

# I

## Το φιλοσοφικό και θεωρητικό υπόβαθρο της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας - ΓΣΘ

---

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφονται τα σημεία-κλειδιά από φιλοσοφική σκοπιά, στα οποία στηρίζεται η εφαρμογή της ΓΣΘ: η χρήση των ερευνητικών μαρτυριών, η προσοχή στο άτομο και όχι στις διαγνώσεις, η στάση του κλινικού, θέματα που προκύπτουν συχνά στη ΓΣΘ, η σαφής αναδιατύπωση και ο κεντρικός ρόλος των συμπεριφορικών πειραμάτων. Οι τεχνικές που θα αναφερθούν στη συνέχεια απορρέουν απ' αυτή την κλινική φιλοσοφία.

### 1.1 Η σημασία της επιστημονικής τεκμηρίωσης

Πιστεύουμε ακράδαντα στη φιλοσοφία της επιστημονικά τεκμηριωμένης κλινικής πρακτικής. Το να αγνοεί κανείς τις ερευνητικές μαρτυρίες είναι σαν να αρνείται την καλύτερη θεραπεία για τον ασθενή. Ωστόσο, η φιλοσοφία αυτή έχει δύο δυσκολίες:

Πρώτον, δεν λαμβάνει υπόψη παραμέτρους που έχουν σχέση με τους ασθενείς, κυρίως τη σημασία των προσδοκιών τους για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και την προτίμησή τους για συγκεκριμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις (National Institute of Clinical Excellence, 2004). Πιστεύουμε ότι οι εξηγήσεις σχετικά με την πιθανή έκβαση διαφορετικών προσεγγίσεων είναι συνήθως επαρκείς για να επιτρέψουν στην ασθενή να κάνει κλινικά κατάλληλες επιλογές (ή να κατανοήσει τους περιορισμούς της προσέγγισης που επιλέχθηκε). Μερικές φορές η ασθενής μπορεί να δείξει προτίμηση σε κάποια θεραπεία που δεν είναι πιθανό ότι θα είναι αποτελεσματική. Για παράδειγμα, μπορεί να υπάρχουν ενδείξεις στην αναδιατύπωση που δείχνουν ότι είναι απίθανο μια προσέγγιση να είναι κατάλληλη ή η ασθενής μπορεί να βάζει όρια που καθιστούν αδύνατη την τροποποίηση γνώσιων, συναισθημάτων ή συμπεριφορών (π.χ. αρνείται να ζυγιστεί,

συναντήσεις μόνο μια φορά τον μήνα). Και στις δύο περιπτώσεις πρέπει να συζητήσουμε τους περιορισμούς σε κάθε αλλαγή που τίθενται από τέτοιες συμπεριφορές, που παρεμβαίνουν στη διαδικασία της θεραπείας (Linehan, 1993).

Δεύτερο, η τεκμηριωμένη κλινική πρακτική απαιτεί ισχυρές μαρτυρίες για τις καλύτερες θεραπείες, οι οποίες προς το παρόν είναι ανεπαρκείς. Ενώ υπάρχουν μαρτυρίες ότι η ΓΣΘ είναι η ταχύτερη και η πιο αποτελεσματική μορφή ψυχολογικής παρέμβασης για τη νευρογενή βουλιμία και τη διαταραχή υπερφαγίας (π.χ. Fairburn & Harrison, 2003), πολλές ασθενείς με τέτοια προβλήματα δεν βελτιώνονται με την προσέγγιση αυτή (π.χ. Wilson, 1999). Επιπλέον, υπάρχουν λίγα δεδομένα που υποστηρίζουν τη χρήση της ΓΣΘ ειδικά στη νευρογενή ανορεξία ή στον πολύ μεγάλο αριθμό άτυπων περιστατικών (Fairburn & Harrison, 2003, National Institute of Clinical Excellence, 2004).

Έτσι, όπως με την «τεκμηριωμένη κλινική πρακτική», υποστηρίζουμε την «κλινική πρακτική που παράγει τεκμήρια». Γνωρίζουμε πολλούς εξαιρετικούς επαγγελματίες ΓΣΘ που κάνουν πρωτοποριακή δουλειά, η οποία αποδεικνύεται ιδιαίτερα ωφέλιμη για τους ασθενείς, αν και δεν υπάρχει σαφής τεκμηρίωση. Πιστεύουμε ότι είναι πολύ σημαντικό οι κλινικοί να ανακοινώνουν τα ευρήματά τους ώστε να ενισχύσουν τις μαρτυρίες τεκμηρίωσης της θεραπείας, τόσο των απλών όσο και των πολύπλοκων περιστατικών. Η αναγνώριση και η καταγραφή ρουτίνας των σημαντικών κλινικών μεταβλητών (π.χ. γνώσεις για την απώλεια ελέγχου του σωματικού βάρους, έλεγχος του σώματος) επιτρέπουν στους κλινικούς να δείξουν τρόπους με τους οποίους η κλινική πρακτική πρέπει να αλλάξει.

## 1.2 Η προσέγγιση του ατόμου στη θεραπεία ως «όλον»

Έχουμε την άποψη ότι, αντί να θεραπεύουμε στερεότυπα «μια ασθενή με διαταραχές πρόσληψης τροφής», θεραπεύουμε ένα άτομο με διαταραχή πρόσληψης τροφής. Η άποψη αυτή αντανακλάται στον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζουμε τη ΓΣΘ σ' αυτό το βιβλίο. Αυτή η οπτική βοηθά τον κλινικό να δει την ασθενή ως άτομο, παρά ως μια ομάδα συμπτωμάτων που πρέπει να ταιριάξουν σ' ένα μοντέλο. Αν και ο αριθμός των συμπτωμάτων είναι μικρός, οι λόγοι για τους οποίους οι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτά τα συμπτώματα είναι πολλοί και διάφοροι και αυτοί οι λόγοι πρέπει να γίνουν κατανοητοί για να μπορέσει η ασθενής να αλλάξει. Έχοντας την άποψη ότι θεραπεύουμε ένα άτομο με διαταραχή πρόσληψης τροφής, σκοπός είναι να βοηθήσουμε την ασθενή να μην προσδιορίζεται από το πρόβλημά της ή από στερεότυπα που συνοδεύουν μια τέτοια διάγνωση.

### 1.3 Η στάση του κλινικού: ο περίεργος κλινικός

Οι Geller, Williams και Srikameswaran (2001) τονίζουν τη σημασία της «στάσης του κλινικού»: φιλοσοφία που υπόκειται των θεραπευτικών προσεγγίσεων (βλ. συνέχεια). Μια τέτοια φιλοσοφία είναι απαραίτητη για να κατευθύνει τις αποφάσεις και τις ενέργειες σε νέα πλαίσια. Μας επιτρέπει να εξηγήσουμε τη σημασία των ενεργειών μας, στον εαυτό μας, στους ασθενείς και στους άλλους. Η κατανόηση αυτή απαιτεί να είμαστε ξεκάθαροι για τα στοιχεία της ΓΣΘ που είναι απαραίτητα για να δουλέψουμε σ' αυτό το πλαίσιο –τα «μη διαπραγματεύσιμα».

Η στάση του κλινικού στη θεραπεία πρέπει να είναι συνεπής και σταθερή και επιτυγχάνεται πιο εύκολα όταν στηρίζεται σε ξεκάθαρη θεραπευτική φιλοσοφία. Χωρίς αυτή τη φιλοσοφία, υπάρχει ο κίνδυνος οι θεραπευτικές μας ενέργειες να είναι ασταθείς και αντανάκλαστικές (κατά συνέπεια είναι πολύ λιγότερο πιθανόν να είναι αποτελεσματικές). Τη στάση αυτή πρέπει να τη μοιράζεται κανείς με όλους τους κλινικούς που εμπλέκονται στη φροντίδα της ασθενούς και απαιτεί μια προσέγγιση ομαδικής συνεργασίας που έχει την ασθενή στο κέντρο της γενικευμένης φιλοσοφίας φροντίδας. Οι Geller, Williams και Srikameswaran (2001) περιγράφουν αυτή την προσέγγιση ως «αποστολή».

Όπως οι Geller, Williams και Srikameswaran (2001), υποστηρίζουμε ότι η στάση του κλινικού πρέπει να είναι τέτοια ώστε να:

- Καλλιεργεί την αποδοχή εαυτού (επιτρέπει να υπάρχει μια αιτία για τη διαταραχή, αλλά αποδέχεται επίσης την ανάγκη για αλλαγή)
- Είναι κυρίως ενεργητική παρά παθητική
- Είναι συνεργατική (στηρίζεται στην υπόθεση ότι ο πελάτης είναι υπεύθυνος για τις αλλαγές)
- Εμπλέκει περιέργεια και διάθεση για να μάθει ο κλινικός από την ασθενή
- Είναι διαφανής.

Στη δημιουργία της στάσης αυτής, δανειζόμαστε από τη συνέντευξη κινητοποίησης. Σκοπός μας είναι:

- Να είμαστε έγκυροι παρά απόλυτοι, έτσι ώστε η ασθενής να βλέπει τον κλινικό ως χρήσιμη πηγή πληροφοριών, τεχνικών και στρατηγικών παρά ως ένα άτομο ακόμη που δίνει οδηγίες ή συνιστά συμπεριφορικές ή διαιτητικές αλλαγές
- Να αποφεύγουμε την κριτική ή την αντιπαράθεση (π.χ. για τις παρορμητικές συμπεριφορές)
- Να αποφεύγουμε τη διανοητικοποίηση (π.χ. εμπλοκή σε συζήτηση με την ασθενή για τη γενικότερη σημασία των πεποιθήσεων, για τον δείκτη μάζας σώματος, που θα σήμαινε ότι η ασθενής διασπάται από τα δικά της σημαντικά θέματα)

- Να αποφεύγουμε διαφωνίες με την ασθενή, γιατί αυτό μπορεί να διχάσει τον θεραπευτή και την ασθενή παρά να διευκολύνει τη συνεργασία.

Παρουσιάζουμε αυτή την οπτική στις ασθενείς μας, που απαιτεί να σταθούμε δίπλα-δίπλα και να συνεργαστούμε για τους κοινούς μας στόχους.

### 1.3.1 Σχέσεις συνεργασίας

Η στάση μας συνηγείται υπέρ της πραγματικής διεπιστημονικής εργασίας, με την ασθενή στο κέντρο της επαγγελματικής και κλινικής δομής. Πράγματι, θεωρούμε ότι η πιο σημαντική συνεργασία είναι εκείνη μεταξύ του κλινικού και της ασθενούς. Η ΓΣΘ είναι πραγματικά βιώσιμη μόνον όταν η ασθενής υποστηρίζεται ώστε να γίνει η ίδια θεραπευτής του εαυτού της, κι αυτό είναι μέρος των συζητήσεων πολύ νωρίς στη θεραπεία.

Ο κλινικός πρέπει να σκέφτεται στρατηγικά για να εστιάζεται στη βοήθεια προς την ασθενή ώστε να κερδίσει τον πόλεμο με τη διαταραχή πρόσληψης τροφής και όχι απλώς να πολεμήσει (και να χάσει) την άμεση μάχη για κυριαρχία στη θεραπευτική συνεδρία. Δεν υπάρχει κανένα όφελος να μην αναφέρετε αυτή τη στρατηγική προσέγγισης στην ασθενή. Ένας ανοιχτός κλινικός είναι πιο πιθανόν να κερδίσει την εμπιστοσύνη της ασθενούς.

Η ΓΣΘ περιλαμβάνει τη συνεργασία με όλο το φάσμα των ειδικοτήτων της ομάδας (ψυχολόγοι, διαιτολόγοι, νοσηλεύτες, εργοθεραπευτές, ιατρικό προσωπικό, ψυχοθεραπευτές, διοικητικό προσωπικό) που μπορούν να συνεισφέρουν στη φροντίδα της ασθενούς. Επίσης, θεωρούμε πολύ σημαντική τη διασύνδεση με άλλους κλινικούς (π.χ. γενικούς γιατρούς) ή επαγγελματίες υγείας γενικότερα, ιδιαίτερα όταν η ασθενής έχει πολύπλοκες ανάγκες. Επιπλέον, στα πλαίσια του πνεύματος συνεργασίας, η εργασία με τους άλλους κλινικούς και τα άτομα που έχουν αναλάβει τη φροντίδα της ασθενούς πρέπει να έχει ως σκοπό την εγκυρότητα παρά την κυριαρχία.

## 1.4 Η δια-διαγνωστική προσέγγιση

Ιστορικά, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής περιγράφηκαν ως διαγνωστικές κατηγορίες. Η προσοχή εστιάστηκε νωρίς στη νευρογενή ανορεξία (π.χ. Russell, 1970) και ακολούθησε η νευρογενής βουλιμία (π.χ. Russell, 1979). Η άλλη κατηγορία στην οποία εστιάστηκε η προσοχή είναι η διαταραχή υπερφαγίας, η οποία κατηγοριοποιείται ως άτυπη διαταραχή πρόσληψης τροφής ή διαταραχή πρόσληψης τροφής μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, ΔΠΤΜΠΑ (American Psychiatric Association, 1994). Ωστόσο, τα υπάρχοντα διαγνωστικά σχήματα έχουν περιορισμένη χρησιμότητα για τον κλινικό. Ιδιαίτερα, τα τελευταία χρόνια έγινε σαφές ότι η μοναδική μεγάλη «ομάδα» είναι οι περιπτώσεις ΔΠΤΜΠΑ και ότι οι ασθε-

νείς δεν παραμένουν στην ίδια διαγνωστική κατηγορία για πάντα (π.χ. Fairburn & Harrison, 2003). Οι περιορισμοί αυτοί δηλώνουν ότι ακόμα και οι καλύτερες θεραπείες δεν προσαρμόζονται ώστε να είναι αποτελεσματικές με τους περισσότερους ασθενείς, αν και αυτό το θέμα τραβά την προσοχή κατά τα τελευταία χρόνια (Fairburn et al., 2003).

Ενώ μπορεί να είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τη σημασία της «διαγνωστικής ταμπέλας», βρήκαμε ότι η πιο αποτελεσματική κλινική προσέγγιση εστιάζεται στις γνώσεις, τα συναισθήματα και τις σωματικές καταστάσεις που σχετίζονται με τις περιοριστικές και βουλιμικές συμπεριφορές της ασθενούς. Πολλές ασθενείς έχουν και τις δύο μορφές παθολογίας πρόσληψης τροφής και γι' αυτό πρέπει να λάβουμε υπόψη τις κοινές πηγές και τις αλληλεπιδράσεις τους.

Μια απάντηση σ' αυτή την ανεπάρκεια των διαθέσιμων διαγνωστικών εγχειριδίων είναι η αυξανόμενη πολυπλοκότητά τους (π.χ. Norring & Palmer, 2005). Ωστόσο, τα εγχειρίδια αυτά δεν φαίνεται να παρέχουν μεγαλύτερη ακρίβεια (π.χ. ο ορισμός της διαταραχής υπερφαγίας γίνεται ολόένα και λιγότερο σαφής με την πάροδο του χρόνου). Γι' αυτό προτάθηκε μια εναλλακτική προσέγγιση. Ο Waller (1993) πρότεινε να απαλλαχθούμε από τις διαγνώσεις και να εστιάσουμε περισσότερο στον πυρήνα του γνωσιακού περιεχομένου, που είναι κοινό στις συμπεριφορές όλων των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Αυτή η αλλαγή στο αντικείμενο προσοχής οδήγησε στην ανάπτυξη μοντέλων πιο ειδικών για τις συμπεριφορές που είναι κοινές σε όλες σχεδόν τις διαγνώσεις (π.χ. Heatherton & Baumeister, 1991, McManus & Waller, 1995).

Πιο πρόσφατα, ο Fairburn και συν. (2003) αναφέρθηκαν σ' αυτή την προσέγγιση ως «δια-διαγνωστικό» μοντέλο ΓΣΘ των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην κατανόηση του πυρήνα της παθολογίας των ασθενών που παρουσιάζουν ένα ευρύ φάσμα διαταραγμένων προτύπων διατροφής. Έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με τη λειτουργική αναλυτική προσέγγιση του Slade (1982) για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, την ίδια έμφαση στη χρήση της τροφής για την αποκατάσταση της αίσθησης ελέγχου στα πλαίσια της χαμηλής αυτοπεποίθησης και της τελειομανίας. Ωστόσο το μοντέλο αυτό έχει και μια γνωσιακή συνιστώσα που λείπει από εκείνο του Slade. Το δια-διαγνωστικό μοντέλο διαφέρει από τα προηγούμενα μοντέλα του Fairburn (π.χ. Fairburn, 1997, Fairburn et al., 1999) στο ότι λαμβάνει υπόψη κάποιες γενικές προϋποθέσεις που δεν είναι ειδικές της διαταραχής πρόσληψης τροφής (κυρίως η «κεντρική χαμηλή αυτοπεποίθηση»). Επιπλέον ενσωματώνει στοιχεία από άλλα θεραπευτικά μοντέλα, όπως της διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας (Linehan, 1993) και της διαπροσωπικής θεραπείας. Τέτοιες εξελίξεις οδηγούν σε σύγκλιση μεταξύ των μοντέλων διατήρησης (π.χ. Fairburn, 1997) και των μοντέλων που

λαμβάνουν υπόψη τους πρώιμους παράγοντες που προηγούνται στην παθολογία των διαταραχών πρόσληψης τροφής (π.χ. Slade, 1982, Waller et al., in press).

Αυτά τα δια-διαγνωστικά μοντέλα στοχεύουν στις πεπειθήσεις που έχουν σχέση με την υπερ-αξιολόγηση του φαγητού, του σωματικού βάρους και σχήματος (κυρίως στις συνέπειες της αίσθησης απώλειας ελέγχου του φαγητού και της αλλαγής του βάρους). Τα υπόλοιπα γνωσιακά, συναισθηματικά, σωματικά και συμπεριφορικά στοιχεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής γίνονται κατανοητά μέσα από τον τρόπο με τον οποίο συντηρούν αυτές τις πεπειθήσεις.

#### 1.4.1 Η χρήση του δια-διαγνωστικού μοντέλου στην πράξη

Όπως προτάθηκε από τους Weller (1993) και Fairburn και συν. (2003), στο δια-διαγνωστικό μοντέλο η ΓΣΘ συνδέει γνωσίες, συναισθήματα και συμπεριφορές ανεξάρτητα από τη διάγνωση. Αυτό επιτρέπει πολύ πιο ευέλικτη εφαρμογή της θεραπείας, η οποία μπορεί να εστιάζεται στον ιδιαίτερο τρόπο με τον οποίο παρουσιάζεται η κάθε ασθενής, άσχετα από το αν εντάσσεται ή όχι σε συγκεκριμένη υποκατηγορία. Θεωρούμε πολύ σημαντικό να αποφεύγουμε τη διάσπαση από διαγνώσεις, αφού πολλά άτομα μπορεί να πληρούν τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια, αλλά έχουν ανάγκη από πολύ διαφορετική αναδιτύπωση και παρέμβαση. Έτσι, όπως υποστηρίζει και ο Ghaderi (2006), σκοπός είναι η δημιουργία αναδιτύπωσης γύρω από τις κεντρικές γνωσίες (π.χ. «αν τρώω έξω από τη συνηθισμένη για μένα, πολύ άκαμπτη διαίτα, τότε δεν θα μπορώ να σταματήσω και θα πάρω αναπόφευκτα πολλά κιλά»). Θεωρούμε πολύ σημαντικό να χρησιμοποιούμε τις εκφράσεις της ασθενούς γι' αυτές τις γνωσίες και να τις ταιριάζουμε στην ευρύτερη αναδιτύπωση (βλ. Κεφ. 8). Η εμπειρία μας λέει ότι οι ασθενείς κατανοούν αμέσως την έννοια της αναδιτύπωσης που είναι ανεξάρτητη από τη διάγνωση, αφού πολλές δεν είναι πεπεισμένες για την ορθότητα της διάγνωσης. Αποφεύγοντας την έμφαση σε ειδικές διαγνώσεις, βοηθούμε επίσης εκείνες τις ασθενείς με επιμέρους σύνδρομα, που εκδηλώνουν συχνά άγχος για το αν έχουν ανάγκη από θεραπεία, επειδή νιώθουν ότι δεν έχουν ιδιαίτερα σοβαρό πρόβλημα (π.χ. «μα δεν έχω τόσο συχνά επεισόδια υπερφαγίας και ο εμετός πρέπει να είναι δικό μου λάθος»).

#### 1.5 Θέματα στη διαδικασία της θεραπείας

Σχετικά με τη διαδικασία της θεραπείας, θεωρούμε ότι είναι χρήσιμο να έχουμε στο μυαλό ορισμένα ζητήματα, που λειτουργούν συνδέοντας τα συστατικά στοιχεία της θεραπείας σε μια περιεκτική ολότητα. Λειτουργούν ως συνδετικά δομικά στοιχεία που δημιουργούν τη σκηνή για τη ΓΣΘ, παρέχουν πλαίσιο για την κατανόηση των δυσκολιών και δημιουργούν ένα μέσο για να εστιάσει κανείς ξανά στη θεραπεία.

### 1.5.1 Βραχυπρόθεσμη δυσφορία για μακροπρόθεσμο όφελος

Η επιτυχής διαπραγμάτευση της αλλαγής περιλαμβάνει πάντα την ανοχή βραχυπρόθεσμης δυσφορίας, έτσι ώστε να επιτευχθούν οι μακροπρόθεσμοι στόχοι που επιλέχθηκαν. Μια τέτοια αλλαγή απαιτεί όχι μόνο την ικανότητα να αντέχει κανείς κάποιο βαθμό ψυχολογικής δυσφορίας, αλλά και την ικανότητα να θυμάται τους μακροπρόθεσμους στόχους (βλ. Κεφ. 6 για τη δημιουργία κινήτρων και Κεφ. 25 για την ανοχή της δυσφορίας). Αυτό το καθήκον της αλλαγής είναι πιο πολύπλοκο για τις ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Όχι μόνο πρέπει να αντέξουν το βραχυπρόθεσμο άγχος που προκαλεί η δημιουργία φυσιολογικού προτύπου διατροφής και να σταθεροποιήσουν/αυξήσουν το βάρος τους, αλλά (για να ξεκινήσουν αυτή τη διαδικασία και εξαιτίας αυτής) εκτίθενται στις σκέψεις και στα συναισθήματά τους. Αυτά είναι οι πιο σημαντικές πτυχές του εαυτού τους που προσπαθούν τόσο σκληρά να αποφύγουν με τις συμπεριφορές διατροφής (βλ. Κεφ. 8 για τη διατύπωση).

Είναι χρήσιμο να συζητηθεί αυτό το θέμα στην αρχή της θεραπείας, ώστε να προετοιμαστούν οι ασθενείς για το γεγονός ότι αρχικά η θεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση των συμπεριφορών και της δυσφορίας (το αντίθετο απ' ό,τι περιμένουν οι περισσότερες). Είναι επίσης χρήσιμο να επανέλθει κανείς στο θέμα αυτό, όταν δουλεύει με το άγχος που πυροδοτείται από την εισαγωγή νέων καθηκόντων και στρατηγικών (π.χ. εβδομαδιαίο ζύγισμα, εισαγωγή στο διατροφικό πλάνο απαγορευμένου μέχρι πρότινος φαγητού). Στη συζήτηση με την ασθενή για τις πιθανές εμπειρίες της θεραπείας, χρησιμοποιούμε το παράδειγμα των «Ακτών της Νότιας Αμερικής», το οποίο εισάγουμε στην αρχή της θεραπείας και το αναφέρουμε συχνά στη συνέχεια (χρησιμοποιούμε έναν χάρτη στην περίπτωση που το άτομο δεν έχει τον χάρτη στο μυαλό του).

#### **Οδοιπορικό κατά μήκος των ακτών της Νότιας Αμερικής**

Αυτός είναι ένας τρόπος με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε τη διαδικασία της θεραπείας και την ανάρρωση από μια διαταραχή πρόσληψης τροφής. Συχνά, όταν οι άνθρωποι ξεκινούν τη θεραπεία σκέφτονται ότι βρίσκονται στο χειρότερο σημείο και ότι η κατάσταση θα αρχίσει να βελτιώνεται άμεσα, με γραμμικό τρόπο.

Όμως τα πράγματα δεν είναι ακριβώς έτσι. Αντίθετα, η διαδικασία της ανάρρωσης μπορεί να παρομοιαστεί μ' ένα οδοιπορικό κατά μήκος των ακτών της Νότιας Αμερικής. Συχνά, κάποιοι θεωρούν ότι η κατάσταση επιδεινώνεται κάπως στην αρχή (σαν να βρίσκεται κανείς στη Νότια Χιλή και πέφτει πιο κάτω, στο νοτιότερο άκρο της Νότιας Αμερικής). Αυτό είναι αναμενόμενο αφού έχεις δαπανήσει πολύ χρόνο προσπαθώντας να αποφύγεις να σκέφτεσαι τις δυσκολίες σου και τώρα σου ζητάμε να εστιάσεις στη διατροφή σου, στις γνώσεις και σε άλλες συμπεριφορές. Επίσης η

διαταραχή πρόσληψης τροφής σε έχει βοηθήσει κατά κάποιο τρόπο και τώρα συζητάμε πως θα την απομακρύνουμε.

Μετά από κάποιο διάστημα στη θεραπεία θα αρχίσεις να βλέπεις θετικές αλλαγές (αρχίζεις να ανεβαίνεις προς τα πάνω κατά μήκος των ακτών της Αργεντινής). Ωστόσο όχι σε ευθεία γραμμή. Θα υπάρξουν καλές εβδομάδες και πιο δύσκολες. Αυτό είναι απόλυτα φυσιολογικό. Μερικές φορές οι άνθρωποι φτάνουν σε ένα πλατώ, παραμένουν για λίγο στάσιμοι και μετά συνεχίζουν και πάλι προς τα πάνω. Γενικά, η τάση είναι προς τη βελτίωση. Κάποιες φορές εξωτερικοί παράγοντες, όπως οι σχέσεις με άλλους ανθρώπους ή η εργασία, θα σου τραθήξουν την προσοχή, επηρεάζοντας τη θεραπεία για τη διαταραχή πρόσληψης τροφής.

Η θεραπεία κοντεύει στο τέλος της, όταν βρεθείς περίπου στα μισά της Βραζιλίας. Όπως μπορείς να δεις στον χάρτη, αυτό σημαίνει ότι η πρόοδός σου δεν σταματάει εδώ. Πιστεύουμε ότι θα συνεχίσει η ανάρρωσή σου –συνεχίζοντας το οδοιπορικό σου κατά μήκος της ακτής– εφαρμόζοντας όλα όσα έχουμε κάνει μαζί, όπως το να αντιμετωπίζεις τις αρνητικές σκέψεις και να διατηρείς το διατροφικό σου σχέδιο και θα φθάσεις τελικά στο πάνω άκρο των ακτών της Νοτίου Αμερικής.

### 1.5.2 Η ασθενής γίνεται θεραπευτής του εαυτού της

Ουσιαστικά, αυτό το θέμα μοιάζει περισσότερο με συγκεκριμένο στόχο σε σχέση με τα άλλα, επειδή είναι κάτι που μπορεί να δουλευτεί και να μετρηθεί. Ωστόσο, αναφέρεται εδώ επειδή είναι η βασική αρχή στην οποία στηρίζεται η θεραπεία, τη διατρέχει σε όλη τη διάρκεια και εξασφαλίζει συνέχεια στη διαδικασία.

Η ΓΣΘ είναι αποτελεσματική, όταν ο κλινικός και η ασθενής εργάζονται ώστε να γίνει η ασθενής θεραπευτής του εαυτού της. Το θέμα αυτό είναι παρόν στις περισσότερες στρατηγικές που εφαρμόζονται στη ΓΣΘ, από αυτές που συμβαίνουν εντός των θεραπευτικών συνεδριών (π.χ. η δημιουργία πλάνου θεραπείας) έως εκείνες που συμβαίνουν εκτός (π.χ. η εργασία για το σπίτι). Η επιτυχής διαπραγμάτευση αυτής της μετατόπισης της ευθύνης για την αλλαγή, κάνει τη διαφορά μεταξύ της «θεραπείας μια ώρα την εβδομάδα» και της «θεραπείας 168 ώρες την εβδομάδα». Το θέμα αυτό είναι επίσης εμφανές στη διαχείριση της χρονικά περιορισμένης φύσης της θεραπείας, στη λεπτομερή έκθεση της αναμενόμενης προόδου και στη διαδικασία της ανάρρωσης (π.χ. πλήρης ανακούφιση από τα συμπτώματα δεν αναμένεται απαραίτητα στο τέλος της θεραπείας, αφού σκοπός είναι ότι θα συνεχίσουν οι ασθενείς να δουλεύουν μόνες προς την επίλυση των δυσκολιών τους για πολύ καιρό μετά το τέλος των θεραπευτικών συνεδριών, εμποδώνοντας έτσι τα οφέλη που αποκόμισαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και χτίζοντας πάνω σ' αυτά).



Η ανάθεση της ευθύνης στην ασθενή να συμπεριφέρεται ως θεραπευτής είναι ένα πολύ σημαντικό θέμα, το οποίο πρέπει να έχουμε στο μυαλό όταν δουλεύουμε με την κινητοποίηση, αφού αλλάζει τις πεποιθήσεις (ή την ελπίδα) της ασθενούς ότι η ψυχοθεραπεία απλώς θα «γίνει». Απ' όλα τα θέματα, μπορεί να είναι εκείνο στην ανάληψη του οποίου η ασθενής εκδηλώνει τη μεγαλύτερη άρνηση, τουλάχιστον αρχικά. Η ασθενής μπορεί να θεωρεί ότι η ευθύνη της θεραπείας βαρύνει αποκλειστικά τον κλινικό. Στο σημείο αυτό είναι χρήσιμο να τεθεί ξανά το θέμα των βραχυπρόθεσμων δυσκολιών για την επίτευξη μακροπρόθεσμου οφέλους (π.χ. η αποφυγή της ανάληψης της ευθύνης για αλλαγή είναι ένας βραχυπρόθεσμος αμυντικός μηχανισμός, με αρνητικές μακροχρόνιες συνέπειες).

### 1.5.3 Συνεχής σκέψη

Ένα άλλο θέμα που διατρέχει τη ΓΣΘ είναι η ανάγκη να ξεφύγει κανείς από την άκαμπτη σκέψη τύπου «άσπρο-μαύρο». Όλες οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές μπορούν να θεωρηθούν ως ένα συνεχές, που αντανακλά τις διαβαθμίσεις στην ένταση των εμπειριών μας. Τα προβλήματα συμβαίνουν όταν η ένταση των εμπειριών αντιστοιχεί στο ένα ή το άλλο άκρο του συνεχούς. Για παράδειγμα, το άγχος είναι χρήσιμο, επειδή μας βοηθά να είμαστε σε εγρήγορση για τα προβλήματά μας και μας κινητοποιεί για να τα επιλύσουμε. Από την άλλη, δεν βοηθά όταν είναι πολύ έντονο και αρχίζει να επηρεάζει τη λειτουργικότητά μας στην καθημερινή ζωή.

Το αντίθετο της άποψης αυτής είναι η θεώρηση των βιωμάτων ως «άσπρο-μαύρο». Για παράδειγμα, τα πράγματα είναι είτε κακά είτε καλά, οι άνθρωποι είναι ή επιτυχημένοι ή αποτυχημένοι. Αυτός ο τρόπος σκέψης, «όλα ή τίποτα», δεν επιτρέπει να αναγνωρίσουμε διαβαθμίσεις στις εμπειρίες ή γκριζες ζώνες. Είναι απόλυτος και δεν επιτρέπει την πιθανότητα αλλαγής. Δεν είναι ακριβής καταγραφή της πραγματικότητας και μπορεί να επηρεάζει τη ζωή του ατόμου σε όλους τους τομείς.

Η σκέψη τύπου «άσπρο-μαύρο» περιορίζει την επίδραση των παραγόντων κινδύνου και την ανταπόκριση του ατόμου στη θεραπεία. Γι' αυτό τον λόγο, το θέμα αυτό πρέπει να συζητηθεί με την ασθενή στην αρχή της θεραπείας, ώστε να γίνουν κατανοητές οι προσδοκίες της από τη θεραπευτική διαδικασία και τους στόχους της ΓΣΘ. Για παράδειγμα, στόχος της θεραπείας είναι να μετακινηθεί σιγά-σιγά από τη μια κατάσταση στην άλλη, παρά να γίνει μια άμεση, απότομη αλλαγή μεταξύ δύο αντίθετων και αντικρουόμενων καταστάσεων. Το ζήτημα αυτό μπορεί να επανέλθει κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όταν διαπιστώνεται σκέψη, συναισθήματα και συμπεριφορά τύπου «άσπρο-μαύρο», έτσι ώστε να ενθαρρυνθεί η ασθενής να δει τα πλεονεκτήματα της σταδιακής αλλαγής,

αντί να εστιάζεται στην αποτυχία να αλλάξει ολοκληρωτικά. Η αντίληψη των σκέψεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών μ' αυτό τον τρόπο σημαίνει ότι οι ασθενείς μπορούν να γίνουν πιο ευέλικτες και να προσαρμόζονται πιο εύκολα στο περιβάλλον τους.

#### 1.5.4 Καθορισμός στόχων

Πολλές από τις ασθενείς μας έχουν σκέψη του τύπου «άσπρο-μαύρο», που διαπερνά κάθε πτυχή της ζωής τους. Επομένως, δεν είναι παράξενο που μεταφέρουν αυτό τον τρόπο αντίληψης του κόσμου και στις προσδοκίες τους από τη θεραπεία. Πολλές θέλουν να κάνουν αμέσως το άλμα από τη διαταραχή στην πλήρη ίαση. Είναι σημαντικό να διερευνήσουμε με τη σωκρατική μέθοδο ερωτήσεων αν αυτό είναι δυνατόν (ή ακόμα κι αν είναι επιθυμητό, επειδή μπορεί να αφήσει την εντύπωση στην ασθενή ότι δεν διαθέτει στρατηγική αντιμετώπισης υποτροπών, όταν κάνει μικρά βήματα προς τα πίσω). Έτσι τονίζουμε τη σημασία των βραχυ-, μεσο- και μακροπρόθεσμων στόχων, όπου τα απαιτούμενα βήματα είναι πιο εύκολο να επιτευχθούν. Επίσης τονίζουμε ότι είναι πιθανόν να δουλέψουμε με τους βραχυ- και μεσοπρόθεσμους στόχους στη θεραπεία, αφού οι μακροπρόθεσμοι στόχοι της ασθενούς μπορεί να απαιτούν πολλά χρόνια για να επιτευχθούν. Έτσι, όταν στοχεύουμε στους βραχυ- και μεσοπρόθεσμους στόχους, ενθαρρύνουμε την ασθενή να σκεφθεί αν οι μακροπρόθεσμοι στόχοι της μπορούν να επιτευχθούν χωρίς αυτό το ενδιάμεσο στάδιο. Ωστόσο, για να είμαστε συνεπείς με τη μεταφορά του ρόλου του θεραπευτή από τον κλινικό στην ασθενή, τονίζουμε ότι πρέπει να εφαρμόσει αυτό τον τρόπο σκέψης στη διαχείριση της καθημερινής της ζωής. Επίσης, την ενθαρρύνουμε να δει και τους μακροπρόθεσμους στόχους ως δυνητικά ευέλικτους, αφού επιτρέπεται να αλλάζει ο τρόπος σκέψης καθώς εξελίσσεται (όπως συμβαίνει στους περισσότερους ανθρώπους).

#### 1.6 Η αξία της αναδιατύπωσης

Η αναδιατύπωση του περιστατικού είναι απαραίτητη, επειδή διασφαλίζει την απαιτούμενη συνεργασία με την ασθενή και καθοδηγεί τη ΓΣΘ. Προσεγγίζουμε τη διαδικασία αυτή λεπτομερώς στο Κεφάλαιο 8. Ωστόσο, εδώ είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι πρέπει να εξηγήσουμε στην ασθενή τον λόγο για τον οποίο εστιάζουμε σ' αυτό το στοιχείο της ΓΣΘ. Στη συζήτηση σχετικά με την αναδιατύπωση τονίζουμε τέσσερα σημαντικά σημεία.

Πρώτον, η αναδιατύπωση είναι μια «εργασία σε εξέλιξη». Αναφερόμαστε σ' αυτή ως προκαταρκτική κατανόηση των προβλημάτων, που θα τροποποιείται μαζί με τα προβλήματα, καθώς προκύπτουν νέες πληροφορίες. Αυτή η προσέγ-

γηση επισημαίνει στις ασθενείς ότι αυτή είναι η θεραπεία τους και ότι πρέπει να διαδραματίσουν ενεργό ρόλο στην αποκατάσταση, παρά να αποδέχονται παθητικά τη σοφία του κλινικού. Δεύτερον, η αναδιατύπωση καθιστά δυνατή τη δημιουργία θεραπευτικής συμμαχίας, αφού είναι ίσως η πρώτη φορά που γίνεται κατανοητό, σε κάποιο βαθμό, πώς μπορεί να φαίνεται στην ασθενή ότι μια σειρά ασύνδετων συμπεριφορών μπορεί να έχουν νόημα. Τρίτον, αυτή η κατανόηση του προβλήματος μπορεί να το κάνει να φαίνεται πιο εύκολο, τόσο στην ασθενή όσο και στον κλινικό. Τέταρτο, πολύ συχνά οι ασθενείς εμφανίζονται με περισσότερες από μια συννοσηρές καταστάσεις και η αναδιατύπωση μπορεί να δείξει με ποια σειρά πρέπει να αντιμετωπιστούν. Τελευταίο, και πιο σημαντικό, η αναδιατύπωση καθοδηγεί την αποτελεσματική θεραπεία, βοηθώντας τον κλινικό να αποκτήσει μια γενική θεωρία ή μοντέλο και να το εφαρμόσει στη συγκεκριμένη ασθενή. Οι ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής παρουσιάζουν πολλές δυσκολίες στη συμπεριφορά. Η καλή αναδιατύπωση πρέπει να παρέχει τον «χάρτη» της θεραπείας. Η αναφορά στην αναδιατύπωση σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας (και η τροποποίησή της όπου κρίνεται απαραίτητο) μπορεί να βοηθήσει τον κλινικό να διασφαλίσει ότι αντιμετωπίζονται όλοι οι παράγοντες που συντηρούν τη συμπεριφορά.

### **1.7 Η σημασία των συμπεριφορικών πειραμάτων**

Στο βιβλίο αυτό τονίζουμε τη σημασία της ενσωμάτωσης των γνωσιακών και συμπεριφορικών στοιχείων της ΓΣΘ για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Συμφωνούμε με την άποψη (που υποστηρίζεται εμπειρικά) ότι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής χαρακτηρίζονται από ειδικές γνώσεις σχετικά με το φαγητό, το βάρος και το σχήμα του σώματος (π.χ. Fairburn et al., 2003). Ωστόσο, η αποτελεσματική αλλαγή αυτών των γνωσιών εξαρτάται από συμπεριφορικά πειράματα, όπως φάνηκε και σε άλλους τομείς της ψυχοπαθολογίας. Η εμπειρία μας δείχνει ότι η γνωσιακή αναδόμηση από μόνη της είναι λιγότερο αποτελεσματική. Οι συμπεριφορικές θεραπείες από μόνες τους δεν είναι αποτελεσματικές όταν εστιάζονται στη διαταραχή διατροφής σφαιρικά (π.χ. Fairburn et al., 1995), ούτε είναι αρκετή η εφαρμογή της γνωσιακής θεραπείας (π.χ. γνωσιακή αναδόμηση σχετικά με τον κίνδυνο αύξησης του βάρους βασισμένη σε ψυχοεκπαίδευση και στην προηγούμενη εμπειρία του ατόμου), ενώ ενθαρρύνεται συμπεριφορική αλλαγή (π.χ. αλλαγές στη δίαιτα), εκτός κι αν και τα δύο αυτά στοιχεία ενσωματώνονται έτσι, ώστε η αλλαγή συμπεριφοράς να χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο των πεπειθησών (π.χ. αλλαγή στη δίαιτα για να διαπιστωθεί η αναμενόμενη καταστροφική επίδραση στο βάρος). Η ΓΣΘ για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής εξαρτάται από τον τύπο αυτής της ενσωμάτωσης. Για τον λόγο αυτό η χρήση

των συμπεριφορικών πειραμάτων για την αλλαγή των πεποιθήσεων είναι ένα βασικό θέμα αυτού του βιβλίου (βλ. Κεφ. 21 και 22).

Η εμπειρία μας δείχνει ότι πολλοί κλινικοί ΓΣΘ εστιάζονται σε γνωσιακές προκλήσεις για να αντιμετωπίσουν τις βασικές πεποιθήσεις. Αυτή η αλλαγή του αντικειμένου της προσοχής συμβαίνει επειδή πολλές ασθενείς περιγράφουν ως αδύνατη την αλλαγή στη συμπεριφορά τους (ή εκφράζουν τη διάθεση για αλλαγή, αλλά αποτυγχάνουν να το κάνουν). Όμως, όπως έχει ήδη τονιστεί, δουλεύοντας μόνο με τις γνωσίες, χάνουμε τη δυναμική της ΓΣΘ. Πραγματικά η στροφή της προσοχής κυρίως στις γνωσίες φαίνεται ότι αποθαρρύνει την αλλαγή, μέσα από την εκπαίδευση της ασθενούς να αποφεύγει ή να αρνείται τις απαιτήσεις της θεραπείας. Γι' αυτό τονίζουμε τη σημασία των συμπεριφορικών πειραμάτων – αν δεν τα χρησιμοποιούμε για να αλλάξουμε τις γνωσίες, η θεραπεία δεν είναι ΓΣΘ.