

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

**ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΝΟΕΡΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ  
ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΜΥΛΩΝΑ  
ΠΗΝΕΛΟΠΗ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ  
ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ ΤΖΙΝΤΖΗΡΟΠΟΥΛΟΥ  
ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ ΧΑΡΤΑΛΟΥ**

**Επόπτρια: Ντιάνα |Χαρίλα**

**Α' ΕΤΟΣ**

**ΑΘΗΝΑ  
ΙΟΥΝΙΟΣ 2005**



**Βασικά χαρακτηριστικά των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής**

Οι **Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής** (Eating Disorders) συγκεντρώνουν αυξανόμενο ενδιαφέρον την σύγχρονη εποχή, καθώς ένας όλο και μεγαλύτερος αριθμός ανθρώπων και κυρίως γυναικών παρουσιάζει προβλήματα στην συμπεριφορά που σχετίζεται με το φαγητό. Ως διαταραχή της όρεξης ορίζεται *μια επίμονη διατάραξη της συμπεριφοράς της πρόσληψης τροφής ή μια συμπεριφορά που έχει στόχο τον έλεγχο του βάρους η οποία διαταράσσει σημαντικά την σωματική υγεία ή την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου και δεν αναγνωρίζεται ως δευτερεύουσα σε μια γενική ιατρική κατάσταση ή άλλη ψυχιατρική διαταραχή* (Fairburn, 2001). Τα πιο γνωστά κλινικά σύνδρομα των Διαταραχών της Πρόσληψης Τροφής είναι η Ψυχογενής Βουλιμία (Bulimia Nervosa) και η Ψυχογενής Ανορεξία (Anorexia Nervosa). Η παχυσαρκία (obesity) είναι μια ιατρική κατάσταση και δεν εντάσσεται στις διαταραχές της διατροφής, αν και μελετάται ξεχωριστά από τους ειδικούς.

**Βασικά χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Βουλιμίας**

Πιο συγκεκριμένα, τα βασικά χαρακτηριστικά της **Ψυχογενούς Βουλιμίας**, που περιγράφηκε πρώτα από τον Russell (Russell, 1979), είναι τα επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας κατά τα οποία το άτομο διακατέχεται από απώλεια ελέγχου σχετικά με την ποσότητα της τροφής που καταναλώνει, η συνεχής ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά για να αποτρέψει την πρόσληψη βάρους, όπως πρόκληση έμετου, χρήση καθαρτικών, διουρητικών, ενεμάτων και άλλων φαρμάκων, νηστεία και υπερβολική άσκηση (τουλάχιστο δύο φορές την εβδομάδα για δύο μήνες) και η υπερβολική ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος η οποία διαμορφώνει και την αυτοεκτίμηση του ατόμου (American Psychiatric Association, 1994). Ο επιπολασμός της διαταραχής υπολογίζεται στο 1-3% των γυναικών και η αναλογία ανδρών και γυναικών στο 1: 10 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Πρόκειται, λοιπόν, για μια διαταραχή που συναντάται κυρίως στον γυναικείο πληθυσμό. Στα επεισόδια υπερφαγίας παρατηρείται η κατανάλωση τροφών με υψηλή θερμιδική αξία –κυρίως γλυκά και ευκολομάσητες τροφές- τις οποίες το βουλιμικό άτομο τρώει κρυφά και δεν σταματά παρά μόνο όταν νιώσει έντονη δυσφορία ή πόνο στην κοιλιά ή κάποιος το διακόψει. Γίνεται σαφές ότι το άτομο ντρέπεται για την συμπεριφορά του, προσπαθεί να την κρύψει και κατά συνέπεια αποπειράται με την χρήση αντισταθμιστικών μέσων να μειώσει τα αισθήματα ενοχής και να αποφύγει την πρόσληψη ανεπιθύμητου βάρους (Μάνος, 1997). Επιπρόσθετα, ο Esplen και οι συνεργάτες του (1998) σε μια έρευνα τους υποστηρίζουν ότι γενικά τα άτομα με διαταραχές διατροφής παρουσιάζουν δυσκολία στο να προσδιορίσουν, να εκφράσουν λεκτικά και να ρυθμίσουν τη σωματική ένταση που βιώνουν. Οι Esplen & Garfinkel (1998) και ο Esplen οι συνεργάτες του (1998) επισημαίνουν ότι οι ασθενείς με διαταραχές διατροφής αισθάνονται ένα αίσθημα «κενού» (feeling of emptiness), αισθήματα έντονης μοναξιάς (feelings of extreme aloneness) καθώς και δυσκολία να ρυθμίσουν τα συναισθήματά τους (difficulty with affect regulation) με αποτέλεσμα να καταφεύγουν σε στέρηση τροφής, επεισόδια υπερφαγίας και καθαρτικές συμπεριφορές με σκοπό να μειώσουν το δυσφορικό συναίσθημά τους και να αισθανθούν αυτό-ανακούφιση (self-soothing).

Τυπικά, τα βουλιμικά άτομα έχουν φυσιολογικό βάρος, αν και είναι συνηθισμένες οι αυξομειώσεις του βάρους που οφείλονται σε εναλλασσόμενες περιόδους νηστείας και υπερφαγίας. Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι η έντονη παρορμητικότητα, η αναζήτηση νέων εμπειριών, η αποφυγή της βλάβης, ο τελειοθηρισμός και υψηλά επίπεδα άγχους και δυσάρεστων συναισθημάτων είναι κυρίαρχα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των βουλιμικών ατόμων, γεγονός που καταδεικνύει την συνοσηρότητα της διαταραχής της πρόσληψης τροφής τόσο με την Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή και τις Αγχώδεις Διαταραχές όσο και με τις Διαταραχές Προσωπικότητας και την χρήση ουσιών (Klein & Walsh, 2003).

### **Βασικά χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Ανορεξίας**

Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο αυτοπεριορίζει την πρόσληψη τροφής, γιατί φοβάται ότι θα γίνει παχύ. Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από την άρνηση να διατηρήσουν το βάρος τους στο ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος τους (περίπου κάτω του 85% από το αναμενόμενο), αισθάνονται έναν έντονο φόβο για την πρόσληψη βάρους, ακόμα και όταν το βάρος τους είναι κάτω από το κανονικό, εμφανίζουν διαταραχή στον τρόπο που βιώνουν το βάρος ή το σχήμα του σώματός τους, αδικαιολόγητη επιρροή είτε του σωματικού βάρους είτε του σχήματος του σώματος στην διαμόρφωση της εικόνας του εαυτού τους και άρνηση της σοβαρότητας του προβλήματός τους και τέλος, σε γυναίκες παρατηρείται αμηνόρροια (American Psychiatric Association, 1994). Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι μια σχετικά σπάνια διαταραχή, δεδομένου ότι εμφανίζεται στο 0.5% του πληθυσμού και σε αναλογία 10-20 :1, γυναίκες: άνδρες. Η απώλεια του βάρους επιτυγχάνεται αρχικά με τον περιορισμό της πρόσληψης τροφής και σταδιακά προχωρά στην ελαχιστοποίηση των γλυκών, του κρέατος και όλων των τροφών που περιέχουν λίπος. Στην συνέχεια, το να είναι αδύνατοι μετατρέπεται σε έναν σιωπηρό στόχο και αυξανόμενη έμφαση προσδίδεται στο βάρος, το σχήμα και το μέγεθος του σώματος. Ταυτόχρονα, εκδηλώνεται υπερβολική σωματική άσκηση για την απώλεια του υποτιθέμενου βάρους, δεν αναγνωρίζονται οι σωματικές αισθήσεις και κυρίως το αίσθημα της πείνας, εμφανίζεται διαταραχή στην μνήμη, στην προσοχή, στην συγκέντρωση και κινητική επιβράδυνση, αδιαφορία για το σεξ, αδυναμία, λήθαργος, ξηρότητα και κιτρίνισμα του δέρματος, καρδιακές και ενδοκρινικές ανωμαλίες. Παράλληλα, το 90% των ατόμων παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα, υπάρχουν προβλήματα ελέγχου των παρορμήσεων, ενώ είναι εμφανής η ευερεθιστότητα και τα καταναγκαστικά στοιχεία στην συμπεριφορά (Klein & Walsh, 2003). Ο Palmer (2000) και ο Παπακώστας (1994) σχετικά με την ψυχοθεραπεία της ψυχογενής ανορεξίας αναφέρει ότι τα άτομα με τη συγκεκριμένη διαταραχή δυσκολεύονται σε μεγάλο βαθμό να δημιουργήσουν μια ισχυρή θεραπευτική σχέση και να δείξουν εμπιστοσύνη στο θεραπευτή τους γεγονός που δυσχεραίνει την αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε θεραπευτικής προσέγγισης. Επιβάλλεται να συμπληρωθεί ότι η Ψυχογενής Ανορεξία είναι μια διαταραχή που μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο- κυρίως σε όσους έχει χρειαστεί νοσηλεία για την αντιμετώπισή της-, αφού η θνησιμότητα ξεπερνά το 10%.

### **Κοινά χαρακτηριστικά και αιτιολογία των διαταραχών διατροφής**

Τα παραπάνω στοιχειοθετούν την άποψη ότι η ψυχογενής βουλιμία και η ψυχογενής ανορεξία παρουσιάζουν πολλά κοινά μεταξύ τους χαρακτηριστικά, όχι μόνο σε κλινικό επίπεδο, όπως η υπερβολική ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος, αλλά και σε συμπεριφοριστικό (μείωση και έλλειψη σεξουαλικής επιθυμίας, δυσκολία στην επικοινωνία με την οικογένεια, τους φίλους και τον θεραπευτή τους) και σε γνωσιακό επίπεδο (διεργασιακά λάθη στη ερμηνεία σωματικών αισθήσεων, σκέψεις γύρω από το φαγητό, πολλά σχήματα σχετικά με την πρόσληψη τροφής). Μάλιστα, δεδομένου ότι το 50% των ανορεκτικών εμφανίζει στην ζωή του βουλιμικά επεισόδια, αρκετά άτομα κινούνται διαγνωστικά μεταξύ των δύο αυτών διαταραχών (Παπακώστας, 1994). Παρ' όλες τις ομοιότητες, υπάρχουν και διαφορές που συνιστούν την διαφοροδιάγνωσή τους στους τομείς της κλινικής εικόνας, αφού στην ψυχογενή βουλιμία το βάρος δεν πέφτει κάτω από τα φυσιολογικά όρια, της πρόγνωσης και της θεραπείας των διαταραχών αυτών.

Όσο αφορά τους αιτιολογικούς παράγοντες που πιθανότατα οδηγούν στην γένεση των Διαταραχών της διατροφής, δεν υπάρχει ενιαία θεωρία. Αν και κάποιοι παράγοντες υψηλού κινδύνου έχουν αναγνωριστεί, δεν υπάρχει άμεση αιτιολογία και οι ερευνητές μιλούν για αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων. Ειδικότερα, σημαντικές φαίνονται οι επιδράσεις του γενετικού παράγοντα, αφού σε μελέτες που έγιναν μέσα σε οικογένειες υπάρχει 7-20 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για την εκδήλωση διαταραχής της διατροφής (Klump και συν., 2001). Ακόμα, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως η αποφυγή της βλάβης, η επιμονή, η τελειοθηρία και τα καταναγκαστικά στοιχεία παρουσιάζονται συχνότερα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Από αναπτυξιακή σκοπιά, η ίδια η εφηβεία αποτελεί παράγοντα υψηλού κινδύνου λόγω των ψυχολογικών αντιδράσεων στο σώμα που αλλάζει, στην φύση των διαπροσωπικών σχέσεων και του άγχους που συνεπάγονται αυτές οι αλλαγές για τον έφηβο. Επιπλέον, οι οικογενειακές σχέσεις των ατόμων που εμφανίζουν διαταραχές στην πρόσληψη τροφής περιγράφονται ως κλειστές και στενές, δίνοντας προτεραιότητα στην υπερβολική προστασία, τον έλεγχο και την ασφάλεια με αποτέλεσμα να καταπνίγονται οι ανάγκες της ατομικότητας και της αυτονομίας των μελών. Επίσης, η επίδραση των κοινωνικών και πολιτισμικών συνθηκών διαδραματίζει βασικό ρόλο ειδικά στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, αν αναλογιστεί κανείς ότι ο ρόλος της ομορφιάς και της λεπτής σιλουέτας είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην γυναικεία ταυτότητα και επηρεάζει καθοριστικά την αυτοεκτίμηση των γυναικών (Wardle, 1987).

### **Βασικά χαρακτηριστικά της Παχυσαρκίας**

Σε αντίθεση με την ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία που έχουν ταξινομηθεί διαγνωστικά στις διαταραχές της πρόσληψης τροφής, η **παχυσαρκία** δεν ανήκει σε αυτές, αλλά εντάσσεται στους τύπους των προβλημάτων που σχετίζονται με την τροφή. Συγκεκριμένα, η παχυσαρκία είναι *μια ιατρική κατάσταση στην οποία παρατηρείται υπερβολικό λίπος στο σώμα του ατόμου*. Σε περιπτώσεις που το βάρος του παχύσαρκου ατόμου είναι 20-40% περισσότερο από το επιθυμητό βάρος αναφερόμαστε σε μέτριο επίπεδο παχυσαρκίας, 40-100% σε μέτρια προς σοβαρή παχυσαρκία και

πάνω από 100% σε πολύ σοβαρό επίπεδο παχυσαρκίας. Δεν υπάρχουν επιστημονικά δεδομένα που να καταδεικνύουν ότι οι παχύσαρκοι άνθρωποι έχουν κάποια ειδικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας ή συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Εντούτοις, περίπου οι μισοί από όσους ζητούν θεραπεία για την παχυσαρκία αναφέρουν επεισόδια πολυφαγίας και περίπου οι μισοί από τους τελευταίους εμφανίζουν επαρκή στοιχεία που προειδοποιούν για την εκδήλωση της ψυχογενούς βουλιμίας (Wilcoxon & Kirkley, 1994).

### **Το γνωσιακό μοντέλο για τις διαταραχές της διατροφής**

Διάφορες ερμηνείες έχουν προταθεί για την γένεση, την εξέλιξη και την διατήρηση των διαταραχών της πρόσληψης τροφής με βασικό εκείνο που προτάθηκε από τον Fairburn για την βουλιμία και που εξετάζει την βουλιμία από γνωσιακή σκοπιά (Fairburn, 1986). Σύμφωνα με το μοντέλο του Fairburn, η υπερβολική ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος σε συνδυασμό με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση οδηγεί ορισμένα άτομα στην υιοθέτηση αυστηρών και άκαμπτων διαιτητικών κανόνων και κυρίως σε υπερβολική δίαιτα. Η έλλειψη ελαστικότητας των διαιτητικών κανόνων καταλήγει σε μια «όλα ή τίποτα» αντίδραση με αποτέλεσμα να προκύπτουν επεισόδια υπερφαγίας στις περιπτώσεις που το άτομο δεν μπορεί να κρατήσει το έλεγχο στην αποχή. Στην προσπάθειά του το άτομο να διατηρήσει τον έλεγχο του βάρους του υιοθετεί αντισταθμιστική ή καθαρκτική συμπεριφορά, όπως εμετό, χρήση καθαρτικών και διουρητικών, υπερβολική σωματική άσκηση ή νηστεία. Επιπλέον, η χρήση αντισταθμιστικών μεθόδων ενισχύει τα επεισόδια υπερφαγίας, δεδομένου ότι το άτομο πιστεύει ότι με αυτόν τον τρόπο μπορεί να εξισορροπήσει την υπερβολική πρόσληψη τροφής και στην συνέχεια επαναενεργοποιεί την χρήση των καθαρτικών μεθόδων. Δημιουργείται, λοιπόν, ένας φαύλος κύκλος ανατροφοδότησης και επανάληψης των ήδη αναφερθέντων συμπεριφορών με συνέπεια την διατήρηση της βουλιμίας (Byrne & McLean, 2002). Επιπρόσθετα, ένα νέο γνωσιακό μοντέλο για την ψυχογενή βουλιμία που βασίζεται στην κλινική εμπειρία συμπληρώνει ότι βασικοί παράγοντες για την διατήρηση της διαταραχής αποτελούν οι θετικές πεποιθήσεις για το φαγητό, οι αρνητικές πεποιθήσεις για το βάρος και το σχήμα του σώματος, οι σκέψεις που επιτρέπουν την εκδήλωση της συμπεριφοράς και οι σκέψεις ή και η έλλειψη ελέγχου (Cooper, Wells & Todd, 2004).

Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν έχει προταθεί ακόμα ένα ολοκληρωμένο γνωσιακό μοντέλο για την ψυχογενή ανορεξία, γεγονός που υποδηλώνει τόσο την έλλειψη ερευνητικού υλικού όσο και το μικρό μέγεθος και την φύση του πληθυσμού που εκδηλώνει την διαταραχή. Ωστόσο, δεδομένων των κοινών χαρακτηριστικών της ψυχογενούς βουλιμίας και ανορεξίας, όπως ήδη αναφέρθηκε, πιστεύεται ότι ενυπάρχει ο ίδιος μηχανισμός δράσης, εξέλιξης και διατήρησης της διαταραχής.

### **Θεραπευτικές προσεγγίσεις για τις διαταραχές της διατροφής**

Τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία εμφανίζουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα από τα αντίστοιχα που εκδηλώνουν ψυχογενή ανορεξία πιθανότατα λόγω της έντασης και της φύσης των συμπτωμάτων των τελευταίων. Και σε αυτήν την περίπτωση υπάρχει περιορισμένη έρευνα που αφορά την ψυχογενή ανορεξία, κυρίως γιατί η θεραπεία της χρειάζεται πολλούς μήνες για να

ολοκληρωθεί και το να πραγματώσει κάποιος έρευνα για τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα ενέχει πρακτικές δυσκολίες (Fairburn & Cooper, 2000). Σε ό,τι αφορά το ευρύτερο πλαίσιο των διαταραχών της διατροφής πολλές και διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν προταθεί οι οποίες εφαρμόζονται μεμονωμένα ή και σε συνδυασμό, προκειμένου να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Δύο είναι οι βασικοί στόχοι στην θεραπεία των διαταραχών της διατροφής: η αποκατάσταση της θρέψης του ατόμου και η τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς πρόσληψης τροφής του ατόμου, ώστε να επιτευχθεί η διατήρηση του βάρους σε φυσιολογικά όρια (Μάνος, 1997).

Η *φαρμακοθεραπεία* θεωρείται αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των διαταραχών διατροφής, ιδιαίτερα η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και συγκεκριμένα των Εκλεκτικών Αναστολέων Επαναπρόσληψης της Σεροτονίνης (SSRIs). Μάλιστα, η χρήση της φλουοξετίνης αποδείχτηκε ως εκείνη με την θετικότερη ανταπόκριση σε σχέση με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (Eating Disorders Review, 2005). Επιπρόσθετα, με αρκετούς πελάτες είναι απαραίτητη η συμμετοχή της οικογένειας. Συνυπολογίζοντας τη διαπίστωση ότι υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στις στάσεις και τις πεποιθήσεις των γονέων για το βάρος και το σχήμα του σώματος και στην ανάπτυξη ανησυχίας ή και διαταραχών διατροφής των παιδιών τους, γίνεται σαφής η αναγκαιότητα της *οικογενειακής θεραπείας* (Thompson & Smolak, 2003). Ειδικότερα, έρευνες δείχνουν ότι σε άτομα που η διαταραχή είχε έναρξη πριν από την ηλικία των δεκαεννιά ετών και δεν πήρε χρόνια μορφή, η οικογενειακή θεραπεία απέφερε καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα από την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (Fairburn & Cooper, 2000). Ακόμα, η χρήση της *ύπνωσης* φαίνεται ότι έχει θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα στην ψυχογενή βουλιμία, στην μείωση των επεισοδίων υπερφαγίας και στην παχυσαρκία στοχεύοντας στην ανάπτυξη της αίσθησης του ελέγχου και της παρορμητικότητας, ενώ δεν υπήρχαν εντυπωσιακά αποτελέσματα στην ψυχογενή ανορεξία (Mantle, 2003). Επίσης, τόσο η *διαπροσωπική* όσο και η *ψυχοδυναμική θεωρία* θεωρούνται αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση των διαταραχών της διατροφής (Esplen και συν., 1998).

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η *γνωσιακή- συμπεριφοριστική προσέγγιση* είναι η πιο αποτελεσματική στην θεραπεία των διαταραχών της διατροφής (Craighead & Agras, 1991). Μάλιστα, το 85-94% των κλινικών θεραπειών ενστερνίζεται την αποτελεσματικότητά της για την θεραπεία της βουλιμίας. Συγκεκριμένα, τα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν μείωση κατά 80% της καθαρκτικής συμπεριφοράς και των επεισοδίων υπερφαγίας και κατά 50% ελάττωση των βουλιμικών επεισοδίων στα πλαίσια της ατομικής γνωσιακής - συμπεριφοριστικής θεραπείας (Leyng, Waller & Thomas, 2000). Βέβαια, αν και η εφαρμογή της ομαδικής γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας έχει μικρότερο κόστος, εντούτοις η ατομική γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία αποφέρει καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα (Freeman, 1995). Όσον αφορά στην παχυσαρκία, οι περισσότεροι ερευνητές υποστηρίζουν ότι κυρίως η συμπεριφοριστική θεραπεία έχει τα μεγαλύτερα αποτελέσματα (Jeffery και συν., 1993; Rothman, 2000; Wadden, Foster & Letizia, 1994; Wadden & Stunkard, 1986) καθώς επίσης ο συνδυασμός γνωσιακής και συμπεριφοριστικής προσέγγισης (Craighead & Kirkley, 1994; Craighead & Argas, 1991; Cooper, Fairburn & Hawker, 2003; Nauta, Hospers & Jansen, 2001).

Στα πλαίσια της θεραπευτικής διαδικασίας χρησιμοποιούνται ποικίλες θεραπευτικές γνωσιακές και συμπεριφοριστικές τεχνικές (δημιουργία καλής θεραπευτικής σχέσης, τροποποίηση εσφαλμένων αντιλήψεων, έλεγχος του ερεθίσματος, μετατροπή πίστεων σε υποθέσεις, αποκέντρωση, αποκαταστροφοποίηση, πενταπλή στήλη, παίξιμο ρόλου και πρόβες κτλ), ανάμεσα στις οποίες μια τεχνική που χρησιμοποιείται όλο και συχνότερα λόγω της αυξανόμενης αποτελεσματικότητάς της είναι η *νοερή απεικόνιση*.

### **Η Φύση της Νοερής Απεικόνισης**

Προτού γίνει αναφορά στις τεχνικές νοερής απεικόνισης είναι σημαντικό να διευκρινιστεί ο όρος νοερή απεικόνιση. Η νοερή απεικόνιση έχει να κάνει με την εσωτερική /νοερή αναπαράσταση ενός αντικειμένου ή μιας δραστηριότητας εν απουσία όμως οποιουδήποτε αντίστοιχου εξωτερικού ερεθισμού (Finke, 1989). Με άλλα λόγια, η αναπαράσταση δεν αφορά στην αντίληψη, αλλά πολύ περισσότερο επαφίεται στην μνήμη ή στην φαντασία. Παρά το γεγονός ότι αντίληψη και νοερή απεικόνιση αποτελούν ξεχωριστές διαδικασίες, στην πραγματικότητα αφορούν στα δύο άκρα ενός συνεχούς το οποίο κυμαίνεται μεταξύ αντιληπτικής πραγματικότητας και γνήσιας αναπαράστασης, όπου η εικόνα είναι εντελώς αποκομμένη από κάθε εξωτερική πραγματικότητα (Marks,1999). Αν και έχουν μελετηθεί διάφορα είδη νοερής απεικόνισης, όπως η ακουστική και η κιναισθητική, η οπτική νοερή απεικόνιση είναι αυτή που έχει μελετηθεί εκτενέστερα (Newton,1982). Η τελευταία χωρίζεται σε συνειδητή και ασυνειδητή. Η συνειδητή νοερή απεικόνιση σχετίζεται με παρατηρήσιμα χαρακτηριστικά της νοερής αναπαράστασης, όπως ζωτικότητα, μέγεθος, σχήμα και χρώμα, ενώ η ασυνειδητή συμμετέχει στην διαδικασία επεξεργασίας πληροφοριών, δεν είναι προσβάσιμη στην συνειδητότητα, για αυτό και δεν υπόκειται στον άμεσο έλεγχό της (Marks,1999).

Η νοερή απεικόνιση αποτελεί κομμάτι της καθημερινής γνωσιακής δραστηριότητας μέσω της διασύνδεσής της με την σκέψη, τη μνήμη, τη φαντασία καθώς επίσης και την επίλυση προβλημάτων (McKellar, 1977). Παρόλα αυτά η νοερή απεικόνιση δεν αφορά μια «στεγνή» γνωσιακή λειτουργία, και αυτό διότι αποτελεί φορέα συναισθηματικού φορτίου, γεγονός που της αποδίδει χαρακτήρα κινήτρου. Όσον αναφορά το συναισθηματικό φορτίο, αυτό μπορεί να γίνει κατανοητό αν αναλογιστεί κανείς πως η νοερή απεικόνιση συγκαταλέγεται ανάμεσα σε εκείνες τις γνωσιακές λειτουργίες, όπως τα όνειρα, οι μνήμες, και οι λεκτικές σκέψεις (verbal thoughts), τα οποία και χρησιμοποιούνται από τους ανθρώπους για την απόδοση νοήματος (Beck,1976). Δηλαδή η νοερή απεικόνιση αφορά στην φαινομενολογία, στον τρόπο που οποιοσδήποτε βιώνει τα πράγματα, τον εαυτό και τον κόσμο γενικότερα (Morrison & Baker, 2000). Αξίζει να αναφερθεί ότι εξαιτίας της ιδιότητας της νοερής αναπαράστασης να αφορά στο βίωμα εκτός των άλλων του εαυτού, υποστηρίζεται ότι η νοερή αναπαράσταση αποτελεί το μονοπάτι προς την αυτογνωσία (Cartwright, 1980). Ο τρόπος όμως που ο καθένας «βλέπει» τα πράγματα με τη σειρά του, λειτουργεί και ως στόχος εφόσον προκαλεί και κατευθύνει συμπεριφορές, γεγονός που συνεπάγεται ότι η νοερή απεικόνιση έχει και χαρακτήρα κινήτρου, δεδομένης της δύναμης της για κινητοποίηση (McKellar, 1977).

Ποία είναι όμως η ακριβής λειτουργία της νοερής αναπαράστασης; Σύμφωνα με τον Wells (2000), η νοερή απεικόνιση ουσιαστικά θέτει στη διάθεση του γνωσιακού συστήματος «μια εικονική πραγματικότητα». Οποιαδήποτε, λοιπόν, δραστηριότητα μπορεί να εκτελεστεί και, επομένως, να εξεταστεί αρχικά σε εικονικά πλαίσια και εν συνεχεία να γίνει πράξη. Επομένως, η νοερή απεικόνιση διαμέσου της προαναφερθείσας λειτουργίας, παρέχει πληροφορίες αιτιωδών και άλλων ειδών σχέσεων, οι οποίες είναι απαραίτητες για την προσομοίωση των πραγματικών γεγονότων σε εικονικά. Η κύρια συνεισφορά αυτών των προσομοιώσεων έγκειται στη δυνατότητα πρόβλεψης, και κατ' επέκταση στην οργάνωση και στο σχεδιασμό των αντίστοιχων συμπεριφορών. Δηλαδή η νοερή αναπαράσταση ενός συμβάντος ή αντικειμένου θέτει σε λειτουργία μια σειρά γνωσιακών λειτουργιών, όπως τη μνήμη και την προσοχή, οι οποίες αλληλεπιδρούν και τελικά καθορίζουν τη συμπεριφορά. Το σημαντικότερο όλων, όμως, είναι ότι οι παραπάνω λειτουργίες υπόκεινται σε χειρισμό με αποτέλεσμα να καθίσταται δυνατή η μετατροπή όχι μόνο της νοερής αναπαράστασης, αλλά και οι γνωσιακές και συμπεριφοριστικές αντιδράσεις που αυτή προκαλεί. Με άλλα λόγια, η νοερή απεικόνιση λειτουργεί ως βιβλιοθήκη πληροφοριών, η εφαρμογή των οποίων βοηθά στην προσαρμογή του ατόμου στις εκάστοτε συνθήκες (Wells, 2000).

Προκειμένου όμως η νοερή απεικόνιση να λειτουργήσει ως βιβλιοθήκη πληροφοριών είναι απαραίτητη η αποθήκευση αυτών των πληροφοριών, επομένως κρίνεται απαραίτητη η συμβολή της μνήμης. Αξίζει να σημειωθεί ότι η σχέση μνήμης και νοερής απεικόνισης είναι τόσο στενή ώστε σε περιπτώσεις ψυχοπαθολογίας, όπου η νοερή απεικόνιση δείχνει να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, συνδέεται με εκείνο το είδος της μνήμης που ονομάζεται αυτοβιογραφική (Holmes & Hackman, 2004). Η αυτοβιογραφική μνήμη έχει να κάνει με προσωπικές εμπειρίες. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το μοντέλο του Conway (2001) οι νοερές απεικονίσεις αποτελούν μορφές αυτοβιογραφικής μνήμης. Παρά το γεγονός ότι πολλές φορές οι ασθενείς μπορεί να μην έχουν επίγνωση σχετικά με την προέλευση του περιεχομένου των νοερών απεικονίσεων ωστόσο αργότερα αναφέρουν ότι οι νοερές απεικονίσεις τους σχετίζονται με αυτοβιογραφικές μνήμες. Πιο συγκεκριμένα, η αυτοβιογραφική μνήμη οργανώνεται ιεραρχικά σε χαμηλότερα στρώματα τα οποία αφορούν σε συγκεκριμένα συμβάντα, καθώς και σε ανώτερα τα οποία αφορούν σε πληροφορίες γενικότερου περιεχομένου (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Αυτό που έχει παρατηρηθεί σε αρκετές περιπτώσεις ψυχοπαθολογίας, όπως η κατάθλιψη, είναι η τάση να ανακαλούνται μνήμες των ανώτερων στρωμάτων οι οποίες πολύ συχνά συγκαλύπτουν προκαταλήψεις (Williams & Scott, 1988). Αυτό, όμως, με τη σειρά του φαίνεται πως συνδέεται με μειωμένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και κατά συνέπεια αποτελεί παράγοντα διατήρησης της ψυχοπαθολογίας (Scott, Stanton, Garland & Ferrier, 2000). Την ίδια στιγμή, ένας άλλος τρόπος με τον οποίο συνδέεται ψυχοπαθολογία και αυτοβιογραφική μνήμη είναι διαμέσου της αδυναμίας ανάκλησης συγκεκριμένων συμβάντων από την τελευταία, η οποία εμφανίζεται σε αρκετές περιπτώσεις, όπως στην κατάθλιψη και στις διαταραχές διατροφής, ενώ υποστηρίζεται επίσης πως κάτι τέτοιο αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην καλύτερη κατάσταση των περιστατικών (Laberg & Andersson, 2004).

Αξίζει να αναφερθεί ότι σε αρκετές περιπτώσεις ψυχοπαθολογίας, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο παίζει και ο τρόπος εμφάνισης των νοερών αναπαραστάσεων. Οι έρευνες αναφέρουν ότι έχουν παρεισφορητικό



χαρακτήρα, ότι βιώνονται επανειλημμένα, είτε σαν πραγματικά γεγονότα που συμβαίνουν στο παρόν, είτε σαν αναπαραστάσεις του μέλλοντος και ότι είναι πολύ πιστευτές (believable) (Holmes & Hackman, 2004). Με άλλα λόγια, η νοερή απεικόνιση παύει πλέον να υπόκειται στον έλεγχο του ανθρώπου, ενώ δεν θα ήταν υπερβολή να ισχυριστεί κανείς το αντίθετο. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της νοερής απεικόνισης στην έντονη επιθυμία, είτε για φαγητό, είτε για ουσίες. Σε αυτή την περίπτωση, η παρουσία της νοερής αναπαράστασης συνδεόμενη με το θετικό συναίσθημα της προσμονής που προκαλεί, μπλοκάρει οποιαδήποτε άλλη γνωσιακή διεργασία, και τελικά οδηγεί στην παρόρμηση (Harvey, Kemps & Tiggemann, 2005).

Εν ολίγοις, στις περιπτώσεις που η ψυχοπαθολογία συνδέεται με τη νοερή αναπαράσταση μια πιθανή εξήγηση είναι ότι αυτό οφείλεται στο συναισθηματικό φορτίο, που η τελευταία φέρει, δεδομένου ότι πρόκειται για εικόνες που έχουν «νόημα» (Beck, 1976). Αυτό συμβαίνει διότι ούσες οι νοερές αναπαραστάσεις εικόνες με «σημασία», αποσπούν όλη την προσοχή μπλοκάροντας έτσι την όλη γνωσιακή διαδικασία, και επομένως δεν καθίσταται δυνατή, ούτε οποιαδήποτε παρέμβαση πάνω στη νοερή αναπαράσταση (π.χ. ο έλεγχος της πραγματικότητας της ) αλλά ούτε και η τροποποίηση-αποδέσμευση της συμπεριφοράς από την αντίστοιχη νοερή απεικόνιση. Αυτό σε πρακτικό επίπεδο σημαίνει ότι ο άνθρωπος καθίσταται «υπηρέτης» της νοερής αναπαράστασης, με αποτέλεσμα η τελευταία να αποβαίνει δυσλειτουργική και τελικώς να χάνει την προσαρμοστική της αξία.

### **Μορφές Νοερής Απεικόνισης**

Ξεκινώντας με τον ορισμό της νοερής εικόνας (image), ο Harper Collins το 1995 (στο Hackmann & Holmes, 2004) στο Λεξικό Αγγλικών του Collins (Collins English Dictionary σελ. 390) την περιγράφει ως «*μία νοερή αναπαράσταση ενός αντικειμένου (συνήθως οπτικού) χωρίς την ύπαρξη άμεσης αντίληψης, αλλά μέσω της ανάμνησης ή της φαντασίας*». Παράλληλα, ο ίδιος προσδιορίζει την νοερή απεικόνιση (imagery) ως μια νοερή διαδικασία η οποία περιλαμβάνει αναμνήσεις, όνειρα καθώς και αυθόρμητες αυτό-ποροκαλούμενες εικόνες (στο Hackmann & Holmes, 2004). Επιπλέον, οι Cassel & Costello (2001) περιγράφουν την καθοδηγούμενη απεικόνιση ως μια διαδικασία δημιουργίας ψυχολογικών συνθηκών με σκοπό την κατάδειξη έντονων συναισθηματικών τραυματικών εμπειριών από το παρελθόν του ατόμου. Η φαντασία (imagination) και η νοερή απεικόνιση εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά ως τεχνικές από τον Carl Jung κατά τη διάρκεια της δεύτερης δεκαετίας του 20<sup>ου</sup> αιώνα (Jackson, 1990). Συγκεκριμένα, εφάρμοσε την «ενεργή φαντασία» (active imagination) σε νευρωτικούς ασθενείς ως μέρος της ψυχαναλυτικής διαδικασίας με σκοπό να εντοπίσει τις νοερές εικόνες που «κρύβονται» πίσω από τα συναισθήματα. Στη συνέχεια, ο Robert Desoille δημιούργησε τις τεχνικές καθοδηγούμενης απεικόνισης οι οποίες αργότερα εφαρμόστηκαν από θεραπευτές διαφόρων προσεγγίσεων, όπως συμπεριφοριστές, ψυχαναλυτές, θεραπευτές Gestalt, με σκοπό την άμεση χαλάρωση, τον εντοπισμό ασυνείδητων συναισθημάτων καθώς και την τροποποίηση σκέψεων, πεποιθήσεων και συμπεριφορών (Jackson, 1990; Ahsen, 2001).

Στην βιβλιογραφία περιγράφονται διάφορες τεχνικές νοερής απεικόνισης (mental imagery techniques) που χρησιμοποιούνται σε ένα ευρύ φάσμα ψυχικών και σωματικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, οι τεχνικές αυτές έχουν εφαρμοστεί με επιτυχία στις αγχώδεις διαταραχές, όπως η μετα-τραυματική διαταραχή, οι ειδικές φοβίες, η κοινωνική φοβία και η αγοραφοβία (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Hackmann & Holmes, 2004; Holmes & Hackmann, 2004), στην αντιμετώπιση του άγχους επίδοσης (Skovholt, Morgan & Negron-Cunningham, 1989) και στη βελτίωση της εικόνας σώματος (Hutchinson, 1991), στη θεραπεία της κατάθλιψης (Beck et al, 1979), της ψύχωσης, της διπολικής και της σωματοδυσμορφικής διαταραχής (Holmes & Hackmann, 2004), καθώς επίσης και σε ογκολογικούς ασθενείς με σκοπό να αντεπεξέλθουν στις χημειοθεραπείες και τον χρόνιο πόνο (Taylor, 2003; Gruber, Hall, Hersh & Dubois, 1988), όπως και σε ασθενείς με προβλήματα ύπνου και σεξουαλική δυσλειτουργία (Kazdin, 1980, 2001). Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι πολλές γνωσιακές και συμπεριφοριστικές τεχνικές, όπως η τεχνική επίλυσης προβλήματος, η τεχνική διεκδικητικής συμπεριφοράς, η κατακλυσμική έκθεση και η συστηματική απευαισθητοποίηση περιλαμβάνουν στην εφαρμογή τους τεχνικές που στηρίζονται στη χρήση της νοερής απεικόνισης (Kazdin, 1980; Beck, Emery & Greenberg, 1985; Παπακώστας, 1994; Kazdin, 2001).

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι εφαρμογής των τεχνικών νοερής απεικόνισης. Ο McMullin (2000) αναφέρει την *ορθολογική συναισθηματική απεικόνιση* (rational emotive imagery) την οποία επινόησε ο Albert Ellis και άλλοι συμπεριφορικοί θεραπευτές. Συγκεκριμένα, ο θεραπευόμενος καλείται να εντοπίσει την πηγή της δυσφορίας που βιώνει και με τη βοήθεια του θεραπευτή εστιάζει στον προσδιορισμό των τεχνικών που θα συμβάλλουν στη μείωση της συναισθηματικής έντασης. Αναλυτικότερα, ο θεραπευόμενος πραγματοποιεί τεχνικές χαλάρωσης προτού χρησιμοποιηθεί η συγκεκριμένη τεχνική με σκοπό την μείωση της έντασης και την ρύθμιση της αναπνευστικής λειτουργίας. Στη συνέχεια, του ζητείται να ιεραρχήσει δέκα καταστάσεις που του προκαλούν άγχος ξεκινώντας από την κατάσταση που προκαλεί την λιγότερη ένταση και καταλήγει σε εκείνη με την μέγιστη ένταση. Επιπλέον, ο ασθενής καλείται να εντοπίσει κάποια κοινά χαρακτηριστικά αυτών των καταστάσεων και να τις κατηγοριοποιήσει με βάση αυτά. Αργότερα, ο θεραπευτής ζητά από τον θεραπευόμενο να φανταστεί κάθε μια κατάσταση, με όσο το δυνατόν περισσότερες λεπτομέρειες, καθώς επίσης τα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις που τις συνοδεύουν. Χρησιμοποιώντας τεχνικές που στοχεύουν στην τροποποίηση του συναισθήματος, ο ασθενής με τη βοήθεια του θεραπευτή εστιάζει στο συνακόλουθο συναίσθημα μέχρι να επιτύχει την τροποποίηση του. Στη συνέχεια, ο θεραπευόμενος καλείται να εστιάσει στην πεποίθηση που τον βοήθησε να αισθανθεί καλύτερα μέχρι να την συνειδητοποιήσει πλήρως. Ως άσκηση για το σπίτι, ο θεραπευτής ζητά από τον θεραπευόμενο να εξασκηθεί σε αυτή την τεχνική καθημερινά με σκοπό να επιτύχει την τροποποίηση του συναισθήματος χρησιμοποιώντας την βασική πεποίθηση που τον βοήθησε αρχικά. Όταν ο ασθενής κατορθώσει να τροποποιήσει το συναίσθημα σε αυτή την κατάσταση, τότε χρησιμοποιεί την ίδια τεχνική για όλες τις υπόλοιπες καταστάσεις με κοινά χαρακτηριστικά. Τέλος, ο ασθενής προκειμένου να ελέγξει κατά πόσο τροποποίησε το συναίσθημά του, δοκιμάζει να βιώσει και άλλα συναισθήματα και επιδιώκει να επαναφέρει το τροποποιημένο συναίσθημα με τη βοήθεια των ρεαλιστικών πεποιθήσεων.

Επιπλέον, ο McMullin (2000) περιγράφει πολλές ασκήσεις νοερής απεικόνισης που εφαρμόζονται χωρίς τη χρήση του λόγου. Αρχικά, όπως περιγράφει ο McMullin (2000), ο θεραπευτής χρειάζεται να εκτιμήσει την ικανότητα του ασθενή να δημιουργεί νοερές απεικονίσεις. Για το σκοπό αυτό έχουν κατασκευαστεί κάποιες κλίμακες αξιολόγησης της ικανότητας απεικόνισης, όπως οι κλίμακες του Lazarous το 1982 (McMullin, 2000). Αν ο ασθενής έχει χαμηλή επίδοση, τότε γίνονται περαιτέρω ασκήσεις εκμάθησης της τεχνικής. Ο θεραπευτής επιλέγει συγκεκριμένες εικόνες προκειμένου να βοηθήσει τον θεραπευόμενο να μετατρέψει τις μη-ρεαλιστικές σκέψεις του σε πιο λειτουργικές χωρίς τη χρήση της γλώσσας. Τέτοιες εικόνες μπορεί να είναι *εικόνες αντιμετώπισης καταστάσεων* (coping images), όπου ο πελάτης φαντάζεται να διεκπεραιώνει δύσκολες καταστάσεις με σκοπό την τροποποίηση του παθητικού και αποφευκτικού τρόπου σκέψης (Παπακώστας, 1994; McMullin, 2000). Μια άλλη τεχνική είναι οι *εικόνες χαλάρωσης* (relaxing images), όπου ο θεραπευόμενος φαντάζεται σκηνές από την φύση (πχ. ένα λιβάδι) με σκοπό να μειώσει τις αγχώδεις σκέψεις του και να μεταφερθεί νοερά σε ένα μέρος που του προκαλεί ασφάλεια και σιγουριά (Esplen & Garfinkel, 1998; McMullin, 2000).

Επιπλέον, χρησιμοποιούνται οι *εικόνες επιτυχούς εκτέλεσης έργου* (mastery images) όπου ο θεραπευόμενος δημιουργεί μια απεικόνιση επιτυχούς ολοκλήρωσης ενός δύσκολου έργου ώστε ο να συνειδητοποιήσει ότι οι πεποιθήσεις για αποτυχία ή ανικανότητα δεν ευσταθούν. Ακόμη, υπάρχουν οι *εικόνες αντιμετώπισης εστιασμένες σε μικρές λεπτομέρειες* (small- detail coping images) για θεραπευόμενους που δυσκολεύονται στην επίλυση περίπλοκων προβλημάτων. Αναλυτικότερα, σε αυτή την τεχνική οι θεραπευόμενοι «διαιρούν» νοερά ένα σύνθετο πρόβλημα σε μικρότερα και απλούστερα και καλούνται να διεκπεραιώσουν σταδιακά το συνολικό πρόβλημα. Επίσης, στις *εικόνες μίμησης προτύπου* (modeling images) ο πελάτης φαντάζεται να μιμείται ένα άλλο άτομο που εκτελεί την επιδιωκόμενη συμπεριφορά (Kazdin, 1980; Beck, Emery & Greenberg, 1985; McMullin, 2000; Kazdin, 2001). Στην τεχνική με τις *επιζήμιες εικόνες* (noxious images) ο πελάτης φαντάζεται την αρνητική επίπτωση μιας βλαβερής συμπεριφοράς (McMullin, 2000), ενώ οι *ιδανικοποιημένες εικόνες* (idealized images) συνιστώνται για τα άτομα που δεν μπορούν να φανταστούν ή να σκεφτούν μακροπρόθεσμους στόχους (Παπακώστας, 1994; McMullin, 2000). Επιπλέον, υπάρχουν *εικόνες επιβράβευσης* (rewarding images) που ενισχύουν το ρεαλιστικό τρόπο σκέψης με το να στοχεύουν στις θετικές συνέπειες της ολοκλήρωσης μιας συμπεριφοράς καθώς και *εικόνες αναθεώρησης* (reconceptualizing images) όπου ο ασθενής καλείται να φανταστεί μια διαφορετική εξήγηση μιας αρνητικής συμπεριφοράς (Παπακώστας, 1994; McMullin, 2000).

Άλλες μορφές νοερής απεικόνισης είναι οι *εικόνες διόρθωσης* (corrective images) για την επανεκτέλεση ενός έργου με εναλλακτικό τρόπο, οι *εικόνες διεκδικητικής συμπεριφοράς* (assertive response images), όπου το άτομο φαντάζεται να αντιμετωπίζει με περισσότερη αυτοπεποίθηση μια κατάσταση, οι *εικόνες πρόληψης* (preventive images), που προετοιμάζουν τον θεραπευόμενο για μια επώδυνη κατάσταση, οι *εικόνες ενσυναίσθησης* (empathy images), όπου ο πελάτης φαντάζεται την συναισθηματική επίπτωση μιας συμπεριφοράς του πάνω σε άλλους καθώς και οι *εικόνες αντίστασης*

(resisting temptation images), όπου ο ασθενής φαντάζεται να αντιστέκεται σε μια ελκυστική κατάσταση. Μια άλλη κατηγορία ασκήσεων περιλαμβάνει τις *εικόνες χειρότερου πιθανού* (blowup images) και *απίθανου σεναρίου* (low-probability images). Στην πρώτη άσκηση ο θεραπευόμενος φαντάζεται την χειρότερη πιθανή συνέπεια μιας κατάστασης, ενώ στη δεύτερη τις λιγότερο πιθανές εκδοχές μιας συμπεριφοράς με σκοπό να σταματήσει να προσπαθεί να ελέγξει τα πάντα (McMullin, 2000). Ο Beck και οι συνεργάτες του (1985) περιγράφουν μια παρόμοια τεχνική, την οποία ονομάζουν «*αποκαταστροφοποίηση της εικόνας*» (decatastrophizing the image), όπου ο θεραπευτής αφήνει τον ασθενή να φανταστεί το χειρότερο σενάριο μιας φοβογόνου κατάστασης και στο τέλος το συζητάει μαζί του προβάλλοντας τις πιο πιθανές και λιγότερο καταστροφικές λύσεις. Αυτή η τεχνική βασίζεται στην άποψη ότι η φαντασία είναι συνήθως χειρότερη από την πραγματικότητα.

Ο Kazdin (1980, 2001) περιγράφει μερικές βασικές τεχνικές κλειστής εξαρτημένης μάθησης (covert conditioning) του Joseph Cautela το 1967. Συγκεκριμένα, η *κλειστή ευαισθητοποίηση* (covert sensitization) είναι μια νοητική διαδικασία, όπου ο πελάτης φαντάζεται να εκτελεί την ανεπιθύμητη συμπεριφορά και στη συνέχεια φαντάζεται μια δυσάρεστη συνέπεια αυτής της συμπεριφοράς. Μια άλλη τεχνική είναι η *κλειστή εξάλειψη* (covert extinction) όπου ο θεραπευόμενος φαντάζεται την ανεπιθύμητη συμπεριφορά χωρίς να ευοδώνεται ο παράγοντας που την ενισχύει. Αντίθετα, στην *κλειστή θετική ενίσχυση* (covert positive reinforcement) ο πελάτης φαντάζεται την επιθυμητή συμπεριφορά σε συνδυασμό με μια ευχάριστη σκηνή που λειτουργεί ως θετική ενίσχυση, ενώ στην *κλειστή αρνητική ενίσχυση* (covert negative reinforcement) ο πελάτης φαντάζεται ένα δυσάρεστο ερέθισμα και μετά του ζητείται να σταματήσει τη δυσάρεστη σκηνή και να φανταστεί την επιθυμητή συμπεριφορά (Kazdin, 1980, 2001).

Μια ιδιαίτερα διαδεδομένη τεχνική νοερής απεικόνισης είναι η *γνωσιακή πρόβα* (cognitive rehearsal) (Beck και συν., 1979; Beck, Emery & Greenberg, 1985; Παπακώστας, 1994). Στη συγκεκριμένη τεχνική ο θεραπευόμενος καλείται να φανταστεί βήμα προς βήμα όλη την διαδικασία που απαιτείται για την ολοκλήρωση ενός έργου. Συνήθως η τεχνική αυτή είναι αποτελεσματική για ασθενείς που δυσκολεύονται να φανταστούν την επιτυχή έκβαση μιας σύνθετης δραστηριότητας καθώς και τις ενέργειες που χρειάζεται να πραγματοποιήσουν προκειμένου να ολοκληρώσουν την συμπεριφορά. Με την τεχνική της γνωσιακής πρόβας, ο θεραπευτής μπορεί να εντοπίσει τις δυσκολίες που εμποδίζουν το άτομο να ολοκληρώσει μια επιθυμητή συμπεριφορά. Επιπλέον, ο θεραπευόμενος είναι σε θέση να προσέξει όλες τις λεπτομέρειες στην ολοκλήρωση μιας συμπεριφοράς καθώς επίσης έχει στο μυαλό του ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα ενεργειών το οποίο θα εφαρμόσει και στην πράξη (Παπακώστας, 1994). Από την άλλη πλευρά, η γνωσιακή πρόβα, όπως και όλες οι τεχνικές νοερής απεικόνισης, προσφέρουν στον ασθενή ένα ασφαλές περιβάλλον πειραματισμού και δοκιμασίας των ενεργειών πριν την έκθεση του ατόμου in vivo (Beck, Emery & Greenberg, 1985). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η επιτυχής ολοκλήρωση του έργου στη φαντασία να ενισχύει το κίνητρο για την πραγματική εκτέλεση καθώς και να προσφέρει κάποια αμοιβή, ικανοποίηση και ανακούφιση που αυξάνουν την αυτοπεποίθηση του ατόμου (Παπακώστας, 1994). Ωστόσο, συχνά χρησιμοποιείται η τεχνική της *νοερής απεικόνισης στο μέλλον* (future perspective images) όπου ζητείται από τον ασθενή να φανταστεί

τον εαυτό του στο μέλλον σχετικά με το πρόβλημα που αντιμετωπίζει (Beck, Emery & Greenberg, 1985; McMullin, 2000). Αυτή η τεχνική βοηθά το θεραπευόμενο να αποστασιοποιηθεί από το παρόν και να «δει» την εξέλιξη του προβλήματος του με την πάροδο του χρόνου. Ο Beck και οι συνεργάτες του (1985) αναφέρει ότι οι θεραπευόμενοι τείνουν να δημιουργούν πιο ρεαλιστικές σκέψεις για το μέλλον. Τέλος, πρέπει να επισημάνουμε ότι η συνεχιζόμενη επανάληψη της νοερής απεικόνισης ενός αγγογόνου συμβάντος τροποποιεί το αρχικά αρνητικό σενάριο διαμορφώνοντας το σε πιο ρεαλιστικό και θετικό (Beck, Emery & Greenberg, 1985). Πάντως, η επανάληψη της δυσάρεστης εικόνας βοηθά στη μείωση του άγχους ακόμα και όταν το σενάριο παραμένει αρνητικό (Beck, Emery & Greenberg, 1985).

### Οι τεχνικές Νοερής Απεικόνισης στις Διαταραχές Διατροφής

Η νοερή απεικόνιση περιλαμβάνει ένα σύνολο τεχνικών κάποιες από τις οποίες φαίνεται να εφαρμόζονται με επιτυχία στη θεραπεία των διαταραχών διατροφής και κυρίως της βουλιμίας. Συγκεκριμένα, η καθοδηγούμενη απεικόνιση έχει χρησιμοποιηθεί σε μια σειρά ερευνών για τη θεραπεία της βουλιμίας. Η καθοδηγούμενη απεικόνιση είναι ένα είδος Σωκρατικής μεθόδου για τον εντοπισμό και την τροποποίηση γνωσιών πάνω σε εικόνες. Αυτές οι εικόνες μπορεί να αφορούν το κύριο θέμα ενός σημαντικού γεγονότος ζωής (π.χ. συζυγικός καυγάς), ενός σημαντικού θέματος (π.χ. η εικόνα που έχει ένα άτομο για το βάρος και το σχήμα του σώματος του), ενός ονείρου ή μιας ονειροπόλησης, μιας συγκινησιακής κατάστασης ή ενός βιώματος. Καθώς ο πελάτης φαντάζεται μια εικόνα, ο θεραπευτής του ζητά να περιγράψει με λεπτομέρεια το χρώμα, το σχήμα, τη ζωντάνια, την ύπαρξη ήχων, τα απεικονιζόμενα άτομα, τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις συμπεριφορές τους. Επίσης, μπορεί να του ζητήσει να πάρει συνέντευξη από τα πρόσωπα και τα πράγματα που δρουν μέσα στην οπτική αναπαράσταση ή να κάνει διάλογο μεταξύ των ατόμων που εμφανίζονται στη νοερή απεικόνιση. Κάθε μικρή ή μεγάλη αλλαγή που συντελείται στην εικόνα ονομάζεται μετασχηματισμός (Παπακώστας, 1994).

Μια άλλη τεχνική που χρησιμοποιείται στις διαταραχές διατροφής είναι η κλειστή ευαισθητοποίηση. Η συγκεκριμένη τεχνική ζητά από τον πελάτη να φανταστεί τον εαυτό του να προβαίνει σε μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά (π.χ. υπερβολική κατανάλωση φαγητού). Όταν αυτή η εικόνα είναι ζωντανή, ο πελάτης φαντάζεται μια αρνητική συνέπεια σχετική με αυτή τη συμπεριφορά (π.χ. αίσθημα ναυτίας). Στόχος είναι να δημιουργήσει αποστροφή για ένα ερέθισμα το οποίο πριν ήταν ελκυστικό. Ο πελάτης δε χρειάζεται να προβεί σε αυτή τη συμπεριφορά στην πραγματικότητα. Παρόλα αυτά βλέπει αποτελέσματα στη συμπεριφορά του με το να φαντάζεται αρνητικές συνέπειες. Η άσκηση αυτή λειτουργεί και ως άσκηση αυτοελέγχου χωρίς την παρουσία του θεραπευτή μετά το τέλος της θεραπείας (Kazdin, 1980).

Πολύ αποτελεσματική φαίνεται να είναι και η χρήση επιβλαβών εικόνων για την αντιμετώπιση αρνητικών συμπεριφορών (π.χ. φαντάσου το υπερβολικό φαγητό να σου προκαλεί αηδία), αλλά και εικόνων αντίστασης στον πειρασμό για τη μετατροπή ελκυστικών αντικειμένων σε αποστροφικά (π.χ. φαντάσου μια μπριζόλα χαλασμένη) (McMullin, 2000).

**Θεραπεία Καθοδηγούμενης Απεικόνισης**

Οι Esplen & Garfinkel (1998) σχεδίασαν ένα πρόγραμμα καθοδηγούμενης απεικόνισης, έξι εβδομάδων για τη θεραπεία της βουλιμίας. Κάθε βδομάδα ο θεραπευτής παρουσίαζε μια καινούρια άσκηση, την εκφώνηση της οποίας έπαιρνε μαγνητοφωνημένη ο πελάτης για να εφαρμόζει τουλάχιστον μια φορά ημερησίως. Ο πελάτης κρατούσε ένα ημερολόγιο στο οποίο κατέγραφε την απεικόνιση που βίωνε, τα ακόλουθα συναισθήματα, το τι σήμαινε για εκείνον η απεικόνιση, τον τύπο και την ποσότητα του φαγητού που έτρωγαν, την ώρα των γευμάτων και τη συχνότητα υπερφαγικών επεισοδίων και χρήσης καθαρτικών (Esplen και συν., 1998). Στα πλαίσια της συνεδρίας, ο πελάτης μπορούσε να φανταστεί κατά τη διάρκεια των ασκήσεων τόσο άτομα και αντικείμενα όσο χρώματα και μεταφορικές πράξεις. Ο θεραπευτής καθοδηγούσε τον πελάτη να επικεντρωθεί και να παρατηρήσει αυτές τις εικόνες προσδίδοντας του ενεργό και δημιουργικό ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία και διερευνούσε θέματα ή αλλαγές στη συναισθηματική κατάσταση του πελάτη ρωτώντας τον τι νιώθει ή τι σκέφτεται όταν παρατηρεί μια εικόνα ή όταν αλληλεπιδρά με ένα άτομο σε αυτή την εικόνα (Esplen, Gallop & Garfinkel, 1999).

Οι ασκήσεις καθοδηγούμενης απεικόνισης χωρίστηκαν σε δύο κατηγορίες. Στη μια κατηγορία τα σημεία κλειδιά των ασκήσεων αναφερόταν στη χρήση εικόνων που προκαλούν ανακούφιση και χαλάρωση (π.χ. περιγραφή λιβαδιού, εικόνες ασφάλειας και ηρεμίας) έτσι ώστε να διευκολύνουν τη διερεύνηση και τον εντοπισμό δυσλειτουργικών διεργασιών του πελάτη και στην άλλη, οι ασκήσεις στόχευαν στην προώθηση της αυτο-εξερεύνησης μέσω μεταφορικών περιγραφών (π.χ. να φανταστεί κάποιος τον εαυτό του ως χρώμα) (Esplen και συν., 1999).

Ένας άλλος διαχωρισμός των ασκήσεων ήταν αυτός σε κατευθυνόμενες, στις οποίες η εικόνα περιγραφόταν με ακρίβεια (π.χ. φαντάσου ένα λιβάδι) και μη κατευθυνόμενες, στις οποίες η λιγότερο ακριβής περιγραφή επέτρεπε τον σχηματισμό πιο προσωπικών και αυθόρμητων εικόνων (Esplen & Garfinkel, 1998). Το περιεχόμενο των ασκήσεων ήταν το ακόλουθο:

*Δημιουργία ενός εσωτερικού καταφυγίου:* Ο πελάτης φανταζόταν έναν ιδιαίτερο εσωτερικό τόπο για χαλάρωση.

*Εξερεύνηση ενός λιβαδιού:* Αυτή η άσκηση κατεύθυνε τον πελάτη να εξερευνήσει ένα λιβάδι. Η λειτουργία αυτής της άσκησης περιελάμβανε την προώθηση της χρήσης όλων των αισθήσεων κατά τη διάρκεια της απεικόνισης δημιουργώντας χαλάρωση και υποδεικνύοντας στον πελάτη την ικανότητα του για νοερή απεικόνιση.

*Δημιουργία μιας μάσκας:* Ο πελάτης φανταζόταν ότι ανακάλυπτε ένα κουτί γεμάτο από δημιουργικά εφόδια και δημιουργούσε μια μάσκα. Αυτή η άσκηση συνδύαζε την άσκηση του ατόμου στην αυτο-εξερεύνηση και τη συμμετοχή του σε μια δημιουργική πράξη.

*Το χρώμα του εαυτού:* Η άσκηση αυτή ζητούσε από τον πελάτη να ζωγραφίσει τον εαυτό του ως χρώμα ή ως ένα συνδυασμό από χρώματα. Ο πελάτης φανταζόταν μια χρωματισμένη μορφή σε χαρτί και πειραματιζόταν με χρώματα από διάφορα βάζα περιλαμβανομένου και ενός βάζου με το όνομα «το χρώμα της ζωντανίας». Ενθαρρυνόταν να πειραματιστεί με τα χρώματα και να σημειώσει όσα

παρατηρούσε. Αυτή η άσκηση σχεδιάστηκε για να είναι ανακουφιστική και να βοηθήσει την αυτο-εξερεύνηση με ένα δημιουργικό και σε στυλ παιχνιδιού τρόπο. Συχνά ανέδυε θέματα που αφορούσαν την εικόνα σώματος.

*Θεατρική σκηνή:* Σ' αυτή την άσκηση ο θεραπευτής ζητούσε από τον πελάτη να φανταστεί ότι βρισκόταν σε ένα θέατρο και παρατηρούσε τη «χρωματισμένη μορφή» του σε μια αλληλεπίδραση (παρελθοντική, τωρινή ή μελλοντική) της επιλογής του. Στόχος της άσκησης ήταν να συνεχίσει η αυτο-εξερεύνηση στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων.

*Σχεδιασμός ενός προσωπικού «καλύμματος»:* Ο πελάτης έπρεπε να σχεδιάσει ένα προσωπικό κάλυμμα και να παρατηρήσει το σχέδιο που δημιουργούταν. Η άσκηση είχε σχεδιαστεί για να είναι χαλαρωτική, να προωθεί την αυτο-εξερεύνηση και θέματα της συνεχιζόμενης ανάπτυξης. Η άσκηση αυτή ήταν δημιουργική και διευκόλυνε τη λήξη της θεραπείας (Esplen και συν., 1998; Esplen και συν., 1999).

### **Αποτελεσματικότητα της Νοερής Απεικόνισης**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, τα άτομα με διαταραχές διατροφής, και κυρίως με βουλιμία, δυσκολεύονται στην έκφραση των συναισθημάτων τους, στη ρύθμιση σωματικής έντασης (π.χ. πείνα) και συναισθηματικών καταστάσεων και αυτή η δυσκολία βιώνεται ως μια ακραία κατάσταση έντασης και ως ένα αίσθημα κενού και μοναξιάς από το οποίο δεν μπορούν να ανακουφιστούν (Esplen και συν., 1999). Η δυσκολία αυτή να ηρεμήσουν τον εαυτό τους και να μείνουν μόνοι τους μπορεί να τους προκαλέσει αισθήματα κενού, φόβου ή πανικού. Η δημιουργία αυτών των συναισθημάτων μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση παρορμητικών συμπεριφορών (π.χ. υπερφαγία) σε μια προσπάθεια να ανακουφίσουν την ανησυχία που νιώθουν (Esplen & Garfinkel, 1998).

Η νοερή απεικόνιση και συγκεκριμένα η καθοδηγούμενη απεικόνιση φαίνεται να είναι αποτελεσματική στη ρύθμιση της έντασης και των συναισθημάτων στα άτομα με βουλιμία για πολλούς λόγους: α) λαμβάνει χώρα στα πλαίσια μιας θεραπευτικής συμμαχίας, ενισχύοντας το ρόλο της ενσυναίσθησης και τη δημιουργία ενός σταθερού και οικείου περιβάλλοντος στο οποίο ο πελάτης νιώθει ότι γίνεται κατανοητός, δέχεται φροντίδα και έτσι συντελεί στη μείωση του αισθήματος μοναξιάς, β) προκαλεί χαλάρωση, ηρεμία, ζεστασιά και ανακούφιση βοηθώντας τη μείωση της σωματικής έντασης και της δυσφορίας, (Esplen και συν., 1998) γ) η επανάληψη των ασκήσεων και εκτός συνεδρίας λειτουργεί από μόνη της ανακουφιστικά καθώς ενισχύει την παραγωγή αναμνήσεων επιτυχημένης προσπάθειας του ατόμου να διαχειριστεί ένταση και αυξάνει την υπευθυνότητα και την αυτο-αποτελεσματικότητα του ατόμου στη ρύθμιση συναισθηματικών εντάσεων και στην αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων, δ) οι εικόνες που χρησιμοποιούνται είναι προσαρμοσμένες στο πλαίσιο των συγκεκριμένων διαταραχών και έτσι μπορούν να ενισχύσουν εικόνες που να ανακουφίζουν δύσκολα σημεία των διαταραχών διατροφής, (Esplen και συν., 1999) ε) βοηθά το άτομο να χρησιμοποιήσει τη φαντασία του για να εξερευνήσει τις σκέψεις του, στ) με την περιγραφή συγκεκριμένων εικόνων δίνει στο άτομο τη δυνατότητα να εντοπίσει και να συνειδητοποιήσει συναισθήματα και σκέψεις προς αξιολόγηση και οδηγεί στην αλλαγή μέσω της αλλαγής των σχημάτων του ατόμου και της αναδόμησης εμπειριών προηγούμενων γεγονότων, ζ) με τη διαδικασία της

καταγραφής βοηθά το άτομο να εντοπίσει θέματα και εμπειρίες που αφορούν τον εαυτό του (Esplen & Garfinkel, 1998).

Όσον αφορά τη διαταραχή της βουλιμίας, η νοερή απεικόνιση έχει φανεί αποτελεσματική στη μείωση των επεισοδίων υπερφαγίας, της χρήσης καθαρτικών (Esplen & Garfinkel, 1998), στη βελτίωση της μέτρησης των στάσεων που αφορούν το φαγητό, τη δίαιτα και το βάρος του σώματος (Esplen και συν., 1998) και στην αύξηση της ικανότητας αυτο-ανακούφισης (Esplen και συν., 1999). Η χρήση οπτικών νοερών εικόνων σε σύγκριση με τις ακουστικές νοερές εικόνες προκάλεσε μεγαλύτερη μείωση στην επιθυμία για φαγητό τονίζοντας έτσι τη χρησιμότητα της νοερής απεικόνισης ως ένα αποτελεσματικό εργαλείο παρέμβασης για τη μείωση της έντονης επιθυμίας για φαγητό, το σπασίμο του φαύλου κύκλου «έντονη επιθυμία για φαγητό-υπερφαγία» σε ασθενείς με βουλιμία και τη μείωση της κατανάλωσης φαγητού στα παχύσαρκα άτομα (Harvey, Kemps & Tiggemann, 2005)

### **Εφαρμογή της Νοερής Απεικόνισης σε άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία**

Παρόλο που δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που να υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της τεχνικής της νοερής απεικόνισης σε άτομα με ανορεξία, η Vicki Paley (2000) περιγράφει την εφαρμογή της συγκεκριμένης τεχνικής σε μια ασθενή με ανορεξία σε σκοπό την αναβίωση σκηνών σωματικής κακοποίησης από τον αδερφό της στην παιδική ηλικία. Αρχικά, η θεραπεύτρια ενώ είχε εφαρμόσει τεχνικές χαλάρωσης, προσκάλεσε την ασθενή να θυμηθεί με όλες τις λεπτομέρειες μια τραυματική σκηνή όπου ο αδερφός της είχε περάσει ένα σκοινί από το λαιμό και την τράβαγε με αποτέλεσμα εκείνη να πονά πολύ και να μην μπορεί να ξεφύγει. Της ζήτησε να φανταστεί τον εαυτό της πολύ μικρό και αδύναμο, ενώ τον αδερφό της μεγάλος και δυνατό. Στη συνέχεια, η θεραπευόμενη παροτρύνθηκε να αναβιώσει νοερά την ίδια σκηνή όπου αυτή τη φορά εκείνη ήταν πιο δυνατή και μεγάλος και κατάφερε να ξεφύγει από την κυριαρχία του αδερφού της. Αυτή η εναλλακτική απεικόνιση ενίσχυσε την αυτό-πεποίθησή της και την βοήθησε να αποβάλει την αποφευκτική και παθητική στάση της απέναντι στον αδερφό της. Ταυτόχρονα, ενώ η κοπέλα παρουσίαζε αρχικά μεγάλη δυσκολία να εκφράσει τα συναισθήματά της απέναντι στους συγγενείς της, η θεραπεύτρια παρατήρησε την ικανότητά της να εκφράζεται ευκολότερα όταν φανταζόταν τους συγγενείς της ως πουλιά και εκμεταλλευόμενη αυτή την ικανότητα της ασθενούς χρησιμοποίησε την νοερή απεικόνιση για να την βοηθήσει να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα που τα συγκεκριμένα πρόσωπα της προκαλούσαν (Paley, 2000). Επομένως, παρόλο που στερούμαστε ερευνητικών δεδομένων πάνω στην εφαρμογή της νοερής απεικόνισης στη συγκεκριμένη διαταραχή, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι σε περιπτώσεις συνύπαρξης της διαταραχής με ένα τραυματικό γεγονός, η τεχνική αυτή μπορεί να λειτουργήσει βοηθητικά και να ενισχύσει την αυτό-πεποίθησή της την ομάδα ασθενών.

Επιπλέον, τόσο η ψυχογενής ανορεξία, όσο και η σωματοδυσμορφική διαταραχή μοιράζονται ένα κοινό σύμπτωμα. Αναλυτικότερα, τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία παρουσιάζουν μια διαταραχή στον τρόπο που αντιλαμβάνονται το βάρος και το σχήμα του σώματός τους, ενώ τα άτομα με σωματοδυσμορφική διαταραχή χαρακτηρίζονται από μια συνεχή ενασχόληση με ένα φανταστικό



σωματικό ελάττωμα ή από υπερβολική παραποίηση ενός μικρού σωματικού ελαττώματος (Kaplan, Sadock & Grebb, 2000). Σε μια έρευνα του Osman και των συνεργατών του το 2004 (στο Hackmann & Holmes, 2004) με σωματοδυσμορφικούς ασθενείς βρέθηκε ότι αυτοί οι ασθενείς δημιουργούν πιο αρνητικές, ζωντανές και παραμορφωμένες νοερές εικόνες από την ομάδα ελέγχου και ότι αυτές οι νοερές εικόνες ήταν πιο προβληματικές καθώς τα άτομα εστίαζαν την προσοχή τους στη παραμορφωμένη εικόνα του εαυτού τους παρά σε εξωτερικούς παράγοντες. Με βάση αυτό οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η τεχνική της νοερής απεικόνισης μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να μην φαντάζονται το δικό τους σώμα παραποιημένο. Επομένως, με παρόμοιο μηχανισμό η τεχνική της νοερής απεικόνισης είναι πιθανό να βοηθήσει και τους ανορεξικούς ασθενείς να τροποποιήσουν τη σωματική τους εικόνα.

### **Εφαρμογή της Νοερής Απεικόνισης σε άτομα με Παχυσαρκία**

Τέλος, σχετικά με την εφαρμογή της τεχνικής της νοερής απεικόνισης δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που να αναφέρονται στην αποτελεσματικότητα μιας τέτοιας τεχνικής σε άτομα με παχυσαρκία. Ωστόσο, η Constance Kirk (1994) υποστηρίζει ότι η τεχνική της νοερής απεικόνισης μπορεί να εφαρμοστεί σε παχύσαρκους ασθενείς. Αναλυτικότερα, περιγράφει μια άσκηση νοερής απεικόνισης όπου οι ασθενείς που επιθυμούν να χάσουν βάρος σε συνδυασμό με ασκήσεις χαλάρωσης φαντάζονται το σώμα τους έχοντας το ιδανικό βάρος και ανακαλούν αυτή την εικόνα πριν προβούν σε οποιαδήποτε συμπεριφορά υπερφαγίας ή παρορμητικής πρόσληψης τροφής. Μάλιστα, τονίζει τη σπουδαιότητα καταγραφής του τελικού στόχου σε φύλλα χαρτιού, τα οποία οι ασθενείς έχουν συνέχεια κοντά τους και στα οποία ανατρέχουν κάθε φορά που έχουν έντονη επιθυμία για φαγητό. Επιπλέον, περιγράφει και μια άλλη άσκηση νοερής απεικόνισης, όπου τα παχύσαρκα άτομα δημιουργούν μια νοερή εικόνα της καταστροφής που έχουν υποστεί οι αρτηρίες της καρδιάς τους λόγω συσσώρευσης λίπους που δεν επιτρέπει την ελεύθερη ροή του αίματος στην καρδιά με αποτέλεσμα την πρόκληση εμφράγματος. Σύμφωνα με την Kirk (1994), η συγκεκριμένη νοερή εικόνα δίνει νόημα σε αποφευκτικές συμπεριφορές, όπως την αφαίρεση του κρόκου του αυγού από τη σαλάτα, με αποτέλεσμα το άτομο να μην έχει αισθήματα στέρησης ενώ παράλληλα ενισχύεται η αποφευκτική συμπεριφορά με τη δημιουργία μιας νοερής απεικόνισης καθαρών και υγιών αρτηριών.

### **Συζήτηση**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι τεχνικές νοερής απεικόνισης και συγκεκριμένα η καθοδηγούμενη απεικόνιση φαίνεται να είναι αποτελεσματική στη ρύθμιση της έντασης και των συναισθημάτων στα άτομα με βουλιμία για πολλούς λόγους. Προτού όμως γίνει αναφορά στους συγκεκριμένους παράγοντες αποτελεσματικότητας, αξίζει να επισημανθεί ότι η πλειονότητα των ερευνητικών δεδομένων σχετίζεται με την ψυχογενή βουλιμία, ενώ αντίθετα η ψυχογενής ανορεξία και η παχυσαρκία τυγχάνουν περιορισμένης μελέτης. Σε σχέση, λοιπόν, με την τεχνική της νοερής απεικόνισης στην ψυχογενή βουλιμία, διαπιστώνεται ότι βοηθά τον πελάτη να γίνει κατανοητός καλλιεργώντας τον ρόλο της ενσυναίσθησης, προκαλεί χαλάρωση και μείωση της σωματικής έντασης (Esplen και συν., 1998), δίνει στον πελάτη τη δυνατότητα να μάθει να διαχειρίζεται την ένταση μέσω της επανάληψης των ασκήσεων μετά το τέλος της συνεδρίας και της θεραπείας γενικότερα,

χρησιμοποιεί εικόνες, το περιεχόμενο των οποίων ανακουφίζει δύσκολα σημεία των διαταραχών διατροφής, (Esplen και συν., 1999), βοηθά το άτομο να χρησιμοποιήσει τη φαντασία του για να εξερευνήσει τις σκέψεις του, του παρέχει τη δυνατότητα να εντοπίσει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του και οδηγεί στην αλλαγή μέσω της αλλαγής των σχημάτων του ατόμου και της αναδόμησης εμπειριών (Esplen & Garfinkel, 1998).

Ωστόσο, σύμφωνα με τον McMullin (2000) η επιτυχία αυτής της τεχνικής εξαρτάται από τρεις παράγοντες: τον βαθμό προσαρμογής του ασθενή σε μια σχετικά μη-δομημένη διαδικασία, τον βαθμό ικανότητας του ασθενή να προσδιορίσει γνωσιακές στρατηγικές καθώς και τον βαθμό ικανότητας να επενδύσει στη θεραπευτική διαδικασία.

Παρόλα αυτά, οι περισσότερες έρευνες αναφέρονται στη νοερή απεικόνιση ως κομμάτι μιας πολυπαραγοντικής προσέγγισης με αποτέλεσμα να μην είναι ξεκάθαρο ούτε σε ποιους παράγοντες οφείλεται η αποτελεσματικότητα της νοερής απεικόνισης ούτε ποιο είναι το μέγεθος της επίδρασης της (Esplen & Garfinkel, 1998). Όσον αφορά την νοερή απεικόνιση αυτή καθαυτή, δεν είναι σαφείς οι ακριβείς διεργασίες που παίζουν καθοριστικό ρόλο (Esplen και συν., 1999). Πιο συγκεκριμένα, χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση η αισθητηριακή ποιότητα των νοερών εικόνων (π.χ. οσφρητική, ακουστική, οπτική, γευστική) (Harvey και συν., 2005) και ο ρόλος της επαναλαμβανόμενης έκθεσης στην τεχνική, σε σχέση με την αποτελεσματικότητά της (Esplen και συν., 1999).

Αξίζει να σημειωθεί, ότι επειδή τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν την τεχνική της νοερής απεικόνισης βασίζονται σε αναφορές από τον ίδιο τον θεραπευόμενο, δημιουργούνται αμφιβολίες γύρω από την αξιοπιστία αυτών των αναφορών (Esplen και συν., 1998). Παράλληλα, η τεχνική της νοερής απεικόνισης με τον τρόπο που εφαρμόζεται σήμερα έχει ως μειονέκτημα την αδυναμία του θεραπευτή για άμεση πρόσβαση στο περιεχόμενο των νοερών εικόνων του θεραπευόμενου (Pergina, Botella & Banos, 2003). Με άλλα λόγια, ενέχεται ο κίνδυνος διαμόρφωσης διαφορετικής νοερής απεικόνισης από θεραπευτή και θεραπευόμενο.

Συμπερασματικά, η τεχνική της νοερής απεικόνισης στις διαταραχές διατροφής φαίνεται πως συμβάλλει σε ένα βαθμό στη θεραπεία τους, τόσο σε θεραπευτικό πλαίσιο, λειτουργώντας σαν τεχνική χαλάρωσης, όσο και εκτός αυτού σαν κεκτημένη δεξιότητα διαχείρισης έντασης και αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Λαμβάνοντας υπόψη τις προαναφερθείσες αδυναμίες της συγκεκριμένης τεχνικής και το βραχυπρόθεσμο της αποτελεσματικότητας της (Esplen και συν., 1999), κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω έρευνα όσον αφορά την ποιότητα των νοερών εικόνων, την πιο αξιόπιστη μέτρηση των συμπεριφορών προς παρατήρηση και την αποσαφήνιση της σχέσης τους τόσο με άλλες τεχνικές όσο και το ευρύτερο θεραπευτικό πλαίσιο. Η προσεκτική μελέτη όλων αυτών των παραμέτρων θα δώσει πληροφορίες τόσο για την καλύτερη δυνατή εφαρμογή της, όσο και για την μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητά της.

**Βιβλιογραφία**

American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> ed.* (DSM IV), American Psychiatric Association, Washington DC.

Ahsen, A. (2001). Guided Imagery: The quest for a science, Part I: Imagery origins. *Education, 110*, 2-16.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. Basic Books, 210-231.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.

Byrne, S., M., & McLean, N.,J., ( 2002). *The Cognitive- Behavioral Model of Bulimia Nervosa: A Direct Evaluation*. Oxford: John Wiley & Sons, Inc.

Cartright, D.S. (1980). Exploratory analyses of verbally stimulated imagery of the self. *Journal of Mental Imagery, 4*, 1-21.

Cassel, R.N. & Costello, B.R. (2001). Guided Imagery to depict disharmony in the neural functioning of persons involved in psychological therapy. *Education, 110*, 40-49.

Conway, M. A. (2001). Sensory- perceptual episodic memory and its context: autobiographical memory. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B-Biological Sciences, 356*, 1375-1384.

Conway, M. A. & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review, 107*, 261-288.

Cooper, Z., Fairburn, C.G. & Hawker, D.M. (2003). *Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity: A Clinician's Guide*. New York: The Guilford Press.

Cooper, M.,J., Wells, A., & Todd, G., (2004). *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 1-16.

Craighead, L.W. & Argas, W.S. (1991). Mechanisms of action in cognitive-behavioral and pharmacological interventions for obesity and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 115-125.

Craighead, L.W. & Kirkley, B. G. (1994). Obesity and eating disorders. In L. Craighead, E. Craighead, A. Kazdin, & M. Mahoney (Eds.), *Cognitive and Behavioural Interventions: An Empirical Approach to Mental Health Problems* (pp. 141-155). Boston: Allyn & Bacon.

Eating Disorders Review, (2005), *Recent treatment research in bulimia nervosa*, Vol 16, no 1.

Esplen, M.J., Gallop, R. & Garfinkel, P. E. (1999). Using guided imagery to enhance self-soothing in women with bulimia nervosa. *Bulletin of the Menninger Clinic, 63*, 174-182.

Esplen, M.J., Garfinkel, P.E. (1998). Guided imagery treatment to promote self-soothing in bulimia nervosa: A theoretical rationale. *Journal of psychotherapy Practice and Research, 7*, 102-118.

Esplen, M.J., Garfinkel, P.E., Olmsted, M., Gallop, R.M. & Kennedy, S. (1998). A randomized controlled trial of guided imagery in bulimia nervosa. *Psychological Medicine, 28*, 1347-1357.

Fairburn, C. G.(2001). Atypical Eating Disorders. In: C. Fairburn & K.D. Brownell

(Eds), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Textbook*. Second Edition. New York: Guilford Press.

Fairburn, C & Cooper, P. (2000). Eating Disorders. In K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirkland, D. Clark (Eds). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A practical Guide* (pp.277-314), Oxford: Oxford University Press.

Fairburn, C.G, Kirk, J., O'Connor, M & Cooper, P.J., (1986), A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa, *Behavior Research and Therapy*, 24, 629-643.

Finke, R.A. (1989). *Principles of Mental Imagery*. Cambridge, MA: MIT Press  
 Freeman, C. (1995). Cognitive therapy. In: G. Szmukler, C. Dare & J. Treasure, *Handbook of eating disorders: Theory, Treatment and Research*. New York: Wiley.

Gruber, B., Hall, N., Hersh, S, & Dubois, P. (1988). Immune system and psychological changes in metastatic cancer patients using relaxation and guided imagery: a pilot study. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 17, 25-46.

Hackmann, A. & Holmes, E.A. (2004). Reflecting on imagery: A clinical perspective and overview of the special issue of *Memory* on mental imagery and memory in psychopathology. *Memory*, 12, 389-402.

Harvey, K., Kemps, E., & Tiggemann, M. (2005). The nature of imagery processes underlying food cravings. *British Journal of Health Psychology*, 10, 49-56.

Holmes, E.A. & Hackmann, A. (2004). A healthy imagination? Editorial for the special issue of *Memory: Mental imagery and memory in psychopathology*. *Memory*, 12, 387-388.

Hutchinson, M. G. (1991). Imagining ourselves whole: a feminist approach to treating body image disorders. In Fallon, P., Katzman, M. & Wooley, S. (Eds) *Feminist Perspectives on Eating Disorders*, 152-168. New York: Guildford Press.

Jackson, S.W. (1990). The imagination and the psychological healing. *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 26, 345-358.

Jeffery, R.W., Wing, R.R., Thorson, C., Burton, L.R., Raether, C., Harvey, J. & Mullen, M. (1993). Strengthening behavioral interventions for weight loss: A randomized trial of food provision and monetary incentives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1038-1045.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (2000). *Kaplan and Sadock's Ψυχιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Kazdin, A. (1980). *Behaviour Modification in Applied Settings*. Illinois: The Dorsey Press, 265-268.

Kazdin, A.E. (2001). Cognitively Based Treatment. In A.E. Kazdin (Ed.), *Behaviour Modification in Applied Settings* (pp. 349-355). United States: Wadsworth-Thomson Learning.

Kirk, C. (1994). Think and shrink: mental imagery can be effective tool to shape your body. *American Fitness*.

[http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_m0675?is\\_n2\\_v12/ai\\_15168073#continue](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0675?is_n2_v12/ai_15168073#continue)

Klein, D., A., & Walsh, B., T., (2003). *International Review of Psychiatry*, 15, 205-216.

Klump, K.L, Kaye, W.H & Strober, M., (2001). The evolving genetic foundations of Eating disorders, *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 215-225.

Laberg, S., & Andersson, G. (2004). Autobiographical memories in patients treated for bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 34-41.

Leung, N., Waller, G, & Thomas, G. (2000). Outcome of group cognitive-behaviour Therapy for bulimia nervosa: the role of core beliefs, *Behaviour Research and*

- Therapy*, 38, 145-156.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Mantle, F. (2003). Eating Disorders: the role of hypnosis. In: *Paediatric Nursing*, 15, 42.
- Marks, D. F. (1999). Consciousness, mental imagery and action. *British Journal of Psychology*, 90, 567-581.
- McKellar, P. (1977). *Imagination and Thinking*. London: Cohen & West.
- McMullin, R. (2000). *The New Handbook of Cognitive Therapy Techniques*. New York: W.W. Norton and Company, 245-255.
- Morrison, A. P., & Baker, C.A. (2000). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A comparative study of intrusions in psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1097-1106.
- Nauta, H., Hospers, H. & Jansen, A. (2001). One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight. *British Journal of Health Psychology*, 6, 271-284.
- Newton, N. (1982). Experience and Imagery. *The Southern Journal of Philosophy*, 21, 475-487.
- Palmer, R. (2000). *Helping People with Eating Disorders: A Clinical Guide to Assessment and Treatment*. Chichester: Wiley.
- Paley, V. (2000). Hatching a new identity: Transforming the anorexic patient and the therapist. *Eating Disorders*, 8, 67-76.
- Παπακώστας, Ι.Γ. (1994). *Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία: Θεωρία και Πράξη*. Αθήνα.
- Rothman, A.J. (2000). Toward a theory-based analysis of behavioural maintenance. *Health Psychology*, 19, 64-69.
- Perpina, C., Botella, C. & Banos, R.M. (2003). Virtual reality in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 261-278.
- Russell, G. (1979). Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Scott, J., Stanton, B., Garland, A., & Ferrier, I. N. (2000). Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 30, 467-472.
- Skovholt, T., Morgan, J. & Negron-Cunningham, H. (1989). Mental imagery in career counseling and life planning: a review of research and intervention methods. *Journal of Counseling and Development*, 67, 287-292.
- Taylor, S.E. (2003). *Health Psychology*. Boston: McCraw-Hill.
- Thompson, K & Smolak, L. (2003). Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment, prevention and treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 57, 425.
- Wadden, T.A., Foster, G.D. & Letizia, K.A. (1994). One-year behavioural treatment of obesity: Comparison of moderate and severe caloric restriction and the effects of weight maintenance therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 165-171.
- Wadden, T.A. & Stunkard, A.J. (1986). Controlled trial of very low calorie diet, behaviour therapy and their combination in the treatment of obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 482-488.

Wardle, J., (1987). Compulsive eating and dietary restraint. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 47-55.

Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition*. Chichester: John Wiley and Sons.

Wilcoxon, L., & Kirkley, B. (1994). Obesity and Eating Disorders. In L. Craighead, E. Craighead, A. Kazdin & M. Mahoney, *Cognitive and Behavioral Interventions: An empirical Approach to Mental Health Problems* (pp.141-155). Boston: Allyn and Baron.

Williams, J.M.G., & Scott, J. (1988). Autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine*, 18, 689-695.