

# Η αξιολόγηση και η αποτελεσματικότητα των ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών και της ψυχανάλυσης

Thomas Rabeyron<sup>1</sup>

Μετάφραση στα ελληνικά: Οικονομίδης Δημήτρης<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Καθηγητής κλινικής ψυχολογίας και ψυχοπαθολογίας, Πανεπιστήμιο Lorraine, Interpsy, 23 Boulevard Albert 1er, 54000 Nancy, Γαλλία Email: thomas.rabeyron@univ-lorraine.fr

<sup>2</sup> Ψυχίατρος-ψυχοθεραπευτής, μέλος του ΔΣ του ΙΨΥΠΕ Π. Σακελλαρόπουλος

«Λογοτεχνική ή επιστημονική, γενική ή εξειδικευμένη, όλη μας η εκπαίδευση  
είναι κατά κύριο λόγο λεκτική και, ως εκ τούτου,  
αποτυγχάνει να συνοδεύσει αυτό που υποτίθεται πως έχει ως σκοπό της.  
Αντί να μετατρέπει τα παιδιά σε πλήρως αναπτυγμένους ενήλικες,  
κατασκευάζει φοιτητές φυσικών επιστημών που δεν έχουν καμία συνείδηση  
της Φύσης ως πρωταρχικού γεγονότος της εμπειρίας,  
και επιβάλλει στον κόσμο φοιτητές ανθρωπιστικών σπουδών  
που δεν γνωρίζουν τίποτα για την ανθρωπινότητα — ούτε τη δική τους ούτε κανενός  
άλλου».

Aldous Huxley,  
Οι Πύλες της Αντίληψης, 1954

## Περιεχόμενα

|                                                                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Εισαγωγή .....                                                                                                                   | 1  |
| 1.1 Η σημασία της αξιολόγησης των ψυχοθεραπειών .....                                                                               | 1  |
| 1.2 Αντιπαραθετικές συζητήσεις γύρω από την αξιολόγηση των ψυχαναλυτικών<br>ψυχοθεραπειών και της ψυχανάλυσης .....                 | 3  |
| 2. Η αξιολόγηση των ψυχοθεραπειών .....                                                                                             | 7  |
| 2.1. Για την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπειών και τη σύγκρισή τους: το<br>παράδοξο της ισοδυναμίας .....                        | 7  |
| 2.2 Ποιες είναι οι ιδιότητες μιας αποτελεσματικής ψυχοθεραπείας σύμφωνα με<br>την εμπειρική έρευνα ; .....                          | 13 |
| 3. Η εμπειρική αξιολόγηση των ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών και της<br>ψυχανάλυσης .....                                              | 15 |
| 3.1. Οι ΨΨΨ έχουν αποδειχθεί εμπειρικά ως αποτελεσματικές για το σύνολο των<br>ψυχιατρικών διαταραχών .....                         | 16 |
| 3.2. <i>Οι ΨΨΨ αποδεικνύονται εξίσου αποτελεσματικές με τις άλλες ψυχοθεραπείες<br/>        όταν αξιολογούνται εμπειρικά .....</i>  | 18 |
| 3.3 Τα χαρακτηριστικά των ΨΨΨ συσχετίζονται με την θεραπευτική<br>αποτελεσματικότητα .....                                          | 19 |
| 3.4. Οι ΨΨΨ παράγουν θεραπευτικά αποτελέσματα μακροπρόθεσμα στο επίπεδο<br>της προσωπικότητας και μετά το τέλος της θεραπείας ..... | 22 |
| 4. Η ποιοτική αξιολόγηση και η αξιολόγηση της διαδικασίας των ψυχαναλυτικών<br>ψυχοθεραπειών και της ψυχανάλυσης .....              | 26 |
| 4.1 Μεθοδολογικά προβλήματα των εμπειρικών προσεγγίσεων: η κρίση της<br>αναπαραγωγιμότητας .....                                    | 26 |
| 4.2 Ποιοτικές και εννοιολογικές προσεγγίσεις: τρία παραδείγματα έρευνας .....                                                       | 32 |
| 5. Συμπέρασμα .....                                                                                                                 | 37 |
| Βιβλιογραφία .....                                                                                                                  | 40 |

## 1. Εισαγωγή

### 1.1 Η σημασία της αξιολόγησης των ψυχοθεραπειών

Σχεδόν ένας στους τέσσερις Γάλλους θα παρουσιάσει κάποια στιγμή στη ζωή του μια ψυχιατρική διαταραχή<sup>3</sup>. Υπολογίζεται ότι δύομισι εκατομμύρια άνθρωποι λαμβάνουν φροντίδα κάθε χρόνο από ψυχιατρικές δομές, γεγονός που αντιστοιχεί σε περισσότερες από είκοσι εκατομμύρια κλινικές – εκτός νοσηλείας - πράξεις ετησίως<sup>4</sup>. Η ψυχική οδύνη μπορεί να είναι ιδιαίτερα οξεία και εκδηλώνεται, μεταξύ άλλων, με πάνω από πεντακόσιες επισκέψεις στα επείγοντα καθημερινά λόγω απόπειρας αυτοκτονίας και περίπου είκοσι πέντε αυτοκτονίες την ημέρα. Αυτή η κατάσταση έχει τεράστιο κόστος για την κοινωνία και αποτελεί τη μεγαλύτερη δαπάνη της Κοινωνικής Ασφάλισης, με περίπου 20 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως. Το συνολικό, κοινωνικό και οικονομικό, κόστος των ψυχιατρικών διαταραχών εκτιμάται σε πάνω από 100 δισεκατομμύρια ευρώ τον χρόνο. Η ψυχική οδύνη μπορεί να οδηγήσει σε: παρορμητικές πράξεις ( πέρασμα σε πράξη ), ψυχοσωματικές διαταραχές, εξαρτήσεις, αναρρωτικές άδειες, κοινωνικό αποκλεισμό, καταστάσεις αποκλεισμού, των οποίων οι συνέπειες πιθανότατα υπερβαίνουν κατά πολύ αυτά τα λίγα στοιχεία. Όλα αυτά καθιστούν την ψυχική υγεία κρίσιμο ζήτημα, καθώς η επιδείνωσή της μπορεί να έχει παθογόνες συνέπειες μακροπρόθεσμα [1,2]<sup>5</sup>.

Είναι λοιπόν ουσιώδες να αναπτυχθούν κατάλληλες μορφές φροντίδας, οι οποίες να λαμβάνουν υπόψη, τόσο την επιστημονική βιβλιογραφία όσο και τις οικονομικές προκλήσεις. Αλλά αυτό το έργο είναι δύσκολο, επειδή οι λόγοι για τους οποίους κάποιος υποφέρει ψυχικά είναι πολύπλοκοι και πολυπαραγοντικοί – βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνιολογικοί, ανθρωπολογικοί. Εξάλλου, οι λόγοι αυτοί παραμένουν αινιγματικοί για τον ίδιο τον ασθενή, όταν έρθει να λάβει βοήθεια, μιας και αγνοεί πλήρως τις αιτίες της δυσφορίας του. Η βελτίωση του ασθενούς εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, από τους οποίους περίπου το 40% είναι ανεξάρτητο από το

---

<sup>3</sup> Τα δεδομένα της παραπάνω παραγράφου προέρχονται από τον «Οδικό Χάρτη για την Ψυχική Υγεία και την Ψυχιατρική» που δημοσιεύτηκε από το Υπουργείο Υγείας στις 28 Ιουνίου 2018.

<sup>4</sup> Σύμφωνα με μια Έκθεση του Συνεργαζόμενου Κέντρου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (CCOMS) του 2007, σχεδόν ένας στους τέσσερις ενήλικες παρουσίαζε μια ψυχιατρική διαταραχή βάσει της κλίμακας MINI σε έναν ψυχιατρικό τομέα (στα ανατολικά προάστια της Λιλ). Μόνο ένα μικρό μέρος αυτού του πληθυσμού (περίπου 10%) βρισκόταν υπό παρακολούθηση, γεγονός που δείχνει ότι η μεγάλη πλειονότητα των ατόμων που υποφέρουν ψυχικά παραμένουν εκτός των παραδοσιακών δομών φροντίδας.

<sup>5</sup> Γράφουμε αυτές τις γραμμές κατά τη διάρκεια της πανδημίας του Covid-19 και δεν μπορούμε να μην σκεφτούμε ότι η τρέχουσα κατάσταση, η οποία οφείλεται εν μέρει στη δραστική μείωση του αριθμού των κλινών στις μονάδες εντατικής θεραπείας, έχει το αντίστοιχό της και στον χώρο της ψυχιατρικής. Δυστυχώς, οι επιζήμιες συνέπειες της πολιτικής λιτότητας σε αυτόν τον τομέα είναι πιο δύσκολο να αξιολογηθούν, αλλά είναι εξίσου παρούσες, όπως διαπιστώνουν καθημερινά οι επαγγελματίες υγείας στο πεδίο. Πρόκειται για μια επιδημία ψυχικής οδύνης που εξαπλώνεται στη Γαλλία και της οποίας οι συνέπειες αναμένεται να είναι πολύ πιο μακροχρόνιες από εκείνες του Covid-19.

θεραπευτικό πλαίσιο [3] αυτό καθαυτό. Για παράδειγμα, η στήριξη από το περιβάλλον είναι συχνά καθοριστική<sup>6</sup>.

Σε αυτό συνολικό πλαίσιο, οι ψυχοθεραπείες παραμένουν η «βασιλική οδός» [ Σ.τ.Μ: παραπέμπει στη φράση του Φρόυντ : τα όνειρα είναι η βασιλική οδός προς το ασυνείδητο] για να συνοδεύσουμε την ψυχική οδύνη<sup>7</sup>, όπως μαρτυρεί μια πλούσια επιστημονική βιβλιογραφία άνω των σαράντα ετών [4]<sup>8</sup>. Οι ασθενείς, μάλιστα, προτιμούν τις ψυχοθεραπείες έναντι των φαρμάκων [5]. Επομένως, είναι απαραίτητο να κατανοήσουμε πώς λειτουργούν οι ψυχοθεραπείες και ποια είναι η φύση της αποτελεσματικότητάς τους. Και όντως, οι διαφορές σε αυτό το επίπεδο μπορούν να έχουν πολύ σημαντικές συνέπειες στην ποιότητα της φροντίδας και στις δημόσιες δαπάνες [6]. Για παράδειγμα, οι ψυχοθεραπείες μειώνουν τη διάρκεια και τη συχνότητα των νοσηλείων όπως και τη συχνότητα των αποπειρών αυτοκτονίας [7]. Αντίθετα, μια ακατάλληλη πολιτική στον τομέα της ψυχοθεραπευτικής πολιτικής μπορεί να αποβεί εξαιρετικά δαπανηρή. Ορισμένες πρόσφατες μελέτες αναδεικνύουν πιθανές ιατρογενείς παρενέργειες ορισμένων ψυχοθεραπειών, καθώς και ότι κάποιοι θεραπευτές επιδεινώνουν την ψυχική κατάσταση των ασθενών τους [8]. Αυτά τα στοιχεία τονίζουν, αφετηριακά, την ανάγκη - αλλά και την πολυπλοκότητα – οι οποίες ενυπάρχουν, όταν σκεφτόμαστε την αξιολόγηση των ψυχοθεραπευτικών πρακτικών.

Στην προοπτική της αξιολόγησης, ο τομέας των Ψ/Θ παρουσιάζει συνήθως μια αντίθεση ανάμεσα σε δύο μεγάλα ρεύματα σκέψης [9]. Πρόκειται, από τη μία, για τον εμπειρισμό – που συνδέεται με μια μορφή θετικισμού – ο οποίος συνίσταται στη μελέτη των ψυχοθεραπειών, μέσω μεθόδων και θεωριών που προέρχονται κυρίως από τις φυσικές επιστήμες και την ιατρική. Από την άλλη, είναι η ερμηνευτική προσέγγιση, η οποία προτείνει μια θεώρηση των ψυχοθεραπειών επηρεαζόμενη περισσότερο από τη φιλοσοφία και τις ανθρωπιστικές επιστήμες. Δίνει έμφαση στο νόημα που έχουν τα συμπτώματα και αντιλαμβάνεται την ψυχοπαθολογία σε συνάρτηση με την υποκειμενική της εγγραφή σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό, πολιτισμικό και ανθρωπολογικό πλαίσιο [10]. Αυτές οι δύο τάσεις οδηγούν σε αντιπαραθέσεις που παίρνουν τη μορφή επαναλαμβανόμενων συζητήσεων στο χώρο της ψυχοθεραπείας [9,11].

---

<sup>6</sup> Σύμφωνα με τα δεδομένα της Έκθεσης του CCOMS του 2007.

<sup>7</sup> Σ.τ.Μ: προτίμησα να μεταφράσω αυτολεξεί αυτή την, κατ' εμέ, υπέροχη, πολύ πιο σφαιρική, πιο πλήρη έκφραση των γαλλικών. «Συνοδεύσουμε» αντί για το «αντιμετωπίζουμε»

<sup>8</sup> Σύμφωνα πάντα με την έκθεση του CCOMS, η ψυχοθεραπεία επέτρεψε τη βελτίωση ή τη διακοπή των διαταραχών των ασθενών σύμφωνα με τα ακόλουθα ποσοστά: καταθλιπτικές διαταραχές (71,2 %), γενικευμένο άγχος (71,8 %), προβλήματα αλκοόλ (61,4 %) και ναρκωτικών (49 %), και τέλος, ψυχωτικές διαταραχές (69,2 %). Προκύπτει λοιπόν από αυτά τα στοιχεία ότι η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική κατά μέσο όρο για περίπου τα δύο τρίτα των ασθενών.

## 1.2 Αντιπαραθετικές συζητήσεις γύρω από την αξιολόγηση των ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών και της ψυχανάλυσης

Οι Ψυχαναλυτικές Ψυχοθεραπείες και η Ψυχανάλυση<sup>9</sup> – τις οποίες προτείνουμε σε αυτήν την εργασία να ονομάζουμε με το αρκτικόλεξο «ΨΨΨ» – συνδέονται περισσότερο με την ερμηνευτική προσέγγιση. Έχουν, κατά συνέπεια, την τάση να υιοθετούν μια πιο επιφυλακτική θέση απέναντι στην εμπειρική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους<sup>10</sup>. Υπάρχουν ουσιαστικοί και θεμιτοί λόγοι που στηρίζουν μια τέτοια θέση [14], την οποία υπερασπίστηκαν για πολλά χρόνια σημαντικές μορφές της ψυχανάλυσης όπως ο Ζακ Λακάν [15] ή ο Αντρέ Γκριν [16]. Η θέση αυτή βασίζεται, μεταξύ άλλων, στην κριτική για τον κίνδυνο συρρίκνωσης της υποκειμενικότητας στα νούμερα, στους μεθοδολογικούς και επιστημολογικούς περιορισμούς του εμπειρισμού<sup>11</sup>, σε μια αντίσταση απέναντι σε κανόνες αξιολόγησης, που παραλύουν τη σκέψη και τη δράση, καθώς και σε μια ορισμένη δυσπιστία απέναντι στην αγγλοσαξονική πολιτισμική επιρροή [18]. Πιο πρόσφατα, πολλοί συγγραφείς έχουν, επίσης, ασκήσει κριτική στις παρεκκλίσεις του DSM-5 και της βιολογικής ψυχιατρικής, των οποίων οι μέθοδοι μπορεί να στερούνται συνοχής [19,20]. Για παράδειγμα, το γεγονός ότι εργάζεται κανείς με ασθενείς που πάσχουν μόνο από μια συγκεκριμένη παθολογία (αποκαλούμενη «μονονοσηρότητα») [21,22], ο σύντομος χρόνος της αξιολόγησης των θεραπειών (μερικές φορές μόνο λίγες εβδομάδες) ή ακόμη η αναγκαιότητα να ακολουθείται ένα εγχειρίδιο [DSM-5] κατά γράμμα, αποτελούν στοιχεία, η καταλληλότητα των οποίων αμφισβητείται ευρέως στο πεδίο των ψυχοθεραπειών [21,22]. Οι διάφοροι αυτοί λόγοι δικαιολογούν, επομένως, μια μορφή επιφύλαξης απέναντι στην εφαρμογή ενός αφελούς εμπειρισμού σε αυτόν τον τομέα. Άλλωστε, χωρίς αμφιβολία, δεν υπάρχει χειρότερος ιδεολόγος από εκείνον που ισχυρίζεται ότι δεν έχει ιδεολογία, και ο ριζοσπαστικός εμπειρισμός, που τείνει να εξαπλωθεί σήμερα είναι, από αυτήν την άποψη, μια από τις πιο ανησυχητικές μορφές ιδεολογίας<sup>12</sup>. Η γαλλική κλινική προσέγγιση — ή ακόμη γενικότερα το γαλλικό πνεύμα — χαρακτηρίζεται, αντιθέτως, από ένα επιστημολογικό και εννοιολογικό βάθος που τείνει να αποδομεί τα θεωρητικά οικοδομήματα που είναι «κατά προσέγγιση»<sup>13</sup>. Και

<sup>9</sup> Όσον αφορά τις σχέσεις μεταξύ ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών και ψυχανάλυσης, προτείνουμε να τις εξετάζουμε σύμφωνα με μια λογική συνέχειας στο επίπεδο των διαδικασιών. Διακρίνονται ουσιαστικά μόνο από μια διαφορά βαθμού και όχι φύσης. Για το θέμα αυτό, βλέπε ιδίως: [12]. Σημειώνεται επίσης ότι θα χρησιμοποιούμε χωρίς διάκριση τους όρους «ψυχαναλυτικός» και «ψυχοδυναμικός».

<sup>10</sup> Πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι η αρχική προσέγγιση του Φρόυντ δεν μπορεί να περιοριστεί σε αυτήν την ερμηνευτική διάσταση. Λόγω της εκπαίδευσής του ως νευρολόγου και ερευνητή, το έργο του εντάχθηκε αρχικά σε μια βαθιά εμπειρική προσέγγιση. Η επιστημολογία της ψυχανάλυσης βασίζεται στην πραγματικότητα σε ένα σύνθετο μείγμα εμπειρισμού και ερμηνευτικής [13].

<sup>11</sup> Ειδικότερα, η αδυναμία να διακριθεί με ακρίβεια ο παρατηρητής από αυτό που παρατηρεί [17]. Θα δούμε λίγο παρακάτω πώς αυτή η αρχή, πάνω στην οποία στηρίζεται η ψυχανάλυση, επανέρχεται διαρκώς στις δυσκολίες που συναντώνται όταν τίθεται ζήτημα εμπειρικής αξιολόγησης των ψυχοθεραπειών.

<sup>12</sup> Σημειώνεται ότι αυτή η μορφή εμπειρισμού συνδέεται συχνά με μια απουσία επιστημολογικού στοχασμού. Ο ερευνητής ή ο κλινικός δεν αναπτύσσει τότε ιδιαίτερα την αναστοχαστικότητά του απέναντι στις μεθόδους που χρησιμοποιεί. Αυτή η κατάσταση αποτελεί δυστυχώς το έδαφος πάνω στο οποίο ανθίζουν ιδεολογικές θέσεις που καθιστούν δύσκολη την εμφάνιση αντιπαραθετικών και δημιουργικών συζητήσεων [23].

<sup>13</sup> Σ.τ.Μ: αθεωρητικά

πράγματι, η αξιολόγηση είναι συχνά δομημένη με λαθεμένο τρόπο, είναι αντικείμενο «κακομεταχείρισης» και οδηγείται στο να «κακομεταχειρίζεται» την πραγματικότητα, η οποία έχει συρρικνωθεί σε ακρωτηριαστικές νόρμες. Μια τέτοια προσέγγιση εκφράζεται, μερικές φορές, μέσω μετρήσεων και στατιστικών αναλύσεων αποσυνδεδεμένων από κάθε κλινική προσέγγιση [24].

Αλλά υπάρχουν επίσης λόγοι — ακόμη και ξεκάθαρες αντιστάσεις — που μπορεί να φαίνονται λιγότερο εύλογοι απέναντι στην αξιολόγηση των ΨΨΨ. Έτσι, το γεγονός ότι τις μελετά κανείς ως ψυχοθεραπείες «όπως όλες οι άλλες» δεν θα μπορούσε να τις κάνει να χάσουν ένα ορισμένο βάθος; Δεν θα κινδύνευαν — σε σχέση με το «χρυσάφι» της ανάλυσης — να μοιάζουν λιγότερο «αποτελεσματικές» από τον «χαλκό» των μη ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών;<sup>14</sup> [25]. Επιπλέον, το απόλυτα προσωπικό πλαίσιο, η οικειότητα της θεραπευτικής συνεδρίας και του αναλυτικού ντιβανιού δεν θα έπρεπε να παραμείνει ένας ιερός χώρος, ειδάλλως θα διέτρεχε τον κίνδυνο να αλλοιωθεί η ουσία του; Συχνά, μέσω αυτών των επιχειρημάτων, γίνεται επίκληση μιας επαγγελματικής ηθικής. Ωστόσο, αυτή η θέση — που οδηγεί στην άρνηση κάθε αξιολόγησης — δεν θα μπορούσε να κρύβει αιτίες που ομολογούνται πιο δύσκολα; Πρέπει να υπενθυμίσουμε, ότι κάθε θεραπευτική πρακτική φέρνει τον επαγγελματία αντιμέτωπο με την αβεβαιότητα και την αμφιβολία μπροστά στον πόνο του άλλου. Η ψυχοθεραπευτική κλινική είναι, από τη φύση της, μια κλινική της αβεβαιότητας<sup>15</sup>. Από αυτό προκύπτει μια θεμελιώδης αγωνία που καταλαμβάνει κάθε θεραπευτή σχετικά με την πρακτική του και τον οδηγεί στον φόβο μήπως κάνει λάθος ή ακόμη και μήπως προκαλέσει (το) κακό. Μήπως αυτό το βίωμα να βρίσκεται, επίσης, στη ρίζα ορισμένων ιδεολογικών ακαμψιών, καθώς το θεωρητικό πλαίσιο μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο για να πείσει κανείς τον εαυτό του ότι χρησιμοποιεί τη «σωστή» προσέγγιση και επομένως ότι φροντίζει σωστά τους ασθενείς του, ίσως μάλιστα και καλύτερα από τους συναδέλφους του; Αυτή η αγωνία, που ευνοεί τις ιδεολογικές σχάσεις — είτε μεταξύ ψυχοθεραπειών [26]<sup>16</sup>, είτε μεταξύ αναλυτικών σχολών [27] — φωτίζει, εν μέρει, αυτήν την άρνηση κάθε αξιολόγησης της πρακτικής<sup>17</sup>.

---

<sup>14</sup> Σ.τ.Μ: Η φράση «το καθαρό χρυσάφι της ψυχανάλυσης και ο χαλκός της άμεσης υπόδειξης» προέρχεται από τα κείμενα του Σίγκμουντ Φρόυντ, και συγκεκριμένα από τον πρόλογό του το 1888 στη γερμανική μετάφραση έργου του Bernheim. Εκεί ο Φρόυντ διακρίνει την αυθεντική ψυχανάλυση (το «χρυσάφι») από την υπνωτική υποβολή (τον «χαλκό»), αναγνωρίζοντας ωστόσο ότι οι δύο προσεγγίσεις συνδέονται και έχουν πρακτικές εφαρμογές. Η φράση αυτή χρησιμοποιείται συχνά για να αναδείξει τόσο την πολυπλοκότητα όσο και την «καθαρότητα» της αναλυτικής μεθόδου σε αντιδιαστολή με πιο άμεσες και κατευθυντικές τεχνικές.

<sup>15</sup> Βλ. το εξαιρετικό άρθρο του David Brooks με τίτλο *Heroes of uncertainty*, που δημοσιεύτηκε στις 27 Μαΐου 2013 στους *New York Times*.

<sup>16</sup> Δεν θα μπορούσαμε άραγε να φανταστούμε έναν χώρο της ψυχιατρικής, της κλινικής ψυχολογίας και της ψυχοθεραπείας που να βασίζεται σε αντιπαραθετικούς και ουσιαστικούς διαλόγους, και όχι σε αλληλοκατηγορίες μέσω των μέσων ενημέρωσης όπως παρατηρούμε σήμερα;

<sup>17</sup> Αυτή η άρνηση μπορεί να λάβει ποικίλες μορφές: άρνηση συγγραφής ενός κειμένου που θα αποτύπωνε μια θεραπευτική πορεία, κατηγορηματική αντίθεση στην καταγραφή μιας ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας παρά τη συγκατάθεση του ασθενούς και της δομής φροντίδας κ.ά.

Από αυτή την άποψη, η αντιπαραθετική συζήτηση [débat] μεταξύ του Daniel Stern και του André Green, που πραγματοποιήθηκε την 1η Νοεμβρίου 1997 στο *University College* του Λονδίνου, είναι ιδιαίτερα διαφωτιστική [28]. Σε αυτήν, ο Green ασκεί έντονη κριτική στην εμπειρική αξιολόγηση της ψυχανάλυσης, ιδίως εκείνης που προκύπτει από τις παρατηρήσεις μητέρας-βρέφους. Κατά τη γνώμη του, η ψυχανάλυση αφορά μια ψυχική ύλη που δεν είναι άμεσα παρατηρήσιμη. Δεν μπορούμε, επομένως, να συναγάγουμε τις ιδιαιτερότητές της παρά μόνο εκ των υστέρων, εκκινώντας, πιο ιδιαίτερα, από την ανάλυση της μεταβίβασης, των ονείρων και του ελεύθερου συνειρμού. Ο ψυχαναλυτής δεν ενδιαφέρεται για το παιδί όπως υπάρχει στην πραγματικότητα, αλλά για το «παιδικό», δηλαδή όπως αυτό αναδομείται από το υποκείμενο μέσα από την ψυχική του πραγματικότητα και τις φαντασιώσεις του. Κατά συνέπεια, κάθε εμπειρική προσέγγιση της ψυχανάλυσης δεν κάνει κάτι άλλο παρά να την ανατρέπει και να τη συρρικνώνει σε μια απλουστευτική — και ουσιαστικά ψευδή — εκδοχή της ψυχικής ζωής. Αντίθετα, ο Stern, όπως και ο Fonagy, στη συνέχεια των εργασιών του Bowlby, υποστηρίζουν ότι η αξιολόγηση στο «εδώ και τώρα» μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη για την ψυχανάλυση, με έμμεσο τρόπο και χωρίς να υποκαθιστά τις αρχές της. Αυτή η προσέγγιση θα μπορούσε επίσης, σύμφωνα με τους ίδιους, να επιτρέψει να ελεγχθούν ορισμένες υποθέσεις της ψυχανάλυσης<sup>18</sup>.

Ο Jonathan Shedler [29] πρότεινε μια ενδιαφέρουσα ανάγνωση αυτής της συζήτησης, υπενθυμίζοντας, πριν από οτιδήποτε, τη διάκριση μεταξύ πλαισίου ανακάλυψης (το οποίο παράγει υποθέσεις) και πλαισίου αιτιολόγησης (το οποίο ελέγχει αυτές τις υποθέσεις) στον επιστημονικό χώρο. Το ψυχαναλυτικό πλαίσιο επιτρέπει τη γένεση πολλών υποθέσεων και εμφανίζεται, ως εκ τούτου, ως ένα, κατ' εξοχήν, «πλαίσιο ανακάλυψης». Αντιθέτως, το πλαίσιο αιτιολόγησης των υποθέσεων που προκύπτουν, εξαρτάται, κατά κύριο λόγο, από υποκειμενικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ταύτιση του αναλυτή με έναν άλλο αναλυτή, έναν επόπτη ή ένα θεσμικό πλαίσιο, οδηγώντας σε μια ευαισθησία ως προς την ψυχαναλυτική θεωρία, που μπορεί να ευνοήσει τις σχάσεις, εφόσον δεν υπάρχει κανένα σαφές κριτήριο διαχωρισμού για να καθοριστεί η εγκυρότητα μιας υπόθεσης. Είναι σωστό, επομένως, σύμφωνα με τον Shedler, να ελεγχθούν ορισμένες από τις ιδέες, που γεννά η ψυχανάλυση· και δίνει διάφορα παραδείγματα όπου ένα τέτοιο εγχείρημα υπήρξε επιτυχές<sup>19</sup>. Επικαλείται επίσης αρκετά κείμενα του Freud, ο οποίος πρότεινε, ήδη από τότε, να «συγκριθούν τα αποτελέσματα που παράγονται από σωστά εκπαιδευμένους αναλυτές» προκειμένου να καθοριστεί η εγκυρότητα των ψυχαναλυτικών υποθέσεων. Αυτή η διάσταση απόψεων ανάμεσα στον Green και τον Stern δημιούργησε μια γραμμή ρήξης

---

<sup>18</sup> Για παράδειγμα, η υπόθεση μιας αυτιστικής φάσης στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, η οποία, εξάλλου, φαίνεται να έχει σε μεγάλο βαθμό διαψευστεί από την εμπειρική έρευνα που αφορά την παρατήρηση μητέρας-βρέφους.

<sup>19</sup> Ένα παράδειγμα είναι το εξής : αν και η προβληματική ταύτιση αποτελεί έννοια που αναπτύχθηκε από την ψυχαναλυτική παρατήρηση, είναι δυνατόν να αξιολογηθεί εμπειρικά, δείχνοντας με ποιο τρόπο ορισμένοι ασθενείς τείνουν να τη χρησιμοποιούν κατά προτεραιότητα και πώς η χρήση αυτού του αμυντικού μηχανισμού μειώνεται μέσω μιας ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας [30].

μεταξύ των αγγλοσαξονικών και γαλλόφωνων ψυχαναλυτικών προσεγγίσεων, γεγονός που ενίσχυσε την απομόνωση της γαλλικής ψυχανάλυσης σε διεθνές επίπεδο. Πράγματι, ελάχιστοι επέλεξαν να συνεχίσουν μια εμπειρική διερεύνηση της ψυχανάλυσης στη Γαλλία, ακολουθώντας, έτσι, τις θέσεις του Green και, πριν από αυτόν, του Lacan.

Αυτές οι αποκλίσεις απόψεων θα μπορούσαν σήμερα να φαίνονται παρωχημένες, διότι τα ουσιώδη ζητήματα βρίσκονται σε άλλα επίπεδα και, πιθανότατα, απαιτούν μια διαλεκτική σύνθεση αυτών των δύο θέσεων<sup>20</sup>. Το ζητούμενο είναι, συγκεκριμένα, το πώς μπορούμε, με τον καταλληλότερο τρόπο, να αξιολογήσουμε τις ψυχικές διεργασίες μέσα από συμπληρωματικές οπτικές. Υπ' αυτή την έννοια, η διασταύρωση των προσεγγίσεων επιτρέπει να αντισταθμίσουμε τα δυνατά και των αδύναμα σημεία της καθεμίας [32]. Έτσι, η εμπειρική προσέγγιση επιτρέπει να καταστούν λειτουργικές ορισμένες ευρετικές [heuristique] υποθέσεις, οι οποίες έχουν προέλθει από την ψυχανάλυση, γεγονός που στηρίζει τη καταλληλότητα τους και ευνοεί τον διάλογο με άλλα πεδία της έρευνας<sup>21</sup>. Οι σύγχρονες εργασίες στους τομείς της παρατήρησης μητέρας-βρέφους [35] και της νευροψυχανάλυσης [36] αποτελούν εξαιρετικά παραδείγματα. Όσο για την ερμηνευτική προσέγγιση, αυτή προσφέρει μια εξαιρετικά λεπτεπίλεπτη ανάγνωση των ψυχικών διεργασιών, ανάγνωση η οποία υπερβαίνει κατά πολύ την παρατήρηση στο εδώ-και-τώρα, καθώς η ψυχική πραγματικότητα διαφεύγει, ξεγλιστράει, εξαιτίας της ίδιας της φύσης, από κάθε μορφή παρατήρησης της αντικειμενοποιήσιμης πραγματικότητας<sup>22</sup>.

Κλινικοί με αναλυτικό προσανατολισμό, κυρίως στο εξωτερικό, υιοθέτησαν σταδιακά αυτές τις απόψεις και άρχισαν να αξιολογούν τις ΨΨΨ σύμφωνα με αυτές τις

---

<sup>20</sup> 15 Με τον ίδιο τρόπο, η αντίθεση μεταξύ ποσοτικών και ποιοτικών προσεγγίσεων είναι απατηλή, όπως δείχνει πολύ καλά ο Bruno Falissard [31] : κάθε ποσοτικό άρθρο βασίζεται σε ποιοτικά στοιχεία στην ανάλυση των αποτελεσμάτων του και κάθε ποιοτική προσέγγιση τείνει με τον έναν ή τον άλλο τρόπο να «ποσοτικοποιεί» τα αποτελέσματά της, ακόμη κι αν αυτό δεν γίνεται απαραίτητα μέσω μαθηματικών ή στατιστικών εργαλείων.

<sup>21</sup> Να ένα εντυπωσιακό και απροσδόκητο παράδειγμα από τη ζωική βιολογία, δημοσιευμένο στο Nature [33]: εάν βάλουμε πρόβατα να τα μεγαλώσουν κατσίκες — ή το αντίστροφο — μπορούμε να μελετήσουμε εάν, ως ενήλικα ζώα πλέον, θα τείνουν να αναπαραχθούν με ομοειδή της ίδιας τους της species ή με εκείνη που τα ανέθρεψε. Οι ερευνητές ανακάλυψαν έτσι μια προτίμηση για το είδος που τα ανέθρεψε, γεγονός που δείχνει ότι η μητρική φροντίδα στα θηλαστικά έχει καθοριστική επιρροή στην επιλογή σεξουαλικού αντικειμένου. Οι συγγραφείς της μελέτης καταλήγουν από μόνοι τους στο συμπέρασμα ότι το εύρημα αυτό στηρίζει την υπόθεση του οιδιπόδειου συμπλέγματος που πρότεινε ο Freud. Βέβαια, μια τέτοια μελέτη δύσκολα θα αλλάξει την καθημερινή πρακτική ενός αναλυτή αλλά είναι ουσιώδης στο μέτρο όπου επιβεβαιώνει τη συνάφεια μιας ψυχαναλυτικής υπόθεσης, συγκεκριμένα το γεγονός ότι η επιλογή αντικειμένου εξαρτάται από τις διαπροσωπικές σχέσεις. Μια άλλη μελέτη, εξίσου απρόσμενη, εξέτασε την ψυχαναλυτική υπόθεση σύμφωνα με την οποία το μίσος προς τους ομοφυλόφιλους θα μπορούσε να προκύπτει από έναν μη συνειδητό ομοφυλοφιλικό πόθο, που αντισταθμίζεται μέσω αντιδραστικού σχηματισμού. Ερευνητές μελέτησαν έτσι το επίπεδο στύσης σε άνδρες (ως αντίδραση στην προβολή ερωτικών εικόνων) ανάλογα με το επίπεδο ομοφοβίας τους [34]. Κατάφεραν να δείξουν μια σχέση ανάμεσα στους δύο αυτούς παράγοντες, με σημαντική συσχέτιση μεταξύ ομοφοβίας και ομοφυλοφιλικής σεξουαλικής διέγερσης. Μπορεί κανείς άλλωστε να βρει μια όμορφη κλινική απεικόνιση αυτής της αρχής στην ταινία *American Beauty* του Sam Mendes (2000).

<sup>22</sup> Για παράδειγμα, δεν μπορούμε να παρατηρήσουμε εμπειρικά τα όνειρα. Μπορούμε βέβαια να εντοπίσουμε νευροβιολογικούς δείκτες αυτών των υποκειμενικών φαινομένων, αλλά αυτοί δεν μας πληροφορούν σε καμία περίπτωση για το ίδιο το ονειρικό περιεχόμενο. Το ίδιο ισχύει για τα περισσότερα ψυχολογικά φαινόμενα. Η συμβολή των επιστημών της υποκειμενικότητας δεν αποτελεί πολυτέλεια, αλλά αναγκαιότητα.

συμπληρωματικές προοπτικές [37]. Στη Γαλλία, ωστόσο, η έρευνα σε αυτόν τον τομέα — ιδίως στο εμπειρικό επίπεδο — παρέμεινε περιορισμένη, με ελάχιστες εξαιρέσεις [38]. Δεν βρήκαμε, μάλιστα, κανένα άρθρο που να προτείνει μια σύνθεση αυτών των μελετών, και έτσι ένα ολόκληρο τμήμα της διεθνούς έρευνας παραμένει λίγο ή και καθόλου προσβάσιμο στο γαλλόφωνο αναγνωστικό κοινό. Μας φάνηκε, λοιπόν, χρήσιμο να κάνουμε μια σύνθεση αυτών των εργασιών και των γνώσεων που έχουν προκύψει. Θα προχωρήσουμε σε τρία στάδια. Αρχικά, θα προτείνουμε μια συνολική θεώρηση της αξιολόγησης των ψυχοθεραπειών, ένα αναγκαίο προκαταρκτικό βήμα για την κατανόηση του πλαισίου μέσα στο οποίο εντάσσεται η πιο ειδική αξιολόγηση των ΨΨΨ. Έπειτα, θα επικεντρωθούμε στην ποσοτική και εμπειρική αξιολόγησή τους πριν ασχοληθούμε με την ποιοτική αξιολόγηση καθώς και με την αξιολόγηση της διαδικασίας τους.

## 2. Η αξιολόγηση των ψυχοθεραπειών

### 2.1. Για την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπειών και τη σύγκρισή τους: το παράδοξο της ισοδυναμίας

Προτού περάσουμε ειδικότερα στην αξιολόγηση των ΨΨΨ, πρέπει πρώτα να σχηματίσουμε μια συνολική εικόνα της αξιολόγησης των ψυχοθεραπειών. Αυτές αξιολογούνται εμπειρικά εδώ και περισσότερο από μισό αιώνα [38,39] και μια πρώτη μετα-ανάλυση<sup>23</sup> — η οποία τότε αφορούσε 400 μελέτες — δημοσιεύτηκε στο *The American Psychologist* στα τέλη της δεκαετίας του 1970 [40]. Η δημοσίευση αυτή ήρθε σε συνέχεια μιας αντιπαράθεσης με τον Eysenck [41], ο οποίος θεωρούσε ότι το αποτέλεσμα των ψυχοθεραπειών περιορίζεται στο φαινόμενο placebo. Τα αποτελέσματα αυτής της πρώτης μετα-ανάλυσης και των μεταγενέστερων μελετών στον τομέα αυτό δείχνουν στην πραγματικότητα ότι οι ψυχοθεραπείες είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές και ξεπερνούν κατά πολύ το αποτέλεσμα placebo. Οι Smith και Glass [40] κατέδειξαν, έτσι, ότι «τα αποτελέσματα της έρευνας αποδεικνύουν τα ευεργετικά αποτελέσματα της ψυχολογικής υποστήριξης και των ψυχοθεραπειών» ([40], σ. 760). Το εβδομήντα πέντε τοις εκατό των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ψυχοθεραπεία πήγαιναν καλύτερα από τους ασθενείς των ομάδων ελέγχου, με μέγεθος επίδρασης (effect size) 0.85<sup>24</sup>. Η μετα-ανάλυση αυτή υπογράμμιζε επίσης την απουσία

<sup>23</sup> Για τον αναγνώστη που δεν είναι εξοικειωμένος με την εμπειρική βιβλιογραφία, μια μετα-ανάλυση είναι μια στατιστική ανάλυση που συσχετίζει τα αποτελέσματα πολλών μελετών. Είναι το εργαλείο που χρησιμοποιείται ευρύτερα — και θεωρείται το πιο αξιόπιστο — για την καλύτερη κατανόηση ενός αποτελέσματος σε μεγάλους πληθυσμούς ασθενών.

<sup>24</sup> Το μέγεθος επίδρασης είναι ένα στατιστικό αποτέλεσμα που επιτρέπει την ποσοτικοποίηση της διαφοράς μεταξύ δύο ομάδων και έχει το πλεονέκτημα ότι δεν αξιολογεί τα αποτελέσματα αποκλειστικά από την άποψη της στατιστικής σημαντικότητας. Όσο μεγαλύτερο είναι το μέγεθος επίδρασης, τόσο πιο αποτελεσματική φαίνεται η θεραπεία. Συνήθως κυμαίνεται μεταξύ 0 και 1, και διακρίνονται συνήθως μικρά μεγέθη επίδρασης (μεταξύ 0 και 0,20), μεσαία (μεταξύ 0,5 και 0,80) και μεγάλα (από 0,80 και πάνω). Υπάρχουν διάφοροι τύποι υπολογισμού του μεγέθους επίδρασης. Ο πιο κλασικός είναι το μέγεθος επίδρασης του Cohen, το οποίο συνήθως δηλώνεται με ένα *d* στις δημοσιεύσεις. Αντιστοιχεί στη διαφορά μεταξύ δύο μέσων τιμών διαιρεμένη με την τυπική απόκλιση.

σημαντικών διαφορών μεταξύ θεραπευτικών προσεγγίσεων όσον αφορά την αποτελεσματικότητά τους.

Μια μεγάλη έρευνα για τις ψυχοθεραπείες στο πλαίσιο του *Consumer Reports* — που αφορούσε 7000 άτομα — έδειξε, είκοσι χρόνια αργότερα, το 1995, ότι λίγο λιγότερο από τους μισούς ανθρώπους που αντιμετώπισαν ψυχολογικά προβλήματα είχαν ξεκινήσει να παρακολουθούνται από κάποιον ειδικό. Η μεγάλη πλειονότητα όσων είχαν δεχτεί παρακολούθηση στο ψυχικό επίπεδο δήλωναν ικανοποιημένοι [42]. Οι πιο πρόσφατες μελέτες, οι οποίες χρησιμοποιούν πιο αυστηρές μεθοδολογίες, εκτιμούν σήμερα το μέγεθος επίδρασης των ψυχοθεραπειών μεταξύ 0,40 και 0,75 [43,44]. Σημειώνεται ότι αυτά τα αποτελέσματα διατηρούνται στον χρόνο, όπως δείχνει ιδιαίτερα μια μετα-ανάλυση των Nicholson και Berman [45]. Η βιβλιογραφία αναδεικνύει επίσης ένα «φαινόμενο λανθάνοντος αποτελέσματος» (*sleeper effect*), το οποίο αντιστοιχεί στην αύξηση των θετικών αποτελεσμάτων των ψυχοθεραπειών μετά το τέλος τους [46]. Το φαινόμενο αυτό έχει αποδειχθεί συνολικά, αλλά και πιο συγκεκριμένα για πολλές διαταραχές, όπως για παράδειγμα η κοινωνική ανχώδης διαταραχή [47] ή η ανορεξία [48].

Περίπου 80 % των τυχαιοποιημένων μελετών στον τομέα των ψυχοθεραπειών καταλήγουν επίσης στο συμπέρασμα ότι οι ψυχοθεραπείες επιτρέπουν την πραγματοποίηση σημαντικής εξοικονόμησης χρημάτων, και αυτό για πολύ διαφορετικές παθολογίες [6,49]. Μια μετα-ανάλυση έδειξε ότι μειώνουν περίπου 20 έως 30 % το συνολικό κόστος φροντίδας των ασθενών [50]. Μια μεγάλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία [51], στο αντίστοιχο των Κέντρων Ψυχικής Υγείας [Σ.τ.Μ: Το CMP = Centre Médico-psychologique, στους ψυχιατρικούς τομείς στη Γαλλία είναι το αντίστοιχο των ελληνικών ΚΨΥ], σε περισσότερους από 20.000 ασθενείς κατά τη διάρκεια πέντε ετών, κατέδειξε ότι το ποσοστό νοσηλείας για τους ασθενείς που παρακολουθούνταν σε ψυχοθεραπεία μειώθηκε κατά 27,4 %, οι αναρρωτικές άδειες κατά 41,8 % και το κόστος νοσηλείας κατά 21,5 %. Όταν οι ψυχοθεραπείες συγκρίνονται με τα ψυχοτρόπα φάρμακα, παραμένουν γενικά πιο αποτελεσματικές και πιο συμφέρουσες οικονομικά<sup>25</sup> [53]. Για παράδειγμα, το ποσοστό υποτροπής μειώνεται σχεδόν στο μισό χάρη σε μια ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία σε σύγκριση με τη λήψη ενός αντικαταθλιπτικού [54]. Ο Antognucio και οι συνεργάτες του [55] έδειξαν επίσης ότι το κόστος των ψυχοθεραπειών είναι κατά 30 % χαμηλότερο από το κόστος

---

<sup>25</sup> Φυσικά υπάρχουν σύνθετες παραλλαγές, ανάλογα με τον τύπο του φαρμάκου, την παθολογία, τους ασθενείς ή τους κλινικούς, αλλά, στο σύνολο των μελετών, οι ψυχοθεραπείες εμφανίζονται συνήθως πιο αποτελεσματικές. Η χρήση φαρμάκων πιθανόν να δίνει την υποκειμενική εντύπωση, βραχυπρόθεσμα, ότι είναι πιο αποτελεσματική και πιο συμφέρουσα, αλλά μακροπρόθεσμα φαίνεται το αντίθετο. Ένα παράδειγμα δίνεται από αυτή τη μελέτη που συγκρίνει την παροξετίνη με την ψυχοθεραπεία για την αντιμετώπιση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου [52]. Στο τέλος της μελέτης, δεν υπήρχε διαφορά ανάμεσα στις δύο θεραπείες. Αντίθετα, έναν χρόνο αργότερα, η ψυχοθεραπεία είχε επιτρέψει σημαντική εξοικονόμηση χρημάτων σε σύγκριση με τη φαρμακευτική αγωγή (976 δολάρια ΗΠΑ έναντι 1.252 δολαρίων ΗΠΑ).

της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά<sup>26</sup>. Αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν από μια πρόσφατη μετα-ανάλυση δημοσιευμένη στο *JAMA* [59], η οποία αφορούσε 21 ψυχιατρικές διαταραχές, 852 μελέτες και 137.126 ασθενείς, και έδειξε μεγαλύτερο μέγεθος επίδρασης για τις ψυχοθεραπείες (0.58) σε σύγκριση με τη φαρμακοθεραπεία (0.40).

Τα αποτελέσματα της εμπειρικής έρευνας δείχνουν επίσης — όπως ήδη υπέδειξε η μελέτη των Smith και Glass [40] — ότι αυτή η αποτελεσματικότητα είναι σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητη από την θεωρητική προσέγγιση του κλινικού. Αυτό το «παράδοξο της ισοδυναμίας» ή «dodo effect»<sup>27</sup> [60–62] έχει δοκιμαστεί εμπειρικά πολλές φορές και δείχνει ότι η σύγκριση των ψυχοθεραπειών οδηγεί συνήθως σε μη σημαντικές διαφορές [62,63]. Φαίνεται έτσι ότι οι κοινοί παράγοντες των ψυχοθεραπειών υπερσχύουν των ειδικών παραγόντων [64]. Οι Cuijpers et al. [65] δημοσίευσαν πρόσφατα στα, υψηλού κύρους, *Annual Reviews* μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τους κοινούς παράγοντες, στην οποία, επίσης, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι «το αποτέλεσμα όλων των ψυχοθεραπειών είναι συγκρίσιμο» ([55], σ. 216). Τονίζουν επίσης τη δυσκολία εντοπισμού των διαδικασιών που ευνοούν την αλλαγή στην ψυχοθεραπεία, δεδομένου ότι αυτές οι διαδικασίες είναι βαθιά αλληλένδετες<sup>28</sup>.

Αυτοί οι κοινοί παράγοντες αντιστοιχούν, σύμφωνα με τους Frank και Frank [66], στο ότι ο ψυχοθεραπευτής ανταποκρίνεται στο αίσθημα απελπισίας, που κατακλύζει τον ασθενή, σύμφωνα με τέσσερα βασικά συστατικά στοιχεία: (1) μια σχέση βοήθειας και εμπιστοσύνης στο συναισθηματικό πεδίο, ανάμεσα σε θεραπευτή και ασθενή· (2) ένα θεραπευτικό πλαίσιο, το οποίο ο ασθενής θεωρεί ικανό να τον βοηθήσει· (3) μια πειστική ερμηνεία των συμπτωμάτων από τον θεραπευτή, η οποία βοηθά τον ασθενή να τα κατανοήσει καλύτερα· (4) ένα τελετουργικό ή μια διαδικασία που απαιτεί την ενεργή συμμετοχή τόσο του θεραπευτή όσο και του ασθενούς<sup>29</sup>. Οι Frank και Frank

---

<sup>26</sup> Πρέπει να σημειωθεί, πιο γενικά, ότι αυτά τα ερωτήματα συναντούν τις τρέχουσες συζητήσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών, των οποίων τα αποτελέσματα, σύμφωνα με ορισμένους, θα μπορούσαν να αναχθούν στο φαινόμενο placebo ή να είναι ασθενή (ιδιαίτερα η φλουοξετίνη), ή ακόμη και επιβλαβή (ιδίως η παροξετίνη, η σερτραλίνη, η σιταλοπράμη και η βενλαφαζίνη) σε πληθυσμούς παιδιών και εφήβων [56]. Μια μελέτη *Cochrane* σχετικά με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά καταλήγει έτσι σε μέγεθος επίδρασης μόλις 0,17 σε σύγκριση με το placebo [57], γνωρίζοντας ότι οι μεροληψίες δημοσίευσης, ιδιαίτερα συχνές σε αυτό τον τομέα, δυσχεραίνουν την ανάλυση αυτών των αποτελεσμάτων. Αυτά τα ευρήματα έρχονται σε αντίθεση με εκείνα των ψυχοθεραπειών, των οποίων τα μεγέθη επίδρασης είναι πολύ υψηλότερα (περίπου 2 έως 3 φορές μεγαλύτερα σύμφωνα με τον Shedler [58], με μέγεθος επίδρασης 0,32 για τα αντικαταθλιπτικά και 0,98 για τις ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες).

<sup>27</sup> αναφέρεται στον αγώνα που οργανώνει το Ντόντο στην Αλίκη στη Χώρα των Θαυμάτων (Carroll, 1865), στο τέλος του οποίου όλοι οι συμμετέχοντες έχουν κερδίσει και λαμβάνουν ένα βραβείο («everybody has won, and all must have prizes!»).

<sup>28</sup> 23 Ο Cuijpers κάνει έναν παραλληλισμό με την έρευνα σχετικά με τις αιτίες του καρκίνου που συνδέονται με το κάπνισμα. Έτσι, παρά τις σημαντικές προσπάθειες για να προσδιοριστεί με ποιον τρόπο το κάπνισμα ευνοεί την εμφάνιση καρκίνων, δεν είμαστε σε θέση να καθορίσουμε με ακρίβεια τη φύση αυτής της συσχέτισης σε βιολογικό επίπεδο, και είναι πιθανό να μην το καταφέρουμε ποτέ, δεδομένου του βαθιά αλληλένδετου χαρακτήρα των παραγόντων που εμπλέκονται.

<sup>29</sup> Οι Greencavage και Norcross [67] επισημαίνουν από την πλευρά τους τα τέσσερα ακόλουθα στοιχεία: (1) τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, (2) τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή, (3) τη δομή της θεραπείας και (4) τη θεραπευτική σχέση.

[66] διευκρίνισαν επίσης έξι κοινά στοιχεία των διάφορων θεραπευτικών τελετουργικών : (1) ο θεραπευτής μειώνει το αίσθημα απελπισίας και αποξένωσης του ασθενούς απέναντι στα προβλήματά του, μέσω της θεραπευτικής σχέσης· (2) ο θεραπευτής στηρίζεται στις ελπίδες βελτίωσης που έχει ο ασθενής από τη θεραπεία, αυξάνοντας έτσι τις προσδοκίες του· (3) ο θεραπευτής ενθαρρύνει την εκμάθηση [μαθητεία] νέων εμπειριών από τον ασθενή· (4) ο ασθενής εκφράζει τα συναισθήματά του με στόχο την καλύτερη απαρτίωσή τους· (5) ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή να ενισχύσει το αίσθημα αποτελεσματικότητας και τον αυτοέλεγχό του· (6) ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή να εφαρμόσει νέες συμπεριφορές.

Μεταξύ των ψυχοθεραπειών, οι Γνωσιακές-Συμπεριφορικές Θεραπείες (ΓΣΘ) είναι εκείνες που έχουν αναπτύξει το πιο εκτεταμένο ερευνητικό πρόγραμμα με στόχο την εμπειρική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους [68]. Οι ΓΣΘ υιοθετούν, σε μεγάλο βαθμό, το ιατρικό μοντέλο και αξιολογούν τις ψυχικές διαταραχές εξετάζοντας την επίδραση μιας ψυχοθεραπείας όπως θα αξιολογούσε κανείς την επίδραση ενός φαρμάκου. Οι ΓΣΘ έχουν ιδιαίτερη συγγένεια με έναν τέτοιο τρόπο προσέγγισης, επειδή βασίζονται σε παρατηρήσιμα και μετρήσιμα δεδομένα σχετικά με την ψυχική υγεία του ασθενούς. Για παράδειγμα, αξιολογούμε μια συγκεκριμένη διαταραχή (την κατάθλιψη) με ένα ερωτηματολόγιο (το *Beck Depression Inventory*), του οποίου μελετούμε την εξέλιξη στο στατιστικό επίπεδο σε σχέση με μια ομάδα ασθενών (οι οποίοι έχουν επιλεγεί με βάση τα κριτήρια του DSM) και οι οποίοι έχουν ακολουθήσει μια ΓΣΘ ειδικά προσανατολισμένη στην αντιμετώπιση της διαταραχής αυτής. Όπως και με τη χορήγηση ενός φαρμάκου, το ζητούμενο [γί' αυτού του τύπου τις μελέτες] είναι να προσδιοριστεί μια διαδικασία βάσει εγχειρίδιου, το οποίο ο κλινικός οφείλει να ακολουθήσει και το οποίο καθορίζει τη διάρκεια των συνεδριών, τη συχνότητά τους και τις ενέργειες που πραγματοποιούνται από τον θεραπευτή και τον ασθενή. Ο στόχος είναι να αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα μιας ΓΣΘ για μια συγκεκριμένη διαταραχή, ώστε ένας άλλος θεραπευτής να μπορεί να εφαρμόσει την ίδια μέθοδο και να επιτύχει ανάλογα αποτελέσματα. Οι ΓΣΘ έχουν αξιολογήσει σε πολύ μεγάλο βαθμό τα αποτελέσματά τους μέσα από αυτού του τύπου τη διαδικασία, η οποία έχει επεκταθεί στις περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές. Τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων έχουν καταδείξει ευρέως την αποτελεσματικότητά των ΓΣΘ [69].

Ωστόσο, ορισμένοι υποστηρικτές των ΓΣΘ, αδιαφορώντας για τα προαναφερθέντα στοιχεία, σχετικά με τους κοινούς παράγοντες μεταξύ των ψυχοθεραπειών, υποστήριξαν ότι αυτή η προσέγγιση είναι πιο αποτελεσματική από τις άλλες. Παρ' όλα αυτά, η εμπειρική επικύρωση των ΓΣΘ, ακόμη κι αν είναι ασύγκριτα εκτενέστερη από εκείνη των άλλων ψυχοθεραπειών, δεν επιτρέπει την εξαγωγή ενός τέτοιου συμπεράσματος. Για να εξαχθεί τέτοιο συμπέρασμα, θα έπρεπε να συγκριθούν οι ΓΣΘ με τις άλλες ψυχοθεραπείες ώστε να διαπιστωθεί εάν έχουν ανώτερα αποτελέσματα. Άλλες ψυχοθεραπείες – ιδίως εκείνες που αντιστέκονταν σε τέτοιου είδους

αξιολόγηση, ειδικά οι ΨΨΨ – ξεκίνησαν επίσης να αξιολογούν πιο συστηματικά τα αποτελέσματά τους<sup>30</sup> [70]. Το 2002, μια μετα-ανάλυση των Wampold et al. [71] έδειξε ότι οι ΓΣΘ δεν είναι πιο αποτελεσματικές από τις άλλες θεραπείες. Το 2010, μια άλλη μετα-ανάλυση υπογράμμισε ότι οι ΓΣΘ δεν αποδεικνύονται πιο αποτελεσματικές από άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, εκτός από τις αγχώδεις διαταραχές και την κατάθλιψη [72]. Δύο άλλες δημοσιεύσεις έδειξαν στη συνέχεια ότι οι ΓΣΘ δεν είναι στην πραγματικότητα πιο αποτελεσματικές ούτε για αυτές τις διαταραχές [73,74]. Τα αποτελέσματα αυτά έχουν, έκτοτε επιβεβαιωθεί, ευρέως από άλλες δημοσιεύσεις [75,76]. Για παράδειγμα, μια μετα-ανάλυση με συνολικά 3.965 ασθενείς με κατάθλιψη, οι οποίοι παρακολουθήθηκαν με διαφορετικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, δεν ανέδειξε καμία διαφορά αποτελεσματικότητας μεταξύ τους [77]. Το 2014, μια μετα-ανάλυση που δημοσιεύτηκε στο *Psychological Bulletin* σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ΓΣΘ στην κατάθλιψη έδειξε ακόμη και μείωση της αποτελεσματικότητάς τους<sup>31</sup> [79]. Τα εμπειρικά δεδομένα δείχνουν λοιπόν ότι οι ΓΣΘ δεν είναι πιο αποτελεσματικές από άλλες προσεγγίσεις [76] και μάλιστα ότι είναι όλο και λιγότερο αποτελεσματικές για ορισμένες διαταραχές [79].

Αυτά τα αποτελέσματα μπορεί να εκπλήξουν, καθώς διαφοροποιούνται έντονα από τον «επίσημο λόγο», σύμφωνα με τον οποίο οι θεραπείες βασισμένες σε αποδείξεις (*evidence-based therapy*), δηλαδή οι ΓΣΘ, είναι «επιστημονικά αποδεδειγμένες» ως πιο αποτελεσματικές, σε αντίθεση με την «μεσαιωνική εποχή» κατά την οποία η αποτελεσματικότητα των θεραπειών (υπονοώντας την ψυχανάλυση) δεν είχε αποδειχθεί εμπειρικά. Όπως τονίζει ο Shedler [24], αυτός ο λόγος αποτελεί έναν μύθο, βασισμένο σε ψέματα και παραποιημένες μελέτες, κάτι που πρέπει να επισημανθεί όπως θα κάνουμε στη συνέχεια. Η προέλευση αυτού του μύθου περί ανώτερης αποτελεσματικότητας των ΓΣΘ βρίσκεται πρώτα απ' όλα σε μια μελέτη για την κατάθλιψη από το *National Institute of Mental Health* (NIMH) τη δεκαετία του '70 [80]. Η μελέτη αυτή είχε εντοπίσει μια διαφορά 1,2 μονάδων στην κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton υπέρ των ΓΣΘ. Όμως αυτή η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική και είναι κλινικά αμελητέα. Οι συγγραφείς της μελέτης κατέληγαν λοιπόν, ήδη από τότε, στο συμπέρασμα ότι τα αποτελέσματά τους δεν ανέδειξαν «καμία απόδειξη υπέρ των γνωσιακών-συμπεριφορικών θεραπειών». Η εξέλιξη των ασθενών της ίδιας μελέτης, δεκαοκτώ μήνες αργότερα, υπογράμμιζε το χαμηλό ποσοστό ασθενών, που είχαν σημειώσει πρόοδο και κατέληγε στο ακόλουθο συμπέρασμα: «το γεγονός αυτό εγείρει

---

<sup>30</sup> Κατά συνέπεια, θα αναφερόμαστε συχνά στις ΓΣΘ (γνωσιακές-συμπεριφορικές θεραπείες) όταν θα γίνεται λόγος για την αξιολόγηση των ψυχοθεραπειών, ωστόσο ο συλλογισμός μας είναι εξίσου εφαρμόσιμος και σε πολλές

<sup>31</sup> Δεν είναι γνωστές με ακρίβεια οι αιτίες αυτής της μείωσης, η οποία αποτελεί αντικείμενο συζητήσεων και σε στατιστικό επίπεδο [78]. Ορισμένοι συγγραφείς υποθέτουν ότι τα αποτελέσματα των ψυχοθεραπειών επηρεάζονται από «μόδες». Καθώς οι θεραπείες αυτές αντικαθίστανται εν μέρει από άλλες προσεγγίσεις, χάνουν τη δημοσιότητά τους. Αυτή η απώλεια ορατότητας θα μπορούσε να παράγει ένα είδος υποβολής στο γενικό πληθυσμό. Άλλοι συγγραφείς υποθέτουν ότι η μείωση της αποτελεσματικότητας των ΓΣΘ οφείλεται στο γεγονός ότι μέρος των ερευνών που διεξήχθησαν στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης πραγματοποιήθηκε υπό μεθοδολογικές συνθήκες που στερούνταν αυστηρότητας. Αυτή είναι ιδίως η επιχειρηματολογία του Shedler [24], ο οποίος δείχνει τις πολυάριθμες μεροληψίες που υπάρχουν σε ορισμένες μελέτες σχετικά με τις ΓΣΘ.

το ερώτημα κατά πόσον οι δυνατότητες των βραχέων θεραπειών για την κατάθλιψη έχουν υπερεκτιμηθεί» ([81], σ. 322). Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώθηκε πιο ιδιαίτερα από μια πιο πρόσφατη μελέτη, η οποία δείχνει ότι τα τρία τέταρτα των ασθενών που παρακολουθήθηκαν με ΓΣΘ για την κατάθλιψη δεν είναι καλύτερα μετά τη θεραπεία [82]<sup>32</sup>. Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που δημοσιεύτηκε από τον Westen [21] στο *Psychological Bulletin* τονίζει ότι το αποτέλεσμα αυτό δεν είναι αφορά μόνον τις θεραπείες για κατάθλιψη αλλά ισχύει επίσης και για άλλες ψυχικές διαταραχές. Δεν θα προκαλέσει λοιπόν έκπληξη το γεγονός ότι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς, που κάνουν ΓΣΘ, αναζητούν εκ νέου θεραπεία έξι έως δώδεκα μήνες αργότερα και ότι το ποσοστό υποτροπής μετά από τέτοιου είδους βραχείες παρεμβάσεις είναι πολύ υψηλό [83]. Τα αποτελέσματα αυτά δεν εμπόδισαν ορισμένους υποστηρικτές των ΓΣΘ να διαδίδουν, ιδίως στα μέσα ενημέρωσης, την ιδέα ότι αυτές είναι πιο αποτελεσματικές από άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Στην πραγματικότητα, τα δεδομένα της επιστημονικής βιβλιογραφίας δεν υποστηρίζουν καθ' οιονδήποτε τρόπο την ιδέα ότι οι ΓΣΘ ή κάποια άλλη προσέγγιση θα μπορούσαν να παρουσιαστούν ως το «Χρυσό Πρότυπο» (*Gold Standard*) των ψυχοθεραπειών [84]. Αντιθέτως, ενισχύουν τη σημασία της πολυμορφίας των θεωρητικών προσεγγίσεων [85] και τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται από μελέτες που διεξάγονται σε φυσικές συνθήκες, σε εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες [ εξωτερικά ιατρεία, ΚΨΥ ]. Για παράδειγμα, μια μελέτη του 2008 στη Μεγάλη Βρετανία, στο αντίστοιχο των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, συνέκρινε την εξέλιξη 5.613 ασθενών, ανάλογα με τη θεραπεία που χρησιμοποιήθηκε, είτε γνωσιακή-συμπεριφορική, είτε ανθρωπιστική, είτε ψυχοδυναμική [86]. Το συνολικό μέγεθος επίδρασης που προέκυψε ήταν ιδιαίτερα υψηλό (1.39) – κάτι που υπογραμμίζει εκ νέου την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπειών – και δεν κατέδειξε σημαντικές διαφορές ανάλογα με τη θεωρητική σχολή των κλινικών. Στο ίδιο πνεύμα, η *American Psychological Association* (APA) δημοσίευσε το 2012 μια απόφαση σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπειών<sup>33</sup>. Υπενθυμίζει, κατ' αρχάς, διάφορα στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπειών, η οποία θεωρείται «υψηλή και σημαντική» για το σύνολο των ψυχικών διαταραχών και τείνει να ενισχύεται αφού ολοκληρωθεί η θεραπεία. Η απόφαση διευκρινίζει επίσης ότι «η σύγκριση των διαφόρων μορφών ψυχοθεραπείας δείχνει συχνά μη αξιοσημείωτες διαφορές και ότι οι παράγοντες, που έχουν να κάνουν με το πλαίσιο και τη θεραπευτική σχέση, αποτελούν μεταβλητές που διαμεσολαβούν τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι οι τεκμηριωμένες και

---

<sup>32</sup> Θα επανέλθουμε παρακάτω στον τρόπο, με τον οποίο εξηγείται η απόκλιση ανάμεσα στην έλλειψη αποτελεσμάτων των ΓΣΘ σε ορισμένες μελέτες και στην υποτιθέμενη αποτελεσματικότητα του συνόλου των ψυχοθεραπειών, ανεξάρτητα από την προσέγγιση. Το κεντρικό στοιχείο που μπορούμε ωστόσο να επισημάνουμε ήδη από τώρα είναι το γεγονός ότι οι ΓΣΘ εμφανίζονται ιδιαίτερα αναποτελεσματικές όταν εφαρμόζονται ως βραχείες θεραπείες και μάλιστα βάση εγχειριδίου.

<sup>33</sup> βλ. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy>

δομημένες ψυχοθεραπείες έχουν ισοδύναμα αποτελέσματα και ότι τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και του ψυχοθεραπευτή, τα οποία εξαρτώνται λιγότερο από τη διάγνωση ή την τεχνική, επηρεάζουν αυτά τα αποτελέσματα». Οι Despland et al. [39] καταλήγουν στο ίδιο συμπέρασμα στην εξαιρετική σύνθεσή τους σχετικά με την αξιολόγηση των ψυχοθεραπειών: «Είναι σαφές ότι όλες οι *bona fide* [ καλή τη πίστη ] ψυχοθεραπείες είναι αποτελεσματικές και ότι η αυτή ποικιλομορφία πρέπει να ωφελεί τους ασθενείς. Δεν είναι πλέον μεθοδολογικά δικαιολογημένο να υποθέτει κανείς ότι μία προσέγγιση είναι πιο αποτελεσματική από μια άλλη» ([39], σ. 158).

## 2.2 Ποιες είναι οι ιδιότητες μιας αποτελεσματικής ψυχοθεραπείας σύμφωνα με την εμπειρική έρευνα ;

Θα παρουσιάσουμε τώρα συνοπτικά τα κύρια ευρήματα της εμπειρικής έρευνας στο πεδίο των ψυχοθεραπειών, πέρα από την απόδειξη της αποτελεσματικότητάς τους και το παράδοξο της ισοδυναμίας. Οι εργασίες αυτές υπογραμμίζουν καταρχάς ένα καλά γνωστό στοιχείο: ότι η θεραπευτική συμμαχία είναι ο παράγοντας με τη μεγαλύτερη συσχέτιση με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας [80,87], με μέγεθος επίδρασης περίπου 0,20 [88]. Η συμμαχία αυτή αναφέρεται, όπως υποδηλώνει το όνομά της, στην ικανότητα του θεραπευτή να εγκαθιδρύει μια ποιοτική σχέση με τον ασθενή [89]. Αποτελεί έναν δυναμικό παράγοντα, ο οποίος εξελίσσεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας και του οποίου η επιρροή φαίνεται σημαντικότερη από την θεωρητική προσέγγιση [90]. Είναι θεραπευτική αφ' εαυτής, αλλά βρίσκεται επίσης στη συμβολή πολλών εξελικτικών μεταβλητών, όπως η εξέλιξη των συμπτωμάτων του ασθενούς ή η ενσυναίσθηση του θεραπευτή [88,93]<sup>34</sup>. Για παράδειγμα, το γεγονός ότι τα συμπτώματα του ασθενούς μειώνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας τείνει να ενισχύει τη συμμαχία του με τον θεραπευτή.

Τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή αποτελούν επίσης καθοριστικό στοιχείο της επιτυχίας μιας θεραπείας [91]. Η αποτελεσματικότητά του αντιστοιχεί σε ένα μέγεθος επίδρασης δύσκολο να εκτιμηθεί διότι ποικίλλει πολύ από μελέτη σε μελέτη [94]. Είναι συσχετισμένη με τη θεραπευτική συμμαχία, καθώς ένας καλός ψυχοθεραπευτής έχει γενικά την ικανότητα να εγκαθιδρύει μια συμμαχία υψηλής ποιότητας. Περίπου 9 % των κλινικών είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί [95,96] και αποκαλούνται στη βιβλιογραφία «σούπερ – Ψι» (*Super Shrink*) [97,98]<sup>35</sup>. Η αποτελεσματικότητά τους είναι επαρκώς σταθερή, ώστε να μπορεί κανείς να προβλέψει την εξέλιξη των περισσότερων μελλοντικών ασθενών τους σε συνάρτηση με τα θεραπευτικά

<sup>34</sup> Παραδόξως, ένα υπερβολικά υψηλό επίπεδο θεραπευτικής συμμαχίας μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στη θεραπεία [91]. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι κλινικές μελέτες που στόχευαν ρητά στη βελτίωση της θεραπευτικής συμμαχίας οδήγησαν σε καταστροφικά αποτελέσματα στο θεραπευτικό επίπεδο [92]. Τα ανωτέρω δείχνουν τα όρια αυτής της έννοιας, όταν επιχειρεί κανείς να συναγάγει από αυτήν τον τρόπο παρέμβασης στη θεραπεία.

<sup>35</sup> Υπάρχουν επίσης «Σούπερ-επόπτες» (*Super supervisors*) [99], οι οποίοι προκαλούν, έμμεσα, σημαντικότερα θετικά αποτελέσματα, στους ασθενείς που παρακολουθούνται από τους κλινικούς τους οποίους οι «Σούπερ-επόπτες» εποπτεύουν.

αποτελέσματα προηγούμενων παρακολουθήσεων [95]. Αυτοί οι θεραπευτές καταφέρνουν να βοηθήσουν την πλειονότητα των ασθενών τους και η θεραπευτική τους δράση είναι κατά μέσο όρο τρεις έως δέκα φορές υψηλότερη από αυτήν των άλλων θεραπειών [100,97]. Είναι επίσης πιο αποτελεσματικοί για τις περισσότερες παθολογίες<sup>36</sup>, αν και έχουν συνήθως τις εξειδικεύσεις τους [95] : «για παράδειγμα, τα προηγούμενα αποτελέσματα ενός θεραπευτή στη θεραπεία των εξαρτήσεων μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να γίνει μια εξαιρετικά ακριβής πρόβλεψη του θεραπευτικού αποτελέσματος μελλοντικών ασθενών που πάσχουν από εξάρτηση» ([95], σ. 7)<sup>37</sup>. Η ίδια μελέτη δείχνει ότι το 88 % των θεραπειών έχουν έναν τομέα εξειδίκευσης, στον οποίο επιτυγχάνουν ιδιαίτερα υψηλά αποτελέσματα.

Στο αντίθετο άκρο, ορισμένοι κλινικοί —οι οποίοι αποκαλούνται «ψευδό-θεραπευτές» (pseudo-shrink)— παράγουν ελάχιστα αποτελέσματα ή ακόμη και ασκούν επιβλαβή επίδραση στην ψυχική ζωή των ασθενών τους [102]. Οι ψευδό-θεραπευτές αυτοί, συχνά, συντηρούν μια σχέση εξάρτησης με τον ασθενή, η οποία οδηγεί σε παράταση της θεραπείας χωρίς αξιοσημείωτα αποτελέσματα [97]. Υπολογίζεται ότι περίπου 5 έως 10 % των ασθενών βλέπουν την κατάστασή τους να επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας [103]. Αυτή η δυσμενής εξέλιξη συσχετίζεται με ορισμένα χαρακτηριστικά του κλινικού, όπως «η έλλειψη ενσυναίσθησης, η υποτίμηση της σοβαρότητας των προβλημάτων του ασθενούς, μια αρνητική αντιμεταβίβαση (...) και η ασυμφωνία με τον ασθενή σχετικά με τη διαδικασία και το περιεχόμενο της θεραπείας» ([39], σ. 112). Από αυτή την άποψη, οι σεξουαλικού τύπου παρεκτροπές είναι ιδιαίτερος επιβλαβείς και φαίνεται να αφορούν το 1 % έως 12 % των θεραπειών ανδρών και το 0,2 έως 3,1 % των θεραπειών γυναικών [104].

Οι διαφορές αυτές στην αποτελεσματικότητα ανάλογα με τον κλινικό έχουν επίσης αποδειχθεί από μία μελέτη των Beretta et al. [105], σχετικά με την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μιας βραχείας ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας. Σημαντικές αλλαγές στο κλινικό επίπεδο παρατηρήθηκαν σε περίπου ένα τρίτο των ασθενών (32,9 %), ενώ λίγο λιγότεροι από τα δύο τρίτα (60 %) δεν είδαν την κατάστασή τους να βελτιώνεται και 7,1 % παρουσίασαν επιδείνωση. Μια μεγάλη μελέτη σε 1.841 ασθενείς και 91 θεραπευτές ανέδειξε επίσης αυτή τη σημαντική μεταβλητότητα στα αποτελέσματα μεταξύ θεραπειών [97]. Οι συγγραφείς της μελέτης σημειώνουν ότι «ένας θεραπευόμενος, που βλέπει έναν από τους καλύτερους θεραπευτές, μπορεί να αισθανθεί σημαντικά καλύτερα μέσα σε λίγες εβδομάδες θεραπείας. Για ένα

---

<sup>36</sup> Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, οι περισσότεροι ψυχοθεραπευτές έχουν τουλάχιστον πέντε ψυχοπαθολογίες για τις οποίες είναι αποτελεσματικοί. Κατά μέσο όρο, οι θεραπευτές τείνουν να είναι πιο αποτελεσματικοί στη θεραπεία της κατάθλιψης και του αυτοκτονικού κινδύνου. Είναι, αντιθέτως, λιγότερο αποτελεσματικοί στη θεραπεία αντικοινωνικών συμπεριφορών, σεξουαλικών διαταραχών και διαταραχών της κοινωνικής αλληλεπίδρασης [101].

<sup>37</sup> Πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι ο βαθμός προβλεψιμότητας (predictive ability) διαφέρει ανάλογα με τις ψυχοπαθολογικές διαταραχές. Είναι σχετικά εύκολο να προβλέψει κανείς τα αποτελέσματα ενός κλινικού στη θεραπεία των εξαρτήσεων. Αντιθέτως, αυτό είναι πολύ πιο δύσκολο για τις διαταραχές της διάθεσης.

θεραπευόμενο, που βλέπει έναν από τους χειρότερους θεραπευτές μπορεί η κατάστασή του να παραμείνει ίδια με την αρχή της θεραπείας, αν όχι να επιδεινωθεί —και αυτό ακόμη και μετά από μια θεραπεία που θα διαρκέσει τρεις φορές περισσότερο από εκείνη που απαιτείται στους πιο αποτελεσματικούς θεραπευτές» ([97], σ. 370). Η θεωρητική προσέγγιση, τα χρόνια εκπαίδευσης ή το φύλο δεν φαίνεται να επηρεάζουν αυτά τα αποτελέσματα. Αυτή η υπεροχή του στοιχείου «επίδραση του θεραπευτή» παραμένει μυστηριώδης και θα απαιτούσε περισσότερη έρευνα, δεδομένης της σημασίας του<sup>38</sup>.

Η διάρκεια και η συχνότητα των ψυχοθεραπειών είναι επίσης καθοριστικοί παράγοντες της αποτελεσματικότητάς τους. Πράγματι, η αποτελεσματικότητα συσχετίζεται τόσο με τη διάρκεια της θεραπείας [111] όσο και με τη συχνότητα των συνεδριών [112]. Για παράδειγμα, τα θεραπευτικά αποτελέσματα είναι καλύτερα όταν ο ασθενής βλέπεται δύο φορές την εβδομάδα αντί για μία [113]. Αυτή η επίδραση της διάρκειας και της συχνότητας ονομάζεται «επίδραση συχνότητας [dose-effect relationship in psychotherapy]» των ψυχοθεραπειών [112,114,115]. Σε πιο γενικό επίπεδο, οι Lambert et al. [107] έδειξαν ότι το 50 % των ασθενών παρουσιάζουν κλινικά σημαντική αλλαγή μετά από 21 συνεδρίες, ενώ μετά από 45 συνεδρίες το 75 % των ασθενών φαίνεται να έχει το ίδιο αποτέλεσμα. Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθεί ότι οι βραχείες θεραπείες φαίνεται να δρουν πιο γρήγορα και ότι λίγες συνεδρίες μπορούν ήδη να προκαλέσουν αξιοσημείωτα αποτελέσματα στους ασθενείς. Οι πιο μακρές θεραπείες συνδέονται με βραδύτερη καμπύλη εξέλιξης, αλλά είναι πιο αποτελεσματικές μακροπρόθεσμα [114,116]. Έτσι, φαίνεται ότι οι μακρές θεραπείες παράγουν περισσότερα αποτελέσματα, κάτι που συμφωνεί με προηγούμενες παρατηρήσεις του *Consumer Report* [42]. Το σημείο αυτό είναι σημαντικό, καθώς υπογραμμίζει ότι οι βραχείες θεραπείες στερούν από τους ασθενείς τα μακροχρόνια οφέλη μιας ψυχοθεραπευτικής φροντίδας<sup>39</sup> —όπως αυτή που προτείνουν οι ΨΨΨ, στις οποίες θα επικεντρωθούμε στη συνέχεια.

### 3. Η εμπειρική αξιολόγηση των ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών και της ψυχανάλυσης.

Αν η ψυχαναλυτική προσέγγιση δεν επέλεξε, αρχικά, να δώσει έμφαση στην εμπειρική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της — και μάλιστα επικρίθηκε για αυτόν τον λόγο [117,118], τα πράγματα έχουν εξελιχθεί σημαντικά και από τότε έχουν

---

<sup>38</sup> Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι το feedback που δίνεται στον κλινικό — συχνά υπό τη μορφή ερωτηματολογίων που συμπληρώνουν οι ασθενείς ανάμεσα στις συνεδρίες — εμφανίζεται επίσης ως ένα πολλά υποσχόμενο εργαλείο [97,106–109], το οποίο βελτιώνει σημαντικά την αποτελεσματικότητα των θεραπειών. Ομοίως, η αναδιатύπωση και η εκ των υστέρων επεξεργασία των κλινικών καταστάσεων από τους θεραπευτές, ιδίως κατά τη διάρκεια των εποπτειών, ενισχύει την θεραπευτική αποτελεσματικότητα [110].

<sup>39</sup> Το στοιχείο αυτό είναι ακόμη πιο κρίσιμο, δεδομένου ότι η πλειονότητα των ερευνών, που διεξάγονται στο πεδίο των ψυχοθεραπειών σύμφωνα με τις προσεγγίσεις evidence-based, βασίζεται σε θεραπείες με λιγότερες από 20 συνεδρίες, κατά το πρότυπο της αξιολόγησης της φαρμακευτικής αγωγής.

πραγματοποιηθεί χιλιάδες μελέτες [119]. Επιλέξαμε να αναδείξουμε τέσσερις άξονες προκειμένου να αποδώσουμε αυτήν την ιδιαίτερα πλούσια βιβλιογραφία.

### 3.1. Οι ΨΨΨ έχουν αποδειχθεί εμπειρικά ως αποτελεσματικές για το σύνολο των ψυχιατρικών διαταραχών<sup>40</sup>.

Από την πρώτη μελέτη που πραγματοποιήθηκε πάνω στο θέμα από τον Coriat<sup>41</sup>, το 1917, ο αριθμός των δημοσιεύσεων σχετικών με αυτήν τη θεματική έχει αυξηθεί σημαντικά κατά τις τελευταίες τριάντα χρόνια [58,125–127]. Η Διεθνής Ψυχαναλυτική Εταιρεία (IPA) δημοσιεύει τακτικά μια έκθεση πάνω στο θέμα – με τίτλο *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis* – της οποίας η τελευταία έκδοση, που κυκλοφόρησε το 2015, καταγράφει το σύνολο των μελετών που αφορούν τις ΨΨΨ. Πολλοί συγγραφείς έχουν επίσης δημοσιεύσει εξαιρετικές επισκοπήσεις αυτών των ερευνών σε κορυφαία περιοδικά ψυχολογίας και ψυχιατρικής, όπως ο Jonathan Shedler [58] στο *The American Psychologist*, ο Falk Leichsenring στο *The Lancet Psychiatry* [128] και ο Peter Fonagy στο *World Psychiatry* [129]. Μια συνολική θεώρηση των βραχείων ψυχοδυναμικών θεραπειών έχει επίσης δημοσιευθεί στις *Cochrane Reviews* [130], ενώ πρόσφατα δημοσιεύτηκε και στο *The Lancet Psychiatry* [131].

Οι διάφορες αυτές δημοσιεύσεις υπογραμμίζουν, καταρχάς, το γεγονός ότι οι ΨΨΨ είναι αποτελεσματικές για το σύνολο των ψυχιατρικών διαταραχών. Οι μελέτες στον τομέα αυτόν καταδεικνύουν υψηλά μεγέθη επίδρασης, από τα οποία παρατίθενται μερικά παραδείγματα προερχόμενα από κλινικές μελέτες και μετα-αναλύσεις: 0,69 [132], 0,79 [120], 0,91 [133], 0,97 [130], 1,08 [134], 1,39 [135] και 1,46 [136]. Οι ΨΨΨ έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικές στις αγχώδεις διαταραχές [137,138], την κατάθλιψη [139–143], τις ανθεκτικές καταθλίψεις (*Halifax Depression Study*), [144]), τις διαταραχές πανικού [145,146], τις διαταραχές προσωπικότητας [136,147–149], την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή [150], τις διατροφικές διαταραχές [48,151], τις απόπειρες αυτοκτονίας [152], τη διαταραχή μετατραυματικού στρες [153], τις ψυχοσωματικές διαταραχές [132] και τη σχιζοφρένεια [154]. Είναι επίσης αποτελεσματικές σε πληθυσμούς παιδιών και εφήβων [155,156]. Συνεπώς, οι ΨΨΨ είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες για τις περισσότερες ψυχιατρικές παθολογίες, ανεξάρτητα από την ηλικία, και αναγνωρίζονται ως μια *bona fide* θεραπεία, δομημένη και εμπειρικά επικυρωμένη.

---

<sup>40</sup> Σημειώνουμε ότι δεν θα διαχωρίσουμε με ακρίβεια την αξιολόγηση των ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών από εκείνη της ψυχανάλυσης. Οι πρώτες έχουν αξιολογηθεί περισσότερο και άρα έχουν «επικυρωθεί» καλύτερα εμπειρικά, κάτι που οφείλεται κυρίως στο ότι είναι πιο εύκολο να μελετηθούν. Ωστόσο, υπάρχουν επίσης πολλές μελέτες που αφορούν την αξιολόγηση της ψυχανάλυσης καθαυτής [120,121]. Όσον αφορά μια πιθανή διαφορά αποτελεσματικότητας μεταξύ των δύο αυτών πλαισίων, πρόκειται για ένα ζήτημα μεγάλης πολυπλοκότητας, το οποίο εξαρτάται από πλήθος παραμέτρων [122,123]. Θα επανέλθουμε σε αυτό το σημείο επανειλημμένα στο πλαίσιο του άρθρου.

<sup>41</sup> Η συγκεκριμένη μελέτη αφορούσε 93 ασθενείς που είχαν κάνει ανάλυση, εκ των οποίων το 73 % είχε θεραπευτεί ή παρουσίαζε σημάδια βελτίωσης μετά από αυτήν.

Πέρα από το ζήτημα της αποτελεσματικότητας των ΨΨΨ, πολλές μελέτες έχουν επιχειρήσει να αναδείξουν τις ιδιαιτερότητες των διαδικασιών που αυτές ενεργοποιούν. Ακολουθεί μια επιλογή οκτώ εξ αυτών, των οποίων τα αποτελέσματα μας φάνηκαν ιδιαίτερα διαφωτιστικά: (1) Στο διαγνωστικό επίπεδο, οι Cohen et al. [157] έδειξαν, ότι οι κλινικοί θεραπευτές ψυχαναλυτικού προσανατολισμού μπορούν να προσδιορίσουν ποιοι ασθενείς έχουν υποστεί παιδικό τραύμα μέσω της ανάλυσης σύντομων βιντεοσκοπημένων αποσπασμάτων, κάτι που δεν μπορούν να κάνουν οι θεραπευτές γνωσιακής-συμπεριφορικής κατεύθυνσης. (2) Έχουν αναδειχθεί δύο τύποι κατάθλιψης (ανακλιτική και ενδοβλητική) [158]. Ο πρώτος τύπος ανταποκρίνεται καλύτερα στις ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες, ενώ ο δεύτερος ωφελείται περισσότερο από μια ψυχανάλυση, όπως έδειξε το *Menninger Psychotherapy Research Project* [122,159]. (3) Οι ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες είναι αποτελεσματικές βραχυπρόθεσμα [107], και μια παρέμβαση μόλις τεσσάρων συνεδριών παράγει μετρήσιμα αποτελέσματα στα συμπτώματα και τη ψυχική λειτουργικότητα του ασθενούς [160]. (4) Το *Danish Schizophrenia Project* έδειξε ότι οι ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες είναι αποτελεσματικές στη διαχείριση ψυχωτικών κρίσεων, έχοντας καλύτερα αποτελέσματα από την αποκλειστικά ψυχιατρική παρακολούθηση [154]. (5) Τα αποτελέσματα των ΨΨΨ μπορούν να αντικειμενοποιηθούν μέσω νευροαπεικόνισης [161–163], η οποία δείχνει, μεταξύ άλλων, αλλαγές σε περιοχές του μεταιχμιακού και του προμετωπιαίου συστήματος μετά από ψυχαναλυτική θεραπεία [164]. (6) Η μητρική φροντίδα έχει άμεσο αντίκτυπο στην ανάπτυξη του εγκεφάλου του βρέφους και στη διαμόρφωση νευρωνικών δικτύων, ιδιαίτερα μεταξύ του Δικτύου Αυτόματης Λειτουργίας ή Δικτύου Προεπιλεγμένης Λειτουργίας [[default mode network](#)] και του Προεξέχοντος ή Διακριτικού Δικτύου [[salience network](#)] [165]. Τα δεδομένα αυτά στηρίζουν την ψυχαναλυτική υπόθεση ότι η ψυχική ωρίμανση εξαρτάται από την ποιότητα των πρώιμων διαπροσωπικών σχέσεων [166,167]. (7) Τα παιδικά τραύματα, η παραμέληση και η κακοποίηση παίζουν ρόλο στην αιτιολογία και τη διατήρηση των διαταραχών ψυχωτικής φύσεως <sup>42</sup>, όπως υποστηρίζει η ψυχαναλυτική θεωρία από την αρχή. Μια μετα-ανάλυση έδειξε ότι τα παιδικά τραύματα τριπλασιάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης ψύχωσης στην ενήλικη ζωή [168]. (8) Η συνοχή, η συνέχεια και η συνέπεια του θεραπευτικού πλαισίου είναι τρεις παράγοντες που έχουν καθοριστική επίδραση στην αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας [169]. Η θεσμική δυναμική αποτελεί, συνεπώς, μια θεμελιώδη παράμετρο στη φροντίδα των ασθενών, όπως προτείνει εδώ και δεκαετίες η ψυχοθεραπεία ψυχαναλυτικού προσανατολισμού στα πλαίσια νοσοκομειακών δομών [170].

---

<sup>42</sup> Σ.τ.Μ.: Δεν αναφέρεται στη σχιζοφρένεια και τη διπολική διαταραχή, παρόλο που και σε αυτές τις ψυχιατρικές νόσους, η πρώιμη φροντίδα ή, αντίστροφα, παραμέληση κ.ο.κ. παίζουν ρόλο στην έκλυση και εξέλιξή τους. Αναφέρεται σε παθολογίες όπου υπάρχουν άγχη και καταβυθίσεις ψυχωτικού τύπου, όπως σε ναρκισσιστικά τραύματα.

### 3.2. Οι ΨΨΨ αποδεικνύονται εξίσου αποτελεσματικές με τις άλλες ψυχοθεραπείες όταν αξιολογούνται εμπειρικά

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, το ποσοστό των εμπειρικών μελετών στο πεδίο των ψυχοθεραπειών κυριαρχείται σε μεγάλο βαθμό από τις ΓΣΘ σε σύγκριση με την ψυχαναλυτική προσέγγιση. Αυτή η διαφορά φάσεως καθώς και η αντιπαράθεση της αντίστοιχης βιβλιογραφίας που αφορά τα δύο πεδία, αποδόθηκε στη βιβλιογραφία με μία μεταφορά: τη συνάντηση ανάμεσα στον Godzilla (ΓΣΘ) και τον Bambi (ψυχανάλυση) [171,172]. Δύσκολα θα φανταζόταν κανείς ότι ο Bambi θα είχε την παραμικρή πιθανότητα επιβίωσης· κι όμως, όπως επισημαίνουν οι Leichsenring et al. [173], «ο Bambi είναι ζωντανός και κλοτσάει ακόμη»<sup>43</sup>. Πέρα από τις χιλιάδες μελέτες που αξιολογούν εμπειρικά τις ΨΨΨ, υπάρχουν πλέον πάνω από 250 Τυχαιοποιημένες Ελεγχόμενες Δοκιμές ( *Random Control Trials* ), οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί στο πεδίο των ΨΨΨ <sup>44</sup> [128]. Αυτές οι μελέτες συγκρίνουν συνήθως την αποτελεσματικότητα μιας ΨΨΨ με μια ομάδα ελέγχου, είτε πρόκειται για άλλη θεραπεία είτε για μια συνήθη θεραπευτική πρακτική (*Treatment As Usual*). Αναδεικνύουν αποτελέσματα εξίσου σημαντικά με εκείνα των άλλων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων [58,82,118,128,142] και η πιο πρόσφατη μετα-ανάλυση πάνω στο θέμα, δημοσιευμένη στο *American Journal of Psychiatry*, που αφορά 2 751 ασθενείς, απέδειξε, για ακόμη μία φορά, την αποτελεσματικότητα των ΨΨΨ και την ισοδυναμία τους σε σύγκριση με άλλες θεραπείες [174]. Έτσι, από τη στιγμή που οι ΨΨΨ άρχισαν να «παίζουν το παιχνίδι» της εμπειρικής αξιολόγησης των πρακτικών τους, η εμπειρική έρευνα κατέδειξε τη υψηλή τους αποτελεσματικότητα. Αυτό, φυσικά, φέρνει ορισμένους υποστηρικτές των ΓΣΘ σε δύσκολη θέση, αφού το επιχείρημά τους περί υψηλότερης αποτελεσματικότητας υποτίθεται πως στηριζόταν στα εμπειρικά δεδομένα. Όμως αυτά δείχνουν πλέον, όχι μόνον ότι οι ΓΣΘ δεν είναι πιο αποτελεσματικές, αλλά και ότι οι ΨΨΨ φαίνεται να είναι καταλληλότερες για την επίτευξη μιας αλλαγής, που μάλιστα παραμένει και μετά το πέρας της θεραπείας, όπως θα δούμε στη συνέχεια. Ο Shedler είχε υποβάλει την ιδέα, το 2010, βάσει των διαθέσιμων εμπειρικών δεδομένων, ότι τα αντικαταθλιπτικά έχουν μέγεθος επίδρασης 0,31, οι ΓΣΘ 0,68 και οι ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες 0,97. Για να το πούμε πιο ωμά: μήπως ο Bambi αρχίζει, αργά αλλά σταθερά, να καταβροχθίζει τον Godzilla;

<sup>43</sup> Αυτό μπορεί να μεταφραστεί ως: «Ο Bambi παραμένει εν ζωή και συνεχίζει να καταφέρει χτυπήματα».

<sup>44</sup> Ο Peter Lillengren, από το Πανεπιστήμιο της Στοκχόλμης, προτείνει έναν κατάλογο αυτών των δοκιμών, ο οποίος ενημερώνεται τακτικά και μπορεί να συμβουλευτεί κανείς στη διεύθυνση:

[https://www.researchgate.net/publication/317335876\\_Comprehensive\\_compilation\\_of\\_randomized\\_controlled\\_trials\\_RCTs\\_involving\\_psychodynamic\\_treatments\\_and\\_interventions](https://www.researchgate.net/publication/317335876_Comprehensive_compilation_of_randomized_controlled_trials_RCTs_involving_psychodynamic_treatments_and_interventions)

### 3.3 Τα χαρακτηριστικά των ΨΨΨ συσχετίζονται με την θεραπευτική αποτελεσματικότητα

Υπενθυμίζουμε καταρχάς, ότι η διάρκεια και η συχνότητα των ψυχοθεραπειών είναι δύο στοιχεία που ενισχύουν τα αποτελέσματά τους [175]. Πρόκειται άλλωστε για θεμελιώδη χαρακτηριστικά των ΨΨΨ. Το ψυχαναλυτικό πλαίσιο, ιδίως, βασίζεται σε συχνές συνεδρίες — τρεις έως πέντε φορές την εβδομάδα — για μια διάρκεια που μπορεί κατά μέσο όρο να κυμαίνεται από τρία έως πέντε έτη, για συνολικά περίπου πεντακόσιες έως χίλιες συνεδρίες. Η καταλληλότητα ενός τέτοιου πλαισίου φαίνεται, επομένως, να υποστηρίζεται από τη βιβλιογραφία, και αντίθετα με ορισμένες προκαταλήψεις, τόσο η συχνότητα όσο και η διάρκεια μιας ψυχανάλυσης αποτελούν εντελώς αρμόζοντα στοιχεία μιας θεραπείας. Όσον αφορά τις ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες, αυτές χρησιμοποιούν συνήθως μία έως δύο συνεδρίες την εβδομάδα, για μια περίοδο που μπορεί να κυμαίνεται από μερικούς μήνες έως αρκετά χρόνια. Και εδώ, το γεγονός ότι σχεδόν οι μισοί ασθενείς χρειάζονται τουλάχιστον 25 συνεδρίες πριν εμφανίσουν μια σταθερή κλινική βελτίωση, νομιμοποιεί μια τέτοια διάρκεια [107]. Η βιβλιογραφία αναδεικνύει επομένως ότι οι βραχείες θεραπείες — των οποίων η διάρκεια βρίσκεται κάτω από τις 25 συνεδρίες — φαίνεται να είναι λιγότερο κατάλληλες από τις ΨΨΨ για την πρόκληση βαθιών αλλαγών<sup>45</sup>, κάτι που ίσως εξηγεί γιατί η πλειοψηφία των ασθενών αναζητεί μια νέα θεραπεία μετά το τέλος μιας ΓΣΘ [24,177]. Τα αποτελέσματα αυτά δεν έχουν, στην πραγματικότητα, τίποτα το παράδοξο. Όπως σε κάθε μάθηση ή πολύπλοκη δεξιότητα, απαιτείται αρκετός χρόνος πριν επιτευχθούν σταθερά και διαρκή αποτελέσματα<sup>46</sup>. Το ίδιο ισχύει και κατά τη διάρκεια μιας ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας, η οποία βασίζεται σε πολύπλοκες διεργασίες όπως η συναισθηματική έκφραση, η συνειρμικότητα, η αναστοχαστικότητα ή η αφηγηματικότητα.

Πέρα από αυτά τα στοιχεία που αφορούν το ίδιο το ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο, έχουν διεξαχθεί πολλές, ιδιαίτερα διδακτικές, μελέτες με τη βοήθεια του *Psychotherapy Process Q-Sort* (PQS· [178]). Το PQS είναι ένα δια-θεωρητικό (*transsthéorique*) εργαλείο, που επιτρέπει την αξιολόγηση των ψυχοθεραπευτικών διαδικασιών με βάση

---

<sup>45</sup> Πρόκειται για κάτι το προφανές στο κλινικό επίπεδο, για κάθε θεραπευτή που χρησιμοποιεί τόσο τις ΓΣΘ όσο και τις ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες. Οι ΓΣΘ είναι κυρίως χρήσιμες σε μια οπτική προσαρμογής, αλλά όχι μεταμόρφωσης. Έχουν βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα και είναι χρήσιμες για αμυντικούς ασθενείς, που δεν είναι σε θέση να εξερευνήσουν την ψυχική τους ζωή στα πρώτα στάδια της θεραπείας. Άλλωστε, το αίτημα για «αποτελέσματα» και «αποτελεσματικότητα», που συνδέεται μερικές φορές με ένα αίτημα για ΓΣΘ, αποτελεί συχνά έναν αμυντικό μηχανισμό σύμφωνα με την ακόλουθη αρχή: «δεν θέλω να μάθω τίποτα για τις ρίζες του συμπτώματός μου, θέλω απλώς να εξαφανιστεί». Από την εμπειρία μου, δεν μπορεί να προκληθεί μακροπρόθεσμη αλλαγή στο επίπεδο της προσωπικότητας του θεραπευόμενου με αυτόν τον τύπο προσέγγισης. Παρ' όλα αυτά, μπορεί να αποδειχθούν χρήσιμες για την ανακούφιση του ασθενούς, ιδιαίτερα στην αρχή της θεραπείας. Σημειώνεται επίσης ότι για ορισμένες συγκεκριμένες διαταραχές, ο συνδυασμός των αρχών των ΓΣΘ και των ΨΨΨ μπορεί να αποδειχθεί κατάλληλος (για παράδειγμα, για τις κρίσεις πανικού ή τις PTSD) και ότι ορισμένες θεραπείες, όπως οι γνωσιακές-αναλυτικές θεραπείες, βρίσκονται στο σημείο συνάντησης αυτών των δύο προσεγγίσεων [176].

<sup>46</sup> Βλ. σχετικά το άρθρο των Shedler και Gnauati με τίτλο «The tyranny of time», το οποίο δημοσιεύθηκε τον Απρίλιο του 2020 στο Psychotherapy Network.

100 στοιχεία, τα οποία αφορούν τον ψυχοθεραπευτή, τον ασθενή και τις αλληλεπιδράσεις τους. Μια εγγραφή (ήχου ή βίντεο) ή ένα απομαγνητοφωνημένο κείμενο μίας ή περισσότερων συνεδριών αναλύεται, ούτως ώστε να προσδιοριστούν τα πιο χαρακτηριστικά στοιχεία μιας συνεδρίας ψυχοθεραπείας. Οι Jones και Rublos [179], καθώς και οι Ablon & Jones [180], ανέδειξαν, με αυτή τη μέθοδο, χαρακτηριστικά «πρότυπα» των διαφορετικών θεωρητικών προσανατολισμών<sup>47</sup>. Στη συνέχεια συνέκριναν την αποτελεσματικότητα των κλινικών θεραπειών, μελετώντας την πορεία των θεραπευτικών συνεδριών ανάλογα με το πρότυπο που ακολουθήθηκε. Σε μια πρώτη μελέτη που συνέκρινε κλινικούς ψυχαναλυτικού προσανατολισμού με θεραπευτές ΓΣΘ, οι Jones και Pulos [179] έδειξαν την αποτελεσματικότητα και των δύο προσεγγίσεων, με ένα ελαφρύ πλεονέκτημα για την ψυχαναλυτική προσέγγιση (0,77) σε σχέση με τις ΓΣΘ (0,59).

Αλλά το πιο εντυπωσιακό αποτέλεσμα της μελέτης ήταν ότι το ψυχαναλυτικό πρότυπο εμφανίστηκε ως αποτελεσματικό τόσο στην ομάδα των ψυχοδυναμικών θεραπειών όσο και στην ομάδα των θεραπειών ΓΣΘ. Οι Jones και Pulos [179] εξηγούν ότι «η ψυχοδυναμική τεχνική συσχετίστηκε σημαντικά με τη βελτίωση των ασθενών σε τέσσερις από τις πέντε κλίμακες θεραπευτικών αποτελεσμάτων για το δείγμα των γνωσιακών-συμπεριφορικών θεραπειών με ψυχοδυναμικά στοιχεία, ενώ οι «αμιγείς» γνωσιακές-συμπεριφορικές τεχνικές έδειξαν μικρή ή και καμία συσχέτιση με τα θεραπευτικά αποτελέσματα» ([179], σ. 314). Με άλλα λόγια, οι τεχνικές των ΓΣΘ δεν αποδείχθηκαν θεραπευτικά αποτελεσματικές, αλλά οι θεραπευτές ΓΣΘ που χρησιμοποίησαν χαρακτηριστικά των ψυχοδυναμικών θεραπειών – για παράδειγμα, την ανάλυση της μεταβίβασης – πέτυχαν θεραπευτικά αποτελέσματα. Αυτό το εύρημα επιβεβαιώθηκε από δύο άλλες μελέτες [180,181], οι οποίες έδειξαν ξανά τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα του ψυχοδυναμικού προτύπου, όταν χρησιμοποιείται, τόσο στις ψυχοδυναμικές θεραπείες όσο και στις ΓΣΘ.

---

<sup>47</sup> Το ψυχαναλυτικό πρότυπο χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω 20 στοιχεία: συζητούνται τα όνειρα και οι φαντασιώσεις του ασθενούς· ο θεραπευτής διατηρεί ουδετερότητα· ο θεραπευτής επισημαίνει τους αμυντικούς μηχανισμούς του ασθενούς· ο θεραπευτής δημιουργεί συνδέσεις ανάμεσα στη θεραπευτική σχέση και σε άλλες σχέσεις του ασθενούς· ο θεραπευτής είναι ευαίσθητος στα συναισθήματα του ασθενούς και συγχρονίζεται με ενσυναίσθηση μαζί του· ο θεραπευτής ερμηνεύει τις απωθήσεις, τις επιθυμίες, τα συναισθήματα και τις ασυνείδητες ιδέες· ο θεραπευτής διατηρεί στάση αποδοχής και μη κριτικής· ο ασθενής επιτυγχάνει μια νέα κατανόηση ή ένα βαθύτερη αυτεπίγνωση [insight]· η θεραπευτική σχέση βασίζεται στον διάλογο· ο θεραπευτής επικοινωνεί με τον ασθενή με σαφή και συνεκτικό τρόπο· ο θεραπευτής εστιάζει στα συναισθήματα που ο ασθενής θεωρεί μη αποδεκτά (π.χ. θυμός, φθόνος, διέγερση)· συζητούνται τα συναισθήματα και οι εμπειρίες σεξουαλικής φύσης· η συμπεριφορά του ασθενούς κατά τη συνεδρία αναδιατυπώνεται από τον θεραπευτή με έναν τρόπο που προηγουμένως δεν είχε αναγνωριστεί ρητά· η αυτοεικόνα αποτελεί κεντρικό θέμα της συζήτησης· οι αναμνήσεις ή οι ανακατασκευές, οι οποίες αφορούν την πρώιμη παιδική ηλικία αποτελούν αντικείμενο συζήτησης· τα συναισθήματα και οι αντιλήψεις του ασθενούς συσχετίζονται με καταστάσεις ή συμπεριφορές του παρελθόντος· ο θεραπευτής εντοπίζει ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο στην εμπειρία ή στη συμπεριφορά του ασθενούς· οι παρατηρήσεις του θεραπευτή στοχεύουν στη διεκδίκηση της λεκτικής έκφρασης του ασθενούς· ο θεραπευτής σχολιάζει τις αλλαγές στη διάθεση ή στα συναισθήματα του ασθενούς· ο θεραπευτής εστιάζει στο αίσθημα ενοχής του ασθενούς.

Τα αποτελέσματα αυτά είναι ουσιώδη, διότι επιτρέπουν μια καλύτερη κατανόηση των δεδομένων που σχετίζονται με το παράδοξο της ισοδυναμίας: το ζήτημα της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας δεν διακυβεύεται ανάμεσα σε θεωρητικά «δόγματα» (δηλαδή ανάλογα με το τι λένε οι θεραπευτές θεωρητικά για την πρακτική τους), αλλά στο επίπεδο τού τι κάνουν πραγματικά οι θεραπευτές στην πράξη. Φαίνεται, έτσι, ότι η χρήση του ψυχαναλυτικού προτύπου συσχετίζεται με τα θεραπευτικά αποτελέσματα, σε αντίθεση με τον πρότυπο των ΓΣΘ, που δεν παράγει αξιοσημείωτο αποτέλεσμα <sup>48</sup>. Με άλλα λόγια, οι θεραπευτές ΓΣΘ είναι αποτελεσματικοί όταν, χωρίς να το γνωρίζουν, χρησιμοποιούν ψυχαναλυτικές αρχές. Κατά συνέπεια, γίνεται πιο σαφές γιατί είναι τόσο δύσκολο να συγκριθεί η αποτελεσματικότητα των θεραπειών με βάση τον δηλωμένο θεωρητικό προσανατολισμό των θεραπειών. Όπως σημειώνει ο Shedler [58]: «Η ετυμηγορία του [Ντόντο](#) [το παράδοξο της ισοδυναμίας] αντανakλά ενδεχομένως μια αποτυχία των ερευνητών (...) να αξιολογήσουν επαρκώς το σύνολο των φαινομένων που μπορούν να εξελιχθούν κατά τη διάρκεια μιας ψυχοθεραπείας» ([58], σ. 105), εξού και η σημασία μελετών πιο λεπτομερούς ανάλυσης, όπως αυτών που χρησιμοποιούν το PQS.

Από εκεί και πέρα, πρέπει να προσδιοριστεί γιατί και πώς οι αρχές των ΨΨΨ οδηγούν σε αυτήν τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα. Αυτό συνεπάγεται την εφαρμογή ερευνητικών πρωτοκόλλων, με βάση τα οποία οι κλινικοί, σκόπιμα, τροποποιούν τον συνηθισμένο τρόπο εργασίας τους. Για παράδειγμα, καλούνται είτε να μην χρησιμοποιήσουν έναν συγκεκριμένο τρόπο δουλειάς (την ανάλυση της μεταβίβασης, της συνειρμικότητας, των αμυντικών μηχανισμών, των ονείρων κ.λπ.) είτε, αντιθέτως, να επικεντρωθούν σε αυτόν. Αυτή η μέθοδος μπορεί να φαίνεται πολύ τεχνητή και να επιδέχεται κριτική, αλλά είναι παρ' όλα αυτά χρήσιμη για την ακριβέστερη κατανόηση των «ενεργών συστατικών» των ΨΨΨ. Αυτή η προσέγγιση οδήγησε επίσης στην ανάπτυξη διαφόρων θεραπειών που προέρχονται από την ψυχανάλυση και στοχεύουν στη διευκόλυνση συγκεκριμένων μορφών ψυχικών διαδικασιών ανάλογα με την παθολογία του ασθενούς. Οι έρευνες αυτές ανέδειξαν, κατ' αυτό τον τρόπο, ότι: (1) Η *μεταβίβαση* αποτελεί βασικό στοιχείο της αποτελεσματικότητας των ΨΨΨ και η ανάλυσή της είναι ιδιαίτερα ευεργετική για ασθενείς με επιβαρυμένες σχέσεις αντικειμένου [183–185]. Ορισμένες θεραπείες (*transference-focused therapy*), οι οποίες προορίζονται για την αντιμετώπιση διαταραχών προσωπικότητας, επικεντρώνονται ακριβώς σε αυτήν την αρχή [186]. (2) Το ότι λαμβάνεται υπόψη το *αντιμεταβιβαστικό* υλικό συσχετίζεται με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας [187]. (3) Η ανάπτυξη της *αυτεπίγνωσης* και της *αναστοχαστικότητας* συνδέονται με τη θετική πορεία των ασθενών [188]. Σημειώνεται ότι η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης βελτιώνεται όσο οι ικανότητες αυτεπίγνωσης του ασθενούς αυξάνονται χάρη

---

<sup>48</sup> Δεδομένης αυτής της σημασίας του ψυχαναλυτικού πρωτοτύπου, δεν θα μας εκπλήξει να μάθουμε ότι οι ψυχοθεραπευτές, ανεξαρτήτως του θεωρητικού τους προσανατολισμού, επιλέγουν συχνότερα για τον εαυτό τους μια ψυχαναλυτική θεραπεία [182].

στις ερμηνείες της μεταβίβασης [189]. (4) Η κατανόηση των *αμυντικών μηχανισμών* ενισχύει τη θεραπευτική συμμαχία και βελτιώνει τα θεραπευτικά αποτελέσματα [190]. (5) Η *τροποποίηση και η έκφραση του συναισθήματος* αποτελούν στοιχεία που συσχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας [191] και ορισμένες θεραπείες επικεντρώνονται σε αυτή τη διάσταση (emotion-focused therapy) [192]. Παρατηρούμε ότι αυτή η ενσωμάτωση των συναισθημάτων περιλαμβάνει τόσο την αναγνώρισή τους όσο και την έκφραση και τη διευθέτησή τους [193]. (6) Η συναισθηματική μεταμόρφωση συνδέεται με την εμφάνιση *νέων νοηματοδοτήσεων* που εμπλουτίζουν την υποκειμενική ιδιοποίηση, όπως υπέθετε, από την εποχή του, ο Wilfred Bion [194,195]. (7) Η *ψυχικοποίηση (mentalisation)* συσχετίζεται με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, όπως δείχνουν ιδιαίτερα τα έργα του Fonagy, ο οποίος ανέπτυξε μια θεραπεία, η οποία εστιάζεται σε αυτή την παράμετρο (mentalization-based therapy) [196], δείχνοντας επίσης ότι η ψυχικοποίηση και η αναστοχαστικότητα συνδέονται στενά με την ποιότητα του δεσμού, που υπάρχει στην παιδική ηλικία [197].

#### 3.4. Οι ΨΨΨ παράγουν θεραπευτικά αποτελέσματα μακροπρόθεσμα στο επίπεδο της προσωπικότητας και μετά το τέλος της θεραπείας

Πολλές μελέτες έχουν αξιολογήσει τα αποτελέσματα της *Μακροχρόνιας Ψυχοδυναμικής Ψυχοθεραπείας (Long Term Psychodynamic Psychotherapy – LTPP)* [134,198] και έχουν καταδείξει ότι οι διεργασίες των ψυχαναλυτικών θεραπειών αναπτύσσονται σε βάθος χρόνου [120,121,134,198,199]. Η πιο πρόσφατη μετα-ανάλυση σχετικά με το θέμα αυτό συνέκρινε ψυχαναλυτικές θεραπείες διάρκειας άνω του ενός έτους με τα αποτελέσματα άλλων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων [200]. Ανέδειξε μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών (0,28) όταν συγκρίνονται με άλλες προσεγγίσεις σε βάθος χρόνου<sup>49</sup>, γεγονός που συμφωνεί με την παρατήρηση του Shedler ότι «το όφελος των άλλων (μη ψυχοδυναμικών) εμπειρικά τεκμηριωμένων θεραπειών τείνει να μειώνεται με την πάροδο του χρόνου για τις συχνότερες ψυχιατρικές διαταραχές» ([58], σ. 102). Οι μακροχρόνιες αυτές μελέτες επιτρέπουν επίσης τη σύγκριση των ΨΨΨ ως προς τη διάρκειά τους. Η *Helsinki Psychotherapy Study* [202] συνέκρινε την αποτελεσματικότητα βραχέων και μακρών ψυχοδυναμικών ψυχοθεραπειών ως προς τα ψυχιατρικά συμπτώματα 326 ασθενών. Οι συγγραφείς της μελέτης κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι «οι βραχείες ψυχοδυναμικές θεραπείες παράγουν οφέλη ταχύτερα από τις μακρές ψυχοδυναμικές θεραπείες, όμως σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα οι μακρές ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες υπερτερούν των βραχέων ψυχοδυναμικών θεραπειών» ([202], σ. 599). Το *Stockholm Outcome of Psychoanalysis and*

<sup>49</sup> Η ψυχανάλυση αποδεικνύεται όχι μόνο ωφέλιμη μακροπρόθεσμα για τους ασθενείς, αλλά και για τους ίδιους τους αναλυτές, όπως υποδηλώνει μια μελέτη που συνέκρινε το ποσοστό θνησιμότητας των ιατρών-ψυχαναλυτών με εκείνο άλλων ιατρών [201]. Το ποσοστό θνησιμότητας είναι κατά 44 % χαμηλότερο στους αναλυτές.

*Psychotherapy Project* (STOPP) μελέτησε την εξέλιξη 400 ασθενών, επί τρία έτη, οι οποίοι παρακολουθούσαν είτε μακρόχρονη ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία είτε ψυχανάλυση [203]. Έδειξε μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της ψυχανάλυσης σε σύγκριση με τις ψυχαναλυτικές ψυχοθεραπείες <sup>50</sup>. Αυτό το αποτέλεσμα επιβεβαιώθηκε από δεκαετή μελέτη που δείχνει ότι τα αποτελέσματα της ψυχανάλυσης είναι ελαφρώς ανώτερα από εκείνα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας, κάτι που γίνεται ορατό μόνο μακροπρόθεσμα [204].

Μία από τις πιο αυστηρές και πρόσφατες μελέτες για την αξιολόγηση των ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών μακράς διάρκειας είναι η *Tavistock Adult Depression Study* (TADS). Εξέτασε την εξέλιξη ασθενών με κατάθλιψη που έλαβαν μακρόχρονη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία σε σύγκριση με τη συνήθη θεραπεία [142]. Η θεραπεία αποτελούνταν από 60 συνεδρίες, διάρκειας 18 μηνών, και αξιολογήθηκε με το *Beck Depression Inventory* και το *Psychotherapy Q-Sort*. Η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε στο τέλος της θεραπείας και μέχρι δύο χρόνια αργότερα. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν σημαντική διαφορά με την ομάδα ελέγχου στο τέλος της θεραπείας. Ωστόσο, δύο χρόνια αργότερα, σχεδόν το ένα τρίτο των ασθενών της ψυχοδυναμικής ομάδας ήταν σε μερική ύφεση (30 %) έναντι μόλις ενός στους είκοσι στην ομάδα ελέγχου (4,4 %)<sup>51</sup>. Ο αριθμός των ασθενών που εξακολουθούσαν να πληρούν τα κριτήρια μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου ήταν τετραπλάσιος στην ομάδα ελέγχου. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ψυχοδυναμικές θεραπείες παράγουν αποτελέσματα ήδη από το τέλος της θεραπείας, αλλά αυτά γίνονται σημαντικά σε σχέση με άλλες παρεμβάσεις μόνο μακροπρόθεσμα.

Η επίδραση και οι αλλαγές χάρη στις ΨΨΨ έχουν έτσι την ιδιαιτερότητα να συνεχίζονται μετά το τέλος της θεραπείας, το λεγόμενο «λανθάνον αποτέλεσμα» (*sleeper effect*) [203,205]. Στη συνέχεια ακολουθούν ορισμένα παραδείγματα μελετών που συνέκριναν το μέγεθος επίδρασης (*effect size*) στο τέλος της θεραπείας και στο *follow-up* — δηλαδή στην παρακολούθηση μήνες ή και χρόνια αργότερα. Ο Leichsenring και οι συνεργάτες του [135] έδειξαν ότι, σε σύντομες ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες, τα μεγέθη επίδρασης ήταν: 1,39 (τέλος) / 1,57 (*follow-up*) για στοχευμένα συμπτώματα· 0,90 / 0,95 για τα ψυχιατρικά συμπτώματα· 0,80 / 1,19 για τις δυσκολίες στις κοινωνικές δεξιότητες. Στο *follow-up*, κατά μέσο όρο 13 μήνες μετά τη θεραπεία, το 95 % των ασθενών ήταν καλύτερα σε σύγκριση με την έναρξη. Οι

---

<sup>50</sup> Ας σημειωθεί ένα ακόμη ενδιαφέρον εύρημα της μελέτης: οι ψυχοθεραπευτές που εφαρμόζουν ορισμένες ψυχαναλυτικές αρχές με τρόπο άκαμπτο έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Με άλλα λόγια, η εφαρμογή ορισμένων αρχών που αναπτύχθηκαν αρχικά για την ψυχανάλυση στο πλαίσιο μιας ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας μπορεί να αποδειχθεί ακατάλληλη. Για παράδειγμα, μια ορισμένη σχεσιακή απόσταση που μπορεί να αποδειχθεί κατάλληλη κατά τη διάρκεια μιας ψυχανάλυσης, θα είναι ακατάλληλη αν εφαρμοστεί με τον ίδιο τρόπο σε μια ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, η οποία φαίνεται να απαιτεί μεγαλύτερη υποστήριξη από τον κλινικό.

<sup>51</sup> Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει επίσης ένα πολύ σημαντικό στοιχείο, δηλαδή ότι οι ίδιοι οι κλινικοί δεν είναι τις περισσότερες φορές σε θέση να παρατηρήσουν τα αποτελέσματα που προκαλούν στους ασθενείς τους, διότι τα πιο έντονα αποτελέσματα θα εμφανιστούν αρκετά χρόνια μετά το τέλος της θεραπείας.

Bateman και Fonagy [206], μελετώντας 18μηνη ψυχοδυναμική θεραπεία εστιασμένη στη ψυχοποίηση για ασθενείς με μεταιχμιακή [borderline] διαταραχή προσωπικότητας, έδειξαν ότι 57 % των ασθενών δεν πληρούσαν πλέον τα κριτήρια του διαγνωστικού αυτού πλαισίου στο τέλος της θεραπείας (έναντι 13 % της ομάδας ελέγχου), και 87 % οκτώ χρόνια μετά (έναντι 13 % της ομάδας ελέγχου). Το ποσοστό απόπειρας αυτοκτονίας ήταν 23 % στην ψυχοδυναμική ομάδα έναντι 74 % στην ομάδα ελέγχου. Ομοίως, οι Leichsenring και Rabung [134] βρήκαν μέγεθος επίδρασης 1,03 στο τέλος της θεραπείας και 1,25 δύο χρόνια αργότερα. Ο De Matt et al. [120] ανέδειξαν, σε μια ανασκόπηση βιβλιογραφίας για τις μακροχρόνιες ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες, μια επίδραση μεγέθους 0,78 στα συμπτώματα στο τέλος της θεραπείας και 0,94 τρία χρόνια αργότερα. Τέλος, η μελέτη που δημοσιεύθηκε στις *Cochrane Reviews* [130], η οποία αφορά τις ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες (23 μελέτες· 1.431 ασθενείς), ανέδειξε, και αυτή, τα ίδια «εκ των υστέρων» αποτελέσματα, με τα εξής μεγέθη επίδρασης μεταξύ τέλους της θεραπείας και αξιολόγησης σε follow up: 0,97 / 1,15 για τα γενικά ψυχιατρικά συμπτώματα· 0,81 / 2,21 για τα σωματικά συμπτώματα· 0,59 / 0,98 για την κατάθλιψη· 1,08 / 1,35 για το άγχος.

Στη συνέχεια αναπτύχθηκαν ειδικά εργαλεία ώστε να μελετηθεί πιο λεπτομερώς αυτή η ευνοϊκή εξέλιξη σε βάθος χρόνου από την άποψη της προσωπικότητας των ασθενών. Το πρώτο ήταν η *Scales of Psychological Capacities* (SPC), αναπτυγμένη από τον Robert Wallerstein [207], και πιο πρόσφατα το *Operationalized Psychodynamic Diagnostic* (OPD), το οποίο έχει ως στόχο τον εντοπισμό δομικών αλλαγών στους ασθενείς. Ο Shedler ανέπτυξε επίσης μια κλίμακα αξιολόγησης της προσωπικότητας — την *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP) [30,208] — η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την, ψυχαναλυτικής οπτικής, αξιολόγηση της προσωπικότητας του θεραπευόμενου στην αρχή και στο τέλος της θεραπείας [208]. Η κλίμακα αυτή κατέστησε δυνατή την ανάδειξη αλλαγών στην προσωπικότητα χάρη στις ΨΨΨ [209]. Μια τέτοια προσέγγιση χρησιμοποιήθηκε επίσης σε 54 αναλυτές της *American Psychoanalytical Association*, οι οποίοι χρησιμοποίησαν τη SWAP για να αξιολογήσουν 26 ασθενείς στην αρχή μιας ανάλυσης και 26 στο τέλος της. Στην ομάδα των ασθενών στην αρχή της ανάλυσης, έντεκα εμφάνιζαν διαταραχή προσωπικότητας, ενώ κανένας από τους 26 ασθενείς στο τέλος της ανάλυσης δεν εμφάνιζε τέτοια διαταραχή [209].

Η *LAC depression study* είναι η πιο πρόσφατη και η πιο εκτεταμένη μελέτη που αποσκοπεί στην αντικειμενικοποίηση των αλλαγών προσωπικότητας που προκαλούνται από τις ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες [210,211]. Η έρευνα αυτή, η οποία βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη, συνέκρινε τις ΓΣΘ και τις ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε διάστημα δέκα ετών. Πρόκειται για την πρώτη μελέτη «που συγκρίνει τις δομικές αλλαγές που επιτυγχάνονται μέσω ψυχοδυναμικής θεραπείας και ΓΣΘ με τη βοήθεια του OPD» ([211], σ. 28), σε σύνολο 252 ασθενών. Τόσο οι ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες όσο

και οι ΓΣΘ οδήγησαν σε σημαντικά αποτελέσματα μετά από τρία έτη θεραπείας — με μέγεθος επίδρασης 1,78 — βάσει της *Beck Depression Inventory*. Το ποσοστό ύφεσης ήταν 45 %, γεγονός που υπογραμμίζει για άλλη μια φορά την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπειών ανεξαρτήτως προσέγγισης. Τα εργαλεία αξιολόγησης της προσωπικότητας και των δομικών αλλαγών έδειξαν ότι το ένα τέταρτο των ασθενών είχε εξελιχθεί σε αυτό το επίπεδο μετά από έναν χρόνο θεραπείας. Η δομική αλλαγή ήταν σχεδόν διπλάσια στην ομάδα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας (60 % των ασθενών) σε σύγκριση με την ομάδα ΓΣΘ (36 %) μετά από τρία χρόνια θεραπείας. Η μείωση των συμπτωμάτων ήταν τόσο μεγαλύτερη όσο υψηλότερη ήταν η δομική αλλαγή ([211], σ. 34). Πρόκειται για την πρώτη μελέτη που επιτρέπει την αντικειμενικοποίηση αυτής της διαφοράς μεταξύ ψυχοδυναμικών ψυχοθεραπειών και ΓΣΘ στο επίπεδο των δομικών αλλαγών των ασθενών. Οι συγγραφείς καταλήγουν επίσης στο εξής συμπέρασμα σχετικά με τη φύση των ψυχοθεραπευτικών διεργασιών: «η εντατική εργασία πάνω στις δυσβάσταχτα συναισθήματα, που συνδέονται με τραυματικές σποραδικές αναμνήσεις, μέσα σε μια σχέση *κρατήματος* [*holding*] και *εμπερίεξης* με τους θεραπευτές, επέτρεψε στους ασθενείς της ψυχοδυναμικής ομάδας με χρόνια κατάθλιψη να αναδιαμορφώσουν τις μνημονικές τους εγγραφές και να επεξεργαστούν ψυχικά, στο επίπεδο της αυτοβιογραφικής μνήμης, τις τραυματικές τους εμπειρίες» ([211], σ. 48).

Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν επομένως ότι οι ΨΨΨ αποδεικνύονται αποτελεσματικές σε βάθος χρόνου, κάτι που μπορεί να αντικειμενικοποιηθεί με εργαλεία, που αξιολογούν την προσωπικότητα του ατόμου. Χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να παραγάγουν θεραπευτικά αποτελέσματα, αλλά αυτά εμφανίζονται βαθύτερα και πιο διαρκή<sup>52</sup>. Αυτό οδηγεί, κατά συνέπεια, σε σημαντική οικονομία σε βάθος χρόνου, όπως δείχνουν οι μελέτες που αφορούν την αξιολόγηση της αναλογίας κόστους /ωφέλειας των ΨΨΨ [6,212]. Οι Guthrie et al. [213] έδειξαν ότι «οι ασθενείς που είχαν κάνει ψυχοθεραπεία (ψυχοδυναμική), σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, παρουσίασαν σημαντική μείωση του αριθμού των νοσηλειών, των επισκέψεων στο γενικό ιατρό ή νοσηλεύτρια, της λήψης φαρμάκων και της ανάγκης για υποστήριξη από τους οικείους τους» ([213], σ. 522). Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι επιτυγχανόταν οικονομία 2.450 ευρώ σε διάστημα 10 εβδομάδων, για ασθενείς με κατάθλιψη όταν μία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία εντασσόταν στην αντιμετώπιση της [214]. Ομοίως, μια ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία σε ασθενείς με σωματικά προβλήματα που προσήλθαν στα επείγοντα οδήγησε σε μείωση 69 % του ποσοστού επιστροφής στα επείγοντα και οικονομία 910 δολαρίων το χρόνο ανά ασθενή [212]. Μια μετα-ανάλυση

---

<sup>52</sup> Το γεγονός ότι κάποιος γνωρίζει θεωρητικά τις αρχές των ΨΨΨ δεν είναι αρκετό. Μπορούμε, έτσι, να φανταστούμε έναν κλινικό με αναλυτικό προσανατολισμό που να μην εφαρμόζει αυτές τις αρχές, ενώ αντίθετα ένας κλινικός με προσανατολισμό ΤCC μπορεί να μην αναφέρεται ρητά σε αυτές τις αρχές, αλλά να τις εφαρμόζει επειδή διαισθάνεται τη χρησιμότητά τους. Δεν πρόκειται, επομένως, απλώς για μια αναφορά στην ψυχαναλυτική προσέγγιση, αλλά για την πραγματική ενσάρκωση των αρχών της στο έργο με τους ασθενείς.

από τους Abbass et al. [132] σε 23 μελέτες ανέδειξε οικονομία 77,8 % των δαπανών, όταν οι ασθενείς παρακολουθούνταν στο πλαίσιο ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας. Τέλος, οι Roggenkamp et al. [153] έδειξαν μείωση των δαπανών στην αντιμετώπιση των PTSD μέσω ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας λόγω της μείωσης του αριθμού των ιατρικών ραντεβού.

## 4. Η ποιοτική αξιολόγηση και η αξιολόγηση της διαδικασίας των ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών και της ψυχανάλυσης

### 4.1 Μεθοδολογικά προβλήματα των εμπειρικών προσεγγίσεων: η κρίση της αναπαραγωγιμότητας

Πριν εξετάσουμε την αξιολόγηση την αξιολόγηση της ποιότητας και της διαδικασίας των ΨΨΨ, χρειάζεται να διευκρινίσουμε ορισμένα στοιχεία σχετικά με την καταλληλότητα και τη «νομιμοποίησή» τους, με αφετηρία ορισμένες κριτικές που έχουν διατυπωθεί απέναντι στην εμπειρική αξιολόγηση των ψυχοθεραπειών. Στο πλαίσιο αυτό, υπενθυμίζεται ότι οι εργασίες πάνω σε αυτό το θέμα εντάσσονται σε μια αντιπαράθεση μεταξύ δύο μοντέλων, του μοντέλου «συνθηκών» (contextuel) και του «ιατρικού» μοντέλου [215]. Το πρώτο θεωρεί ότι οι συνθήκες της ψυχοθεραπείας είναι σημαντικότερες από την ψυχοθεραπευτική τεχνική, ενώ το δεύτερο υποθέτει το αντίθετο: ότι η τεχνική είναι σημαντικότερη από τις συνθήκες. Τα δεδομένα της εμπειρικής έρευνας δείχνουν ότι το μοντέλο «περιβάλλοντος» είναι πιο κατάλληλο [215], και ότι η εμπειρική και ιατρική προσέγγιση μπορεί να αποδειχθεί ακατάλληλη, όταν εφαρμόζεται στον χώρο των ψυχοθεραπειών. Έτσι, η ιδέα ότι θα έπρεπε να αναπτύσσουμε θεωρίες επικεντρωμένες σε μια συγκεκριμένη διαταραχή, ακολουθώντας ένα εγχειρίδιο [22] και περιορίζοντας την θεραπεία σε έναν προαποφασισμένο αριθμό συνεδριών, έχει πλέον δεχτεί εκτεταμένη κριτική [177].

Μια ορισμένη μορφή εμπειρισμού φαίνεται, λοιπόν, να φτάνει στα όριά της, όταν πρόκειται να μελετήσει τις ψυχοθεραπείες, κάτι που εντάσσεται στη γενικότερη μεγάλη κρίση που αντιμετωπίζουν σήμερα η εμπειρική ψυχολογία και η ιατρική — η λεγόμενη «κρίση της αναπαραγωγιμότητας» — εδώ και πλέον από δέκα χρόνια, ιδίως μετά τη δημοσίευση του άρθρου του John Ioannidis [216] με τίτλο «*Why most published research findings are false*». Το άρθρο αυτό ανέδειξε σοβαρά μεθοδολογικά προβλήματα στον τρόπο με τον οποίο διεξάγονται οι εμπειρικές έρευνες, τόσο στην ψυχολογία όσο και στην ιατρική [217], συμπεριλαμβανομένων εκείνων που αφορούν τα αντικαταθλιπτικά [218]. Ακολούθησαν αρκετά προγράμματα επανάληψης μελετών, κάποια από τα οποία έδειξαν ότι μόνο το 36% των αποτελεσμάτων στην εμπειρική ψυχολογία ήταν αναπαραγώγιμα [219]. Τα μη αναπαραγώγιμα αποτελέσματα φαίνεται να οφείλονται σε μεθοδολογικά και στατιστικά λάθη, σε απάτες, και σε αυτό που αποκαλείται, με εύσημο τρόπο, «Αμφισβητήσιμες Ερευνητικές Πρακτικές» (*Questionable Research Practices*, QRP). Η ψυχολογία και η ιατρική προσπαθούν

σήμερα να αναπτύξουν εργαλεία, ούτως ώστε να βελτιώσουν την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων τους, ιδιαίτερα μέσω: της προεγγραφής (*pre-registration*) των μελετών, πιο λεπτεπίλεπτων στατιστικών (στατιστικές Bayes, *funnel plot*, *p-curve analysis* κ.ά.), αύξησης του μεγέθους των δειγμάτων, συστηματικής δημοσίευσης αρνητικών αποτελεσμάτων, συνεργασιών «μεταξύ ανταγωνιστών» (*adversarial collaboration*). Η έξοδος από αυτή την κρίση δεν είναι καθόλου εύκολη, ιδίως αν αναλογιστούμε ότι ακόμη και οι μετα-αναλύσεις [70] — που θεωρούνται συχνά το υψηλότερο επίπεδο τεκμηρίωσης — αποδεικνύονται πολύ λιγότερο αξιόπιστες από όσο φανταζόμασταν. Για παράδειγμα, τα ίδια δεδομένα που δόθηκαν σε διαφορετικές ερευνητικές ομάδες οδήγησαν σε πολύ διαφορετικά συμπεράσματα σχετικά με το μέγεθος των μελετώμενων αποτελεσμάτων [220]<sup>53</sup>.

Η εμπειρική προσέγγιση των ψυχοθεραπειών δεν ξεφεύγει από αυτή την κρίση και αποτελεί μάλιστα έναν από τους πιο αδύναμους τομείς, από μεθοδολογική άποψη [221–223]. Μελέτες δείχνουν, ότι σχεδόν οι μισές έρευνες σε αυτό το πεδίο, έχουν ανεπαρκή μεθοδολογική ποιότητα ώστε να μπορούν να παραγάγουν αξιόπιστα συμπεράσματα [125, 143], και ότι μόνο το 7% των μετα-αναλύσεων στον χώρο των ψυχοθεραπειών δείχνουν μη προκατειλημμένα αποτελέσματα<sup>54</sup> [224]. Αυτό το γεγονός δεν προκαλεί έκπληξη όταν γνωρίζουμε, για παράδειγμα, πως η αξιολόγηση της ψυχικής υγείας μέσω των συνηθισμένων ερωτηματολογίων παρουσιάζει σημαντικά [στο γαλλικό κείμενο: απάνθρωπες] ελλείμματα αξιοπιστίας [225]<sup>55</sup>, όπως επίσης και ο τρόπος με τον οποίο συγκροτούνται οι ομάδες ελέγχου<sup>56</sup>. Οι αριθμοί και

---

<sup>53</sup> Θα μπορούσαν να ειπωθούν πολλά για αυτήν την κρίση, η οποία μαρτυρεί πρωτίστως τις επιδράσεις της υποκειμενικότητας του ερευνητή στον χώρο της ψυχολογίας — επιδράσεις που παραγνωρίζονται και υποτιμώνται, επειδή πολλοί ερευνητές προσπαθούν να μιμηθούν τις μεθόδους των επιστημών της ύλης και της φύσης, με στόχο να επιτύχουν το ίδιο επίπεδο αυστηρότητας και αναγνώρισης. Ωστόσο, δεν καταφέρνουν — και πιθανότατα δεν θα καταφέρουν ποτέ — να επιτύχουν αυτό το αποτέλεσμα, διότι το αντικείμενο μελέτης τους, δηλαδή η ανθρώπινη ψυχολογία, δεν μπορεί να προσεγγιστεί με τον ίδιο τρόπο όπως ένα ηλεκτρόνιο, ένα βακτήριο ή μια μαύρη τρύπα. Αυτή η κρίση μαρτυρά επίσης ένα βαθύ πρόβλημα επαγγελματικής ηθικής στους ερευνητές, το οποίο ευνοείται από τις νεοφιλελεύθερες λογικές. Όποιος έχει συνηθίσει να συναναστρέφεται εργαστήρια ψυχολογικής και ιατρικής έρευνας, γνωρίζει πόσο συχνή είναι η απάτη. Ο ανταγωνισμός έχει γίνει τόσο έντονος, ώστε το ζήτημα της αλήθειας ή του ενδιαφέροντος των αποτελεσμάτων, γίνεται μερικές φορές δευτερεύον για ερευνητές, που παράγουν δημοσιεύσεις κυρίως για λόγους καριέρας. Δεν πρέπει να προκαλεί έκπληξη, ότι ένα τέτοιο σύστημα οδηγεί σε πρακτικές που θέτουν σοβαρά υπό αμφισβήτηση την επιστημονική ακεραιότητα των ερευνών.

<sup>54</sup> Στην πραγματικότητα, αυτά τα μεθοδολογικά ελαττώματα είναι τόσο σοβαρά ώστε είναι εύκολο να αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε ψυχοθεραπείας. Ο Shedler [24] δείχνει πολύ καθαρά τις συνήθεις χρησιμοποιούμενες μεθόδους: ψεύτικες ομάδες ελέγχου, σχέσεις υποταγής (*allegiance effects*), ακατάλληλες στατιστικές, επιλογή δεδομένων κ.λπ.

<sup>55</sup> Η μέτρηση των συμπτωμάτων δεν αποτελεί επαρκή προϋπόθεση για να προσδιοριστεί η ευνοϊκή εξέλιξη ενός ασθενούς. Για παράδειγμα, στη θεραπευτική αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας, είναι καλά γνωστό ότι ορισμένοι ασθενείς παίρνουν σκόπιμα βάρος προκειμένου να αποφύγουν να αντιμετωπίσουν την ψυχική διάσταση των διαταραχών τους. Αυτή η «φυγή προς την ίαση» είναι απλώς επιφανειακή και συχνά οδηγεί σε νοσηλείες στο μέλλον, επειδή το βασικό πρόβλημα δεν έχει αντιμετωπιστεί. Το συμπτωματικό κριτήριο δεν είναι, συνεπώς, επαρκές για να προσδιοριστεί με ακρίβεια μια ομοιογενής ομάδα ασθενών, που υποτίθεται πως πηγαίνουν καλύτερα.

<sup>56</sup> Οι ομάδες ασθενών είναι ομοιογενείς επιφανειακά, στο επίπεδο των συμπτωμάτων, αλλά όχι σε βάθος, στο επίπεδο της ψυχικής λειτουργίας τους. Για παράδειγμα, δύο ασθενείς μπορεί να εμφανίζουν παρόμοια βαθμολογία σε μια κλίμακα κατάθλιψης, όπως η BDI, και στην πραγματικότητα να αντιστοιχούν σε δύο διαφορετικές μορφές κατάθλιψης, ανάλογα με το αν αυτές επικεντρώνονται περισσότερο σε ανακλητικές (*anaclictiques*) ή αυτοκριτικές

τα στατιστικά δίνουν, ασφαλώς, την αίσθηση σοβαρότητας, αλλά είναι άχρηστο το να κάνει κάποιος περίπλοκους υπολογισμούς όταν η πρώτη ύλη είναι κακής ποιότητας<sup>57</sup>. Σε πρόσφατο άρθρο του, ο Shedler [24] υπογραμμίζει ότι πολλές εμπειρικές μελέτες *evidence-based*, ιδίως στο πεδίο των ΓΣΘ, είναι γεμάτες μεροληψίες και μεθοδολογικά προβλήματα. Παραθέτει τρία παραδείγματα, εκ των οποίων το πρώτο είναι το εξής:

(1) Οι πληθυσμοί με βάση τους οποίους αξιολογούνται αυτές οι θεραπείες είναι υποομάδες, που αντιστοιχούν μόνο στο ένα τρίτο των ασθενών, που λαμβάνουν θεραπεία<sup>58</sup>. Περίπου το ένα τρίτο αυτών των ασθενών αισθάνεται καλύτερα μετά από μια ΓΣΘ, και μόνο το μισό από αυτό το ένα τρίτο θα δει τα θεραπευτικά αποτελέσματα να διατηρούνται μόνιμα. Έτσι, «η επιστημονική έρευνα δείχνει ότι οι *evidence-based* θεραπείες είναι αποτελεσματικές και έχουν διαρκή αποτελέσματα για περίπου το 5% των ασθενών» ([24], σελ. 324)<sup>59</sup>. Αυτό δημιουργεί ένα σοβαρό πρόβλημα *γενικευσιμότητας* των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, τα οποία αφορούν μια πολύ μικρή μειονότητα ασθενών και ενδέχεται να μην είναι καθόλου κατάλληλα για τους υπόλοιπους.

(2) Οι θεραπείες συχνά συγκρίνονται με ομάδες ελέγχου, οι οποίες έχουν διαμορφωθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να αυξάνουν τεχνητά τα θεραπευτικά αποτελέσματα που παρουσιάζονται. Ο Shedler αναφέρει μια μελέτη του NIMH σχετικά με τη θεραπευτική αντιμετώπιση του PTSD, η οποία συνέκρινε ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία με ΓΣΘ (TCC) [228]. Στην ομάδα ελέγχου, οι ασθενείς λάμβαναν μια ψυχοδυναμική προσέγγιση που εφαρμοζόταν από μεταπτυχιακούς φοιτητές, οι οποίοι είχαν λάβει δύο ημέρες εκπαίδευσης στις ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες από άλλον μεταπτυχιακό φοιτητή που εργαζόταν σε εργαστήριο διεξαγωγής έρευνας πάνω στις

---

αγωνίες [159]. Συνεπώς, τοποθετούνται στην ίδια κατηγορία ασθενείς με πολύ διαφορετικά προφίλ ψυχικής λειτουργίας.

<sup>57</sup> Ο Freud είχε εξάλλου εντοπίσει πολύ καλά αυτήν τη δυσκολία, γεγονός που πιθανότατα εξηγεί γιατί δεν προχώρησε περισσότερο σε μια εμπειρική αξιολόγηση της ψυχανάλυσης: «Έχω υποστηρίξει ότι μια στατιστική είναι χωρίς αξία, όταν οι τα στοιχεία, που συγκροτούν τη σειρά προς μελέτη, είναι υπερβολικά λίγο ομοιογενή, και ότι τα περιστατικά νευρωτικών παθήσεων που είχαν αναληφθεί σε θεραπεία δεν ήταν πραγματικά ισοδύναμα, και αυτό προς πάρα πολλές διαφορετικές κατευθύνσεις» ([226], σ. 478). Αυτό το σημείο είναι θεμελιώδες, διότι επιτρέπει να κατανοήσουμε καλύτερα τη θέση των κλινικών με αναλυτικό προσανατολισμό, ιδίως στη Γαλλία, οι οποίοι ανέπτυξαν εξ αρχής διεξοδικές κριτικές των εμπειρικών προσεγγίσεων και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ερευνητικές και εννοιολογικές προσεγγίσεις ήταν πιο κατάλληλες.

<sup>58</sup> Πρόκειται, δηλαδή, για μονονοσηρότητα, η οποία αποτελεί περισσότερο την εξαίρεση παρά τον κανόνα στην κλινική πράξη.

<sup>59</sup> Ο υπολογισμός του Shedler έχει ως εξής: ένα τρίτο των ασθενών επιλέγεται εξ αρχής για τη μελέτη (ιδίως λόγω του κριτηρίου της μονονοσηρότητας), άρα φτάνουμε στο ποσοστό του 33 %. Ένα τρίτο αυτού του πληθυσμού αισθάνεται καλύτερα μετά από μια TCC, πράγμα που αντιστοιχεί περίπου στο 10 % του συνόλου των ασθενών. Τέλος, οι μισοί από αυτούς τους ασθενείς διατηρούν την πρόοδό τους στο χρόνο μετά τη θεραπεία. Επομένως, τα θετικά αποτελέσματα των TCC αφορούν στην πραγματικότητα ένα δείγμα που εκπροσωπεί το 5 % του συνολικού πληθυσμού των ασθενών, που ζήτησαν θεραπεία, τα οποία 5% χρησιμοποιούνται για να αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα των ΓΣΘ. Σχετικά με αυτό, η Μεγάλη Βρετανία δαπάνησε πάνω από ένα δισεκατομμύριο λίρες για την εφαρμογή ενός προγράμματος ψυχοθεραπείας βασισμένου κυρίως στις TCC. Τα αποτελέσματα αυτού του προγράμματος οδηγούν στους ίδιους αριθμούς με την αξιολόγηση του Shedler: 12 % των ασθενών βρίσκονται σε ύφεση στο τέλος της θεραπείας και μόνο 6 % από αυτούς πήγαιναν καλύτερα έναν χρόνο αργότερα [177,227].

ΓΣΘ. Επιπλέον, οι «θεραπευτές» της ψυχοδυναμικής ομάδας δεν επιτρεπόταν να θίξουν το θέμα του τραύματος με τους ασθενείς και έπρεπε να αλλάζουν θέμα όταν αυτό προέκυπτε. Αντίθετα, στην ομάδα ΓΣΘ, οι θεραπευτές είχαν λάβει πέντε ημέρες εκπαίδευσης από τη διεθνώς αναγνωρισμένη ειδικό για τη θεραπεία που αξιολογούσαν. Θα μπορούσε κανείς να θεωρήσει ότι πρόκειται για μεμονωμένη και κακή πρακτική. Στην πραγματικότητα, όμως, αυτό είναι ιδιαίτερα συνηθισμένο, όπως δείχνει μια μετα-ανάλυση για την κατάθλιψη και το άγχος που βασίστηκε σε 2.500 δημοσιεύσεις [74]. Μόνο 149 από αυτές συνέκριναν μια θεραπεία με ομάδα ελέγχου, και οι περισσότερες από αυτές εμφάνιζαν μεροληψίες παρόμοιες με εκείνες που μόλις περιγράψαμε. Αναλύοντας λεπτομερώς τις μελέτες, μόλις 14 συνέκριναν την υπό αξιολόγηση θεραπεία με ομάδα ελέγχου στην οποία οι θεραπευτές είχαν εκπαιδευτεί επαρκώς. Αυτό σημαίνει ότι μόνο 0,5% [αυτών] των μελετών *evidence-based* διεξήχθησαν υπό συνθήκες που μπορούν να θεωρηθούν επαρκώς αυστηρές μεθοδολογικά. Ο Wampold και οι συνεργάτες του [74] καταλήγουν έτσι λογικά στο συμπέρασμα ότι «επί του παρόντος δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να υποστηρίζουν ότι η προσθήκη μιας *evidence-based* θεραπείας στη συνήθη ψυχοθεραπευτική φροντίδα βελτιώνει την ποιότητα της θεραπείας» ([74], σ. 325).

(3) Το τρίτο πρόβλημα προέρχεται από αυτό που αποκαλείται «φαινόμενο του συρταριού» (*effet tiroir*), το οποίο αποτελεί συνέπεια της μη δημοσίευσης των αποτελεσμάτων, τα οποία δεν επιβεβαιώνουν τις αρχικές υποθέσεις των ερευνητών. Είναι δυνατόν να εκτιμηθεί ο αριθμός των μελετών, που αποκρύπτονται με αυτόν τον τρόπο, μέσω μιας στατιστικής μεθόδου που ονομάζεται *γράφημα χοάνης* [*funnel plot*]. Μια μελέτη των Cuijpers et al. [229] δείχνει ότι τα αποτελέσματα των ΓΣΘ, που αναφέρονται στη βιβλιογραφία, είναι σημαντικά διογκωμένα, κυρίως λόγω αυτής της πρακτικής. Αυτή ενισχύεται από συγκρούσεις συμφερόντων, δεδομένου ότι όσοι αναπτύσσουν αυτές τις πρακτικές είναι, συχνά, οι ίδιοι που τις αξιολογούν. Αυτή η σύγκρουση συμφερόντων συναντά εκείνη των ασφαλιστικών εταιρειών που υποστηρίζουν σύντομες και οικονομικά φθηνές θεραπευτικές παρεμβάσεις [230]. Λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις διάφορες πρακτικές, που δυστυχώς συναντώνται συχνά στον χώρο της ψυχοθεραπείας, ο Shedler καταλήγει στο συμπέρασμα ότι «οι *evidence based* θεραπείες, έτσι όπως ο όρος χρησιμοποιείται σήμερα στην ψυχοθεραπεία, αποτελούν μια διαστροφή όλων των θεμελιωδών αρχών της *evidence based medicine*<sup>60</sup>» ([230], σ. 328).

Υπάρχουν και άλλα μεθοδολογικά προβλήματα που συνδέονται με την εμπειρική προσέγγιση των ψυχοθεραπειών. Πρώτα απ' όλα, η «μεροληψία λόγω αλληλεγγύης» (*biais d'allégeance*) [231], η οποία αντιστοιχεί, όπως υποδηλώνει και το όνομά της, στην επίδραση της αφοσίωσης του κλινικού ή του ερευνητή στο θεωρητικό του

---

<sup>60</sup> Η οποία, ως το υπενθυμίσουμε πάντως, έχει ως σημείο αφετηρίας τον στόχο της βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας, και, των μελετών που διεξάγονται στον τομέα της ιατρικής.

μοντέλο. Έτσι, όσο περισσότερο ένας θεραπευτής πιστεύει στο μοντέλο του, τόσο πιο αποτελεσματικό τείνει να είναι αυτό<sup>61</sup>. Με τον ίδιο τρόπο, όσο περισσότερο ένας κλινικός πιστεύει στη θεραπεία, που μελετά, τόσο πιο πιθανό είναι να εξασφαλίσει αποτελέσματα που επιβεβαιώνουν τις αρχικές του απόψεις [232]. Παρατηρείται, εξάλλου, χωρίς έκπληξη, το ίδιο φαινόμενο στην έρευνα της φαρμακολογίας. Πράγματι, το επίπεδο αποτελεσματικότητας μιας φαρμακευτικής ουσίας, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το αν αξιολογείται από το εργαστήριο που το εμπορεύεται, ανεξάρτητα από την μεθοδολογική ποιότητα της μελέτης [233]. Πρόκειται για μια σημαντική στρέβλωση, που δείχνει ότι ο χώρος των ψυχοθεραπειών, όπως και εκείνος της ιατρικής, είναι γεμάτος από συγκρούσεις συμφερόντων, που υπονομεύουν βαθιά την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Με τον ίδιο τρόπο, που οι περισσότερες φαρμακευτικές εταιρείες είναι ταυτόχρονα κριτές και αφορόμενα μέρη, όταν αξιολογούν τα αποτελέσματα ενός φαρμάκου, που σκοπεύουν να εμπορευματοποιήσουν, οι κλινικοί που αξιολογούν τις ψυχοθεραπείες είναι σχεδόν πάντα υποστηρικτές των θεραπειών αυτών.

Μια άλλη δυσκολία, περισσότερο μεθοδολογικής φύσεως, προέρχεται από το γεγονός ότι δεν μπορούμε να διακρίνουμε τις ειδικές από τις μη ειδικές επιδράσεις των ψυχοθεραπειών, καθώς είναι αλληλένδετες με τρόπο αξεδιάλυτο. Έτσι, οι Cuijpers et al. [65] εξηγούν ότι «δεν γνωρίζουμε ακόμη αν οι παράγοντες που προκαλούν την αλλαγή στην ψυχοθεραπεία είναι ειδικοί, μη ειδικοί ή και τα δύο (...) η ψυχοθεραπεία είναι μια σύνθετη διαδικασία, η οποία εμπλέκει πολλαπλά στοιχεία τα οποία αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους, και, πιθανώς, απλά αιτιολογικά μοντέλα δεν μπορούν να βοηθήσουν στην κατανόηση του τρόπου λειτουργίας της» ([65], σ. 224). Αυτή η δυσκολία αναδεικνύεται από αυτό που οι αγγλοσάξονες αποκαλούν «*responsiveness*» (αποκριτικότητα), η οποία αντιστοιχεί στο γεγονός, ότι ο θεραπευτής προσαρμόζεται συνεχώς στον ασθενή, ανάλογα με το στυλ του και σε συνάρτηση με το θεραπευτικό πλαίσιο [234, 235]. Είναι, επομένως, δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να διαχωριστούν οι συμπεριφορές του ασθενούς από αυτές του κλινικού, καθώς αυτές είναι βαθιά αλληλένδετες εκ φύσεως<sup>62</sup>.

---

<sup>61</sup> Αυτό το στοιχείο, από μόνο του, μπορεί να οδηγήσει σε συμπεράσματα, τουλάχιστον παράδοξα, – τα οποία έχουν ήδη μελετηθεί, πιο συγκεκριμένα, από την εθνοψυχιατρική – σύμφωνα με τα οποία ένας θεραπευτής θα μπορούσε να πιστεύει απολύτως οτιδήποτε και να είναι τόσο πιο αποτελεσματικός όσο πιο έντονες είναι οι πεποιθήσεις του, ακόμη κι αν αυτές είναι εντελώς ανορθολογικές. Αντιστρόφως, ένας «ορθολογικός» θεραπευτής, πολύ πιο μετριοπαθής στις πεποιθήσεις του, θα μπορούσε μεν να προτείνει μια θεραπεία περισσότερο θεμελιωμένη στην εμπειρική βιβλιογραφία, αλλά να αποδειχθεί στην πράξη λιγότερο αποτελεσματικός, επειδή δεν «πιστεύει» επαρκώς στο μοντέλο του. Αυτό το παράδειγμα δείχνει ότι η έρευνα στην ψυχοθεραπεία δεν μπορεί είναι πιστό αντίγραφο αυτού που συμβαίνει σε άλλους τομείς της έρευνας στην υγεία, διότι διαθέτει ιδιαιτερότητες που της είναι εγγενείς. Για παράδειγμα, ένα βακτήριο δεν τροποποιεί τη σύσταση της δομής της κυτταροπλασματικής του μεμβράνης ανάλογα με τις πεποιθήσεις του βιολόγου.

<sup>62</sup> Αυτή η αλληλένδετη διάσταση προκύπτει ιδίως από το γεγονός ότι ο κλινικός, μέσω της «απαντητικότητάς» του, μετασχηματίζει την ίδια τη φύση του αιτήματος του ασθενούς [236], γεγονός που αναδεικνύει ότι τα περισσότερα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στον χώρο της εμπειρικής έρευνας είναι πιθανότατα ακατάλληλα για τη μελέτη της πολυπλοκότητας των ψυχοθεραπευτικών διεργασιών.

Έτσι, στη πρόσφατη σύνθεσή τους που δημοσιεύτηκε στο *Annual Reviews* οι Cuijpers και συν. [65] καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι «πολλές έρευνες πάνω στις ψυχοθεραπείες πάσχουν από έναν σημαντικό αριθμό μεροληψιών, από ανεπαρκή στατιστική ισχύ, από μεροληψίες δημοσίευσης και επηρεάζονται από την μεροληψία λόγω αφοσίωσης (*allégeance*) των ερευνητών. Επιπλέον, οι ψυχικές διαταραχές και η εξέλιξή τους μετρούνται αποκλειστικά από τους ίδιους τους ασθενείς ή μέσω κλινικών συνεντεύξεων· δεν πρόκειται, επομένως, για αντικειμενικά τεστ. Αυτά τα προβλήματα καθιστούν σχεδόν αδύνατη τη μελέτη της λειτουργίας των θεραπειών, και δεν είναι καθόλου παράξενο που διαθέτουμε τόσο λίγες γνώσεις επ’ αυτού» [65]. Και, οι Cuijpers και συν, διευκρινίζουν: «είναι σαν να βρισκόμασταν, για μισό αιώνα, στη φάση προ-δοκιμής μιας έρευνας, χωρίς να είμαστε σε θέση να προχωρήσουμε παραπέρα» ([65], σ. 224).

Τα παραπάνω στοιχεία θα μπορούσαν να προβληματίσουν τον αναγνώστη σχετικά με τον τρόπο που πρέπει να θεωρήσει τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν στο πρώτο μέρος του άρθρου, σχετικά με την εμπειρική έρευνα – είτε αυτά αφορούν τις ΓΣΘ, είτε τις ΨΨΨ, είτε άλλες προσεγγίσεις. Είναι πράγματι αξιόπιστα αυτά τα δεδομένα και πρέπει να τα λάβουμε σοβαρά υπόψη; Κρίναμε σκόπιμο να παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εμπειρικής έρευνας, αλλά και τα όριά τους, αφήνοντας, κατ’ αυτόν τον τρόπο, το περιθώριο στον αναγνώστη να διαμορφώσει μια τεκμηριωμένη άποψη. Για εμάς, μολονότι υπάρχουν όρια, η εμπειρική έρευνα παρέχει ενδιαφέροντα στοιχεία· ωστόσο χρειάζεται μεγάλη προσοχή, και κυρίως, δεν πρέπει η αξιολόγηση των ψυχοθεραπειών να περιορίζεται αποκλειστικά σε αυτή την εμπειρική διάσταση. Στην πραγματικότητα, υπάρχει μια απειρία αποχρώσεων στην ψυχοθεραπεία: ανάλογα με τον θεραπευτή, τον ασθενή, τα συμπτώματά του, τη λειτουργία του ψυχισμού του, το πλαίσιο, το ανθρωπολογικό πλαίσιο κ.λπ., τα οποία θα καταστήσουν μια συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση περισσότερο ή λιγότερο κατάλληλη για έναν συγκεκριμένο άνθρωπο<sup>63</sup>. Αυτά τα στοιχεία οδηγούν στην ιδέα ότι «κάθε ψυχοθεραπεία είναι διαφορετική και καμία διαδικασία δεν είναι συγκρίσιμη με μια άλλη» ([39], σ. 156). Η πολυπλοκότητα των ψυχοθεραπειών φαίνεται, λοιπόν, δύσκολα συμβατή με τη λογική των Τυχαιοποιημένων Ελεγχόμενων Δοκιμών (ECR) και τα αποτελέσματα αυτών των δοκιμών είναι απογοητευτικά όταν πρόκειται να κατανοήσουμε λεπτομερώς τη φύση των θεραπευτικών διεργασιών. Ο Seligman [42] είχε ήδη καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η προσέγγιση ECR αποτελεί «κακή μέθοδο για την εμπειρική επικύρωση της ψυχοθεραπείας όπως εφαρμόζεται στην πράξη σήμερα, στον βαθμό που αγνοεί υπερβολικά πολλά κρίσιμα στοιχεία αυτού που πραγματικά γίνεται» ([42], σ. 996). Ομοίως, οι Desplands και συν. [39] καταλήγουν ότι η αποκλειστική προσφυγή στο παράδειγμα των ECR «δεν είναι υπερασπίσιμη, τόσο από

---

<sup>63</sup> Για παράδειγμα, ορισμένα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι οι ασθενείς με χαμηλή ικανότητα εναισθησίας θα ωφεληθούν περισσότερο από μια ψυχοδυναμική θεραπεία, ενώ οι ασθενείς των οποίων η ποιότητα εναισθησίας είναι επαρκής θα ωφεληθούν μάλλον από μια ΓΣΘ.

μεθοδολογική όσο και από επιστημολογική άποψη» και «δεν μας λέει τίποτα για την πολυπλοκότητα των διεργασιών που υποστηρίζουν αυτά τα αποτελέσματα» ([39], σ. 91).

#### 4.2 Ποιοτικές και εννοιολογικές προσεγγίσεις: τρία παραδείγματα έρευνας

Παραμένει λοιπόν η ανάγκη για άλλες προσεγγίσεις, απαραίτητες για την ακριβή κατανόηση της φύσης των ψυχοθεραπευτικών διαδικασιών. Αυτό προϋποθέτει, πρώτα απ' όλα, την αποσαφήνιση των διαφορετικών τύπων ερευνών που μπορούν να διεξαχθούν και των σχέσεών τους με τη θεωρία. Σε αυτή την προοπτική, ο Stiles [237] προτείνει να διακρίνουμε τη «θεωρία της θεραπείας» (που καθοδηγεί, εκ των έσω, τον τρόπο διεξαγωγής της θεραπείας) από τη «θεωρία εξήγησης» (που αφορά τη μελέτη μιας θεραπείας «απ' έξω»). Ο René Roussillon [238], ο οποίος έχει παρόμοιες απόψεις που έχουν ως σημείο αναφοράς την ψυχαναλυτική επιστημολογία, διακρίνει την «ψυχαναλυτική έρευνα» από την «έρευνα πάνω στην ψυχανάλυση». Οι Γάλλοι κλινικοί ψυχαναλυτικού προσανατολισμού έχουν αναπτύξει τις έρευνές τους κυρίως από τη σκοπιά της «ψυχαναλυτικής έρευνας», με την έννοια που της δίνει ο Roussillon. Βασισμένη πρωτίστως στην κλινική πράξη, αυτή η προοπτική στοχεύει στο να αποδώσει την ψυχική πραγματικότητα και τις θεραπευτικές διεργασίες μέσω μιας στενής διάρθρωσης μεταξύ κλινικής και θεωρίας. Απορρέει από μια βαθιά κλινική τοποθέτηση [239,240] που έχει νόημα μόνο μέσα στη *συνάντηση* με τον ασθενή, με σκοπό να αυξηθεί η κατανόηση των ψυχικών διεργασιών εκ των υστέρων [236]. Από αυτή την άποψη, διαφέρει ριζικά από την εμπειρική έρευνα, όπου ο κλινικός – ο οποίος έχει μετατραπεί σε ειδικό της μεθοδολογίας και στατιστικολόγο – συχνά δεν έχει καμία εμπειρία ως θεραπευτής<sup>64</sup>.

Σε ένα πιο γενικό επίπεδο, παρατηρείται σήμερα μια αναζωπύρωση του ενδιαφέροντος για τις μελέτες κλινικών περιπτώσεων και για τις «αποδείξεις που προέρχονται από την πρακτική» (*practice-based evidence*), οι οποίες διακρίνονται από τις «πρακτικές που βασίζονται στις αποδείξεις» (*evidence-based practice*) [241]. Σε αυτή τη λογική, ξεκινά κανείς από την πρακτική και αναπτύσσει στη συνέχεια ερευνητικά εργαλεία. Ο στόχος είναι να επανατοποθετηθεί η κλινική πρακτική στο κέντρο των μεθόδων αξιολόγησης και όχι το αντίστροφο. Όπως σημειώνει ο Bruno Falissard: «Αυτός ο τύπος αξιολόγησης, επικεντρωμένος στο ποιοτικό σημείο θέασης του ασθενούς, είναι εξαιρετικά πολύτιμος για την κλινική πρακτική και παρ' όλα αυτά δεν παρέχεται από τα ECR» ([39], σ. 15). Το κύριο εργαλείο σε αυτή την προσέγγιση

<sup>64</sup> Θα μπορούσαμε να δώσουμε πολυάριθμα παραδείγματα ψυχολόγων ειδικών στην τάδε ή δείνα παθολογία, οι οποίοι δεν έχουν ποτέ εργαστεί με ασθενή, που παρουσιάζει την εν λόγω παθολογία. Σε άλλη εργασία μας προτείναμε τη μεταφορά των πιλότων αεροπλάνου για να περιγράψουμε αυτήν την παράδοξη κατάσταση, η οποία θα ισοδυναμούσε με το να αφήσουμε σε μηχανικούς χωρίς καμία εμπειρία πτήσης το έργο της εκπαίδευσης των πιλότων. Η άποψή μας μπορεί να μοιάζει με καρικατούρα, ωστόσο είναι προφανές ότι η κλινική εμπειρία δίπλα στους ασθενείς είναι ασύγκριτα πιο πλούσια και εκπαιδευτική από οποιαδήποτε στατιστική μελέτη.

είναι η μελέτη κλινικής περίπτωσης, η οποία υπακούει σε επιστημολογικές λογικές διαφορετικές από τις εμπειρικές προσεγγίσεις. Η μελέτη κλινικής περίπτωσης οδηγεί στην παρατήρηση των κλινικών φαινομένων προκειμένου να εξαχθούν ευρετικές υποθέσεις βάσει λογικών συνοχής, φειδούς και κομψότητας [13]. Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι συλλογής και ανάλυσης αυτού του κλινικού υλικού: απομαγνητοφωνήσεις συνεντεύξεων, σημειώσεις κατά ή μετά τη συνεδρία, κατά λέξη ή ηχογραφήσεις και βιντεοσκοπήσεις. Υπάρχουν επίσης μεγάλες βάσεις δεδομένων με μελέτες κλινικών περιπτώσεων, οι οποίες μπορούν να διασταυρωθούν ώστε να εκτιμηθεί η εγκυρότητα και η γενίκευση των υποθέσεων που προκύπτουν από αυτές<sup>65</sup> [244,245]. Ο κλινικός εξελίσσει στη συνέχεια το θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο αναφέρεται – το οποίο πρέπει να διατηρεί την εσωτερική του συνοχή [246] – βάσει νέων κλινικών παρατηρήσεων. Στον ψυχαναλυτικό χώρο η μεταψυχολογία μετασχηματίζεται μέσω «επεκτάσεων» [247], όσο συναντά νέα κλινικά αντικείμενα, όπως οι ψυχοσωματικές διαταραχές, ο αυτισμός, η εγκληματικότητα και, πιο ευρέως, οι λεγόμενες «κλινικές του άκρου» [248]. Θα θέλαμε τώρα να περιγράψουμε, σε γενικές γραμμές, τρία από αυτά τα ερευνητικά Παραδείγματα πάνω στην ποιότητα και τη διαδικασία:

### **1. Η ομάδα της Βοστώνης και οι στιγμές συνάντησης:**

Ο Daniel Stern [249], αφού μελέτησε εκτενώς τις αλληλεπιδράσεις μητέρας–βρέφους, ανέπτυξε ένα ερευνητικό πρόγραμμα που αφορά την ανάλυση της αλλαγής που επέρχεται μέσω της ψυχοθεραπείας. Ο Stern [250] και η ομάδα του ανέλυσαν λεπτομερώς απομαγνητοφωνήσεις και ηχογραφήσεις ψυχοδυναμικών ψυχοθεραπειών και συνεδριών ψυχανάλυσης. Επανεξετάζοντας τις τεχνικές παρατήρησης μητέρας–βρέφους καθώς και ορισμένες θεωρίες προερχόμενες από τα πολύπλοκα συστήματα, η ομάδα της Βοστώνης ανέπτυξε μία μικρο-ανάλυση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ θεραπευτή και ασθενούς, με σκοπό να κατανοήσει καλύτερα το «κάτι παραπάνω» που ευνοεί την αλλαγή μέσω της θεραπείας. Έτσι, εντόπισαν μέσα στις θεραπευτικές συνεδρίες «στιγμές του παρόντος», οι οποίες μερικές φορές μετατρέπονται σε «στιγμές συνάντησης» μεταξύ κλινικού και ασθενούς. Αυτές οι στιγμές έχουν μια ιδιαίτερα έντονη συναισθηματική και νοηματοδοτική φόρτιση, για την οποία συχνά κάνουν λόγο οι ασθενείς όταν ερωτώνται εκ των υστέρων για την πορεία της θεραπείας τους.

Αυτές οι στιγμές απαιτούν, συνήθως, κάποιο χρόνο επώασης καθώς και βαθιά αυθεντικότητα και μοναδικότητα στον τρόπο με τον οποίο ο θεραπευτής αλληλοεπιδρά με τον ασθενή. Μπορούν να λάβουν τη μορφή λεκτικής ερμηνείας ή άρρητων και προ-αναστοχαστικών ανταλλαγών σε υπόρρητο επίπεδο. Προκαλούν μια δυαδική διεύρυνση της συνείδησης μεταξύ κλινικού και ασθενούς, που ευνοεί στον

---

<sup>65</sup> Σχετικά με αυτό, υπάρχουν δίκτυα επαγγελματιών-ερευνητών (practice-research network) [242], τα οποία αποσκοπούν στο να προσδιορίσουν με ακρίβεια τα χαρακτηριστικά των ασθενών και των θεραπευτών, καθώς και τις αλληλεπιδράσεις τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας [243].

δεύτερο την εσωτερίκευση νέων ψυχικών ιδιοτήτων μέσω του θεραπευτικού συγχρονισμού. Ο κλινικός, λοιπόν, θα πρέπει να έχει στραμμένη την προσοχή του στην ανάπτυξη και εμφάνιση τέτοιων στιγμών, των οποίων η ανάδυση είναι ως επί το πλείστον απρόβλεπτη. Οι εργασίες του Stern υπογραμμίζουν επίσης τη σημασία των «χαμένων ευκαιριών» μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή και τον τρόπο με τον οποίο καταφέρνουν, οι δύο τους, να «επιδιορθώσουν» τη θεραπευτική σχέση. Αυτή η παρατήρηση έχει έκτοτε αναπτυχθεί ευρέως από τις έρευνες που αφορούν τις «θεραπευτικές ρήξεις» [251], οι οποίες εμφανίζονται — όπως ήδη πρότεινε ο Freud με την έννοια του *agieren* — ως το προνομιακό μηχανισμό εκδραμάτισης της ασυνειδήτης ψυχικής προβληματικής του ασθενούς.

## **2. Το *Psychotherapy Process Q-Sort (PQS)* και η ανάλυση των ψυχοθεραπευτικών διαδικασιών:**

Έχουμε ήδη αναφέρει αυτό το διαθεωρητικό εργαλείο, το οποίο αναπτύχθηκε αρχικά από τους Ablon και Jones [180]. Αποτελείται από 100 στοιχεία, που επιτρέπουν την αξιολόγηση μιας ψυχοθεραπευτικής συνέντευξης με βάση τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή, του ασθενούς και τις αλληλεπιδράσεις τους, στη βάση ηχογραφήσεων και απομαγνητοφωνήσεων<sup>66</sup>. Το εργαλείο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε φυσικές συνθήκες για την ανάλυση όσων συμβαίνουν κατά τις συνεδρίες ψυχοθεραπείας και, έτσι, να επιχειρηθεί ο προσδιορισμός πιθανών ειδικών διαδικασιών, οι οποίες συσχετίζονται με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν με το PQS μπόρεσαν, μεταξύ άλλων, να δείξουν «ότι το να χρησιμοποιεί κάποιος το ψυχοδυναμικό πρότυπο συσχετιζόταν σταθερά με θετικά αποτελέσματα» ([178], σ. 22).

Οι έρευνες με το PQS επέτρεψαν επίσης τη λεπτομερή μελέτη των αλληλεπιδράσεων μεταξύ αναλυτών και αναλυόμενων, προκειμένου να κατανοηθούν καλύτερα οι ιδιαιτερότητες της αναλυτικής διαδικασίας [252]. Το PQS είναι επίσης χρήσιμο για τη μελέτη των διαδικασιών σε μακροχρόνιες κλινικές μελέτες περίπτωσης. Η πιο γνωστή περίπτωση που αναλύθηκε με αυτή την προσέγγιση είναι πιθανότατα εκείνη της Amalia X, μιας Γερμανίδας ασθενούς που έπασχε από κατάθλιψη και συμμετείχε σε 517 συνεδρίες ψυχανάλυσης [253]. Κατά τη συνεδρία 152, η οποία περιεγράφηκε ως «ένας κόσμος, ιδιαίτερα οικείος, κοινής νοηματοδότησης», η Amalia περιγράφει ένα όνειρο, η ανάλυση του οποίου θα τη βοηθήσει σημαντικά να διερευνήσει τη δυναμική του ασυνειδήτου της. Με τον ίδιο τρόπο, πολλοί αναλυτές συμμετείχαν στην αξιολόγηση, γεγονός που επέτρεψε την εξέταση αρκετών ετών αναλυτικής θεραπείας χάρη στο PQS. Αυτή η προσέγγιση ανέδειξε την εμφάνιση ορισμένων μορφών μεταβίβασης αρκετά χρόνια μετά την έναρξη της θεραπείας, τη σημασία της συναισθηματικής έκφρασης του αναλυόμενου, την εξέλιξη των συνειρμικών του

---

<sup>66</sup> Υπάρχει επίσης μια έκδοσή του PQS για τα παιδιά, η οποία ονομάζεται Child Psychotherapy Process (CPQ)

ικανοτήτων, την πολυπλοκότητα της θέσης του αναλυτή κατά τη διάρκεια των συνεδριών, την επανάληψη τυπικών σχεσιακών μοτίβων και τον ιδιοσυγκρασιακό χαρακτήρα της дуάδας αναλυτή-αναλυόμενου [252].

Στη Γαλλία, ο Jean-Michel Thurin και η Monique Thurin δημιούργησαν, από το 2008, ένα δίκτυο έρευνας πάνω στις ψυχοθεραπευτικές πρακτικές, χρηματοδοτούμενο, εν μέρει, από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Ιατρικής Έρευνας [Inserm] [254,255]. Το πρόγραμμα αυτό επέτρεψε τη χρήση του PQS σε πληθυσμούς ασθενών με διαταραχές της προσωπικότητας τύπου οριακής διαταραχής καθώς και με αυτιστικές διαταραχές [256,257]. Μια πρόσφατη δημοσίευση παρουσιάζει 50 κλινικές μελέτες που στοχεύουν στην καλύτερη κατανόηση των ψυχοθεραπειών που προσφέρονται σε παιδιά με αυτισμό μέσω του PQS [258]. Το 80% των θεραπειών ήταν αναλυτικού προσανατολισμού και όλα τα παιδιά της μελετώμενης ομάδας παρουσίασαν θετική εξέλιξη. Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι «η ψυχοθεραπεία που πραγματοποιείται σε φυσικές συνθήκες, από έμπειρους επαγγελματίες εκπαιδευμένους στις ιδιαιτερότητες του αυτισμού, εργαζόμενους με μια προοπτική ανοικτή προς το έξω κόσμο και, γενικά, με σημαντική υποστήριξη από την οικογένεια, συνδέεται με αξιοσημείωτες αλλαγές» ([258], σ. 14). Παρατηρήθηκε αισθητή μείωση των στερεοτυπιών καθώς και βελτίωση της αυτεπίγνωσης [insight] στα περισσότερα από αυτά τα παιδιά, ενώ «το πλαίσιο, η προσαρμογή της προσέγγισης του θεραπευτή στην ιδιαίτερη κατάσταση του παιδιού, καθώς και η ικανότητα να αντέχει τις ακραίες εκδηλώσεις του και διάφορες πράξεις, των οποίων ο κοινός παρονομαστής είναι η ομιλία» ([258], σ. 14) εμφανίστηκαν ως τα πιο εξέχοντα συστατικά της θεραπευτικής δράσης.

### ***3. Η σχολή της Λυόν και η αξιολόγηση της διαδικασίας συμβολοποίησης:***

Μια τελευταία προσέγγιση γεννήθηκε στη Λυόν από την επιθυμία να αναπτυχθούν μεθοδολογίες αξιολόγησης, ειδικά αναφερόμενες στην ψυχαναλυτική επιστημολογία [14]. Στόχος είναι η εφαρμογή μεθόδων διερεύνησης προσαρμοσμένων στην ψυχική ζωή, ώστε να περιγραφούν με μεγαλύτερη ακρίβεια οι διαδικασίες της συμβολοποίησης [259,260]. Η μεθοδολογία, που χρησιμοποιείται, βασίζεται κυρίως στην ανάλυση κλινικών συνεντεύξεων, ατομικών και ομαδικών, επικεντρωμένων στη θεραπευτική διαδικασία. Μπορούν να λαμβάνονται σημειώσεις, είτε κατά τη διάρκεια της συνέντευξης — με τη μέθοδο του «γράφοντος παρατηρητή» που πρότεινε η Anne Brun [261] — είτε εκ των υστέρων, κατά το πρότυπο της Esther Bick για την κλινική παρατήρηση βρεφών. Ο στόχος είναι η μοντελοποίηση των πολλαπλών μορφών, που μπορεί να λάβει η διαδικασία της συμβολοποίησης, σε διαφορετικές ηλικίες ζωής, μέσα σε ποικίλα θεραπευτικά πλαίσια. Η προσέγγιση αυτή δεν περιορίζεται σε μια ανάλυση του άμεσα παρατηρήσιμου — όπως συμβαίνει με τις περισσότερες έρευνες που περιεγράφηκαν προηγουμένως, καθώς αποσκοπεί στην κατανόηση των ψυχικών διεργασιών πέρα από την εμφανή τους διάσταση. Κατ' αυτόν τον τρόπο, δίνεται

ιδιαίτερη σημασία στην ανάλυση της συνειρμικότητας και της μεταβιβαστικής δυναμικής τόσο του θεραπευτή όσο και του ασθενούς. Η στενή διάρθρωση κλινικής και θεωρίας επιτρέπει την ενίσχυση της κατανόησης των ψυχικών διεργασιών μέσω διαφορετικών ευρετικών υποθέσεων. Μια τέτοια προσέγγιση αποτελεί το πιο λεπτομερές επίπεδο ανάλυσης των ψυχικών διαδικασιών, καθώς βρίσκεται, όσο το δυνατόν πιο κοντά στην υποκειμενική εμπειρία του θεραπευτή και του ασθενούς, μέσα από μια ανάλυση «κατά παραγγελία» [14]<sup>67</sup>.

Αυτή η προσπάθεια μοντελοποίησης έχει, επίσης, την ιδιαιτερότητα, ότι προσεγγίζει τις «οριακές καταστάσεις της υποκειμενικότητας» [262], στις οποίες η διαδικασία συμβολοποίησης παρουσιάζει ανεπάρκειες στα πιο πρωτογενή επίπεδά της [263]. Έτσι, ο αυτισμός [261], η ψύχωση [264], η εγκληματικότητα [265], οι ψυχοσωματικές διαταραχές [266] ή η ακραία κοινωνική επισφάλεια [267] παραπέμπουν σε ορισμένες κλινικές εκφάνσεις για τις οποίες προτείνονται θεραπευτικές μεσολαβήσεις (ζωγραφική, πλαστικές τέχνες, μουσική, παραμύθια, θέατρο, ζώα κ.λπ.). Το πιο παραδοσιακό ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο — βασισμένο, για παράδειγμα, στη δυαδική συνέντευξη και τη λεκτική συνειρμικότητα — φαίνεται πράγματι ανεπαρκές για το θεραπευτικό συνόδεμα<sup>68</sup> αυτών των αρχαϊκών ψυχικών προβληματικών. Σε αυτό το πλαίσιο, επιδιώκεται η ανάπτυξη μιας «γενικής θεωρίας της μεσολάβησης» [268], η οποία στοχεύει στη μοντελοποίηση τόσο των ατομικών, ομαδικών και θεσμικών πλαισίων, όσο και των διαδικασιών που αναπτύσσονται μέσα σε αυτά. Η διαδικασία της συμβολοποίησης αναλύεται, τότε, από την άποψη των πιο ευρετικών συστατικών της, όπως είναι ο ελεύθερος συνειρμός, το όνειρο, το παιχνίδι και η μεσολάβηση [269]. Ο René Roussillon [14] προτείνει την ανάπτυξη ενός ερευνητικού προγράμματος, το οποίο να επικεντρώνεται στην ανάλυση «τυπικών» ονείρων ή παιχνιδιών, τα οποία αποτελούν προνομιακές εκδηλώσεις της συμβολοποίησης σε διαφορετικές ηλικίες, ανάλογα με τις «μεγάλες προβληματικές» της ψυχικής ζωής. Ο Roussillon επισημαίνει σε αυτό το πλαίσιο «το χάσμα ανάμεσα στο παιχνίδι όπως το αντιλαμβανόμαστε από την πλευρά του έκδηλου και στο παιχνίδι όπως το αντιλαμβανόμαστε από την πλευρά των λανθανόντων διακυβευμάτων του», γεγονός που επαναφέρει το ερώτημα της βαθύτερης φύσης της ψυχικής ύλης και του πλέον κατάλληλου τρόπου προσέγγισής της, χωρίς να αλλοιωθεί στο θεραπευτικό πλαίσιο.

---

<sup>67</sup> Από αυτή την άποψη, οι προσεγγίσεις που ακολουθούν τον εμπειρισμό και τον αναγωγισμό δεν μπορούν να περιγράψουν το γεγονός ότι μια ψυχοθεραπευτική διεργασία είναι θεμελιωδώς, και με μη αναγώγιμο τρόπο, μοναδική. Δεν υπάρχουν ποτέ δύο πανομοιότυπες θεραπευτικές διεργασίες, λόγω της πολυπλοκότητας και των ιδιαιτεροτήτων του ασθενούς, του θεραπευτή και των μεταξύ τους αλληλεπιδράσεων. Αυτός ο χαρακτήρας της μοναδικότητας αποτελεί μία από τις πιο θεμελιώδεις ιδιότητές της, έτσι ώστε κάθε προσπάθεια γενίκευσης να μπορεί τελικά να οδηγήσει στην αλλοίωση της ίδιας της φύσης της διεργασίας που επιχειρεί κανείς να μελετήσει.

<sup>68</sup> Σ.τ.Μ.: Θεωρώ ότι αυτή η λέξη αποδίδει καλύτερα, πιο ζεστά και ανθρώπινα τη γαλλική λέξη: *accompagnement* απ' ό,τι το «συνοδεία».

## 5. Συμπέρασμα

Το 2010, ο Shedler είχε ήδη καταλήξει στο ότι, «δεδομένης της συσσώρευσης των εμπειρικών δεδομένων, δεν ήταν πλέον δυνατόν να υποστηρίζεται ότι η ψυχαναλυτική προσέγγιση στερείται επιστημονικής τεκμηρίωσης» ([58], σελ. 106). Η θέση αυτή γίνεται ακόμη λιγότερο υπερασπίσιμη αν ληφθεί υπόψη ότι, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, «τα ενεργά συστατικά των άλλων θεραπειών περιλαμβάνουν τεχνικές και διαδικασίες που αποτελούν εδώ και πολύ καιρό τον πυρήνα και τον ορισμό των ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών» ([58], σελ. 107). Δέκα χρόνια αργότερα, οι έρευνες γύρω από τις ΨΨΨ έχουν πολλαπλασιαστεί και είναι ποικίλες. Σήμερα, οι ΨΨΨ συγκαταλέγονται στις θεραπείες, οι οποίες είναι εμπειρικά τεκμηριωμένες και στηρίζονται σε αρκετές χιλιάδες μελέτες — ανάμεσά τους και περισσότερες από 250 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές. Η παρούσα σύνθεση δείχνει ότι είναι αποτελεσματικές για το σύνολο των ψυχικών διαταραχών, βραχυπρόθεσμα, στο τέλος της θεραπείας και αρκετά χρόνια μετά την ολοκλήρωσή της, και ότι επιφέρουν αλλαγές τόσο στο επίπεδο των συμπτωμάτων όσο και στην προσωπικότητας. Επιπλέον, φαίνεται πως είναι πιο αποτελεσματικές από τη φαρμακοθεραπεία σε πολλές περιπτώσεις, οδηγούν σε σημαντική εξοικονόμηση κόστους και είναι εξίσου αποτελεσματικές με άλλες μορφές ψυχοθεραπείας. Συνεπώς, δεν υπάρχει καμία επιστημονική βάση που να δικαιολογεί την προτίμηση άλλων ψυχοθεραπειών εις βάρος των ΨΨΨ.

Στην πραγματικότητα, οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε βάθος χρόνου και βασίζονται σε πιο ακριβή αναλυτικά εργαλεία, τείνουν να δείξουν το αντίθετο από ό,τι υποστηριζόταν παραδοσιακά. Όπως επισημαίνει ο Mark Solms [271] σε πρόσφατο άρθρο του στο *British Journal of Psychiatry*: «τα αποτελέσματα των ψυχαναλυτικών θεραπειών είναι τουλάχιστον εξίσου καλά, και από ορισμένες απόψεις καλύτερα, από εκείνα των άλλων, εμπειρικά τεκμηριωμένων, θεραπειών στην ψυχιατρική σήμερα» (σ. 7). Προσθέτει, επίσης, ότι «οι ψυχαναλυτικές ψυχοθεραπείες ενεργοποιούν διεργασίες αλλαγής που συνεχίζονται και μετά το τέλος της θεραπείας, ενώ τα αποτελέσματα άλλων μορφών θεραπείας, όπως οι ΓΣΘ, τείνουν να μειώνονται» (σ. 7). Ένα ακόμη άρθρο που δημοσιεύθηκε πρόσφατα στο *The Lancet Psychiatry* [131] μαρτυρεί αυτό το ανανεωμένο ενδιαφέρον για την ψυχανάλυση, υπό το φως των νέων ευρημάτων, ενδιαφέρον που τα αγγλοσαξονικά μέσα χαρακτήρισαν ως τη «ρεβάνς του Φρόυντ»<sup>69</sup>. Η δυναμική αυτή ενισχύεται επίσης από τις προόδους της νευροψυχανάλυσης, οι οποίες επιβεβαιώνουν την εγκυρότητα πολλών ψυχαναλυτικών θεωρητικών μοντέλων καθώς και ορισμένες φροϋδικές υποθέσεις, που ήταν σα να είχαν ήδη προαναγγείλει ορισμένες από τις σύγχρονες προόδους των νευροεπιστημών [36, 271–273].

---

<sup>69</sup> Βλ. σχετικά το άρθρο του Oliver Burkeman στην *The Guardian* της 7ης Ιανουαρίου 2016.

Αυτό, ωστόσο, δεν σημαίνει ότι η κλινική έρευνα θα πρέπει να περιοριστεί αποκλειστικά σε μια εμπειρική προσέγγιση, παρά το γεγονός ότι η εμπειρική διάσταση, πέρα από το εγγενές ενδιαφέρον που έχει αυτή καθαυτή, είναι αναμφίβολα απαραίτητη στο σημερινό πλαίσιο. Ο στόχος είναι να αναπτυχθούν ψυχοθεραπείες, οι οποίες να είναι «ενημερωμένες» από τη βιβλιογραφία της εμπειρικής προσέγγισης, χώσις να γίνουν «υποτελείς» του θετικιστικού δόγματος. Η προώθηση της συμπληρωματικότητας μεταξύ εμπειρικής και ερμηνευτικής προσέγγισης, συγκροτεί μια γόνιμη διαλεκτική, που επιτρέπει τη διασταύρωση δύο διαφορετικών οπτικών πάνω στο ίδιο αντικείμενο, σύμφωνα με μια λογική επιστημολογικής συνέχειας. Καθίσταται, έτσι, εφικτή μια ισορροπία ανάμεσα στην *practice-based evidence* και στην *evidence-based practice*, όπου κάθε προσέγγιση αντισταθμίζει τις αδυναμίες της άλλης.

Το σύνολο των αποτελεσμάτων, που παρουσιάστηκαν σε αυτή την εργασία, δύσκολα θα εκπλήξουν τον έμπειρο κλινικό, ο οποίος έχει μακρόχρονη πρακτική στην ψυχοθεραπεία. Επιβεβαιώνουν όσα παρατηρεί καθημερινά, καθώς η αξιολόγηση μιας θεραπείας δεν μπορεί να περιορίζεται στη χρήση αριθμών και στατιστικών [14]. Όταν οικοδομείται μια ποιοτική θεραπευτική συμμαχία και όταν ο ασθενής — ή η οικογένεια — εμπλέκεται πραγματικά, συχνά εμφανίζονται, σχετικά γρήγορα, αλλαγές στον τρόπο ύπαρξης και στη συμπεριφορά. Σε βάθος χρόνου, αναδύονται βαθύτεροι ψυχικοί μετασχηματισμοί, οι οποίοι μπορεί να φτάσουν έως και σε αληθινές προσωπικές μεταμορφώσεις [274]. Αυτές οι εξελίξεις, των οποίων οι μηχανισμοί παραμένουν εν μέρει μυστηριώδεις, καθιστούν τον κλινικό, προνομιακό μάρτυρα αυτών των θετικών αλλαγών, των οποίων «τα γιατί και τα διότι» του διαφεύγουν. Η ψυχοθεραπεία μας φέρνει συνεχώς αντιμέτωπους με την αβεβαιότητα: τόσο για την προέλευση της ψυχικής οδύνης όσο και για την έκβασή της. Η μέριμνα για τον άλλον, η ενσυναίσθηση, η αυθεντικότητα, η αξιοπιστία, το τακτ αλλά και η ικανότητα να συντροφεύσουμε τη συναισθηματική έκφραση, τη συνειρμικότητα, το όνειρο, το παιχνίδι, την εσωστρέφεια, την αυτοενδοσκόπηση, την αναστοχαστικότητα και την αφηγηματικότητα αποτελούν ένα σύνολο αλληλοσυνδεόμενων «συστατικών», που ο έμπειρος κλινικός χειρίζεται με λεπτότητα για να έρθει προς βοήθεια ενός ατόμου σε κατάσταση οδύνης και απόγνωσης. Εκεί βρίσκεται πιθανότατα, μέσα στην απλότητά αλλά και στην πολυπλοκότητά της, η ουσία της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής διαδικασίας.

Για να ολοκληρώσω και να κάνω τη σύνδεση με αυτά που έγραψα στην αρχή, είναι σημαντικό η γαλλική κυβερνητική πολιτική στον τομέα της υγείας να λάβει υπόψη το σύνολο αυτών των ερευνητικών δεδομένων<sup>70</sup>. Στο πλαίσιο αυτό, διατυπώνουμε πέντε

---

<sup>70</sup> Το γεγονός ότι οι Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (Agences Régionales de Santé – ARS) προσανατολίζουν σήμερα έναν σημαντικό αριθμό δομών φροντίδας και του ιατροκοινωνικού τομέα προς μηχανισμούς που δίνουν προτεραιότητα σε νευροαναπτυξιακές προσεγγίσεις και σε βραχυπρόθεσμες παρεμβάσεις είναι ιδιαίτερα προβληματικό. Εάν η κυβέρνηση συνεχίσει προς αυτή την κατεύθυνση — η οποία έρχεται σε αντίθεση με τη διεθνή

συστάσεις που προκύπτουν από τη σύνθεση που προτείνει αυτό το κείμενο: (1) Ενίσχυση των κλινικών ομάδων στις δομές φροντίδας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατρικο-παιδαγωγικο-ψυχολογικά Κέντρα, Νοσοκομεία Ημέρας κ.λπ.), ώστε να μπορούν να εργάζονται σε καλές συνθήκες και να συνοδεύουν μακροπρόθεσμα ασθενείς και οικογένειες. Μια τέτοια επένδυση είναι απαραίτητη για τη μείωση της συμπτωματολογίας και την προώθηση διαρκών μετασχηματισμών, αποφεύγοντας την επιδείνωση της κατάστασης των ίδιων ασθενών και την ανάγκη να καταφεύγουν συνεχώς σε σύντομες και αναποτελεσματικές θεραπείες. (2) Να μη δίνεται έμφαση μόνο στον εντοπισμό, τη διάγνωση και τις βραχυπρόθεσμες παρεμβάσεις. Για παράδειγμα, δεν είναι ιδιαίτερα χρήσιμο να πολλαπλασιάζονται τα κέντρα αναφοράς χωρίς παράλληλη επένδυση στις δομές φροντίδας, που θα μπορέσουν να αναλάβουν τους ασθενείς στη συνέχεια. Αν θα έπρεπε να επιλέξουμε, είναι προτιμότερο να επενδύσει κανείς στις δομές φροντίδας, διότι αυτές αποτελούν τον πυρήνα του ιστού για τη φροντίδα των ψυχικών παθήσεων. (3) Να αποφεύγεται η παγίδα της ρητορικής, που βασίζεται στη ψευδή ιδεολογία, σύμφωνα με την οποία ορισμένες θεραπείες *evidence based* θα ήταν πιο αποτελεσματικές. Πολλές ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Μεγάλη Βρετανία και η Σουηδία, εξαπατήθηκαν από τις σειρήνες του θετικισμού και βρίσκονται σήμερα σε δύσκολη κατάσταση [177]. Μόνο το 5 έως 6 % των ασθενών θα βοηθηθούν από αυτές τις δομές, οι οποίες βασίζονται σε μια βραχυπρόθεσμη λογική, τύπου μάνατζμεντ, η οποία δεν κάνει τίποτε άλλο παρά να αυξάνει την ψυχική δυσφορία των συμπολιτών μας. Ιδιαίτερα, η προσοδευτική «φιλελευθεροποίηση» του πεδίου της ψυχιατρικής δεν μπορεί παρά να οδηγήσει σε μεγάλες δυσκολίες [227]. (4) Να μη υποκύψουμε στη μόδα των νευροεπιστημών και της αντίληψης του «τα πάντα είναι γνωσιακά ή νευρο-αναπτυξιακά»<sup>71</sup>, οι οποίες συχνά απορρέουν από μια αντίληψη που συρρικνώνει την θεώρηση της ψυχικής λειτουργίας. Η θεώρηση της ψυχής, υπό αυτό το πρίσμα, αποτελεί επιστημολογικό λάθος, που έχει, ήδη, καταρριφθεί σε μεγάλο βαθμό [275]. Επιπλέον, ας υπενθυμίσουμε ότι οι συγκεκριμένες πρακτικές εφαρμογές των νευροεπιστημών και της γενετικής στην ψυχική φροντίδα είναι προς το παρόν σχεδόν ανύπαρκτες [19]. Αυτή η έλλειψη αποτελεσμάτων έρχεται σε έντονη αντίθεση με τη μεγάλη αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπειών. Γνωρίζουμε τα βασικά συστατικά τους, ξέρουμε πώς να τα εφαρμόζουμε και έχουμε σαφή εικόνα του οικονομικού οφέλους που επιτρέπουν. Θα ήταν, λοιπόν, σημαντικό να αναπτυχθούν νοσοκομειακές και πανεπιστημιακές υπηρεσίες που να επικεντρώνονται στην αξιολόγηση των ψυχοθεραπειών, προκειμένου να βελτιωθεί η κατανόηση των θεραπευτικών διεργασιών καθώς και το προς ποιαν θα κατευθύνονται οι ασθενείς. Η Γαλλία φαίνεται να έχει καθυστερήσει

---

επιστημονική βιβλιογραφία — οι επιζήμιες επιπτώσεις θα είναι μείζονες και θα οδηγήσουν σε καταστάσεις αντίστοιχες με εκείνες που παρατηρούνται σήμερα στη Μεγάλη Βρετανία ή στη Σουηδία. Μια τέτοια πολιτική δεν θα οδηγήσει μόνο στην αποδόμηση του ψυχιατρικού ιστού και στη μείωση του κινήτρου ενός μεγάλου μέρους των επαγγελματιών υγείας, αλλά θα υποβαθμίσει σταδιακά και την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Επιπλέον, θα δημιουργήσει την ψευδαίσθηση εξοικονόμησης πόρων...

<sup>71</sup> Πρόκειται για μια προσέγγιση που είναι απολύτως ενδιαφέρουσα, υπό τον όρο ότι προσδιορίζονται σωστά τα όριά της και ότι δεν χρησιμοποιείται ως αντικατάσταση άλλων θεραπευτικών εργαλείων.

σημαντικά σε αυτόν τον τομέα, ενώ τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά ζητήματα των ψυχοθεραπειών είναι μείζονος σημασίας. Η δημιουργία ενός εκτεταμένου εθνικού προγράμματος αφιερωμένου στις ψυχοθεραπείες, που θα συνδύαζε τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές προσεγγίσεις, θα επέτρεπε να καλυφθεί αυτό το κενό και να καθοδηγηθούν με ακρίβεια οι μελλοντικές πολιτικές υγείας στον τομέα αυτό.

Ο συγγραφέας δηλώνει ότι δεν έχει καμία σύγκρουση συμφερόντων.

## Βιβλιογραφία

- [1] Halimi P, Marescaux C. Hôpitaux en détresse, patients en danger. Paris : Flammarion; 2018.
- [2] Froger Y. Destruction de la psychiatrie. Journal français de psychiatrie 2003;19:32–3.
- [3] Lambert MJ. Psychotherapy outcome research implications for integrative and eclectic science. Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books; 1979.
- [4] Weissman M, Cuijpers P. Psychotherapy over the last four decades. Harvard Review of Psychiatry 2017; 25:155–8.

- [5] McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs. pharmacological treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2013; 74:595.
- [6] Gabbard GO, Lazar SG, Hornberger J, Spiegel D. The economic impact of psychotherapy: a review. *American Journal of Psychiatry* 1997;154:147–55.
- [7] Calati R, Courtet P. Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and nonsuicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research* 2016; 79:8–20.
- [8] Boisvert CM, Faust D. Iatrogenic Symptoms in Psychotherapy. *APT* 2002;56:244–59.
- [9] Gomez L. *The Freud wars: An introduction to the philosophy of psychoanalysis*. Hove: Routledge; 2005.
- [10] Bouchard MA, Guérette L. Psychotherapy as a hermeneutical experience. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 1991;28:385–94.
- [11] Milton M. Evidence-Based Practice: Issues for Psychotherapy. *Psychoanalytic Psychotherapy* 2002 ;16 :160–72.
- [12] Ciccone A. Psychanalyse ou psychothérapie psychanalytique? Fondements de la position clinique. *Journal de La Psychanalyse de l'enfant* 2017;7:17–44.
- [13] Rabeyron T. Constructions finies et constructions infinies : de l'épistémologie psychanalytique dans ses rapports à la vérité. In *Analysis* 2018;2:143–55.
- [14] Brun A, Roussillon R, Attigui P. *Evaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques : Dispositifs institutionnels et groupaux de médiations*. Paris: Dunod; 2016.
- [15] Lacan J. *Écrits*. Paris: Le seuil; 1966.
- [16] Green A. *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris: PUF; 2002.
- [17] Devereux G. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion ; 1980.
- [18] Gori R, Sauret MJ, Abelhauser A. *La folie évaluation, les nouvelles fabriques de la servitude*. Paris: Mille et une nuits. 2011.
- [19] Gonon F. La psychiatrie biologique: une bulle spéculative? *Esprit* 2011;11: 54–73.
- [20] Gonon F. Quel avenir pour les classifications des maladies mentales? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes. *L'information Psychiatrique* 2013;89:285–94.
- [21] Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin* 2004; 130:631.
- [22] Vinnars B, Barber JP, Norén K, Gallop R, Weinryb RM. Manualized supportiveexpressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. *American Journal of Psychiatry* 2005 ;162 :1933–40.

- [23] Castel PH. À quoi résiste la psychanalyse? Paris: PUF; 2015.
- [24] Shedler J. Where Is the Evidence for “Evidence-Based” Therapy? *Psychiatric Clinics of North America* 2018; 41:319–29.
- [25] Widlöcher D. Distinguishing Psychoanalysis from Psychotherapy. *The International Journal of Psychoanalysis* 2010 ;91 :45–50.
- [26] Nathan T. La Guerre des psys : manifeste pour une psychothérapie démocratique. Paris : Les empêcheurs de penser rond ; 2006.
- [27] Roudinesco E. Histoire de la psychanalyse en France. Paris: Fayard; 1994.
- [28] Davies R. Clinical and observational psychoanalytic research: Roots of a controversy-Andre Green & Daniel Stern. Hove: Routledge; 2018.
- [29] Shedler J. Clinical and Observational Psychoanalytic Research: Roots of a Controversy. [Edited by Joseph Sandler, Anne-Marie Sandler, and Ro]. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2004; 52:610–8.
- [30] Shedler J, Westen D. The Shedler–Westen assessment procedure (SWAP): making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment* 2007;89:41–55.
- [31] Falissard B, Revah-Levy A, Yang S, Fagot-Largeault A. La place des mots et des nombres en recherche psychiatrique. Épistémologie et méthodologie en psychanalyse et en psychiatrie, Paris : Erès ; 2017.
- [32] Luyten P, Blatt SJ, Corveleyn J. Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research. *J Am Psychoanal Assoc* 2006;54:571–610.
- [33] Kendrick KM, Hinton MR, Atkins K, Haupt MA, Skinner JD. Mothers determine sexual preferences. *Nature* 1998;395:229–30.
- [34] Adams HE, Wright LW, Lohr BA. Is homophobia associated with homosexual arousal? *Journal of Abnormal Psychology* 1996;105:440-5.
- [35] Beebe B, Messinger D, Bahrack LE, Margolis A, Buck KA, Chen H. A systems view of mother–infant face-to-face communication. *Developmental Psychology* 2016;52:556-71.
- [36] Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:505–24.
- [37] Kealy D, Ogrodniczuk JS. Contemporary Psychodynamic Psychotherapy: Evolving Clinical Practice. London: Academic Press; 2019.
- [38] Thurin JM, Thurin M. Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques. Paris: Dunod; 2007.
- [39] Despland JN, De Roten Y, Kramer U. L’évaluation des psychothérapies. Paris: Lavoisier; 2018.

- [40] Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist* 1977; 32:752-60.
- [41] Eysenck HJ. The outcome problem in psychotherapy: What have we learned? *Behaviour Research and Therapy* 1994;32:477–95.
- [42] Seligman ME. The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist* 1995;50:965-74.
- [43] Lipsey MW, Wilson DB. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist* 1993;48:1181-209.
- [44] Wilson DB, Lipsey MW. The role of method in treatment effectiveness research: Evidence from meta-analysis. *Psychological Methods* 2001;6:413-29.
- [45] Nicholson RA, Berman JS. Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin* 1983;93:261-78.
- [46] Najavits LM, Gunderson JG. Better than expected: improvements in borderline personality disorder in a 3-year prospective outcome study. *Comprehensive Psychiatry* 1995; 36:296–302.
- [47] Leichsenring F, Salzer S, Beutel ME, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J, et al. Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 2013; 170:759–67.
- [48] Zipfel S, Wild B, Groß G, Friederich H-C, Teufel M, Schellberg D, et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *The Lancet* 2014; 383:127–37.
- [49] Eells TD. Is there a cost offset to psychotherapy? *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 1999; 8:243-7.
- [50] Chiles J, Michael L, Hatch A. Medical cost offset: A review of the impact of psychological interventions on medical utilization over the past three decades. In: N. A. Cummings, W. T. O'Donohue, & K. E. Ferguson, editors. *Healthcare utilization and cost series, Vol. 5. The impact of medical cost offset on practice and research: Making it work for you: A report of the First Reno Conference on Medical Cost Offset*. [s.l.] Context Press/New Harbinger Publications; 2002. p. 47–56.
- [51] Altmann U, Zimmermann A, Kirchmann HA, Kramer D, Fembacher A, Bruckmayer E, et al. Outpatient psychotherapy reduces health-care costs: a study of 22,294 insureds over 5 years. *Frontiers in Psychiatry* 2016;7:98.
- [52] Creed F, Fernandes L, Guthrie E, Palmer S, Ratcliffe J, Read N, et al. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2003; 124:303–17.
- [53] Simon J, Pilling S, Burbeck R, Goldberg D. Treatment options in moderate and severe depression: decision analysis supporting a clinical guideline. *Br J Psychiatry* 2006; 189:494–501.

- [54] Rosso G, Aragno E, Cuomo A, Fagiolini A, Di Salvo G, Maina G. Five-year followup of first-episode depression treated with psychodynamic psychotherapy or antidepressants. *Psychiatry Research* 2019; 275:27–30.
- [55] Antonuccio DO, Thomas M, Danton WG. A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (prozac) in the treatment of depression. *Behavior Therapy* 1997; 28:187–210.
- [56] Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P, Cottrell D, Cotgrove A, Boddington E. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *The Lancet* 2004;363:1341–5.
- [57] Moncrieff J, Wessely S, Hardy R. Active placebos versus antidepressants for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* ; 2004;(1):CD003012.
- [58] Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist* 2010; 65:98–109.
- [59] Huhn M, Tardy M, Spineli LM, Kissling W, Förstl H, Pitschel-Walz G, et al. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry* 2014;71:706–15.
- [60] Marcus DK, O’Connell D, Norris AL, Sawaqdeh A. Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review* 2014; 34:519–30.
- [61] Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry* 1936; 6:412-5.
- [62] Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Stich F, Benson K, Ahn H. A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes.” *Psychological Bulletin* 1997; 122:203–15.
- [63] Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and all must have prizes? *Archives of General Psychiatry* 1975; 32:995–1008.
- [64] Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* 2015; 14:270–7.
- [65] Cuijpers P, Reijnders M, Huibers M. The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology* 2019;15: 207-31.
- [66] Frank JD, Frank JB. *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. New-York: Norman Cousins; 1991.
- [67] Grencavage LM, Norcross JC. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice* 1990;21:372-8.
- [68] Butler AC, Chapman J, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitivebehavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review* 2006;26:17–31.
- [69] Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cogn Ther Res* 2012;36:427–40.
- [70] Zimmermann G, Pomini V. Méta-analyse et efficacité des psychothérapies : faits et fictions. *Psychologie Française* 2013;58:167–75.

- [71] Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Tierney SC. A meta-(re) analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affective Disorders* 2002; 68:159–65.
- [72] Tolin DF. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2010;30:710–20.
- [73] Baardseth TP, Goldberg SB, Pace BT, Wislocki AP, Frost ND, Siddiqui JR, et al. Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review* 2013; 33:395–405.
- [74] Wampold BE, Budge SL, Laska KM, Del Re AC, Baardseth TP, Huckiger C, et al. Evidence-based treatments for depression and anxiety versus treatment-as-usual: A metaanalysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review* 2011;31:1304–12.
- [75] Cristea IA, Cuijpers P. In the pursuit of truth, we should not prioritize correlational over causal evidence. *Psychotherapy Research* 2017;27:36–7.
- [76] Wampold BE, Flückiger C, Del Re AC, Yulish NE, Frost ND, Pace BT, et al. In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research* 2017; 27:14–32.
- [77] Braun SR, Gregor B, Tran US. Comparing bona fide psychotherapies of depression in adults with two meta-analytical approaches. *PloS One* 2013; 28(6): e68135.: doi: 10.1371/journal.pone.0068135.
- [78] Ljótsson B, Hedman E, Mattsson S, Andersson E. The effects of cognitive-behavioral therapy for depression are not falling: A re-analysis of Johnsen and Friborg (2015). *Psychological Bulletin* 2017; 143(3): 321–5.
- [79] Johnsen TJ, Friborg O. The effects of cognitive behavioral therapy as an antidepressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2015;141:747–68.
- [80] Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry* 1989;46:971–82.
- [81] Elkin I. The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In : A. E. Bergin & S. L. Garfield, Editors. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons.1994. p. 114–139.
- [82] Driessen E, Van HL, Don FJ, Peen J, Kool S, Westra D, et al. The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy in the Outpatient Treatment of Major Depression: A Randomized Clinical Trial. *Am J Psychiatry* 2013;170:1041–50.
- [83] Blatt SJ, Zuroff DC. Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence-based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review* 2005;25:459–86.
- [84] Leichsenring F, Steinert C. Is cognitive behavioral therapy the gold standard for psychotherapy? The need for plurality in treatment and research. *Jama* 2017;318:1323–4.
- [85] Leichsenring F, Abbass A, Hilsenroth MJ, Luyten P, Munder T, Rabung S, et al. "Gold standards," plurality and monocultures: The need for diversity in psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry* 2018; 9:1-7.
- [86] Stiles WB, Barkham M, Mellor-Clark J, Connell J. Effectiveness of cognitivebehavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Medicine* 2008;38:677–88.

- [87] Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61:561-73.
- [88] Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68:438–50.
- [89] Del Re AC, Flückiger C, Horvath AO, Symonds D, Wampold BE. Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood metaanalysis. *Clinical Psychology Review* 2012; 32:642–9.
- [90] Krupnick JL, Sotsky SM, Elkin I, Simmens S, Moyer J, Watkins J, et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol.* 1996 Jun;64(3):532-9.
- [91] Crits-Christoph P, Mintz J. Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991;59 (1):20-6.
- [92] Henry WP, Strupp HH, Butler SF, Schacht TE, Binder JL. Effects of training in timelimited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61:434-40.
- [93] Elliott R, Bohart AC, Watson JC, Murphy D. Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy* 2018;55:399-410.
- [94] Owen J, Drinane JM, Idigo KC, Valentine JC. Psychotherapist effects in metaanalyses: How accurate are treatment effects? *Psychotherapy* 2015;52 (3):321-8.
- [95] Kraus DR, Bentley JH, Alexander PC, Boswell JF, Constantino MJ, Baxter EE, et al. Predicting therapist effectiveness from their own practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2016;84 (6):473-83.
- [96] Luborsky L, McLellan AT, Diguier L, Woody G, Seligman DA. The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1997; 4:53–65.
- [97] Okiishi J, Lambert MJ, Nielsen SL, Ogles BM. Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice* 2003; 10:361–73.
- [98] Ricks DF. Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. *Life history research in psychopathology*, Minneapolis: University of Minesota Press; 1974.
- [99] Malkin B. Supervision effects on psychotherapy outcome: Seeking" super" supervisors. New York: St. John's University; 2018.
- [100] Brown GS, Lambert MJ, Jones ER, Minami T. Identifying highly effective therapists in a managed care environment. *American Journal of Managed Care* 2005;11:513–20.
- [101] Kraus DR, Castonguay L, Boswell JF, Nordberg SS, Hayes JA. Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research* 2011; 21:267–76.

- [102] Bergin AE. Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology* 1966; 71:235–46.
- [103] Smith ML, Glass GV, Miller TI. *The Benefits of Psychotherapy*. Johns Hopkins University Press; 1980.
- [104] Pope KS, Vetter VA. Prior therapist-patient sexual involvement among patients seen by psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 1991;28:429–38.
- [105] Beretta V, de Roten Y, Drapeau M, Kramer U, Favre N, Despland JN. Clinical significance and patients' perceived change in four sessions of brief psychodynamic intervention: characteristics of early responders. *Psychol Psychother* 2005;78:347–62.
- [106] Esmiol-Wilson E, Partridge R, Brandon M, Kollar S, Benning-Cho S. From Resistance to Buy-In: Experiences of Clinicians in Training Using Feedback-Informed Treatment. *Journal of Couple & Relationship Therapy* 2017;16:20–41.
- [107] Lambert MJ, Hansen NB, Finch AE. Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001; 69:159-72.
- [108] Lambert MJ, Whipple JL, Hawkins EJ, Vermeersch DA, Nielsen SL, Smart DW. Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003;10:288–301.
- [109] Lambert MJ, Whipple JL, Kleinstäuber M. Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy* 2018;55:520-37.
- [110] Ghaderi A. Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44:273–88.
- [111] Stulz N, Lutz W, Kopta SM, Minami T, Saunders SM. Dose–effect relationship in routine outpatient psychotherapy: Does treatment duration matter? *Journal of Counseling Psychology* 2013; 60:593-600.
- [112] Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol* 1986;41:159–64.
- [113] Bruijniks SJ, Lemmens LH, Hollon SD, Peeters FP, Cuijpers P, Arntz A, et al. The effects of once-versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. *The British Journal of Psychiatry* 2020;216:222–30.
- [114] Barkham M, Connell J, Stiles WB, Miles JN, Margison F, Evans C, et al. Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006; 74:160-7.
- [115] Howard KI, Lueger RJ, Maling MS, Martinovich Z. A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61:678-85.
- [116] Maljanen T, Knekt P, Lindfors O, Virtala E, Tillman P, Härkänen T, et al. The costeffectiveness of short-term and long-term psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a 5-year follow-up. *Journal of Affective Disorders* 2016;190:254–63.
- [117] Hofmann SG. Psychodynamic therapy: a poorly defined concept with questionable evidence. *Evidence-Based Mental Health* 2016;19 (2):63.

- [118] Leichsenring F, Abbass A, Gottdiener W, Hilsenroth M, Keefe JR, Luyten P, et al. Psychodynamic therapy: a well-defined concept with increasing evidence. *Evidence-Based Mental Health* 2016; 19:64.
- [119] Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry* 2015; 14:137–50.
- [120] de Maat S, de Jonghe F, Schoevers R, Dekker J. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry* 2009; 17:1–23.
- [121] Smit Y, Huibers MJ, Ioannidis JP, van Dyck R, van Tilburg W, Arntz A. The effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy—A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review* 2012;32:81–92.
- [122] Blatt S. The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1992; 40:691–724.
- [123] Blatt SJ, Shahar G. Psychoanalysis—With whom, for what, and how? Comparisons with psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2004;52:393–447.
- [124] Coriat H. Some statistical results of the psychoanalytic treatment of the psychoneuroses. *Psychoanalytic Review* 1917; 4:209–16.
- [125] Gerber AJ, Kocsis JH, Milrod BL, Roose SP, Barber JP, Thase ME, et al. A qualitybased review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 2011; 168:19–28.
- [126] Leichsenring F, Klein S, Salzer S. The efficacy of psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a 2013 update of empirical evidence. *Contemporary Psychoanalysis* 2014; 50:89–130.
- [127] Levy KN, Ehrenthal JC, Yeomans FE, Caligor E. The efficacy of psychotherapy: Focus on psychodynamic psychotherapy as an example. *Psychodynamic Psychiatry* 2014; 42:377–421.
- [128] Leichsenring F, Luyten P, Hilsenroth MJ, Abbass A, Barber JP, Keefe JR, et al. Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry* 2015;2:648–60.
- [129] Fonagy P, Rost F, Carlyle J, McPherson S, Thomas R, Pasco Fearon RM, et al. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry* 2015; 14:312–21.
- [130] Abbass AA, Kisely SR, Town JM, Leichsenring F, Driessen E, De Maat S, et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014 Jul 1;(7):CD004687.
- [131] Yakeley J. Psychoanalysis in modern mental health practice. *The Lancet Psychiatry* 2018; 5:443–50.
- [132] Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2009;78:265–74.
- [133] Messer SB, Abbass AA. Evidence-based psychodynamic therapy with personality disorders. In : J. J. Magnavita, Editor. *Evidence-based treatment of personality dysfunction: Principles, methods, and processes*. American Psychological Association; 2010. p. 79–111.

- [134] Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *JAMA* 2008;300:1551–65.
- [135] Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 2004; 61:1208–16.
- [136] Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160:1223–32.
- [137] Driessen E, Van HL, Peen J, Don FJ, Kool S, Westra D, et al. Therapist-rated outcomes in a randomized clinical trial comparing cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy for major depression. *Journal of Affective Disorders* 2015; 170:112–8.
- [138] Keefe JR, McCarthy KS, Dinger U, Zilcha-Mano S, Barber JP. A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review* 2014; 34:309–23.
- [139] Cuijpers P, Andersson G, Donker T, van Straten A. Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry* 2011; 65:354–64.
- [140] Driessen E, Cuijpers P, de Maat SC, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJ. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2010; 30:25–36.
- [141] Driessen E, Hegelmaier LM, Abbass AA, Barber JP, Dekker JJM, Van HL, et al. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review* 2015; 42:1–15.
- [142] Fonagy P, Rost F, Carlyle J, McPherson S, Thomas R, Pasco Fearon R, et al. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry* 2015; 14:312–21.
- [143] Thoma NC, McKay D, Gerber AJ, Milrod BL, Edwards AR, Kocsis JH. A quality-based review of randomized controlled trials of cognitive-behavioral therapy for depression: an assessment and meta-regression. *American Journal of Psychiatry* 2012;169:22–30.
- [144] Town JM, Abbass A, Stride C, Bernier D. A randomised controlled trial of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for treatment resistant depression: the Halifax Depression Study. *Journal of Affective Disorders* 2017;214:15–25.
- [145] Chambless DL, Milrod B, Porter E, Gallop R, McCarthy KS, Graf E, et al. Prediction and Moderation of Improvement in Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Psychotherapy for Panic Disorder. *J Consult Clin Psychol* 2017;85:803–13.
- [146] Milrod B, Chambless DL, Gallop R, Busch FN, Schwalberg M, McCarthy KS, et al. Psychotherapies for panic disorder: a tale of two sites. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2016; 77:927–35.
- [147] Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017; 74:319–28.
- [148] Fonagy P, Luyten P, Bateman A. Treating borderline personality disorder with psychotherapy: where do we go from here? *JAMA Psychiatry* 2017; 74:316–7. [149] Keefe JR, McMain SF, McCarthy KS, Zilcha-Mano S, Dinger U, Sahin Z, et al. A meta-analysis of psychodynamic treatments for borderline and

cluster C personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2020;11:157–69.

[150] Leichsenring F, Steinert C. Short-term psychodynamic therapy for obsessivecompulsive disorder: A manual-guided approach to treating the “inhibited rebel.” *Bulletin of the Menninger Clinic* 2017; 81:341–89.

[151] Stefini A, Salzer S, Reich G, Horn H, Winkelmann K, Bents H, et al. Cognitivebehavioral and psychodynamic therapy in female adolescents with bulimia nervosa: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2017; 56:329–35.

[152] Briggs S, Netuveli G, Gould N, Gkaravella A, Gluckman NS, Kangogyere P, et al. The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2019; 214:320–8.

[153] Roggenkamp H, Abbass A, Town JM, Kisely S, Johansson R. Healthcare cost reduction and psychiatric symptom improvement in posttraumatic stress disorder patients treated with intensive short-term dynamic psychotherapy [online]. *European Journal of Trauma & Dissociation* 2019: Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.100122>

[154] Rosenbaum B, Valbak K, Harder S, Knudsen P, Køster A, Lajer M, et al. The Danish National Schizophrenia Project: prospective, comparative longitudinal treatment study of first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry* 2005;186:394–9.

[155] Abbass AA, Rabung S, Leichsenring F, Refseth JS, Midgley N. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a meta-analysis of short-term psychodynamic models. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2013; 52:863–75.

[156] Goodyer IM, Reynolds S, Barrett B, Byford S, Dubicka B, Hill J, et al. Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *The Lancet Psychiatry* 2017; 4:109–19.

[157] Cohen D, Milman D, Venturyera V, Falissard B. Psychodynamic experience enhances recognition of hidden childhood trauma [online]. *PLoS One* 2011; 6(4): e18470. Available from: doi: 10.1371/journal.pone.0018470

[158] Blatt SJ. A fundamental polarity in psychoanalysis: Implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Psychoanalytic Inquiry* 2007; 26:494–520.

[159] Luyten P, Blatt SJ. Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development: Retrospect and prospect. *American Psychologist* 2013;68 (3):172-83.

[160] Despland J-N, Drapeau M, de Roten Y. A naturalistic study of the effectiveness of a four-session format: the brief psychodynamic intervention. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2005; 5:368-78.

[161] Abbass AA, Nowoweiski SJ, Bernier D, Tarzwell R, Beutel ME. Review of psychodynamic psychotherapy neuroimaging studies. *Psychother Psychosom* 2014; 83:142–7.

[162] Beutel ME, Stern E, Silbersweig DA. The Emerging Dialogue Between Psychoanalysis and Neuroscience: Neuroimaging Perspectives. *J Am Psychoanal Assoc* 2003; 51:773–801.

[163] Marini S, Tizio LD, Dezi S, Armuzzi S, Pelaccia S, Valchera A, et al. The bridge between two worlds: psychoanalysis and fMRI. *Reviews in the Neurosciences* 2016; 27:219–29.

- [164] Buchheim A, Viviani R, Kessler H, Kächele H, Cierpka M, Roth G, et al. Changes in prefrontal-limbic function in major depression after 15 months of long-term psychotherapy [online]. PloS One 2012;7 (3): e33745. Available from: doi: 10.1371/journal.pone.0033745.
- [165] Dégeilh F, Bernier A, Leblanc É, Daneault V, Beauchamp MH. Quality of maternal behaviour during infancy predicts functional connectivity between default mode network and salience network 9 years later. Developmental Cognitive Neuroscience 2018;34:53–62.
- [166] Winnicott DW. De la pédiatrie a la psychanalyse (1960). Paris: Broché; 1989.
- [167] Bion W. Aux sources de l'expérience (1962). Paris: PUF; 2003.
- [168] Russo DA, Stochl J, Painter M, Dobler V, Jackson E, Jones PB, et al. Trauma history characteristics associated with mental states at clinical high risk for psychosis. Psychiatry Research 2014; 220:237–44.
- [169] Bales DL, Timman R, Luyten P, Busschbach J, Verheul R, Hutsebaut J. Implementation of evidence-based treatments for borderline personality disorder: The impact of organizational changes on treatment outcome of mentalization-based treatment. Personality and Mental Health 2017; 11:266–77.
- [170] Oury J. Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle. Nîmes: Champ social Editions; 2001.
- [171] Glass RM. Psychodynamic psychotherapy and research evidence: Bambi survives Godzilla? Jama 2008;300:1587–9.
- [172] Parloff MB. Psychotherapy research evidence and reimbursement decisions: Bambi meets Godzilla. Am J Psychiatry 1982;139:718–27.
- [173] Leichsenring F, Leweke F, Klein S, Steinert C. The empirical status of psychodynamic psychotherapy- an update: Bambi's alive and kicking. Psychotherapy and Psychosomatics 2015; 84:129–48.
- [174] Steinert C, Munder T, Rabung S, Hoyer J, Leichsenring F. Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. American Journal of Psychiatry 2017;174:943–53.
- [175] Erekson DM, Lambert MJ, Eggett DL. The relationship between session frequency and psychotherapy outcome in a naturalistic setting. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2015; 83:1097–107.
- [176] Ryle A, Kerr IB. Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice. London: Wiley-Blackwell; 2002.
- [177] Dalal F. CBT: The Cognitive Behavioural Tsunami: Managerialism, Politics and the Corruptions of Science. Routledge; 2018.
- [178] Ablon JS, Levy RA, Smith-Hansen L. The contributions of the psychotherapy process Q-set to psychotherapy research. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome 2011; 14(1):14–48.
- [179] Jones EE, Pulos SM. Comparing the process in psychodynamic and cognitivebehavioral therapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1993;61:306-16.
- [180] Ablon J, Jones E. How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. Psychotherapy Research 1998; 8:71–83.

- [181] Castonguay LG, Goldfried MR, Wiser S, Raue PJ, Hayes AM. Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64:497-504.
- [182] Norcross JC. The psychotherapist's own psychotherapy: educating and developing psychologists. *American Psychologist* 2005;60:840-50.
- [183] Høglend P, Amlo S, Marble A, Bøggwald K-P, Sørbye Ø, Sjaastad MC, et al. Analysis of the Patient-Therapist Relationship in Dynamic Psychotherapy: An Experimental Study of Transference Interpretations. *AJP* 2006;163:1739–46.
- [184] Hersoug AG, Ulberg R, Høglend P. When is transference work useful in psychodynamic psychotherapy? Main results of the first experimental study of transference work (FEST). *Contemporary Psychoanalysis* 2014;50:156–74.
- [185] Johansson P, Høglend P. Identifying mechanisms of change in psychotherapy: Mediators of treatment outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2007;14:1–9.
- [186] Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010; 196:389–95.
- [187] Hayes JA, Gelso CJ, Goldberg S, Kivlighan DM. Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy* 2018;55 (4):496-507.
- [188] Jennissen S, Huber J, Ehrental JC, Schauenburg H, Dinger U. Association between insight and outcome of psychotherapy: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 2018; 175:961–9.
- [189] Levy KN, Clarkin JF, Yeomans FE, Scott LN, Wasserman RH, Kernberg OF. The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 2006;62:481–501.
- [190] Despland J-N, de Roten Y, Despars J, Stigler M, Perry JC. Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 2001; 10:155-64.
- [191] Greenberg LS. Emotions, the great captains of our lives: Their role in the process of change in psychotherapy. *American Psychologist* 2012;67 (8):697-707.
- [192] Greenberg LS. Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice* 2004; 11:3–16.
- [193] Pascual-Leone A. How clients “change emotion with emotion”: A programme of research on emotional processing. *Psychotherapy Research* 2018;28:165–82.
- [194] Herrmann IR, Greenberg LS, Auszra L. Emotion categories and patterns of change in experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research* 2016;26:178–95.
- [195] Pascual-Leone A. Dynamic emotional processing in experiential therapy: Two steps forward, one step back. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2009;77 (1):113-26.
- [196] Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry* 2013; 33:595–613.

- [197] Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in selforganization. *Development and Psychopathology* 1997; 9:679–700.
- [198] Leichsenring F, Rabung S. Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *BJP* 2011;199:15–22.
- [199] Leichsenring F, Abbass A, Luyten P, Hilsenroth M, Rabung S. The emerging evidence for long-term psychodynamic therapy. *Psychodynamic Psychiatry* 2013;41:361–84.
- [200] Woll CFJ, Schönbrodt FD. A series of meta-analytic tests of the efficacy of long-term psychoanalytic psychotherapy. *European Psychologist* 2020; 25(1): 51–72.
- [201] Jeffery EH. The mortality of psychoanalysts. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2001; 49:103–11.
- [202] Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Välikoski M, Virtala E, Laaksonen MA, et al. Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine* 2008; 38:689–703.
- [203] Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J. Varieties of Long-Term Outcome Among Patients in Psychoanalysis and Long-Term Psychotherapy: A Review of Findings in the Stockho. *International Journal of Psycho-Analysis* 2000;81:921–42.
- [204] Lindfors O, Knekt P, Lehtonen J, Virtala E, Maljanen T, Härkänen T. Effectiveness of psychoanalysis and long-term psychodynamic psychotherapy on personality and social functioning 10 years after start of treatment. *Psychiatry Research* 2019;272:774–83.
- [205] de Roten Y, Ambresin G, Herrera F, Fassassi S, Fournier N, Preisig M, et al. Efficacy of an adjunctive brief psychodynamic psychotherapy to usual inpatient treatment of depression: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders* 2017; 209:105–13.
- [206] Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry* 2008; 165:631–8.
- [207] DeWitt N, Milbrath C, Wallerstein S. Scales of psychological capacities: Support for a measure of structural change. *Psychoanalysis and Contemporary Thought* 1999;22:453–80.
- [208] Lingardi V, Shedler J, Gazzillo F. Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP–200: a case study. *Journal of Personality Assessment* 2006;86:23–32.
- [209] Cogan R, Porcerelli JH. Clinician reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2005;78:235–48.
- [210] Beutel ME, Leuzinger-Bohleber M, Rüger B, Bahrke U, Negele A, Haselbacher A, et al. Psychoanalytic and cognitive-behavior therapy of chronic depression: study protocol for a randomized controlled trial [online]. *Trials* 2012;26 (13):117. Available from: doi: 10.1186/1745-6215-13-117.
- [211] Leuzinger-Bohleber M, Kaufhold J, Kallenbach L, Negele A, Ernst M, Keller W, et al. How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronically depressed patients: Symptomatic and structural changes in the LAC Depression Study of the outcome of cognitive-behavioural and psychoanalytic long-term treatments. *The International Journal of Psychoanalysis* 2019; 100:99–127.

- [212] Abbass A, Katzman JW. The cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychiatric Annals* 2013;43:496–501.
- [213] Guthrie E, Moorey J, Margison F, Barker H, Palmer S, McGrath G, et al. Costeffectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Archives of General Psychiatry* 1999;56:519–26.
- [214] Burnand Y, Andreoli A, Kolatte E, Venturini A, Rosset N. Psychodynamic Psychotherapy and Clomipramine in the Treatment of Major Depression. *Psychiatric Services* 2002; 53(5):585-90.
- [215] Wampold BE. *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Routledge; 2013.
- [216] Ioannidis JP. Why Most Published Research Findings Are False [online]. *PLoS Med* 2005;2:e124. Available from : doi: 10.1371/journal.pmed.0020124
- [217] Ioannidis JP. Why most clinical research is not useful [online]. *PLoS Medicine* 2016;13:e1002049. Available from : doi: 10.1371/journal.pmed.1002049
- [218] Ioannidis JP. Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials? *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 2008;3:14.
- [219] Collaboration OS. Estimating the reproducibility of psychological science [online]. *Science* 2015;349(6551) :aac4716. Available from : doi: 10.1126/science.aac4716
- [220] Silberzahn R, Uhlmann EL, Martin DP, Anselmi P, Aust F, Awtrey E, et al. Many analysts, one data set: Making transparent how variations in analytic choices affect results. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science* 2018;1:337–56.
- [221] Wampold BE. Methodological Problems in Identifying Efficacious Psychotherapies. *Psychotherapy Research* 1997;7:21–43.
- [222] Kaptchuk TJ. The double-blind, randomized, placebo-controlled trial: gold standard or golden calf? *Journal of Clinical Epidemiology* 2001;54:541–9.
- [223] Ioannidis JP. Most psychotherapies do not really work, but those that might work should be assessed in biased studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2016;25:436–8.
- [224] Dragioti E, Karathanos V, Gerdle B, Evangelou E. Does psychotherapy work? An umbrella review of meta-analyses of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2017;136:236–46.
- [225] Shedler J, Mayman M, Manis M. The Illusion of Mental Health. *American Psychologist* 1993 ; 48(11), 1117–31
- [226] Freud S. *Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal. La vie sexuelle* (1917). Paris: PUF; 1969.
- [227] Rabeyron T. Du néolibéralisme au Tsunami Cognitivo-Comportemental en Grande Bretagne: Est-il encore temps pour la France d'éviter la catastrophe britannique? *Recherches en psychanalyse* 2019; 28(2): 112-36.

- [228] Gilboa-Schechtman E, Foa EB, Shafran N, Aderka IM, Powers MB, Rachamim L, et al. Prolonged exposure versus dynamic therapy for adolescent PTSD: A pilot randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2010;49:1034–42.
- [229] Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. Efficacy of cognitive–behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *BJP* 2010;196:173–8.
- [230] Bendat M. In name only? Mental health parity or illusory reform. *Psychodynamic Psychiatry* 2014; 42:353–75.
- [231] Luborsky L, Diguer L, Seligman DA, Rosenthal R, Krause ED, Johnson S, et al. The researcher’s own therapy allegiances: A “wild card” in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1999; 6:95–106.
- [232] Munder T, Bruetsch O, Leonhart R, Gerger H, Barth J. Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: an overview of reviews. *Clinical Psychology Review* 2013; 33:501–11.
- [233] Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *Bmj* 2003;326:1167–70.
- [234] Stiles WB, Honos-Webb L, Surko M. Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1998; 5:439–58.
- [235] Silberschatz G. Improving the yield of psychotherapy research. *Psychotherapy Research* 2017 ;27 :1–13.
- [236] Roussillon R. *Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie*. Paris : Masson ; 2014.
- [237] Valentino P, de Roten Y, Brodard F, Quartier V. *L’étude de cas : Dialogue entre recherche et pratique en psychologie clinique et en psychothérapie*. Paris: Antipodes; 2016.
- [238] Roussillon R. *Manuel de pratique clinique*. Paris: Dunod; 2012.
- [239] Ciccone A. *L’observation clinique*. Paris: Dunod; 1998.
- [240] Ciccone A. L’observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche clinique. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 2014;63:65–78.
- [241] Levy R, Ablon JS, Kaechele H. *Psychodynamic psychotherapy research: practice-based evidence and evidence-based practice*. Humana Press/Springer, New York; 2012.
- [242] Castonguay LG, Castonguay LG, Beutler LE. *Principles of therapeutic change that work*. New-York: Oxford University Press 2006.
- [243] Lutz W, Lambert MJ, Harmon SC, Tschitsaz A, Schürch E, Stulz N. The probability of treatment success, failure and duration—what can be learned from empirical data to support decision making in clinical practice? *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice* 2006; 13:223–32.
- [244] Fishman DB. Transcending the efficacy versus effectiveness research debate: Proposal for a new, electronic" *Journal of Pragmatic Case Studies*." [online]. *Prevention & Treatment* 2000; 3:8a. Available from: <https://doi.org/10.1037/1522-3736.3.1.38a>

- [245] Fishman DB. The pragmatic case study method for creating rigorous and systematic, practitioner-friendly research. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* 2013;9:403–25.
- [246] Stiles WB. Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research* 2007 ;7 :122–7.
- [247] Kaës R. L'extension de la psychanalyse : Pour une métapsychologie de troisième type. Paris : Dunod ; 2015.
- [248] Estellon V, Marty F. Cliniques de l'extrême. Paris: Armand Colin; 2012.
- [249] Stern D. Le monde interpersonnel du nourrisson (1989). Paris: Puf; 2006.
- [250] Stern D. Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm. New York: W. W. Norton & Company; 2010.
- [251] Safran JD, Muran JC, Rothman M. The therapeutic alliance: Cultivating and negotiating the therapeutic relationship. Clinical strategies for becoming a master psychotherapist. Issy-les Moulineaux ; Elsevier ; 2006.
- [252] Ablon J, Jones E. On analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2005; 53:541–68.
- [253] Levy RA, Ablon JS, Thomä H, Kächele H, Ackerman J, Erhardt I, et al. A session of psychoanalysis as analyzed by the Psychotherapy Process Q-set: Amalia X, session 152. In: Raymond A. Levy, J. Stuart Ablon, Horst Kächele, editors. *Psychodynamic psychotherapy research*. Springer; 2012. p. 509–526.
- [254] Thurin JM. Évaluation des effets des psychothérapies. *Encyclopédie Médico- Chirurgicale* 2009 ;27-802-1–10 :1–14.
- [255] Thurin JM, Thurin M. Le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques : comprendre et une psychothérapie marche. *Annales Médico-Psychologiques* 2007 ;168 :135–47.
- [256] Thurin M, Thurin JM, Juskewycz N, Dafri F, Gautier JY, Journet F, et al. Données probantes à partir de la psychothérapie de Max, un patient borderline. *L'information psychiatrique* 2016 ; 92 :107–15.
- [257] Thurin M, Lapeyronnie B, Thurin JM, Ablon JS. Traduction française du Psychotherapy Process Q-set (PQS). Questionnaire de configuration psychothérapique. *Pour La Recherche* 2009 ;61 :1–12.
- [258] Thurin JM, Thurin M, Cohen D, Falissard B. Approches psychothérapiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2014 ;62 :102–18.
- [259] Chouvier B. Matière à symbolisation: art, création et psychanalyse. Paris : Delachaux et Niestlé ; 1998.
- [260] Roussillon R, Chabert C, Ciccone A, Ferrant A. Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale. Paris: Masson; 2007.
- [261] Brun A. Médiation thérapeutique picturale et associativité formelle dans les dispositifs pour enfants avec troubles envahissants du développement. *La Psychiatrie de l'enfant* 2014 ;57 :437–64.
- [262] Roussillon R. Paradoxes et situations limites de la psychanalyse. Paris: PUF; 1991.

- [263] Brun A, Roussillon R. Formes primaires de symbolisation. Paris: Dunod; 2014.
- [264] Di Rocco V. Clinique des états psychotiques chez l'adulte. Paris: Armand Colin; 2014.
- [265] Ravit M. Construire sa peine : temporalité et travail psychique en prison, dans un groupe « Photolangage ». Bulletin de psychologie 2012;493:63–70.
- [266] Dumet N. Clinique des troubles psychosomatiques. Approche psychanalytique. Paris : Dunod ; 2002.
- [267] Furtos J. La précarité et ses effets sur la santé mentale. Le Carnet Psy 2011 ; 7(156) :29–34.
- [268] Brun A, Chouvier B, Roussillon R. Manuel des médiations thérapeutiques. Paris : Dunod ; 2013.
- [269] Brun A, Brunet L, Cerclet D, Masson A, Ravit M, Tassin JP, et al. International health practices: a multidisciplinary approach to therapeutic mediations with an artistic medium based on the model of play [online]. Frontiers in Psychology 2020;11. Available from: doi: 10.3389/fpsyg.2020.00254
- [270] Lilliengren P. Comprehensive compilation of randomized controlled trials (RCTs) involving psychodynamic treatments and interventions [online]. Research Gate 2019. Available from : [https://www.researchgate.net/publication/317335876\\_Comprehensive\\_compilation\\_of\\_randomized\\_controlled\\_trials\\_RCTs\\_involving\\_psychodynamic\\_treatments\\_and\\_interventions](https://www.researchgate.net/publication/317335876_Comprehensive_compilation_of_randomized_controlled_trials_RCTs_involving_psychodynamic_treatments_and_interventions)
- [271] Solms M. The scientific standing of psychoanalysis. British Journal of Psychiatry International 2018; 15:5–8.
- [272] Westen D. The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. Psychological Bulletin 1998;124:333-71.
- [273] Carhart-Harris RL, Friston KJ. The default-mode, ego-functions and free-energy: a neurobiological account of Freudian ideas. Brain 2010;133:1265–83.
- [274] Rabeyron T. Processus transformationnels et champ analytique : un nouveau paradigme pour les modèles et les pratiques cliniques. L'Évolution Psychiatrique 2020 ;85 :101–14.
- [275] Gabriel M. Pourquoi je ne suis pas mon cerveau. Paris: JC Lattès; 2017.

\* Το κείμενο δημοσιεύθηκε στο περιοδικό « *L'Évolution Psychiatrique* Volume 86, Issue 3, September 2021, Pages 455-488  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385520301110>

\*Δημοσιεύεται στην ιστοσελίδα του ΙΨΥΠΕ- Π.Σακελλαρόπουλος με την άδεια του συγγραφέα.