούνται την ύπαρξη της ασθένειας, και επομένως θεωρούν ότι δε θα πρέπει να προκύψει καμία αλλαγή στη ζωή τους, είναι σημαντικό να τεθούν στόχοι λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα της ασθένειας έτσι ώστε να είναι εφικτοί. Διαφορετικά ελλοχεύει ο κίνδυνος ότι οι ασθενείς θα αισθανθούν ματαιώση και έλλειψη ελέγχου στη ζωή τους (Janoff-Bulman, 1999).

Ο επαναπροσδιορισμός των στόχων επιτρέπει στον ασθενή να εξακολουθεί να αντλεί ικανοποίηση από τη ζωή, να αισθάνεται ότι μπορεί να ασκήσει κάποιο έλεγχο στη ζωή του και/ή παράλληλα να εγκαταλείψει για λίγο το 'ρόλο' του ασθενή. Η γνωστική επεξεργασία και ο επαναπροσδιορισμός των στόχων ίσως οδηγήσουν τον πελάτη στην αναθεώρηση των αξιών και των προτεραιοτήτων του και μέσα από αυτή τη διεργασία να δώσει κάποιο νόημα σε αυτό το οποίο του συμβαίνει. Ο στόχος μιας τέτοιας παρέμβασης, επομένως, δεν είναι η μείωση των συμπτωμάτων ψυχολογικής δυσφορίας που ίσως βιώνει ο ασθενής αλλά η βελτίωση της ποιότητας ζωής, η οποία τελικά μπορεί και να οδηγήσει στη μείωση των συμπτωμάτων.

Ερευνες που έχουν γίνει δείχνουν ότι η νοηματοδότηση της εμπειρίας μπορεί να συμβάλει όχι μόνον στη βελτίωση της ποιότητας ζωής αλλά σε μερικές περιπτώσεις και σε υψηλότερες πιθανότητες επιβίωσης (Affleck, Tennen, Croog, & Levine, 1987. Bower et al., 1998). Συγκεκριμένα, οι Affleck et al. (1987) παρατήρησαν ότι ασθενείς που υπέστησαν έμφραγμα του μυοκαρδίου και οι οποίοι βρήκαν κάτι θετικό στο συμβάν (π.χ., αλλαγές στη φιλοσοφία ζωής και στις αξίες) ήταν λιγότερο πιθανό, από τη μια, να υποστούν και δεύτερο επεισόδιο, και από την άλλη, να πεθάνουν στα επόμενα οκτώ έτη.

Τέλος, η συμβουλευτική και η θεραπεία με άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας μπορεί να δημιουργήσει ιδιαίτερες δυσκολίες για τους θεραπευτές. Ο θεραπευτής θα πρέπει και ο ίδιος να έχει επεξεργαστεί θέματα που σχετίζονται με την απώλεια της δικής του σωμα-

τικής υγείας αλλά και με το θάνατό του. Εξίσου σημαντικό είναι να μπορεί να αποδέχεται τα συναισθήματα αβοηθησίας που συχνά προκύπτουν σε τέτοιες περιπτώσεις, επειδή η βοήθεια που μπορεί να προσφερθεί για μια 'πραγματική' λύση του προβλήματος είναι εκ των πραγμάτων περιορισμένη. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο υπερβολικός ενθουσιασμός του θεραπευτή να 'βοηθήσει' μπορεί να αποβεί καταστροφικός. Έχουν υπάρξει περιπτώσεις όπου θεραπευτικές ομάδες έχουν διαλυθεί, επειδή φαινόταν να έχουν αρνητική επίδραση όχι μόνο στην ψυχική υγεία των ασθενών αλλά και στη σωματική (Spira, 1997). Σε μια τέτοια περίπτωση, ο θεραπευτής, στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει προβλήματα άρνησης της ασθένειας και απώθησης συναισθημάτων, προσπάθησε να κάνει γνωστική αναδόμηση μέσω της αντιπαράθεσης. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία έντονου άγχους στους ασθενείς με παράλληλη απουσία κατάλληλης υποστήριξης για τους φόβους και τις ανησυχίες που τους προκαλούσαν το άγχος. Αυτές οι 'αποτυχίες' τονίζουν τη λεπτή ισορροπία που πρέπει να διατηρεί ο θεραπευτής. Η θεραπευτική σχέση πρέπει να είναι μια σχέση εμπιστοσύνης, όπου μπορούν να εξετασθούν ανησυχίες και φόβοι για την ασθένεια που ίσως δύσκολα μπορούν να συζητηθούν στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Παράλληλα, θα πρέπει να προσφέρονται στον πελάτη τρόποι αντιμετώπισης των συναισθημάτων αυτών, έτσι ώστε να μην αισθάνεται αβοήθητος.

Παρεμβάσεις γνωστικής-συμπεριφορικής για ειδικά προβλήματα υγείας

Ερευνητές και θεραπευτές της γνωστικής-συμπεριφορικής προσέγγισης έχουν αναπτύξει ειδικά προγράμματα για κάποιες ασθένειες, τα οποία ενσωματώνουν στοιχεία που έχουν προαναφερθεί (Κλημεντιώτη, Καλαντζή-Αζίζι, & Κασσιού, 1997. Spira, 1997). Αυτές οι παρεμβάσεις έχουν ελεγχθεί για την αποτελεσματικότητά τους ως προς την ποιότητα ζωής αλλά και ως

προς τη σωματική υγεία. Σε ένα τέτοιο πρόγραμμα για HIV οροθετικά άτομα, στόχοι ήταν η ενημέρωση για την ασθένεια, η ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων, είτε αυτές προκύπτουν από την ασθένεια είτε όχι, καθώς και η ανάπτυξη πόρων (πηγών), όπως μέσα από τη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων. Το πρόγραμμα διήρκεσε δέκα εβδομάδες και ξεκίνησε με την ανακοίνωση της διάγνωσης. Βρέθηκε ότι ασθενείς οι οποίοι βασίστηκαν σε μικρότερο βαθμό σε στρατηγικές αποφυγής και υιοθέτησαν σε μεγαλύτερο βαθμό στρατηγικές διαχείρισης του στρες είχαν μικρότερη πιθανότητα εξέλιξης της ασθένειάς τους σε ΣΕΑΑ (Antoni, 1997).

Σε μια άλλη παρέμβαση, στόχος ήταν η μείωση της συμπεριφοράς Τύπου Α σε άτομα που είχαν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου (Thoresen & Bracke, 1997). Σκοπός του προγράμματος ήταν: 1) η ενημέρωση για την ασθένεια και τη συμπεριφορά Τύπου Α, 2) η συζήτηση για τις πεποιθήσεις από τις οποίες πηγάζει η συμπεριφορά Τύπου Α και ο ρόλος της αυτοεκτίμησης στη διατήρησή της, και 3) η μείωση της συμπεριφοράς Τύπου Α, η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και η νοσηματοδότηση της εμπειρίας. Αυτού του είδους οι παρεμβάσεις ήταν μακροχρόνιες, διότι προσπαθούσαν να αλλάξουν βασικά πιστεύω και εδραιωμένα μοτίβα συμπεριφοράς. Τα μοτίβα αυτά, όχι μόνον είχαν γίνει βιώματα, αλλά αποτελούσαν και το μόνο τρόπο διατήρησης της αυτοεκτίμησης των ασθενών αυτών. Τρία χρόνια από την έναρξη του προγράμματος, τα άτομα που συμμετείχαν στις ομάδες είχαν 44% μικρότερη πιθανότητα υποτροπής. Διαφορές όμως ως προς τη θνησιμότητα δεν υπήρξαν, πράγμα που υποδηλώνει ότι οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις δεν επηρεάζουν τη σωματική υγεία τόσο πολύ όταν το πρόβλημα υγείας είναι εξαιρετικά σοβαρό.

Και τα δύο αυτά προγράμματα συμπεριλαμβάνουν παρεμβάσεις που αποσκοπούν τόσο στην επίλυση του προβλήματος όσο και στη ρύθμιση των συναισθημάτων προσπαθώντας έτσι να βοηθήσουν τον ασθενή να υιοθετήσει

έναν πιο ευέλικτο τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας. Και για τα δύο, η ενημέρωση αποτελούσε ένα σημαντικό στοιχείο. Η πρώτη ήταν βραχυπρόθεσμη και κατά συνέπεια εστιαστική περισσότερο στην απόκτηση δεξιοτήτων ενώ η δεύτερη διήρκεσε για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και κατά συνέπεια αποσκοπούσε σε πιο ριζικές αλλαγές.

Τα αποτελέσματα αυτά τονίζουν τη συνεισφορά της γνωστικής-συμπεριφορικής προσέγγισης στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν άτομα με σωματικές ασθένειες καθώς και την αλληλεξάρτηση της ψυχικής και σωματικής υγείας.

Σημεία σύγκλισης και απόκλισης μεταξύ ψυχοδυναμικής και γνωστικής- συμπεριφορικής προσέγγισης

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι δύο προσεγγίσεις διαφέρουν ως προς την έμφαση που δίνουν στη θεωρία και στην εφαρμογή αντίστοιχα. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση τονίζει τη σύνδεση ανάμεσα στο σώμα και τον ψυχικό κόσμο του ατόμου και, επομένως, προσφέρει πλούσιες ερμηνείες για την εμφάνιση και τη διατήρηση των σωματικών ασθενειών. Αντίθετα, ελάχιστα αναφέρεται σε όσα αφορούν τις ιδιαίτερες ανάγκες των ατόμων με σωματικές ασθένειες, και κατά συνέπεια στις αλλαγές που απαιτούνται στη θεραπευτική τεχνική. Η γνωστική-συμπεριφορική, σε αντιδιαστολή, τονίζει την πρακτική βοήθεια που θεωρεί ότι πρέπει να προσφερθεί στον πελάτη. Αρχίζει με διδακτικού τύπου συμβουλευτική, όπου στόχος είναι η απόκτηση δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης κατάστασης, αγνοώντας τα προϋπάρχοντα προβλήματα του ατόμου. Επειδή όμως αναγνωρίζει ότι ψυχολογικά προβλήματα μπορεί να προϋπάρχουν της διάγνωσης και ότι αυτά μπορεί να περιπλέξουν την αντιμετώπιση του ιατρικού προβλήματος, προτείνει και την προσαρμογή των θεραπευτικών τεχνικών. Τέλος, παρόλο που παραδέχεται ότι συγκεκριμένες συμπεριφορές σχετίζονται με ειδικά προβλήματα υγείας, π.χ., προσω-

πικότητα Τύπου Α και καρδιοπάθεια, οι θεωρίες οι οποίες προτείνονται για τη σύνδεση της προσωπικότητας με τη σωματική υγεία είναι σε μερικές περιπτώσεις ελλιπείς.

Η διαφορετική έμφαση που δίνει η κάθε προσέγγιση έχει ως αποτέλεσμα τα ισχυρά σημεία της μιας να είναι τα αδύνατα σημεία της άλλης, και κατά συνέπεια η αλληλοενημέρωση και η αλληλεπίδραση θα μπορούσε να ωφελήσει και τις δύο. Οι μελέτες σχετικά με την προσωπικότητα Τύπου Α και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες τονίζουν τη χρησιμότητα αυτής της αλληλεπίδρασης.

Η αρχική διατύπωση της προσωπικότητας Τύπου Α από ερευνητές γνωστικής-συμπεριφορικής κατεύθυνσης ήταν περιγραφική, δίνοντας έμφαση στην παρατηρούμενη συμπεριφορά και στις περιβαλλοντικές προκλήσεις, ενώ αγνοήθηκε η προϋπάρχουσα βιβλιογραφία που συνέδεε την καρδιοπάθεια με την απώθηση της επιθετικότητας (π.χ., Alexander, 1950/1987. Fenichel, 1945). Μόλις το 1984, οι Friedman και Ulmer (O'Neill, 2000) ενσωμάτωσαν τις ψυχαναλυτικές υποθέσεις, οι οποίες ερμηνεύουν τη συμπεριφορά αυτή ως μια προσπάθεια άμυνας απέναντι στις ασυνείδητες επιθετικές ενορμήσεις. Συγκεκριμένα, πρότειναν ότι η εχθρότητα και η έντονη ανυπομονησία αντανakλούν την οργή του ενήλικα, ο οποίος ως παιδί δε δέχθηκε αρκετή αγάπη και φροντίδα. Επίσης, η απεγνωσμένη επιθυμία για επιτυχία θεωρήθηκε αποτέλεσμα μιας υπερβολικής προσπάθειας για ενίσχυση της αυτοεκτίμησης σε άτομα τα οποία δέχονταν την επιδοκίμηση των γονιών τους μόνο μέσω της επιτυχίας.

Στο συγκεκριμένο πρόβλημα, η *ψυχαναλυτική θεωρία* προσφέρει το θεωρητικό υπόβαθρο και για την οργάνωση και για την κατανόηση των εμπειρικών δεδομένων (O'Neill, 2000). Παρότι υπάρχει σωρεία μελετών που συνδέουν την προσωπικότητα Τύπου Α με την καρδιοπάθεια, τα αποτελέσματα είναι συχνά αλληλοσυγκρουόμενα. Έτσι, η σχέση αυτή έχει αμφισβητηθεί, ενώ έχει προταθεί ότι ίσως κάποια στοιχεία της προσωπικότητας Τύπου Α, όπως η εχθρότητα, σχετίζονται με την καρδιοπάθεια αλλά όχι όλα, όπως

η ανυπομονησία ή η έντονη επιθυμία για επιτυχία (Thoresen & Bracke, 1997). Μια πιο προσεκτική εξέταση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι μελέτες οι οποίες έχουν διεξαχθεί μέσω συνεντεύξεων και παρατήρησης της συμπεριφοράς είναι πιο πιθανόν να βρουν σημαντική σχέση ανάμεσα στην προσωπικότητα Τύπου Α και στην καρδιοπάθεια. Αυτό είναι κάτι που θεωρητικοί της ψυχοδυναμικής προσέγγισης θα είχαν προβλέψει, αφού θεωρούν ότι η συμπεριφορά Τύπου Α είναι μια αμυντική διεργασία με σκοπό την απώθηση των επιθετικών ενορμήσεων. Καθώς οι μηχανισμοί άμυνας λειτουργούν ασυνείδητα, τα άτομα αυτά δεν είναι ενήμερα για τη συμπεριφορά τους και, κατά συνέπεια, η αυτοαναφορά ως μέθοδος αξιολόγησης είναι ανεπαρκής (O'Neill, 2000). Η ιστορική εξέλιξη της διερεύνησης των ψυχολογικών παραγόντων της καρδιοπάθειας σκιαγραφεί επίσης μια από τις αδυναμίες της ψυχοδυναμικής θεωρίας, την έλλειψη εμπειρικής διερεύνησης των υποθέσεων της. Τα ερευνητικά δεδομένα των *γνωστικών-συμπεριφορικών ερευνητών* (Conrada et al., 1990. Thoresen & Bracke, 1997) στη συγκεκριμένη περίπτωση προσφέρουν υποστήριξη για τις θεωρητικές υποθέσεις της ψυχοδυναμικής θεωρίας.

Η αναγνώριση του ρόλου του ασυνείδητου και του ρόλου των αμυντικών μηχανισμών από ερευνητές της γνωστικής-συμπεριφορικής προσέγγισης στη συμπεριφορά Τύπου Α θα επέτρεπαν την κατανόηση αντιφατικών ευρημάτων και ίσως και την ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών θεραπευτικών μοντέλων. Σύμφωνα με κάποιους ερευνητές, η έλλειψη των δύο αυτών στοιχείων της ψυχοδυναμικής θεώρησης δημιουργεί γενικότερα προβλήματα στη μελέτη της αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων που σχετίζονται με τη σωματική υγεία και έχει οδηγήσει στην επανεξέταση του ρόλου τους (Cramer, 2000).

Σημεία σύγκλισης μεταξύ των δύο προσεγγίσεων

Οι δύο προσεγγίσεις συγκλίνουν ως προς τους στόχους της θεραπείας και την έμφαση

που δίνουν στη σημασία της νοσηματοδότησης της εμπειρίας της σωματικής ασθένειας. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση τονίζει τη συναισθηματική ρύθμιση και τη διατήρηση μιας σταθερής εικόνας του εαυτού. Δυσκολίες σε αυτές τις λειτουργίες θεωρείται ότι πηγάζουν από εξελικτικές ελλείψεις στα πρώτα χρόνια της ζωής και ότι αντανακλώνται στην ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων και στη λειτουργία του εγώ. Σύμφωνα με την ψυχοδυναμική προσέγγιση, οι δυσκολίες αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραχές της ψυχοβιολογικής ρύθμισης και, επομένως, στην εμφάνιση και διατήρηση κάποιων νόσων. Κατά συνέπεια, το άτομο μπορεί να βοηθηθεί μέσω της ενίσχυσης της ικανότητάς του για αυτορρύθμιση. Η θεραπεία κατά ένα μέρος στοχεύει στην ανάπτυξη της ικανότητας του ατόμου να αναγνωρίζει τα συναισθήματά του, να έχει κάποια ανοχή προς αυτά, να τα λεκτικοποιεί και να τα χρησιμοποιεί ως σήματα που μπορούν να βοηθήσουν στην αυτορρύθμιση και στη φροντίδα του εαυτού.

Η ανάπτυξη της ικανότητας ρύθμισης των συναισθημάτων είναι ένας από τους κυριότερους στόχους και της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας σε άτομα με σωματικές ασθένειες. Αναγνωρίζεται ότι προσπάθειες επίλυσης προβλημάτων, και επομένως οποιαδήποτε προσπάθεια επέμβασης στο εξωτερικό περιβάλλον, θα αποτύχουν εάν δεν υπάρχει η ικανότητα ρύθμισης των συναισθημάτων που σχετίζονται με το συμβάν. Έτσι, αποσκοπεί στην απόκτηση δεξιοτήτων επίλυσης προβλήματος αλλά και στην αναγνώριση, τη λεκτική έκφραση και την επεξεργασία των συναισθημάτων που σχετίζονται με ένα πρόβλημα υγείας. Η έκφραση των συναισθημάτων για κάποιο τραυματικό γεγονός, ακολουθούμενη από τη γνωστική επεξεργασία, έχει αναγνωρισθεί ως μια διαδικασία που οδηγεί σε καλύτερη προσαρμογή (Stanton & Franz, 1999) και καλύτερη σωματική υγεία (Smyth & Pennebaker, 1999). Αν και ο τρόπος με τον οποίο η έκφραση και η επεξεργασία των συναισθημάτων σχετίζονται με τη σωματική υγεία του ατόμου δεν έχει διευκρινιστεί ακόμα, έχει προ-

ταθεί ότι αυτό επιτυγχάνεται μέσω της μείωσης της αναστολής που υπάρχει για συζήτηση του τραυματικού συμβάντος. Συγκεκριμένα, θεωρείται ότι η ενεργή προσπάθεια αναστολής οδηγεί στη συνεχή διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και κατά συνέπεια αποτελεί ένα χρόνιο στρεσογόνο παράγοντα για τον οργανισμό. Έρευνες που έχουν εξετάσει κατά πόσο μη λεκτικές μορφές έκφρασης, όπως η κίνηση, είναι εξίσου αποτελεσματικές, έχουν δείξει ότι τα σημαντικά στοιχεία για τη βελτίωση της υγείας είναι η λεκτική έκφραση και η γνωστική επεξεργασία (Pennebaker, Mayne, & Francis, 1997. Smyth & Pennebaker, 1999).

Οι μελέτες του Pennebaker και των συνεργατών του (Pennebaker et al., 1997. Pennebaker & Francis, 1996. Smyth & Pennebaker, 1999) τονίζουν όχι μόνον τη σημαντικότητα που αποδίδει η γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση στη ρύθμιση των συναισθημάτων, αλλά προσφέρουν και υποστήριξη για την ψυχοδυναμική υπόθεση ότι η έλλειψη επεξεργασίας συναισθημάτων σχετικών με τραυματικές εμπειρίες επηρεάζει αρνητικά τη σωματική υγεία. Και τα δύο μοντέλα τονίζουν ότι είναι σημαντικό να προσεγγίζει κανείς ψυχολογικά τους στρεσογόνους παράγοντες, είτε είναι εσωτερικοί είτε εξωτερικοί, και τους κινδύνους που μπορεί να ενέχει η αποφυγή για την υγεία. Παράλληλα, αναγνωρίζουν ότι η αποφυγή είναι μια προσπάθεια αυτοπροστασίας (μηχανισμός άμυνας ή στρατηγική αντιμετώπισης) και, επομένως, απαιτείται προσοχή όταν γίνεται αντικείμενο θεραπευτικής αλλαγής.

Τέλος, και οι δύο προσεγγίσεις δίνουν έμφαση στη σημασία της διεργασίας της νοσηματοδότησης για τη σωματική και ψυχική υγεία μετά το πλήγμα της ασθένειας. Τραυματικά γεγονότα, όπως η διάγνωση μιας ανιάτης ασθένειας, μπορεί να ανατρέψουν τις θεμελιώδεις πεποιθήσεις του ατόμου για τη ζωή και τον εαυτό του (Janoff-Bulman, 1999). Οι περισσότεροι από εμάς υποθέτουμε ότι έχουμε προσωπική αξία και ότι ζούμε σε έναν καλοπροαίρετο κόσμο, ο οποίος είναι προβλέψιμος και δίκαιος. Έντονα αρνητικές εμπειρίες καταρρίπτουν αυτές τις πεποιθήσεις

και ξαφνικά ερχόμαστε αντιμέτωποι με το εύθραυστο και ευάλωτο της ύπαρξής μας και με έναν κόσμο απρόβλεπτο και κακοπροαίρετο. Η απειλή προς τη βιολογική μας οντότητα υπονομεύει και την ψυχολογική μας οντότητα. Οι βασικές πεποιθήσεις βάσει των οποίων ερμηνεύαμε τις εμπειρίες μας παύουν να ισχύουν και ενδέχεται να βρεθούμε σε μια κατάσταση αποδιοργάνωσης. Η νοηματοδότηση της εμπειρίας και, πιο συγκεκριμένα, η εύρεση θετικών στοιχείων στο αρνητικό συμβάν, είναι μια από τις σημαντικότερες διεργασίες μέσω της οποίας το άτομο προσπαθεί να ανασυγκροτήσει τον εαυτό του. Η τραυματική εμπειρία μπορεί να θεωρηθεί ως το έναυσμα που θα επιτρέψει στο άτομο να εκτιμήσει τη ζωή και την αξία της και, επομένως, να αναθεωρήσει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τη ζωή του.

Συμπερασματικά, η ψυχοδυναμική προσέγγιση φαίνεται να προσφέρει πλούσιες ερμηνείες για τα φαινόμενα που παρατηρούμε σε άτομα με προβλήματα σωματικής υγείας, χωρίς όμως να τις κατοχυρώνει ερευνητικά. Στην πράξη, τα σωματικά συμπτώματα κατανοούνται είτε ως εκφράσεις της 'ψυχοσωματικής λειτουργίας' είτε παραβλέπονται ως μη σχετικά με το αναλυτικό πλαίσιο. Αντίθετα, η γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση είναι προσεκτική, έως συγκρατημένη, όσον αφορά στις θεωρητικές εξηγήσεις που προσφέρει. Εστιάζεται όμως σε συγκεκριμένα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής και προσπαθεί να τον προετοιμάσει για την αντιμετώπισή τους. Επειδή τα ισχυρά σημεία της μιας προσέγγισης είναι τα αδύνατα της άλλης, θεωρούμε ότι οι δύο προσεγγίσεις μπορούν να εμπλουτίσουν η μια την άλλη μέσα από μια γόνιμη αλληλεπίδραση.

Βιβλιογραφία

- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., & Levine. S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 29-35.
- Alexander, F. (1987). *Psychosomatic medicine: Its principles and applications*. New York: Norton. (Original work published in 1950)
- Antoni, M. H. (1997). Cognitive-behavioral intervention for persons with HIV. In J. L. Spira (Ed.), *Group therapy for medically ill patients* (pp. 55-91). New York: Guilford.
- Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Fahey, J. L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 979-986.
- Contrada, R. J., Leventhal, H., & O'Leary, A. (1990). Personality and health. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality* (pp. 165-192). New York: Guilford.
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. *American Psychologist*, 55, 637-646.
- Deutsch, F. (1922). Psychoanalyse und Organ-krankheiten [Ψυχανάλυση και σωματική ασθένεια]. *International Journal of Psychoanalysis*, 8, 290-306.
- Deutsch, L. (1980). Psychosomatic medicine from a psychoanalytic viewpoint. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 28, 653-702.
- Deutsch, L. (1987). Reflections on the psychoanalytic treatment of patients with bronchial asthma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 42, 239-261.
- Duberstein, P. R., & Masling, J. M. (2000). *Psychodynamic perspectives on sickness and health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Erskine, A., & Judd, D. (Eds.). (1994). *The imaginative body: Psychodynamic therapy in health care*. London: Whurr.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.
- Fischer, N. (1990). Psychosomatic symptoms: Psychodynamic treatment of the underlying

- personality disorder. *International Review of Psychoanalysis*, 17, 386-388.
- Folkman, S. (1992). Making the case for coping. In B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research, and application* (pp. 31-46). Westport: Praeger.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45, 1207-1221.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654.
- Fonagy, P., & Moran, G. (1994). Psychoanalytic formulation and treatment: Chronic metabolic disturbance in insulin-dependent diabetes mellitus. In A. Erskine & D. Judd (Eds.), *The imaginative body: Psychodynamic therapy in health care* (pp. 60-86). London: Whurr.
- Freud, S., & Breuer, J. (1955) *Studies on hysteria* (SE Vol. II). London: Hogarth - The Institute of Psychoanalysis. (Original work published in 1895)
- Goodheart, C. D., & Lansing, M. H. (1996). *Treating people with chronic disease: A psychological guide*. Washington, DC: The American Psychological Association.
- Herbert, T. B., & Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55, 364-379.
- Ickovics, J. R., Hamburger, M. E., Vlahov, D., Schoenbaum, E. E., Schuman, P., Boland, R. J., & Moore, J. (2001). Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: Longitudinal analysis from the HIV epidemiology research study. *The Journal of the American Medical Association*, 285, 1466-1474.
- Janoff-Bulman, R. (1999). Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events: Coping processes and outcomes. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping. The psychology of what works* (pp. 305-323). New York: Oxford University Press.
- Κλημεντιώτη, Α., Καλαντζή-Αζίζι, Α., & Κασσιού, Κ. (1997). Ένα πρόγραμμα αυτοελέγχου σε εφήβους με ινσουλινο-εξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη. Στο Φ. Αναγνωστόπουλος, Α. Κοσμογιάννη, & Β. Μεσσήνη (Επιμ. Έκδ.), *Σύγχρονη ψυχολογία στην Ελλάδα* (σ. 13-26). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Krystal, H. (1978) Trauma and affects. *Psychoanalytic Study of the Child*, 36, 81-116.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing*. New York: Analytic.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1981). *Λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης* (3η έκδ.). Αθήνα: Κέδρος.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leventhal, H., & Diefenbach, M. (1991). The active side of illness cognition. In A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representation in health and illness* (pp. 247-272). New York: Springer.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interaction. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163.
- Marty, P., de M'Uzan, M., & David, C. (1963). *L'investigation psychosomatique* [Η ψυχοσωματική διερεύνηση]. Paris: Presses Universitaires.
- McDougall, J. (1974). The psychosoma and the psychoanalytic process. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 437-459.
- McDougall, J. (1989). *Theatres of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. London: Free Association Books.
- Miller, S. M., Rodoletz, M., Schroeder, C. M., Mangan, C. E., & Sedlacek, T. V. (1996). Applications of the monitoring process model to coping with severe long-term medical threats. *Health Psychology*, 15, 216-225.
- Moran, G., & Fonagy, P. (1992). Ο ρόλος της ψυχοθεραπείας στη θεραπευτική αγωγή του παιδικού διαβήτη. Στο Π. Σουρ & Σ. Μίλερ (Επιμ. Έκδ.): *Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία παιδιών με σωματικές μειονεξίες και ψυχοδιανοητικές διαταραχές* (σ. 231-253) (Δ. Τσαρμακλή & Ι. Τεττέρη, Μεταφ.). Αθήνα:

- Καστανιώτης.
- Nemiah, J., & Sifneos, P. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O. W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (Vol. 2, pp. 26-34). London: Butterworth.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H., Faddis, S., & Houts, P. S. (1998). *Helping cancer patients cope*. Washington, DC: American Psychological Association.
- O'Leary, A. (1990). Stress, emotion, and human immune function. *Psychological Bulletin*, 108, 363-382.
- O'Leary, A., Savard, J., & Miller, S. M. (1996). Psychoneuroimmunology: Elucidating the process. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 427-432.
- O'Neill, R. M. (2000). Heart and unconscious mind: A psychoanalytic examination of cardiovascular psychology. In P. R. Duberstein & J. M. Masling (Eds.), *Psychodynamic perspectives on sickness and health* (pp. 39-72). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pennebaker, J. W., & Francis, M. E. (1996). Cognitive, emotional, and language processes in disclosure. *Cognition and Emotion*, 10, 601-626.
- Pennebaker, J. W., Mayne, T. J., & Francis, M. E. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 863-871.
- Penninx, B. W., Beekman, A. T., Honig, A., Deeg, D. J., Schoevers, R. A., van Eijk, J. T., & van Tilburg, W. (2001). Depression and cardiac mortality: Results from a community based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 58, 221-227.
- Riger, S. (1993). What's wrong with empowerment? *American Journal of Community Psychology*, 21, 279-292.
- Ruesch, J. (1948). The infantile personality the core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, X, 134-144.
- Schwartz, C. E., & Sprangers, M. A. G. (2000). *Adaptation to changing health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Smyth, J. M., & Pennebaker, J. W. (1999). Sharing one's story: Translating emotional experiences into words as a coping tool. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 70-89). New York: Oxford University Press.
- Spira, J. L. (1997). *Group therapy for medically ill patients* (pp. 3-54). New York: Guilford.
- Stanton, A. L., & Franz, R. (1999). Focusing on emotion: An adaptive coping strategy? In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 90-118). New York: Oxford University Press.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288.
- Taylor, G. J. (1987). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Madison, CT: International Universities Press.
- Taylor, S. E. (1991). *Health psychology* (2nd ed.). New York: McGraw Hill.
- Tennen, H., & Affleck, G. (1999). Finding benefits in adversity. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 90-118). New York: Oxford University Press.
- Thoresen, C. E., & Bracke, P. (1997). Reducing coronary recurrences and coronary-prone behavior: A structured group treatment approach. In J. L. Spira (Ed.), *Group therapy for medically ill patients* (pp. 92-129). New York: Guilford.
- Winnicott, D. W. (1965) *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogarth.

Psychodynamic and cognitive-behavioral counseling for person with physical health problems: Converging and diverging points

PAGONA ROUSSI¹, EVRINOMI AVDI¹, & SOFIA TRILIVAS²

¹Aristotle University of Thessaloniki, Greece & ²University of Crete, Greece

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present and contrast the psychodynamic and cognitive-behavioral approaches as they are applied to physical health problems. The first section of the paper presents a short review of the development of psychological theory regarding physical health. The second section describes the current psychoanalytic and cognitive-behavioral therapies for physical health problems. In this section are included recent psychoanalytic theories dealing with psychosomatic functioning. Emphasis is given to object relations and the ramifications of difficulties in affective self-regulation to physical health. The contribution of psychodynamic psychotherapy to issues dealing with health is analyzed and the significance of exploring the meaning of the illness experience is emphasized. Next, the contributions of cognitive-behavioral psychotherapy to health issues are examined. Techniques that aim at developing competence at problem solving and at the regulation of emotions are presented. Specific reference is made to research findings showing that often a major medical illness initiates a series of internal processes, which lead to the construction of positive meanings regarding the illness experience. The impact of these findings on psychotherapy is discussed. In the final section, it is attempted to identify the convergent and divergent points in the two models. It is concluded that both approaches converge on the emphasis they place on affective self-regulation and the meaning of the somatic illness experience and they diverge on the emphasis placed on theory, research, and application.

Key words: Cognitive-behavioral therapy, Health psychology, Psychodynamic therapy.

Address: Pagona Roussi, School of Psychology, Aristotle University of Thessaloniki, 541 24 Thessaloniki, Greece. Tel.: + +30-2310-997360, Fax: + +30-2310-997384, E-mail: roussi@psy.auth.gr