

Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 8, No 2 (2001)



Integration of video recording in the treatment of eating disordered patients

Philippos Vanger

doi: [10.12681/psy_hps.24115](https://doi.org/10.12681/psy_hps.24115)

Copyright © 2020, Philippos Vanger



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

To cite this article:

Vanger, P. (2020). Integration of video recording in the treatment of eating disordered patients. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 8(2), 202–220. https://doi.org/10.12681/psy_hps.24115

Η ένταξη της βιντεοσκόπησης στη θεραπεία ασθενών με διαταραχές διατροφής

PHILIPPUS VANGER

Center for Psychotherapy Research, Stuttgart, Germany

ABSTRACT

Αυτή η εργασία περιγράφει την κλινική εφαρμογή της βιντεοσκόπησης στα πλαίσια της ψυχοθεραπείας των διαταραχών διατροφής. Κατ' αρχάς παρουσιάζεται η ανάπτυξη αυτής της τεχνικής που βασίζεται στη βιντεοσκόπηση μιας δομημένης συνέντευξης σε διαφορετικά χρονικά σημεία κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ασθενείς με διαταραχές διατροφής υποβλήθηκαν στη δομημένη συνέντευξη και ταυτόχρονα βιντεοσκοπήθηκαν αμέσως μετά την εισαγωγή τους και λίγο πριν το πέρας της θεραπείας τους. Πριν το τέλος της θεραπείας οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να δείξουν στη θεραπευτική ομάδα τη βιντεοσκόπηση της συνέντευξης εισαγωγής στην κλινική, η οποία είχε λάβει χώρα πριν από 6 μήνες περίπου. Στο προστατευμένο περιβάλλον της ομαδικής θεραπείας, οι ασθενείς βλέποντας τη βιντεοσκόπηση μπόρεσαν να συγκρίνουν τους εαυτούς τους καθώς και την αλλαγή που επήλθε κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στην κλινική, παίρνοντας ανατροφοδότηση και από τα άλλα μέλη της ομάδας. Σε σύγκριση με προηγούμενες εφαρμογές της βιντεοσκόπησης στη θεραπεία ασθενών με διαταραχές διατροφής, όπου η ασθενής είχε τη δυνατότητα να αντιληφθεί διαφορές που αφορούσαν το εξωτερικό της εμφάνισής της, στην παρούσα εφαρμογή η ασθενής έχει την ευκαιρία να μην επικεντρωθεί μόνο σε μέρη του σώματός της αλλά και σε αλλαγές που αφορούν γνωστικές διαδικασίες και τη λεκτική συμπεριφορά. Επιπλέον η θεραπευτική ομάδα κερδίζει από την εμπειρία της συγκεκριμένης ασθενούς που προξενεί ανάλογες διεργασίες σε άλλα μέλη της ομάδας.

Λέξεις κλειδιά: Βιντεοσκόπηση, Διαταραχές διατροφής, Ψυχοθεραπεία.

Η βιντεοσκόπηση στην ψυχοθεραπευτική έρευνα και πρακτική

Το βίντεο είναι σήμερα ένα επιστημονικά καθιερωμένο εργαλείο έρευνας (Dorwick & Biggs, 1983. Mittenecker, 1987), ιδίως σ' ό,τι αφορά τη διερεύνηση της λεκτικής συμπεριφοράς (Krause & Luetolf, 1989). Επίσης, σε ό,τι αφορά την εξέταση της αλληλεπίδρασης των παραγόντων δράσης στην ψυχοθεραπεία, η βιντεοσκόπηση φαίνεται να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την ανάπτυξη επιστημονικών μεθοδολογιών. Αλλά και

σε ζητήματα θεραπευτικής σχέσης, η βιντεοσκόπηση ως μέθοδος εξετάστηκε και αναλύθηκε (Czagalik, Ehlers, & Vanger, 1994). Εκτός αυτών χρησιμοποιείται στην ψυχιατρική διαγνωστική (Kanitz & Birk, 1994. Wahlheim, Werther, Hubmann, Mohr, & Cohen, 1994) καθώς και στην εκπαίδευση λήψης συνεντεύξεων, όπως για την Εξέταση Παρούσας Κατάστασης (Present State Examination) (Guelick-Bailer & van Maurer, 1994).

Με τη βοήθεια της βιντεοσκόπησης καταδεικνύεται ο ρόλος της μη λεκτικής συμπεριφοράς

Μετάφραση: Κωνσταντίνος Ευθυμίου, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Αθήνα.

Διεύθυνση: Philippus Vanger, Center for Psychotherapy Research, Christian-Belser-Strasse 79a, D-70597 Stuttgart, Germany.

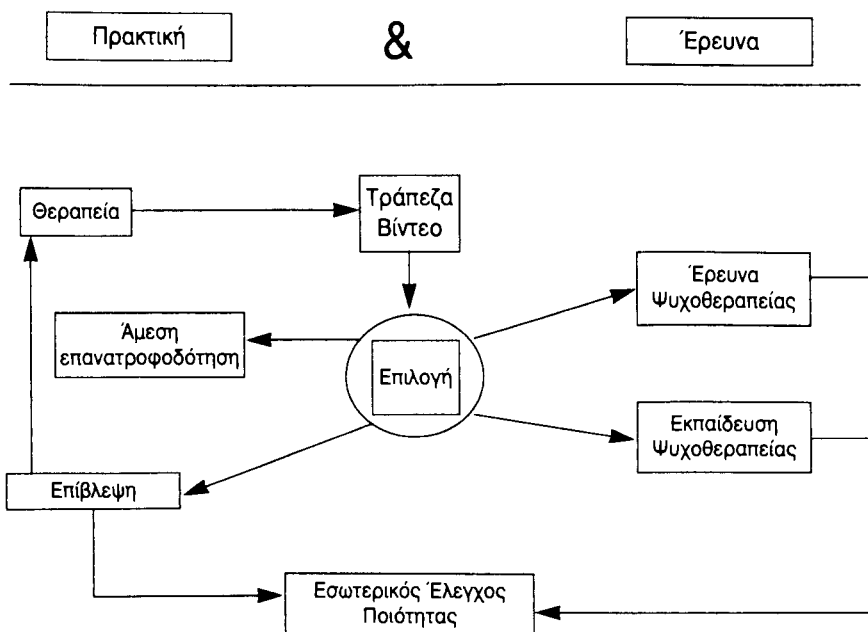
ως σήμα-ερέθισμα για αυτορρύθμιση και εξωτερικήυση στην ψυχοθεραπεία. (Vanger, Oerter, Otto, Schmidt, & Czogalik, 1995). Κλινικές έρευνες επισημαίνουν ότι μη λεκτικά, σωματικά σήματα, όπως η στάση του σώματος, η εγγύτητα, η επαφή με τα μάτια κ.ά., παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην ψυχοθεραπευτική αλληλεπίδραση. Μερικοί θεραπευτές δίνουν μεγάλη σημασία σε τέτοια μηνύματα και αντιδρούν ενορατικά. Ήδη οι Freud (1904), Ferenczi (1926) και Reich (1949) επισημαίνουν τη σημασία μη λεκτικών μηνυμάτων στην ψυχοθεραπεία. Η εμπειρική έρευνα των τελευταίων χρόνων κατέδειξε τη σημασία τους στη διαδικασία της επικοινωνίας (Patterson, 1984), στη διερεύνηση της μεταβίβασης (McLaughlin, 1987) και στο ότι εμπεριέχουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή (Aite, 1983). Η αποστολή και η λήψη μη λεκτικών σημάτων επιδρά στην ψυχοθεραπευτική αλληλεπίδραση και υποβοηθά στη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευμένου (Weil, 1984) παρομοιαζόμενη με μια γέφυρα προς τον ασθενή (Searles, 1985).

Η βιντεοσκόπηση χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο ως θεραπευτικό μέσο (Vanger, Stenzel, & Czogalik, 1994), ιδίως στις συμπεριφοριστικές θεραπευτικές προσεγγίσεις (Vandereycken, Depreitere, & Probst, 1987). Επίσης, η βιντεοσκόπηση έχει πρακτική εφαρμογή στην εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων (Ronge, Kost, & Eberhardt, 1994) και στη δραματοθεραπεία (Koehler, Bernhard-Koehler, Neveling, & Schulte, 1994). Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιήθηκε επιτυχώς η βιντεοσκόπηση στην ψυχοθεραπεία διάφορων διαταραχών (Alkire & Brunse, 1974. Baker, Udin, & Vogler, 1975. Biggs, Rosen, & Summerfield, 1980. Davis, 1979. Dorwick, 1978. Gur & Sackheim, 1978. Heilveil, 1984. Miklich & Creer, 1974. Thiel, 1989. Vandereycken, 1989. Wallbott & Ellgring, 1983). Ιδιαίτερη είναι η χρησιμότητα της βιντεοσκόπησης στη θεραπεία διαταραχών λήψης διατροφής (Fichter, 1985. Fichter, Meister, & Koch, 1986. Freeman, Thomas, Solyom, & Miles, 1983. Meermann, 1983. Touyz, Beumont, Collins, McCabe, & Jupp,

1984). Στα πλαίσια ασκήσεων αντίληψης, οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με προηγούμενες βιντεοσκοπήσεις, έτσι ώστε να μπορέσουν να επεξεργαστούν και να αντιληφθούν τις εσφαλμένες αντιλήψεις τους σχετικά με την εικόνα του σώματός τους (Freeman, Thomas, Solyom, & Huntet, 1984. Probst, Coppennolle, & Vandereyken, 1990. Probst, Coppennolle, Vandereyken, & Meermann, 1990. Probst, Coppennolle, Vandereyken, & Goris, 1992. Touyz, Beumont, Collins, & Cowie, 1985).

Στο Σχήμα 1 παρουσιάζεται σχηματικά ένα μοντέλο χρησιμοποίησης του βίντεο σε διαφορετικούς τομείς της ψυχοθεραπείας. Με βάση αυτό το μοντέλο είναι δυνατή η συνεργατική σύνδεση θεωρίας και πράξης. Το υλικό των βιντεοσκοπήσεων μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως βάση δεδομένων για την έρευνα αλλά και να ενσωματωθεί στη θεραπευτική διαδικασία. (Vanger, Stenzel, & Czogalik, 1994). Μέσω μιας συστηματικής βιντεοσκόπησης των θεραπευτικών συνεδριών μπορεί να δομηθεί μια τράπεζα δεδομένων. Επειδή όμως η επεξεργασία όλου του υλικού είναι για λόγους οικονομίας δύσκολη, αν όχι αδύνατη, η επιλογή του προς επεξεργασία υλικού φαίνεται να είναι αναγκαία. Τα κριτήρια επιλογής πρέπει να οριστούν ακριβώς ανάλογα με την υπόθεση της έρευνας. Για παράδειγμα, μπορεί κανείς να επιλέξει συστηματικά τα πρώτα 5 λεπτά κάθε συνεδρίας, χρησιμοποιώντας το χρονικό σημείο ως κύριο κριτήριο, ή θα μπορούσε κανείς να επιλέξει "σημαντικά γεγονότα", όπου το κριτήριο θα μπορούσε να είναι, για παράδειγμα, η έκφραση του προσώπου.

Ανάλογα κριτήρια επιλογής ισχύουν και για την επιλογή υλικού ως προς τη χρησιμοποίησή του για θεραπευτικούς σκοπούς. Συγκεκριμένα, προεπιλεγμένα αποσπάσματα –αυτή τη φορά ιδωμένα από κλινική άποψη– επιδεικνύονται στην ασθενή και γίνεται επεξεργασία τους μαζί της. Αυτή η απευθείας ανατροφοδότηση μπορεί να ενσωματωθεί στις ατομικές ή ομαδικές συνεδρίες. Αφού δημιουργηθεί η τράπεζα βίντεο, μπορεί επιλεγμένο υλικό να να δεχθεί επεξεργασία για εκπαιδευτικούς και εποπτικούς σκοπούς.



Σχήμα 1

Μοντέλο της εφαρμογής του βίντεο σε διάφορες περιοχές της κλινικής έρευνας και πρακτικής.

Επιλεγμένα αποσπάσματα μπορούν, για παράδειγμα, να παρουσιαστούν ως επιτυχημένες παρεμβάσεις για εκπαιδευτικούς σκοπούς. Γενικά, τα αποτελέσματα μακροχρόνιας έρευνας στην ψυχοθεραπεία δείχνουν ότι η κατάλληλη διαμόρφωση της δομής της εκπαίδευσης και η αυτοκριτική στάση στην εποπτεία συνδέονται με τη χρήση της βιντεοσκοπήσης, προάγοντας την εσωτερική εγκυρότητα και ποιότητα της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας.

Τα παρακάτω αναφερόμενα σημεία δείχνουν να είναι ιδιαίτερα σημαντικά για την πραγματοποίηση του μοντέλου που απεικονίζεται αναλυτικά στο Σχήμα 1.

Τεχνικές προϋποθέσεις. Η καλή ποιότητα εγγραφής των βιντεοταινιών θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση. Αυτό σημαίνει ότι η εικόνα πρέπει να είναι καθαρή και όσο το δυνατό κοντι-

νότερη (σύμφωνα πάντα με τα κριτήρια της εκάστοτε έρευνας). Η κατάλληλη οπτική γωνία προσφέρει τη δυνατότητα μιας εικόνας των προσώπων των θεραπευομένων χωρίς παραμορφώσεις. Στην κλινική πράξη συμβαίνει συχνά να τοποθετούνται οι κάμερες σε μια γωνία του δωματίου, ψηλά στο ταβάνι, και αυτό λόγω της εσφαλμένης εντύπωσης ότι οι ασθενείς δε θα βλέπουν την κάμερα και αυτό με τη σειρά του δε θα εμποδίζει τη θεραπεία. Εγγραφές από ένα τέτοιο ύψος είναι συχνά προβληματικές όσον αφορά την επιστημονική επεξεργασία της προσφερόμενης εικόνας και δύσκολα χρησιμοποιήσιμες στην κλινική πράξη, διότι παρουσιάζουν μια εικόνα ξένη προς την εμπειρία, δηλαδή αυτήν από το ταβάνι. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν πρόκειται για ασθενή με διαταραγμένη αντίληψη της εικόνας του σήματος του σώματός της. Επί-

σης, οι έγχρωμες λήψεις μπορούν να είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες για την κλινική εργασία, διότι οι ασθενείς συνδέουν πολλά με την ένδυσή τους και τους συσχετισμούς χρωμάτων. Αυτή η διαπίστωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως υλικό προς επεξεργασία μέσα στη θεραπεία.

Οργάνωση της έρευνας. Συμβαίνει αρκετά συχνά στην κλινική πράξη να συσσωρεύεται υλικό από βίντεο για διάφορους σκοπούς, όπως εποπτεία, εκπαίδευση ή διδασκαλία. Αυτό το υλικό συχνά δεν είναι χρήσιμο για την έρευνα διότι δεν εκπληρώνει προκαθορισμένα κριτήρια. Με λίγη όμως καλύτερη προετοιμασία θα μπορούσε όλο αυτό το υλικό να χρησιμοποιηθεί και για την έρευνα. Η συνεργασία μεταξύ κλινικών επαγγελματιών και ερευνητών είναι απαραίτητη.

Συνεργασία του θεραπευτή. Οι περισσότεροι θεραπευτές είναι τόσο απασχολημένοι με τη θεραπευτική τους δουλειά που σπάνια έχουν χρόνο να ασχοληθούν με την έρευνα. Μια συχνά επαναλαμβανόμενη ερώτηση από την πλευρά τους είναι "τι θα κερδίσω από τη δουλειά μου και τη συμμετοχή μου;". Η απάντηση συνήθως είναι "άμεσα τίποτα, αλλά η γνώση από την ερευνητική δουλειά μπορεί να εμπλουτίσει τις εμπειρίες σου". Στο προτεινόμενο, όμως, μοντέλο το κέρδος είναι άμεσα γιατί το υλικό που συγκεντρώνεται μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην κλινική του εργασία ως θεραπευτικό εργαλείο, δηλαδή στις συνεδρίες. Σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα βασισμένο στο προτεινόμενο μοντέλο το βιντεοσκοπημένο υλικό είναι μόνο ένα μέρος των δεδομένων. Για την εξεταζόμενη ασθενή χρησιμοποιούνται ψυχολογικά τεστ και γίνονται μετρήσεις σχετικά με τη συμπτωματολογία, τη διάγνωση και τη βαρύτητα της διαταραχής. Από αυτές τις πληροφορίες θα μπορούσε ο θεραπευτής να κερδίσει πληροφορίες σχετικά με τις ασθενείς του. Αυτό πάλι με τη σειρά του θα μπορούσε να αποτελέσει ισχυρό κίνητρο συνεργασίας για τον κλινικό επαγγελματία και να μικρύνει την απόσταση μεταξύ έρευνας και πράξης.

Κίνητρα συμμετοχής για τις ασθενείς. Η συμμετοχή των ασθενών στη θεραπευτική διαδικασία της βιντεοσκοπησης είναι φυσικά οικειο-

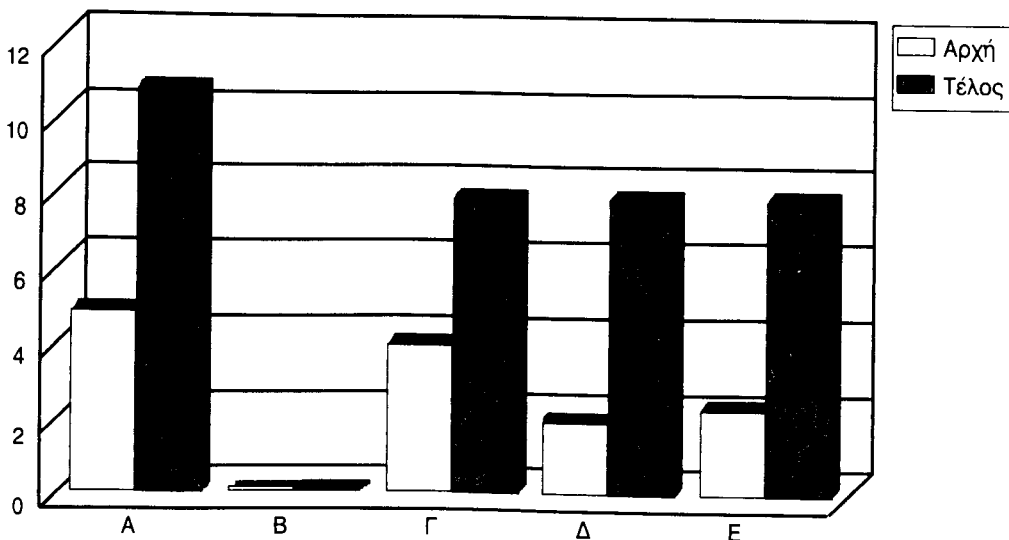
θελής. Αρχικά ενημερώνονται σχετικά με τη γενική χρησιμότητα και τους στόχους της έρευνας, καθώς και με τη δυνατότητα να επιδείξουν την αρχική βιντεοσκοπηση σε μια ομαδική θεραπευτική συνεδρία. Σύμφωνα με την ανάλυση των κειμένων των ασθενών ως προς την εμπειρία τους με τη θεραπευτική διαδικασία του βίντεο (Vanger & Stenzel, 1994) αυτή η δυνατότητα φάνηκε να αποτελεί ικανό κίνητρο για τις ασθενείς να δεχθούν να λάβουν μέρος στην έρευνα. Μερικές το εξέλαβαν και ως ευκαιρία και ως θεραπευτική πρόκληση να αντιμετωπίσουν με αυτό τον τρόπο ζητήματα που αφορούν την εξωτερική τους εμφάνιση.

Η διαδικασία της "βιντεοθεραπείας"

Η δομημένη συνέντευξη

Το Πρόγραμμα Εκτίμησης Αποτελέσματος Morgan-Russell (Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule, MROAS) αναπτύχθηκε στην Αγγλία (Morgan & Hayward, 1988) με σκοπό να βρεθεί ένας σταθερός τρόπος καταγραφής της συνήθους διαδικασίας περιγραφής της θεραπευτικής πορείας περιπτώσεων νευρικής ανορεξίας. Το MROAS είναι ένα σχήμα, με του οποίου τη βοήθεια μπορούν να τεκμηριωθούν συστηματικά πληροφορίες σχετικά με το εύρος των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων της νευρικής ανορεξίας. (βλ. Σχήμα 2).

Μέσω της τροποποίησης και ολοκλήρωσης του MROAS –ώστε να περιλαμβάνει και την βουλιμική συμπτωματολογία– αναπτύχθηκε μια δομημένη συνέντευξη, η οποία αποτελείται από ακριβείς και συγκεκριμένες ερωτήσεις, οι οποίες καλύπτουν όλο το εύρος των ανορεκτικών και βουλιμικών συμπτωμάτων καθώς και τις ψυχοκοινωνικές περιστάσεις. (Catina & Vanger, 1991). Οι τομείς στους οποίους δομείται η δομημένη συνέντευξη MROAS αναφέρονται στις θεματικές ενότητες: Κοινωνικές σχέσεις (Ε), Λήψη τροφής (Α), Έμμηνος ρύση (Β), Ψυχοσεξουαλική στάση (Δ), και Παρούσα ψυχολογική κατά-



Σχήμα 2

Παραδειγματική απεικόνιση των τιμών κάθε περιοχής της συνέντευξης στην αρχή και στο τέλος της θεραπείας μιας ανορεκτικής ασθενούς. Οι τιμές κυμαίνονται από 0: έντονη διαταραχή έως 12: έλλειψη διαταραχής.

Σημείωση: Α: Λήψη τροφής, Β: Έμμηνος ρύση, Γ: Παρούσα ψυχολογική κατάσταση, Δ: Ψυχοσεξουαλική στάση, Ε: Κοινωνικές σχέσεις.

σταση (Γ). Κατά τους Morgan και Russell προβλέπονται για κάθε ερώτηση 3, 4 ή και 5 επίπεδα βαθμολόγησης, τα οποία λαμβάνουν και μια αξιολόγηση (από 0 ως 12). Ο μέσος όρος των κύριων κατηγοριών υπολογίζεται με τον εξής τρόπο: Τιμές (Α+Β+Γ+Δ+Ε) / 5. Λεπτομερείς οδηγίες ως προς τη βαθμολόγηση της συνέντευξης υπάρχουν στο Catina και Vanger (1991).

Εφαρμογή και θεραπευτική επίδραση της βιντεοσκόπησης

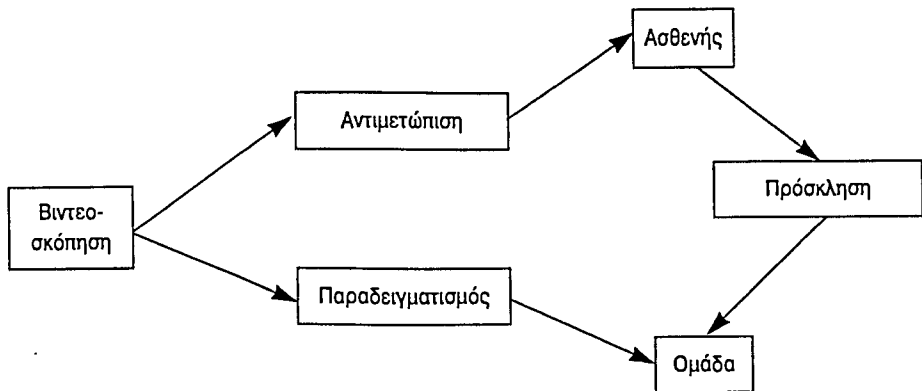
Η εφαρμογή και ένταξη της βιντεοσκόπησης

στη θεραπεία των διαταραχών διατροφής αναπτύχθηκε από τους Vanger και Stenzel (1994) με βάση τα αποτελέσματα ερευνητικών εργασιών σε μια ανοιχτή θεραπευτική ομάδα στο χρονικό διάστημα τριών περίπου ετών. Ογδόντα τρεις ασθενείς υποβλήθηκαν στη δομημένη συνέντευξη MROAS (Vanger, Stenzel, & Czogalik, 1994) και 20 από αυτές διέθεσαν το βίντεο των συνεντεύξεών τους προς ένταξη και επεξεργασία μέσα στη θεραπευτική ομάδα (Vanger & Stenzel, 1994). Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι μέσω της τεχνικής της αυτοαντιμετώπισης με βιντεοσκόπηση μπόρεσαν οι ασθενείς να διαπιστώσουν θετικές αλλαγές: (α) ως προς την αντί-

ληψη της εξωτερικής τους εμφάνισης, (β) ως προς την εκφραστικότητα τους, και (γ) ως προς τη στάση τους σε βασικά θέματα όπως η διατροφή και οι σχέσεις στην οικογένεια. Παράλληλα με αυτές τις αλλαγές που οι ίδιες οι ασθενείς διαπίστωσαν μέσα από τη διαδικασία της αυτοαντιμετώπισης με βιντεοσκόπηση, ανάλογες αλλαγές διαπιστώθηκαν από τον υπολογισμό των τελικών τιμών της δομημένης συνέντευξης MROAS σύμφωνα με τους τομείς Κοινωνικές σχέσεις (E), Λήψη τροφής (A), Έμμηνος ρύση (B), Ψυχοσεξουαλική στάση (Δ) και Παρούσα ψυχολογική κατάσταση (Γ).

Η διαδικασία της ένταξης της βιντεοσκόπησης στη θεραπεία έχει ως εξής: Ανορεκτικές και βουλιμικές ασθενείς υποβάλλονται σε συνέντευξη, λίγο μετά την εισαγωγή τους στην κλινική, λίγο πριν το πέρας της θεραπείας, και σε συχνά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Σε ένα ύστερο διάστημα της θεραπείας και σύμφωνα με την κλινική γνώμη του θεραπευτού ως προς την ψυχική σταθερότητα της ασθενούς και ως προς τη δυνατότά της να υποβληθεί σε μια διαδικασία αυτοαντιμετώπισης, μπορούν οι ασθενείς να προβάλουν προηγούμενες βιντεοσκοπήσεις στην ομάδα. Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο δε συζητούνται μόνο η διαστρεβλω-

μενη αντίληψη της εξωτερικής εμφάνισης αλλά και οι στάσεις, τα συστήματα αξιών και οι εσωτερικές αναπαραστάσεις προσώπων της οικογένειας και του στενού περιβάλλοντος. Σύμφωνα με το μοντέλο μας, οι βιντεοσκοπήσεις αναλύονται από όλη την ομάδα. Παρατηρώντας τις βιντεοσκοπήσεις στη θεραπευτική ομάδα γίνεται κατανοητή η ασυμφωνία μεταξύ της ίδιας αντίληψης και αυτής από το εξωτερικό περιβάλλον. Η ασθενής παίρνει ανατροφοδότηση από την ομάδα σχετικά με την εξέλιξη της και την πορεία αλλαγής της. Ταυτόχρονα έρχεται αντιμέτωπη με μια πιο αντικειμενική εικόνα του εαυτού της. Η έλλειψη αυτογνωσίας ή οι διάφορες αντιστάσεις μπορούν μέσω αυτής της διαδικασίας να ξεπεραστούν καλύτερα. Στο τέλος της θεραπείας μπορούν οι βιντεοσκοπήσεις να πιστοποιήσουν τη θεραπευτική αλλαγή της ασθενούς και να την ενδυναμώσουν μπροστά στην επικείμενη περάτωση της θεραπείας, η οποία συχνά συνοδεύεται από μεγάλο άγχος. Το κέρδος για τις ασθενείς που παρακολουθούν την προβολή της βιντεοσκόπησης είναι, επίσης, σημαντικό γιατί λαμβάνουν ερεθίσματα από την εμπειρία της εν λόγω ασθενούς που ενεργοποιούν στις ίδιες ανάλογες διαδικασίες με θεραπευτικό αποτέλεσμα.



Σχήμα 3
Ενεργοποίηση θεραπευτικών διαδικασιών στην ομάδα μέσω της βιντεοσκόπησης.

Το Σχήμα 3 παρουσιάζει σχηματικά τη θεραπευτική διαδικασία η οποία λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης των βιντεοσκοπήσεων. Η συγκεκριμένη ασθενής, από τη μια μεριά, επεξεργάζεται την προηγούμενη εικόνα του εαυτού της μέσω της αυτοπαρατήρησης. Μέσω της σύγκρισης έχει τη δυνατότητα να κατανοήσει τις αλλαγές που επήλθαν, όχι μόνο στην εξωτερική της εμφάνιση, αλλά και στις γνωσίες της, στα συναισθήματά της και συστήματα αξιών. Δεύτερον, λειτουργεί ως μοντέλο για την ομάδα, επιδεικνύοντας συγκεκριμένες αλλαγές που έκανε, αυξάνοντας το κίνητρο για αλλαγή. Τρίτον, η έκφραση και η επεξεργασία κεντρικών θεμάτων προκαλεί ανάλογες αναμνήσεις, συνειρμούς και συναισθήματα στην ομάδα. Μέσω της διαδικασίας της "Πρόσκλησης" μπορούν οι ακροάτριες να επεξεργαστούν τη δική τους προβληματική και να έχουν την ευκαιρία να την επεξεργαστούν στις ομαδικές συνεδρίες.

Όπως έδειξαν οι Vanger και Stenzel (1994), οι ασθενείς κερδίζουν από την αντιπαράθεση με τους εαυτούς τους παρατηρώντας τις βιντεοσκοπήσεις. Έτσι, μπορούν να συγκρίνουν την τωρινή τους κατάσταση με την αρχική, πριν την επέμβαση, να αναγνωρίσουν επιτυχίες αλλά και προβληματικές περιοχές που χρήζουν περαιτέρω επεξεργασίας. Τρία ζητήματα χρειάστηκαν ιδιαίτερη επεξεργασία: η εξωτερική εμφάνιση (εικόνα του σώματος, σωματική έκφραση, και κοινωνική παρουσία), η στάση προς την οικογένεια και τις σχέσεις, και η διατροφική συμπεριφορά και τα συμπτώματα.

Ως παράδειγμα της επίδρασης αυτής της θεραπευτικής διαδικασίας παρατίθεται η προσωπική μαρτυρία μιας ασθενούς. Η παρακάτω εκτίμηση της ασθενούς μας δείχνει τα πλεονεκτήματα της χρησιμοποίησης της βιντεοσκόπησης:

Εξωτερική εμφάνιση: Ήμουν εντελώς ανασφαλής, σχεδόν ποτέ δεν είχα οπτική επαφή με τον κύριο Dr. V. και κοίταζα συνεχώς το πάτωμα. Η στάση του σώματός μου ήταν εντελώς αφύσικη, το σώμα μου άκαμπο και κατά τη διάρκεια της συνέντευξης δεν άλλαξα καθόλου θέση. Η

ενδυμασία μου εκδήλωνε και τη διάθεσή μου. Ήμουν ντυμένη στα μαύρα και πραγματικά τα έβλεπα όλα μαύρα. Παρατηρώ ότι δεν είχα καμιά αλλαγή της έκφρασής μου στο πρόσωπό μου, ήταν σαν να φορούσα μια μάσκα που έκρυβε τα συναισθήματά μου.

Δυνατότητα έκφρασης: Είχα μια σιγανή φωνή που κανείς δε θα μπορούσε να ακούσει τι λέω και ήμουν πολύ συνεσταλμένη. Για να απαντήσω στις ερωτήσεις που μου θέτατε, έπρεπε να σκεφτώ πολύ. Μου ήταν πολύ δύσκολο να τις απαντήσω όλες.

Συναισθήματα: Δεν είχα ιδέα πόσο συχνά έκανα εμετό και τι κακή άποψη είχα για τον εαυτό μου. Βλέπω πόσο μεγάλο άγχος είχα.

Το βίντεο με βοήθησε πάρα πολύ να μάθω περισσότερα για τον εαυτό μου. Ήταν πολύ ενδιαφέρον για μένα να δω πώς ήμουν πριν και πώς τώρα. Ιδιαίτερα ωραίο ήταν που είδα στις δύο βιντεοσκοπήσεις την ανάπτυξη και τα βήματα που έκανα εδώ στην κλινική. Ήταν μια ακόμη πιστοποίηση. Χαίρομαι πραγματικά που ξεπέρασα τις αρχικές μου αναστολές και τους μεγάλους μου φόβους και συμφώνησα να πάρω μέρος στις βιντεοσκοπήσεις.

Συζήτηση

Η παρούσα εργασία περιγράφει την κλινική εφαρμογή της βιντεοσκόπησης στη θεραπεία των διαταραχών διατροφής (νευρική ανορεξία και βουλιμία) και την ένταξή της στη θεραπευτική διαδικασία της ομάδας. Η θεραπευτική επίδραση της τεχνικής αυτής τόσο στις ασθενείς που απεικονίζονται στις βιντεοσκοπήσεις όσο και στη δυναμική της ομάδας περιγράφηκαν σε ένα μοντέλο που προτείνει την αυτοαντιμετώπιση ως κύρια ψυχική διαδικασία που ενεργοποιείται από τη βιντεοσκόπηση και που επεξεργάζεται περαιτέρω από την ομάδα. Μέχρι σήμερα ερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα της τεχνικής με βάση τα γραπτά πρωτόκολλα των εμπειριών των ασθενών που δείχνουν ότι οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να επεξεργαστούν όχι μόνο την

εξωτερική τους εμφάνιση αλλά γνώσεις και συναισθήματα σχετικά με οικογενειακές σχέσεις και με ψυχοσεξουαλικά θέματα. Η θεραπευτική εμπειρία με πάνω από 80 ασθενείς (Vanger et al., 1994) έδειξε ότι η αυτοαντιμετώπιση με τη βιντεοσκοπηση είναι εύκολα εντάξιμη στην κλινική πρακτική τόσο από πλευράς του επαγγελματία κλινικού όσο και από πλευράς των ασθενών. Παρ' όλα αυτά, περισσότερη έρευνα θα χρειαστεί για να συγκριθεί η αποτελεσματικότητά της με άλλες θεραπευτικές μεθόδους χωρίς τη χρήση του βίντεο και για να μελετηθεί η εφαρμογή της βιντεοσκοπησης στη θεραπεία και άλλων διαταραχών.

Βιβλιογραφία

- Aite, P. (1983). Al di là della parola (Beyond the word). *Rivista di Psicologia Analitica*, 9, 44-55.
- Alkire, A. A., & Brunse, A. J. (1974). Impact and possible causality from videotape feedback in marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 203-210.
- Baker, T. B., Udin, H., & Vogler, R. (1975). The effects of videotaped modeling and self-confrontation on the drinking behavior of alcoholics. *International Journal of the Addiction*, 10, 779-793.
- Biggs, S., Rosen, B., & Summerfield, A. B. (1980). Video-feedback and personal attribution in anorexic, depressed and normal viewers. *British Journal of Medical Psychology*, 53, 249-254.
- Catina, A., & Vanger, P. (1991). *Manual of the structured interview after Morgan-Russell*. Unpublished manuscript. Center for Psychotherapy Research, Stuttgart.
- Czagalik, D., Ehlers, W., & Vanger, P. (1994). Zur Analyse psychotherapeutischer Dialoge. In J. Ronge (Ed.), *Videounterstütztes Arbeiten in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie* (pp. 35-52). Ludwigsburg, Deutschland: Wissenschaft & Praxis.
- Davis, R. (1979). The impact of self-modeling on problem behaviors in school age children. *School Psychology Digest*, 8, 128-132.
- Dorwick, P. W. (1978). Suggestions for the use of edited video replay in training behavioural skills. *Journal of Practical Approaches to Developmental Handicap*, 2, 21-24.
- Dorwick, P. W., & Biggs, S. D. (1983). *Using video. Psychological and social applications*. New York: Wiley.
- Ferenczi, S. (1926). Embarrassed hands. Thinking and muscle innervation. In Ferenczi S (Ed.), *Further contributions to the technique and theory of psychoanalysis*. London: Hogarth.
- Fichter, M. (1985). *Magersucht und Bulimia*. Berlin: Springer.
- Fichter, M., Meister, I., & Koch, H. J. (1986). The measurement of body image disturbances in anorexia nervosa. Experimental comparison of different methods. *British Journal of Psychiatry*, 148, 453-461.
- Freeman, R., Thomas, C., Solyom, L., & Miles, J. (1983). Body image disturbances in anorexia nervosa. In P. Darby, P. Garfinkel, D. Garner, & D. Coscina (Eds.), *Anorexia nervosa: Recent developments in research* (pp. 117-127). New York: Liss.
- Freeman, R., Thomas, C., Solyom, L., & Hunter, M. A. (1984). A modified video camera for measuring body image distortion. *Psychological Medicine*, 14, 411-416.
- Freud, S. (1904). *Die Psychopathologie des Alltagslebens*. London: Imago.
- Gülick-Bailer, M., & van Maurer, K. (1994). Das Mannheimer Trainingsprogramm zum SCAN-System (PSE 10) unter Einsatz der Videotechnik. In J. Ronge (Ed.), *Videounterstütztes Arbeiten in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie* (pp. 11-18). Ludwigsburg, Deutschland: Wissenschaft & Praxis.
- Gur, R. C., & Sackeim, H. A. (1978). Self-confrontation and psychotherapy: A reply to Sanborn, Pyke and Sanborn. *Psychotherapy: Theory, Research and Praxis*, 15, 258-248.
- Heilveil, J. (1984). *Video in mental health practice*. New York: Springer.

- Kanitz, R.-D., & Birk, B. (1994). Pilotentwicklung eines multimedialen Trainingssystems zur psychiatrischen Diagnostik nach Kapitel V(F) der ICD 10. In J. Ronge (Ed.), *Videounterstütztes Arbeiten in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie* (pp. 19-26). Ludwigsburg, Deutschland: Wissenschaft & Praxis.
- Köhler, G.-K., Bernhard-Köhler, J., Neveling, U., & Schulte, P. (1994). In J. Ronge (Ed.), *Videounterstütztes Arbeiten in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie* (pp. 69-84). Ludwigsburg, Deutschland: Wissenschaft & Praxis.
- Krause, R., & Lütolf, P. (1989). Mimische Indikatoren von Übertragungsvorgängen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 55-67.
- McLaughlin, J. T. (1987). The play of transference: Some reflections on enactment in the psychoanalytic situation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35, 557-582.
- Meermann, R. (1983). Experimental investigation for disturbance in body image estimation in anorexia nervosa patients, and ballet- and gymnastic pupils. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 91-100.
- Miklich, D. R., & Creer, T. L. (1974). Self modeling as a behavior modification technique. In J. Cail & R. Hardy (Eds.), *Behavior modification in rehabilitation settings* (pp. 86-98). Springfield, IL: Thomas.
- Mittenecker, E. (1987). *Video in der Psychologie. Methoden und Anwendungsbeispiele in Forschung und Praxis*. Bern: Huber.
- Morgan, H. G., & Hayward, A. E. (1988). Clinical assessment of anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 152, 367-371.
- Patterson, M. L. (1984). Nonverbal exchange: Past, present, and future. *Journal of Nonverbal Behavior* 8, 350-359.
- Probst, M., Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1990). Evaluating the body image of patients with eating disorders through video confrontation. An evaluation protocol. In H. Doll-Tepper, E. Dahms, E. R. Doll, & P. von Selzam (Eds.), *Adapted physical activity* (pp. 367-371). Berlin: Springer.
- Probst, M., Coppenolle, H., Vandereycken, W., & Meermann, R. (1990). Zur Evaluation der Körperbild-Wahrnehmung bei Patienten mit Anorexia Nervosa. *Psychiatrische Praxis*, 17, 115-120.
- Probst, M., Coppenolle, H., Vandereycken, W., & Goris, M. (1992). Body image assessment in anorexia nervosa patients and university students by means of video distortion: A reliability study. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 89-97.
- Reich, W. (1949). *Character analysis* (3rd ed). New York: Farrar, Straus, Giroux.
- Ronge, J., Kost, R. & Eberhardt, P. (1994). Video-unterstütztes Rollenspiel in einer Tagesklinik. In J. Ronge (Ed.), *Videounterstütztes Arbeiten in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie* (pp. 141-145). Ludwigsburg, Deutschland: Wissenschaft & Praxis.
- Searles, H. (1985). The role of the analyst's facial expressions in psychoanalysis and psychoanalytic therapy. *International Journal of Psychotherapy*, 10, 47-73.
- Thiel, T. (1989). Videotechnik in der Psychologie - Eine erkenntnistheoretische Analyse. In H. Keller (Ed.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (295-311). Berlin: Springer.
- Touyz, S., Beumont, P., Collins, J., McCabe, M., & Jupp, J. (1984). Body shape perception and its disturbance in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 144, 167-171.
- Touyz, S., Beumont, P., Collins, J., & Cowie, I. (1985). Body image perception in bulimia and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 259-265.
- Vandereycken, W. (1989). Körperschemastörungen und ihre Relevanz für die Behandlung der Bulimia. In M. Fichter (Ed.), *Bulimia Nervosa* (pp. 274-283). Stuttgart, Deutschland: Ferdinand Enke.
- Vandereycken, W., Depreitere, L., & Probst, M. (1987). Body-oriented therapy for anorexia nervosa patients. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 252-259.
- Vanger, P., & Stenzel, H. (1994). Therapeutische

- Anwendung von Videomaterial in der dynamischen Gruppentherapie von eßgestörten Patientinnen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 30, 362-377.
- Vanger, P., Stenzel, H., & Czogalik, D. (1994). Das Video als Medium zwischen klinischer Forschung und Praxis: Integration von Videoaufnahmen in analytische Gruppenpsychotherapie von eßgestörten Patientinnen. In J. Ronge (Ed.), *Videounterstütztes Arbeiten in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie* (109-133). Ludwigsburg, Deutschland: Wissenschaft & Praxis.
- Vanger, P., Oerter, U., Otto, H., Schmidt, S., & Czogalik, D. (1995). The musical expression of the separation conflict during music therapy: A single case study of a Crohn's disease patient. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 147-154.
- Wahlheim, C., Werther, P., Hubmann, W., Mohr, F., & Cohen, R. (1994). Beurteilung von Negativsymptomatik auf der Grundlage von Videoaufzeichnungen. In J. Ronge (Ed.), *Videounterstütztes Arbeiten in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie* (pp. 27-34). Ludwigsburg, Deutschland: Wissenschaft & Praxis.
- Wallbot, H., & Ellgring, H. (1983). Videoeinsatz in Diagnostik, Therapie und Forschung. *Videografie*, 5, 215-220.
- Weil, N. H. (1984). The role of facial expressions in the holding environment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 10, 75-89.

Η δομημένη συνέντευξη MROAS

© Ana Catina & Philippos Vanger

Εισαγωγή

Θα σας θέσω μερικές ερωτήσεις σχετικά με το πρόβλημά σας. Θα σας παρακαλούσα να απαντήσετε σ' όλες τις ερωτήσεις, όσο πιά ειλικρινά και αναλυτικά μπορείτε. Όλες οι ερωτήσεις που θα σας κάνω αναφέρονται στο χρονικό διάστημα των τελευταίων 6 μηνών.

Ε. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Ερώτηση 1

E5: Εργασιακή απασχόληση (στους τελευταίους 6 μήνες)

Πόσο χρόνων είστε;

Πηγαίνετε σχολείο ή ασκείτε κάποιο επάγγελμα; Αν ναι, ποιο;

Κατά τους τελευταίους 6 μήνες εργαστήκατε επί πληρωμή κάποιο;

Είχατε μερική ή ολική απασχόληση;

Αυτό το χρονικό διάστημα εργαζόσασταν κάπου συνεχώς;

Εργασία χωρίς πληρωμή ή χωρίς εργασία	Ως και 50% του χρόνου (6μήνες) σε εργασία που πληρωνόταν ή παροδική εργασία χωρίς πληρωμή	Πάνω από 50% αλλά λιγότερο από 100% του χρόνου (6μήνες) σε εργασία που πληρωνόταν	Κανονική απασχόληση με πληρωμή χωρίς διακοπή ή απουσία
0	4	8	12

Στη συνέχεια θα ήθελα να σας ρωτήσω σχετικά με τις σχέσεις σας με τους άλλους.

Ερώτηση 2

E1: Σχέση με την οικογένεια

Πού ζείτε;

Ζείτε μόνη σας, με τους γονείς ή μαζί με άλλους;

Πώς είναι η σχέση σας με τους γονείς και τα αδέρφια σας;

Είστε ικανοποιημένη με αυτές τις σχέσεις;

Καθόλου ικανοποιημένη	Όχι ικανοποιημένη	Αδιάφορη, ουδέτερη	Ικανοποιημένη
0	4	8	12

Σχόλιο: Δεδομένου ότι η σχέση με κάποια μέλη της οικογένειας μπορεί να διαφοροποιείται, λαμβάνεται υπόψη, η ως χειρότερη αναφερόμενη, κατά την προσωπική της εκτίμηση, είτε πρόκειται για τη σχέση με έναν από τους γονείς ή με κάποιο από τα αδέρφια. Αν υπάρχει η δυνατότητα να λάβουμε

πληροφορίες και από κάποιον άλλο εκτός της ασθενούς, λαμβάνουμε υπόψη το μέσο όρο των απαντήσεων που λάβαμε.

Ερώτηση 3

E2: Ανεξαρτησία από την οικογένεια (Μέγεθος της αυτονομίας και ενηλικίωσης και όχι της ανεξαρτησίας)

Αισθάνεστε εξαρτημένη από την οικογένειά σας;

Αν ναι:

Υπάρχουν δυσκολίες να αυτονομηθείτε από την οικογένειά σας ;

Αν ναι:

Πιστεύετε ότι μπορεί να υπερκεραστούν αυτές οι δυσκολίες ;

Πολλές δυσκολίες, δε βλέπει την προοπτική ανεξαρτητοποίησης στο βαθμό που επιθυμεί	Όπως στο 0, αλλά μερικές φορές έχει την εντύπωση ότι μπορεί να τα καταφέρει	Υπάρχουν μερικές δυσκολίες που μπορούν να ξεπεραστούν	Καθόλου δυσκολίες
0	4	8	12

Ερώτηση 4

E3: Διαπροσωπικές σχέσεις (εκτός της οικογένειας και της σχέσης)

Έχετε ένα φιλικό κύκλο; Πόσο κοντά σας αισθάνεστε αυτούς τους γνωστούς;

Έχετε στενούς φίλους;

Πόσους;

Πόσο συχνά συναντάτε τους φίλους σας;

Καθόλου φίλους	Λίγους και επιφανειακές σχέσεις	Πολλούς και επιφανειακές σχέσεις	Πολλές φίλιες, τόσο στενές όσο και επιφανειακές
0	4	8	12

Σχόλιο: Αν αναφέρονται ως φίλοι μέλη της οικογένειας ή ο ερωτικός σύντροφος, σημειώστε 0.

Ερώτηση 5

E4: Κοινωνικές δραστηριότητες (σύμφωνα με την κοινωνικοοικονομική της κατάσταση)

Δραστηριοποιείστε στον ελεύθερο χρόνο σας με τους φίλους σας;

Αν όχι:

Δραστηριοποιείστε με την οικογένειά σας ;

Αν ναι:

Τι κάνετε όταν είστε μαζί;

Αν όχι:

Προτιμάτε να βγαίνετε μόνη σας (ή μόνο με τον σύντροφό σας);

Καθόλου φίλους	Λίγους και επιφανειακές σχέσεις	Πολλούς και επιφανειακές σχέσεις	Πολλές φίλιες, τόσο στενές όσο και επιφανειακές
0	4	8	12

Τώρα θα ήθελα να σας θέσω μερικές ερωτήσεις σχετικά με τα διατροφικά σας προβλήματα.

A. ΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ

Ερώτηση 6

A1: Βάρος σώματος

Τί ύψος έχετε;

Πόσο ζυγίζετε αυτή τη στιγμή;

Μεταβλήθηκε το βάρος σας κατά τους τελευταίους 6 μήνες;

Πόσο ζυγίζατε πριν 6 μήνες; (Ρωτήστε το ακριβές βάρος.)

Υπήρξε ποτέ κάποια στιγμή που ανησυχήσατε για το βάρος σας; (Αυτή η ερώτηση παραπέμπει στην ενότητα Γ και δεν έχει να κάνει τίποτα με την αξιολόγηση αυτής της κλίμακας.)

Πάντα ανησυχητικά κάτω από το μέσο όρο βάρους	Πάντα κάτω από το μέσο όρο βάρους, αλλά μόνο μερικές φορές ανησυχητικά	Κοντά στο μέσο όρο βάρους ($\pm 15\%$), αλλά μερικές φορές ανησυχητικά κάτω από το μέσο όρο	Πάντα κοντά στο μέσο όρο βάρους
0	4	8	12

Σχόλιο: Εδώ παρουσιάζονται δυσκολίες στην εκτίμηση του «κανονικού» βάρους ή του «μέσου όρου» που θα μας οδηγήσουν στη διατύπωση ανησυχίας. Η άποψη του ασθενούς προφανώς δεν έχει το ανάλογο ειδικό βάρος. Η κλίμακα πρέπει να συμπληρωθεί βάσει των αναφερθεισών διακυμάνσεων του βάρους της ασθενούς κατά τους τελευταίους 6 μήνες. Ως μη ανησυχητική λαμβάνεται μια διακύμανση της τάξης $\pm 15\%$ του μέσου όρου βάρους. (Σημείωση W. H.: Ως ανησυχητική όμως πρέπει να εκληφθεί η απώλεια περισσότερου του 20% του μέσου όρου βάρους.)

Ερώτηση 7

A2: Περιορισμός της λήψης τροφής

Περιορίζετε τη λήψη τροφής ή την έχετε περιορίσει ποτέ κατά τους τελευταίους 6 μήνες;

Πώς το κάνετε αυτό;

Βάζετε σκοπό να κάνετε δίαιτα για ένα μεγάλο διάστημα; Συμβαίνει, για παράδειγμα, να μην τρώτε καθόλου;

Συμβαίνει, για παράδειγμα, να μην τρώτε τίποτα για μια ολόκληρη μέρα; Πόσο συχνά συμβαίνει αυτό;

Πόσες φορές την εβδομάδα;

Συμβαίνει πάντα	Περισσότερο από το μισό χρόνο	Περίπου το μισό χρόνο	Λιγότερο από το μισό χρόνο	Ποτέ
0	3	6	9	12

Σχόλιο: Η αποχή από υδρογονάνθρακες, όπως από ποσότητες ζάχαρης ή ψωμιού δεν πρέπει να εκλαμβάνονται ως ανησυχητική, καθότι αυτό συμβαίνει και σε μη παθολογικές περιπτώσεις. Μόνο σε περίπτωση που η αποχή από αυτές τις τροφές οδηγεί σε μείωση του βάρους οδηγούμαστε σε βαθμολόγηση αυτής της κλίμακας.

Ερώτηση 8

A3: Βουλιμικές κρίσεις

Φάγατε τον τελευταίο καιρό μεγάλες ποσότητες φαγητού;

(Υπήρξε βουλιμική κρίση;)

Είχατε την εντύπωση ότι χάσατε τον έλεγχο;

(Αναφέρατε τι φάγατε;)

Πόσο συχνά σας συμβαίνει μέσα στην εβδομάδα;

Συμβαίνει πάντα	Περισσότερο από το μισό χρόνο	Περίπου το μισό χρόνο	Λιγότερο από το μισό χρόνο	Ποτέ
0	3	6	9	12

Ερώτηση 9

A4: Εμετός

Σας συνέβη να φάτε και μετά να προκαλέσετε εμετό;

Πόσες φορές την εβδομάδα συμβαίνει κάτι τέτοιο;

Συμβαίνει πάντα	Περισσότερο από το μισό χρόνο	Περίπου το μισό χρόνο	Λιγότερο από το μισό χρόνο	Ποτέ
0	3	6	9	12

Ερώτηση 10

A5: Κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, «ανορεκτικών» δισκίων

Παίρνετε καθαρτικά για να ελέγξετε το βάρος σας;

Πόσες φορές την εβδομάδα;

Συμβαίνει πάντα	Περισσότερο από το μισό χρόνο	Περίπου το μισό χρόνο	Λιγότερο από το μισό χρόνο	Ποτέ
0	3	6	9	12

Ερώτηση 11**Α6: Ανησυχία σχετικά με το βάρος του σώματός της ή την εμφάνισή της**

Νιώθετε άγχος ή δυσφορία, όταν σκέφτεστε ότι θα μπορούσατε να πάρετε μερικά κιλά;

Πόσες φορές την εβδομάδα έχετε αυτό το συναίσθημα;

Συμβαίνει πάντα	Περισσότερο από το μισό χρόνο	Περίπου το μισό χρόνο	Λιγότερο από το μισό χρόνο	Ποτέ
0	3	6	9	12

Τώρα θα σας θέσω μερικές ερωτήσεις σχετικά με τον κύκλο σας και σχετικά με τη σεξουαλική σας ζωή

B. ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ**Ερώτηση 12****B: Έμμηνος ρύση**

Πώς ήταν η περίοδός σας κατά τους τελευταίους 6 μήνες; Υπήρξε διαταραχή του κύκλου;

Αν ήταν κανονική: Παίρνετε αντισυλληπτικά;

Αν ήταν ακανόνιστη: Παρατηρήσατε κάποια κυκλικότητα, όπως, για παράδειγμα, κάθε 2 εβδομάδες ή κάθε 5 εβδομάδες;

Αν δεν είχε περίοδο: Υπήρξε καθυστέρηση μεγαλύτερη των 3 εβδομάδων;

Αν ναι: Συνεχίστε με την ερώτηση Δ5.

Αν όχι: Συνεχίστε με την ερώτηση Δ3.

Δεν έχει έμμηνο ρύση	Μερικές φορές έχει έμμηνο ρύση, αλλά όχι τακτικά	Άτακτη έμμηνος ρύση, με κυκλικό χαρακτήρα	Πάντα τακτική και κυκλική έμμηνος ρύση
0	4	8	12

Ερώτημα 13**Δ5: Αντιμετώπιση της έμμηνου ρύσης (σε περίπτωση που δεν έχει περίοδο)**

Σας ενοχλεί η καθυστέρηση ή η απώλεια κανονικής περιόδου;

Είσατε ευχαριστημένη; Σας είναι αδιάφορο; Λυπάστε;

Ικανοποιημένη που δεν έρχεται η περίοδος	Ανάμικτα συναισθήματα: ευχαριστημένη ή αδιάφορη	Αδιάφορη	Λυπάται που δεν έρχεται η περίοδός της
0	4	8	12

Ερώτημα 14

Δ5: Αντιμετώπιση της έμμηνου ρύσης (σε περίπτωση που έχει περίοδο μετά από ακανόνιστο χρονικό διάστημα)

Πώς αισθάνεστε που ξαναήρθε η περιόδός σας μετά από ακανόνιστο χρονικό διάστημα;
Είσαστε ευχαριστημένη; Σας είναι αδιάφορο; Λυπάστε;

Ενεργητική απο- στροφή	Ανάμικτα συναισθή- ματα: ευχαριστημέ- νη ή αδιάφορη	Αδιάφορη	Λυπάται που έχει καθυστέρηση
0	4	8	12

Δ. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΣΤΑΣΗ

Ερώτηση 15α

Δ2α: Σκοποί της σεξουαλικής σχέσης

Είστε παντρεμένη ή έχετε μια σταθερή σχέση;

Αν όχι: Συνέχεια στην Ερώτηση 15β (Δ2β)

Αν ναι: Πώς είναι η σχέση σας με τον σύντροφό σας;

Καθόλου ικανοποι- ητική	Όχι ικανοποιητική	Αδιάφορη, ουδέτε- ρη	Ικανοποιητική
0	4	8	12

Ερώτηση 15α2

Έχετε παιδιά;

Αν όχι: Θέλετε να αποκτήσετε παιδιά;

Δεν θέλει παιδιά	Θέλει να αποκτήσει παιδιά, αλλά η ιδέα τη φοβίζει	Έχει παιδιά ή θέλει να απο- κτήσει
0	4	12

Ερώτηση 15β

Δ2α: Σκοποί της σεξουαλικής σχέσης (σε περίπτωση που δεν είναι παντρεμένη ή δεν έχει σταθερή σχέση)

Ποια είναι η γνώμη σας σχετικά με τις μόνιμες σχέσεις και το γάμο;

Θα θέλατε να παντρευτείτε;

Θα θέλατε να συζητήσετε με το σύντροφό σας;

Θα ήθελε να μείνει μόνη	Θα ήθελε να παντρευτεί αλ- λά η ιδέα τη φοβίζει	Θα ήθελε να παντρευτεί ή έχει ήδη
0	4	12

Ερώτηση 15β2

Έχετε παιδιά;

Αν όχι: Θέλετε να αποκτήσετε παιδιά;

Δε θέλει παιδιά	Θέλει να αποκτήσει παιδιά, αλλά η ιδέα τη φοβίζει	Έχει παιδιά ή θέλει να αποκτήσει
0	4	12

Ερώτηση 15

Προσπαθήστε να συναγάγετε ένα συμπέρασμα από τις τελευταίες 2 ερωτήσεις και να συμπληρώσετε την κάτωθι κλίμακα

Θα ήθελε να μείνει μόνη	Θα ήθελε να παντρευτεί αλλά η ιδέα τη φοβίζει	Θα ήθελε να παντρευτεί αλλά δε θέλει να αποκτήσει παιδιά	Θα ήθελε να παντρευτεί και να αποκτήσει παιδιά ή έχει ήδη
0	4	8	12

Ερώτηση 16**Δ3: Ανοιχτή (χωρίς δεσμεύσεις) σεξουαλική σχέση**

Είχατε ποτέ σεξουαλική σχέση; (δεν τίθεται η ερώτηση σε παντρεμένες)

Κατά τους τελευταίους 6 μήνες;

Αν όχι: Αποφύγατε τέτοιες σχέσεις ή απλά δεν σας δόθηκε η ευκαιρία να τις πραγματοποιήσετε αν και θα θέλατε;

Αν ναι: Είχατε κατά τους τελευταίους 6 μήνες μια σταθερή σχέση; (Δες ερώτηση 15α.)

Αν ναι: Πώς βιώσατε τη σεξουαλικότητα μέσα σ' αυτή τη σχέση; Σας ικανοποίησε;

Αν όχι: Είχατε χρονικά περιορισμένες περιοδικές σχέσεις;

Είχατε σεξουαλική επαφή μέσα σ' αυτές τις σχέσεις; Σας ικανοποίησε;

Αποφεύγει σεξουαλικές επαφές	Σπάνιες σεξουαλικές επαφές χωρίς ικανοποιητική σχέση	Ερωτική σχέση με ικανοποιητική σεξουαλικότητα (μπορεί να συμπεριληφθούν παντρεμένοι με παιδιά)
0	4	12

Ερώτηση 17**Δ1: Στάση απέναντι στη σεξουαλικότητα**

Ποια είναι η στάση σας σχετικά με το σεξ;

(Αν η απάντηση δεν είναι ικανοποιητική:)

Είναι για εσάς το σεξ κάτι το ευχάριστο;

Σας απωθεί η σεξουαλική επαφή;

Ή μήπως δε σας ενδιαφέρει;

Ενεργητική απο- στροφή	Ανάμικτα συναισθή- ματα: ευχαριστημέ- νη ή αδιάφορη	Αδιάφορη	Ευχάριστο συναι- σθημα
0	4	8	12

Γ: ΠΑΡΟΥΣΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

(παρατηρήθηκε κατά τη συνέντευξη ή αναφέρθηκε ότι συνέβη κατά το χρονικό διάστημα των τελευταίων 6 μηνών)

Ερώτηση 18

Πώς βιώσατε τους τελευταίους 6 μήνες;

Επηρεάστηκε η καθημερινότητά σας (σχολείο, εργασία, οικογένεια) από τη διαθεσή σας;

Αν ναι: Πώς ακριβώς επηρεάστηκε;

Βιώσατε κατά το χρονικό διάστημα των τελευταίων 6 μηνών έντονο άγχος;

Βιώσατε δυσθυμία ή έντονη λύπη;

Πόσο συχνά συνέβη αυτό κατά το χρονικό διάστημα των τελευταίων 6 μηνών;

Κατά πόσο επηρέασε αυτό την καθημερινότητά σας;

Κάνατε ποτέ προσπάθεια να αυτοκτονήσετε;

Πιστεύετε ότι το αλκοόλ σας δημιουργεί πρόβλημα;

Πόσο συχνά και πόσο πολύ πίνετε κατά το χρονικό διάστημα των τελευταίων 6 μηνών;

Πόσο συχνά μέσα σε μια εβδομάδα;

Έχετε πάρει ποτέ ηρεμιστικά ή ναρκωτικά;

Αν ναι: Πόσο συχνά;

Σοβαρή διαταραχή, ψυχωσική με παραι- σθήσεις	Πιθανότατη διατα- ραχή αλλά χωρίς ψυχωσικά συμπτώ- ματα	Ελαφρά διαταραχή	Πάντα κοντά στο μέσο όρο βάρους
0	4	8	12

Σχόλιο: Αυτή η εκτίμηση βασίζεται στην παρατήρηση και στη συλλογή άμεσων και έμμεσων πληροφοριών σχετικά με τη συμπεριφορά της ασθενούς κατά τους τελευταίους 6 μήνες. Η διαφοροποίηση μεταξύ "σοβαρής" και "ελαφράς" διαταραχής βασίζεται πάνω στο βαθμό επηρεασμού καθημερινών δραστηριοτήτων: Σύμφωνα με τα παραπάνω, συμπτώματα τα οποία κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών οδήγησαν την ασθενή να διακόψει την εργασία του χαρακτηρίζονται ως "σοβαρά". Απεναντίας συμπτώματα (με εξαίρεση αυτών που επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά) που δεν επηρεάζουν την καθημερινή συμπεριφορά χαρακτηρίζονται ως "ελαφρά".

Ανοιχτή ερώτηση

Πώς βλέπετε το μέλλον σας ;

Integration of video recording in the treatment of eating disordered patients

PHILIPPOS VANGER

Center for Psychotherapy Research, Stuttgart, Germany

ABSTRACT

The present paper describes clinical application of video in treating eating-disordered patients. This technique has been developed on the basis of video recordings of patients in a structured interview at different points in time during their treatment, shortly after admission and before discharge. Patients were offered the possibility to show their admission video taken about 6 months ago to their co-patients in the group. In the protected environment of the group therapy patients have the possibility to compare themselves at two different points of time and to view changes that had taken place during their treatment while at the same time getting feedback from the group members. In comparison to other video applications in the treatment of eating disorders the present technique allows not only the perception of changes in appearance and body shape but also in changes in the patient's cognitive processes, attitudes and expressive behavior. Additionally the whole group is involved in this confrontative process and profits from the experience of the particular patient on the video that triggers similar experiences in other group members.

Keywords: Eating disorders, Psychotherapy, Video recording.

Address: Philippos Vanger, Center for Psychotherapy Research, Christian-Belser-Strasse 79a, D-70597 Stuttgart, Germany.