

Ειδικό άρθρο Special article

Η συμβολή της διαπροσωπικής σχέσης θεράποντος-ασθενούς στο πλαίσιο της επαγγελματικής θεραπευτικής σχέσης

Γ. Καλλέργης

*Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Τομέας Ψυχικής Υγείας & Επιστημών Συμπεριφοράς,
Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική ΓΟΝΚ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα*

Ψυχιατρική 2019, 30:165–174

Η θεραπευτική σχέση είναι ο κοινός τόπος όλων των ιατρικών ειδικοτήτων κατά τη θεραπευτική πρακτική. Είναι μια επαγγελματική σχέση και απαρτίζεται από δύο συνιστώσες: την *εργασιακή συνιστώσα* και τη *διαπροσωπική συνιστώσα*. Η εστίαση των μελετών σκοπεύει να δείξει τη συμβολή της δυναμικής τής διαπροσωπικής σχέσης θεράποντος-ασθενούς, ως έναν θεραπευτικό παράγοντα, όσον αφορά στην επίτευξη του θεραπευτικού αποτελέσματος. Το θέμα της σχέσεως ιατρού-ασθενούς, μελετάται από την αρχαιότητα και ειδικότερα από τον Σωκράτη και εντεύθεν. Ο Ιπποκράτης προάγει και συστηματοποιεί την ιατρική φιλοσοφία, τη βιοηθική και την ιατρική δεοντολογία, όπως συνοπτικά φαίνεται στον γνωστό «όρκο του Ιπποκράτη». Στη νεότερη εποχή ο S. Freud, συνέχισε το έργο της επαγωγικής διαλεκτικής του Σωκράτη, ενώ διατυπώνει την έννοια της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης. Η ανάπτυξη των ψυχοθεραπειών έδωσε αρκετά στοιχεία για τις παραμέτρους που διαντιδρούν σε μια θεραπευτική σχέση, καθώς οι τεχνικές τους ήταν μόνο διαλεκτικές. Ο M. Balint υποστηρίζει την αξία της αντιμεταβίβασης και μεταβίβασης στη θεραπευτική σχέση. Οι G. Bibring & R. Kahana υποστηρίζουν ότι οι ψυχαναλυτικές τεχνικές και οι τύποι προσωπικότητας συμβάλλουν στην κατανόηση του σωματικού ασθενούς. Ο C. Rogers υποστηρίζει ότι οι στάσεις και η ενσυναίσθητική κατανόηση του θεραπευτή, όχι οι τεχνικές, συμβάλλουν πρωτίστως στη θεραπευτική επιτυχία. Ο G. Engel (1970) προάγει τη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του ασθενούς. Από το 1980 αρχίζουν συστηματικές μελέτες που υποστηρίζουν την αξία της θεραπευτικής σχέσης θεωρώντας ότι είναι αυτή καθαυτή ένας αυτόνομος θεραπευτικός παράγοντας, επιβεβαιώνοντας τις θεωρήσεις του M. Balint και του C. Rogers. Συμπεραίνουν ότι το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι συνάρ-

τηση της ποιότητας της θεραπευτικής σχέσης, ανεξαρτήτως της όποιας θεραπευτικής τεχνικής και ότι η θεραπευτική συμμαχία έχει σημαντική επίδραση στην κλινική έκβαση τόσο για ψυχοθεραπείες, όσο και για φαρμακοθεραπεία με ενεργό φάρμακο ή εικονικό φάρμακο. Η ενσυναίσθηση, η μη κτητική θέρμη, ο θετικός σεβασμός και η γνησιότητα έχουν σημαντική επίδραση στα αποτελέσματα της θεραπείας. Το μοντέλο των «κοινών παραγόντων» υποστηρίζει ότι η δυναμική της διαπροσωπικής σχέσης συμβάλλει κατά 85% στο θεραπευτικό αποτέλεσμα ενώ οι θεραπευτικές τεχνικές συμβάλλουν κατά 15%. Φαίνεται λοιπόν ότι η δυναμική της διαπροσωπικής σχέσης θεράποντος-ασθενούς είναι ένας σημαντικός θεραπευτικός παράγοντας. Οι μελέτες συνεχίζονται και αναδύουν όλο και περισσότερο το ερώτημα, κατά πόσο υπάρχει η δυνατότητα εκπαίδευσης στη δυναμική της διαπροσωπικής σχέσης στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο; Επίσης κατά πόσο η ανάπτυξη διαλεκτικών τεχνικών, ως απότοκες της ενσυναισθητικής θεραπευτικής σχέσης, συμβάλλουν σε κλινικό επίπεδο στην προσέγγιση και ενημέρωση του ασθενούς, εντός του γενικότερου χώρου της υγείας και όχι μόνο της ψυχικής υγείας;

Λέξεις ευρητήριου: Διαπροσωπική σχέση, θεραπευτική σχέση, θεραπευτικός παράγοντας, ενσυναίσθηση, αντιμεταβίβαση.

Εισαγωγή

Η θεραπευτική σχέση είναι ο κοινός τόπος όλων των ιατρικών ειδικοτήτων κατά τη θεραπευτική πρακτική. Είναι μια επαγγελματική σχέση και απαρτίζεται από δύο συνιστώσες, την εργασιακή συνιστώσα και τη διαπροσωπική συνιστώσα. Η εργασιακή συνιστώσα αντιστοιχεί στις θεραπευτικές τεχνικές που ασκεί ο θεράπων, ενώ η διαπροσωπική συνιστώσα αντιστοιχεί στη διαλεκτική επικοινωνία θεράποντος- ασθενούς. Όσο πιο ποιοτική γίνεται η διαπροσωπική συνιστώσα τόσο επιτυγχάνεται η ενσυναισθητική επικοινωνία και προσωποκεντρική προσέγγιση του ασθενούς. Σημειωτέον ότι η διαπροσωπική συνιστώσα της θεραπευτικής σχέσης είναι στην υπηρεσία της εργασιακής συνιστώσας και του θεραπευτικού στόχου.¹⁻³

Η θεραπευτική σχέση είναι η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ενός θεράποντος, ο οποίος επιλέγεται λόγω εκπαίδευσης και πείρας για να θεραπεύσει, και ενός ασθενούς, ο οποίος λαμβάνει τη θεραπεία, με στόχο την επίλυση των προβλημάτων της υγείας του.¹ Εντός της θεραπευτικής σχέσης, ασκείται μια *θεραπευτική τεχνική*, που αναφέρεται στην εργασιακή συνιστώσα, προς ικανοποίηση αναγκών που αφορούν στα θέματα υγείας του ανθρώπου. Παράλληλα υπάρχουν και ανάγκες ικανοποίησης συμπεριφορικών αναγκών που αναφέρονται στη διαπροσωπική συνιστώσα. Οι συμπεριφορικές ανά-

γκες περιλαμβάνουν τις συναισθηματικές ανάγκες που έχουν σχέση με όλη την κλίμακα του συναισθήματος όπως άγχος, φόβος, θλίψη, απογοήτευση, απόγνωση, ανάγκη σεβασμού και αγάπης, προβλήματα που απορρέουν από τη λειτουργία της σκέψης, όπως και η απώλεια πραγματικότητας. Επίσης υπαρκτικές ανάγκες που έχουν σχέση με την απειλή προς τη ζωή του ασθενούς, εξαιτίας του προβλήματος υγείας και γενικότερα με τις πνευματικές ανάγκες του ασθενούς.

Συνοπτικά θα λέγαμε ότι η επαγγελματική θεραπευτική σχέση απαρτίζεται από:

1ον: Την *εργασιακή σχέση* που συνδυάζεται με την ανάλογη θεραπευτική τεχνική. Η εργασιακή σχέση συνδυάζεται με τον ρόλο του θεραπευτή. Στην προκειμένη περίπτωση θεραπευτικό ρόλο και σχέση έχουν όλοι όσοι συμμετέχουν στη φροντίδα του ασθενούς με προεξάρχοντες όσους προέρχονται από την εκπαίδευση της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου, δηλαδή ιατρούς και νοσηλευτές.

2ον: Τη *διαπροσωπική σχέση*, όπου συναντώνται δύο άνθρωποι, ο θεράπων και ο ασθενής, οι προσωπικότητες των οποίων σχετίζονται και αντιμετωπίζουν τις συμπεριφορικές ανάγκες του ασθενούς, οι οποίες είναι σε συνάρτηση με το πρώτο σκέλος της θεραπευτικής σχέσης δηλαδή την εργασιακή. Φυσικά μαζί με τον ασθενή υπάρχει η οικογένειά του, που λαμβάνεται υπόψη.

Ο ρόλος του ασθενούς λαμβάνεται όταν υπάρχει ένα πρόβλημα υγείας, επίσης ο ρόλος του θεραπευτή λαμβάνεται όταν καλείται να αντιμετωπίσει το πρόβλημα υγείας του ασθενούς.¹ Επομένως η θεραπευτική σχέση συμβαίνει εξαιτίας ενός προβλήματος υγείας. Σημειωτέον ότι ο ασθενής συμμετέχει στη θεραπευτική σχέση με τον ήδη υπάρχοντα κοινωνικό του ρόλο εντός του οικογενειακού συστήματος.

Ποια είναι η αξία του παράγοντα της διαπροσωπικής σχέσης εντός της επαγγελματικής θεραπευτικής σχέσης, είναι ένα διαχρονικό ερώτημα που αρχίζει από την κλασική αρχαιότητα και αποπειράται να ερευνηθεί στη σύγχρονη εποχή.¹⁻¹⁵ Η εστίαση των μελετών σκοπεύει να δείξει τη συμβολή της δυναμικής της διαπροσωπικής σχέσης θεράποντος-ασθενούς, ως έναν θεραπευτικό παράγοντα, όσον αφορά στην επίτευξη του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Αναφορές και μελέτες για την αξία της διαπροσωπικής σχέσης στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης

Το θέμα της σχέσης ιατρού-ασθενούς, της θεραπευτικής σχέσης, μελετάται από την αρχαιότητα και ειδικότερα από τον Σωκράτη και εντεύθεν, ο οποίος θεωρείται ότι είναι δημιουργός της «ηθικής φιλοσοφίας» σε διάκριση με τη «φυσική φιλοσοφία».¹⁶ Πράγματι η φυσική φιλοσοφία ασχολείτο με την εξήγηση των φυσικών φαινομένων, ενώ ο Σωκράτης μετέφερε το ερώτημα στις ανθρώπινες σχέσεις και την εξήγηση της δυναμικής αυτών. Σημειωτέον ότι στη νεότερη εποχή ο S. Freud συνέχισε το έργο της επαγωγικής διαλεκτικής του Σωκράτη, η οποία απετέλεσε τη βάση ανάπτυξης της ψυχαναλυτικής τεχνικής, όπως φαίνεται στο έργο του Πλάτωνος, «Μένων».¹⁷

Η εξέλιξη της φιλοσοφικής σκέψης στην Αρχαία Ελλάδα επηρεάζει τον Ιπποκράτη, ο οποίος προάγει και συστηματοποιεί την ιατρική φιλοσοφία, τη βιοηθική και την ιατρική δεοντολογία, όπως φαίνεται από τα διασωζόμενα έργα του, ιδιαιτέρως τον Όρκο του Ιπποκράτη.¹⁸ Ως φαίνεται, ο όρκος του Ιπποκράτη είναι το πρώτο γραπτό κείμενο στην ανθρώπινη ιστορία που πραγματεύεται τη διαπροσω-

πική σχέση ιατρού-ασθενούς στο πλαίσιο της ιατρικής άσκησης.

Η φιλοσοφία της ιατρικής συνίσταται στη φιλοσοφική θεώρηση, τον χαρακτηρισμό και την ηθικοδεοντολογική καθοδήγηση της ιατρικής ως επιστήμης, τέχνης, άσκησης, έρευνας και κοινωνικής εφαρμογής.¹⁶ Ο Δημόκριτος σε επιστολή του προς τον Ιπποκράτη θεωρεί την «ιστορίην σοφίης ιατρικής αδελφὴν και ξύνοικον», δηλαδή την ιστορία της φιλοσοφίας ως αδελφή της ιατρικής και σύνοικο.¹⁶ Ο Ιπποκράτης ανάγει τη σοφία στην ιατρική και την ιατρική στη σοφία: «δει ... μετάγειν την σοφίην εις την ιατρική και την ιατρική εις την σοφίην».¹⁶ Ο Γαληνός προϋποθέτει τη σύνδεση φιλοσοφίας και ιατρικής για τη δημιουργία της ιατρικής προσωπικότητας: «όστις αν ιατρός, ή πάντως ούτος έστι και φιλοσόφος».¹⁶ Η γνώμη αυτή ισχύει και στους νεότερους χρόνους, όπως αναφέρει ο ιατροφιλόσοφος Θεόδωρος Αφεντούλης και ιδρυτής του Τζανείου Νοσοκομείου Πειραιά: «ουδείς ιατρός αφιλοσόφητος».¹⁶

Είναι προφανές λοιπόν ότι στη μετασωκρατική εποχή υπάρχει το ερώτημα για όλες τις επιστήμες και ειδικότερα την ιατρική, κατά πόσο η προσωπικότητα ενός θεραπευτή επηρεάζει το αποτέλεσμα μιας θεραπευτικής πράξης. Στη νεότερη εποχή το θέμα της θεραπευτικής σχέσης αναδεικνύεται με την έλευση της ψυχανάλυσης από τον S. Freud και τη διατύπωση της έννοιας της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης.^{14,15}

Γενικότερα η ανάπτυξη των ψυχοθεραπειών έδωσε αρκετά στοιχεία για τις παραμέτρους που διαντίζουν σε μια θεραπευτική σχέση, αφού οι ψυχοθεραπείες εκ των πραγμάτων έδωσαν σημασία στη θεραπευτική σχέση καθώς οι τεχνικές τους ήταν μόνο διαλεκτικές.^{14,15}

Ο M. Balint (1955) μελετά τη θεραπευτική σχέση με ένα πρωτόκολλο μελέτης που περιλαμβάνει μια ομάδα παθολόγων, η οποία συναντάται με τον συντονιστή μία φορά ανά εβδομάδα, στην Tavistock Clinic του Λονδίνου. Συνοπτικά το συμπέρασμα του M. Balint είναι: «Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο φάρμακο στην ιατρική είναι ο ίδιος ο γιατρός. Δεν ήταν μόνο το φάρμακο στο μπουκάλι ή τα χάπια στο κουτί που έχουν σημασία, αλλά ο τρόπος που ο γιατρός τα έδωσε για τον ασθενή του, στην πραγμα-

τικότητα η όλη ατμόσφαιρα στην οποία το φάρμακο δόθηκε και ελήφθη ...

... Δεν υπάρχει κάποιο βιβλίο που να πληροφορεί τον ιατρό σε ποια δοσολογία πρέπει να γράψει τον εαυτό του, σε ποια μορφή, πόσο συχνά και ποια είναι η θεραπευτική δόση.

... ένα από τα καθήκοντα της έρευνάς μας θα πρέπει να είναι να αρχίσουμε τον σχεδιασμό αυτής της νέας φαρμακολογίας». ⁷⁻⁸

Ο M. Balint ουσιαστικά εκπαίδευε τους ιατρούς στην αντιμεταβίβαση σε σχέση με τη μεταβίβαση του σωματικού ασθενούς και είναι η πρώτη φορά που αυτές οι έννοιες μελετώνται στον γενικότερο χώρο της υγείας και όχι μόνο στον χώρο της ψυχικής υγείας. Όπου αντιμεταβίβαση είναι οι συνειδητές ή ασυνειδητές συναισθηματικές αντιδράσεις του θεραπευτή προς τον ασθενή, ενώ μεταβίβαση είναι η ασυνειδήτη τάση ενός ατόμου να μεταφέρει στους άλλους του παρόντος και άμεσου περιβάλλοντος εκείνα τα συναισθήματα και τις στάσεις, που αρχικά συνδέθηκαν με σημαντικές μορφές της πρώιμης ζωής του (γονείς, αδέρφια κ.λπ.).¹

Σημειωτέον ότι οι έννοιες της αντιμεταβίβασης και μεταβίβασης ισχύουν για κάθε σχέση, ως επίσης και για τη διαπροσωπική συνιστώσα της επαγγελματικής θεραπευτικής σχέσης ενώ, ως έννοια, δεν αφορά μόνο στην ψυχαναλυτική θεραπεία.⁴ Η G.L. Bibring (1940–1950) υποστηρίζει: «οι ψυχαναλυτικές τεχνικές πρέπει να ενσωματωθούν στη γενικότερη ιατρική πράξη και ότι μια επιτυχής περίθαλψη απαιτεί έναν ιατρό που να καταλαβαίνει τις ψυχολογικές ανάγκες του ασθενούς και την προσωπικότητά του».⁹

Οι Bibring και Kahana (1950–1960) προτείνουν την αξιοποίηση των τύπων προσωπικότητας στην κατανόηση του σωματικού (physically) ασθενούς, επιβεβαιώνοντας τη μεταφορά της γνώσης από την Ψυχιατρική στη Γενική Ιατρική Παθολογία, στο πλαίσιο της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής.¹⁹ Η πρότασή τους δημοσιεύεται σε ελληνικό εγχειρίδιο της Κλινικής Ψυχιατρικής, το 1987.²⁰ Οι Bibring και Kahana περιγράφουν τις φυσιολογικές προσωπικότητες, δηλαδή αυτές που έχουν καλή λειτουργικότητα, οι οποίες σε περιπτώσεις στρεσογόνων καταστάσεων αντιδρούν με άγχος. Δηλαδή όταν εντείνονται ποσοτικά, υπό πιεστικές συνθήκες, τα χα-

ρακτηρολογικά στοιχεία μπορούν να εκδηλώσουν ψυχοπαθολογία. Η καταγραφή μιας φυσιολογικής προσωπικότητας προκύπτει από τη μελέτη της ανάλογης παθολογικής. Οι συγγραφείς χρησιμοποιούν τον όρο τύπος προσωπικότητας για να τονίσουν την αξιοποίηση της φυσιολογικής συνιστώσας της προσωπικότητας. Κατά τον 20ό αιώνα μελετάται η προσωπικότητα και οι διαταραχές της, ενώ κατά τις δεκαετίες 1950–1960 εισέρχονται επισήμως στα ταξινομικά εγχειρίδια DSM και ICD και έτσι το θέμα της προσωπικότητας εισέρχεται στο πεδίο έρευνας, διαγνωστικής και θεραπευτικής.²¹⁻²⁴

Ο C. Rogers υποστήριζε ότι η θεραπευτική επιτυχία εξαρτάται πρωτίστως από την ύπαρξη συγκεκριμένων στάσεων εκ μέρους του θεραπευτή, μέσω ενσυναισθητικής κατανόησης και όχι από τις τεχνικές που εφαρμόζει ή από τις ειδικές γνώσεις.^{25,26} *Ενσυναισθητική κατανόηση* σημαίνει να αντιλαμβάνεται ο θεράπων με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του ασθενούς, σαν να ήταν ο ίδιος ασθενής, χωρίς όμως να εγκαταλείψει την αντικειμενικότητα ενώ αποτελεί *σημαντική ικανότητα του επιδέξιου θεραπευτή*.¹ Φαίνεται λοιπόν ότι κατά τη δεκαετία του 1950 εισέρχεται η έννοια της ενσυναίσθησης στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαδικασίας και αναζητείται ο βαθμός συμβολής της στην επίτευξη του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Ο Ευάγγελος Παπανούτσος (1950–1960) ασχολείται με τη διαπροσωπική επικοινωνία στη σχέση ιατρού-ασθενούς και μεταφράζει τον αγγλικό όρο empathy σε ενσυναίσθηση και αναφέρει στα γραπτά του: «Ότι οι νέοι που σπουδάζουν ιατρική στα πανεπιστήμιά μας δεν μαθαίνουν ψυχολογία (ψυχολογία γενική, και ιδίως του αρρώστου, όχι τα ψυχικά νοσήματα) το γνωρίζω. Εκείνο που δεν γνωρίζω είναι αν υπάρχει ένα καλό εγχειρίδιο, περιεκτικό και σύντομο, με ακρίβεια και σαφήνεια γραμμένο, που μπορεί να τους τα δώσει κανείς να τα μελετήσουν, για να φωτισθούν απάνω στον τρόπο που πρέπει να μεταχειρίζονται όταν θα πλησιάζουν μεθαύριο τους αρρώστους των και θα προσπαθούν να τους γιατρέψουν».^{27,28}

Ο Σπυρίδων Δοξιάδης (1970) ασχολείται επίσης με τη διαπροσωπική επικοινωνία στη σχέση ιατρού-ασθενούς και αναρωτιέται: «Πότε θα διδαχθούν οι

φοιτητές της ιατρικής τις βασικές επιστήμες συμπεριφοράς του ανθρώπου που χωρίς αυτές δεν μπορούν να γίνουν καλοί γιατροί με τη σύγχρονη έννοια;». Επίσης θεωρεί ότι ένας ιατρός πρέπει να είναι θεραπευτής, ερευνητής, δάσκαλος και να διαδίδει, να μεταφέρει τη γνώση του.²⁹

Κατά τη δεκαετία του '70, όπου είχε κυριαρχήσει το άρθρο του G. Engel³⁰ όσον αφορά στην πρόταση του για τη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του ασθενούς, έδωσε σημαντική ώθηση για την περαιτέρω μελέτη της σημαντικότητας της θεραπευτικής σχέσης. Πράγματι κατά τη δεκαετία του 1980 αρχίζουν συστηματικές μελέτες, που υποστηρίζουν την αξία της θεραπευτικής σχέσης θεωρώντας ότι είναι αυτή καθαυτή ένας αυτόνομος θεραπευτικός παράγοντας, επιβεβαιώνοντας τις θεωρήσεις του M. Balint και του Rogers.³⁰

Πράγματι σε μια πολυκεντρική μελέτη για την κατάθλιψη από το National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program μελετούν 4 θεραπευτικές προσεγγίσεις: (1) γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας, (2) διαπροσωπικής θεραπείας, (3) φαρμακοθεραπείας με κλινική διαχείριση, (4) placebo με κλινική διαχείριση. Συμπεραίνουν ότι το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι συνάρτηση της ποιότητας της θεραπευτικής σχέσης, ανεξαρτήτως της όποιας θεραπευτικής τεχνικής.^{31,32}

Από την ίδια μελέτη βρέθηκε ότι η θεραπευτική συμμαχία έχει σημαντική επίδραση στην κλινική έκβαση τόσο για ψυχοθεραπείες όσο και για φαρμακοθεραπεία με ενεργό φάρμακο και εικονικό φάρμακο. Μάλιστα οι αξιολογήσεις των ασθενών για τη θεραπευτική συμμαχία σχετίζονται σημαντικά και αναλογικά με την έκβαση της θεραπείας. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η θεραπευτική συμμαχία είναι ένας κοινός θεραπευτικός παράγοντας με σημαντική επίδραση στο αποτέλεσμα της θεραπείας. Η θεραπευτική σχέση εμπεριέχει τη θεραπευτική συμμαχία ως έναν από τους κοινούς θεραπευτικούς παράγοντες. Η θεραπευτική συμμαχία θεωρείται ως η ποιότητα και ικανότητα της συνεργατικής σχέσης μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή κατά τη θεραπευτική διαδικασία και αποτελείται από τρία κύρια συστατικά: (1) συμφωνία στον θεραπευτικό

στόχο, (2) συναίνεση (consensus) επί των ενεργειών (tasks) που απαρτίζουν τη θεραπεία, (3) συναισθηματικός δεσμός (bond) μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή.³³⁻³⁵ Επίσης υπάρχουν ενδείξεις ότι όσο νωρίτερα εγκαθίσταται η θεραπευτική συμμαχία στη θεραπευτική σχέση, τόσο επηρεάζει θετικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα.³³ Θεωρούν εξάλλου ότι η εστίαση της προσοχής του θεράποντος στην εγκατάσταση μιας θεραπευτικής συμμαχίας στην πρώτη και δεύτερη και τρίτη συνεδρία συμβάλλει σημαντικά στην καλή συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία. Ανάλογα αποτελέσματα υποστηρίζουν και άλλοι ερευνητές.^{33,36-39}

Επειδή η συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία θεωρείται ένας σημαντικός παράγοντας όσον αφορά στη θεραπευτική έκβαση, έχει σχηματισθεί ο όρος «δυναμική φαρμακοθεραπεία», η μελέτη της οποίας αποδεικνύει ότι οι διαλεκτικές τεχνικές συμβάλλουν σημαντικά στη συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία, στην παρακολούθηση του ασθενούς με σημαντική βελτίωση του θεραπευτικού αποτελέσματος.⁴⁰ Επίσης η ενημέρωση του ασθενούς όσον αφορά στη νόσο του και τη θεραπευτική αγωγή, επηρεάζει θετικά την εγκατάσταση μιας θεραπευτικής συμμαχίας με ανάλογη συναίνεση στη φαρμακοθεραπεία.³⁸

Η θεραπευτική σχέση και συμμαχία έχουν μια σημαντική θετική επίδραση στην εφαρμογή των ειδικών θεραπευτικών τεχνικών, ενώ οι ασθενείς αξιολογούν ως σημαντικότερη τη σχέση με τον θεραπευτή τους παρά τη θεραπευτική τεχνική που ασκεί.⁴⁰⁻⁴² Επίσης συμπεραίνουν ότι η ενσυναίσθηση (empathy), η μη κτητική θερμότητα (non-possessive warmth), ο θετικός σεβασμός (positive regard) και η γνησιότητα (genuineness) έχουν σημαντική επίδραση στα αποτελέσματα της αγωγής σε μια ποικιλία ασθενών προάγουν τη θεραπευτική συμμαχία με θετική συσχέτιση με τα θεραπευτικά αποτελέσματα και τη συνολική λειτουργικότητα.³⁹⁻⁴³

Τέτοιες υποθέσεις υποστηρίζονται και από τη συζήτηση του μοντέλου των «κοινών παραγόντων» (commons factors), οι οποίοι εμπεριέχονται σε όλες τις μορφές θεραπευτικών τεχνικών. Θεωρείται ότι η θεραπευτική αλλαγή είναι συνάρτηση των κοινών παραγόντων και όχι των θεραπευτικών τεχνικών

των διαφόρων θεωρητικών σχολών.⁴⁴ Ο Lambert (1992) υποστηρίζει ότι οι κοινοί παράγοντες με θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι:

1ον: Οι μεταβλητές του ασθενούς και εξωθεραπευτικά συμβάντα, όπως ο βαθμός κινήτρου και οι περιστάσεις ζωής κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Υπολογίστηκε ότι αυτοί οι παράγοντες θεωρούνται ότι συμβάλλουν περίπου κατά 40% στο αποτέλεσμα της θεραπείας.

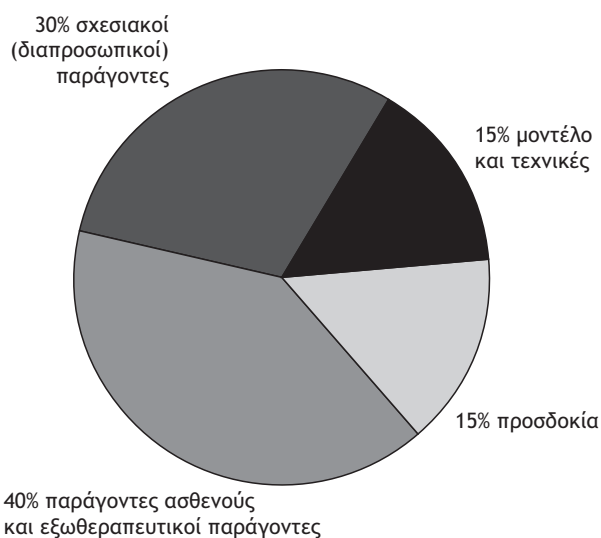
2ον: Ο βαθμός ενσυναίσθησης του θεραπευτή και η προθυμία να δώσει ανάδραση, συμβάλλουν κατά 30% στο θεραπευτικό αποτέλεσμα

3ον: Η προσδοκία και το placebo, που υπολογίζεται ότι συμβάλλουν κατά 15%.

4ον: Οι μεταβλητές του μοντέλου και της τεχνικής θεραπείας συμβάλλουν κατά 15% στην επίτευξη του θεραπευτικού αποτελέσματος (εικόνα 1).

Επίσης θεωρείται ότι οι θεραπευτικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για το μεγαλύτερο μέρος του κέρδους που προκύπτει κατά την άσκηση των ψυχοθεραπευτικών τεχνικών.⁴⁵⁻⁴⁷

Φαίνεται λοιπόν ότι οι μεταβλητές που αφορούν στη θεραπευτική τεχνική συμβάλλουν κατά 15% στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, ενώ οι μεταβλητές που αφορούν στον θεράποντα και τον ασθενή, εντός της θεραπευτικής σχέσης, συμβάλλουν κατά 85%.



Εικόνα 1. Μεταβλητές που αφορούν στη θεραπευτική σχέση.

Υπάρχει μια γενική παραδοχή ότι η σημασία της θεραπευτικής σχέσης μπορεί να ποικίλει, σε μεγάλο βαθμό από θεραπευόμενο σε θεραπευόμενο, αναλόγως τα χαρακτηριστικά του στοιχείου, όπως είναι η απομόνωση, η εξωστρέφεια, η τελειοθηρία, η καχυποψία, όπως επίσης ότι οι ασθενείς που προσδοκούν ότι η θεραπεία τους θα είναι αποτελεσματική, τείνουν να συμμετέχουν πιο εποικοδομητικά στη θεραπευτική διαδικασία.^{41,48-50}

Επιβεβαιώνεται λοιπόν η προσωποκεντρική (personalized) προσέγγιση του ασθενούς και η πρόταση των Bibring και Kahana για την αξιοποίηση των τύπων προσωπικότητας του ασθενούς για την καλύτερη κατανόηση του ασθενούς.^{9,19} Η παράμετρος της ενσυναίσθησης έχει μελετηθεί στον τομέα της ογκολογίας όσον αφορά στην ενημέρωση του ασθενούς, θεωρείται απαραίτητος παράγοντας για την καλή ενημέρωση των ασθενών και ζητείται περαιτέρω κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά στην ενσυναίσθηση.⁵¹

Επίλογος

Η μελέτη της διαπροσωπικής σχέσης, στη γενική της θεώρηση, αρχίζει ουσιαστικά από τον Σωκράτη, που αναπτύσσει την ηθική φιλοσοφία ως συνέχεια της φυσικής φιλοσοφίας. Η ηθική φιλοσοφία αξιοποιείται από τον Ιπποκράτη, που μελετά τη διαπροσωπική σχέση ιατρού-ασθενούς στο πλαίσιο άσκησης της ιατρικής στην πράξη, η οποία διατυπώνεται στον γνωστό όρκο του Ιπποκράτη. Στη νεότερη εποχή και ιδιαίτερα μετά την αναγέννηση αποπειράται η μελέτη των παραμέτρων και διαστάσεων της διαπροσωπικής σχέσης εντός της θεραπευτικής σχέσης και αναζητείται η συμβολή αυτών των παραμέτρων στη θεραπευτική διαδικασία και στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ο S. Freud κατά τον 19ο-20ό αιώνα εφευρίσκει την ψυχαναλυτική τεχνική, που βασίζεται ουσιαστικά στη δυναμική της διαπροσωπικής σχέσης. Η διατύπωση των εννοιών αντιμεταβίβασης και μεταβίβασης δείχνουν την ιδιαιτερότητα κάθε ασθενούς, του κάθε θεράποντος ως επίσης της κάθε θεραπευτικής σχέσης που αναπτύσσεται στο πλαίσιο της διαπροσωπικής επικοινωνίας των χαρακτηριστικών προσωπικότητας του θεράποντος και του ασθενούς. Η περαιτέρω ανάπτυξη των ψυχοθεραπειών, ανεξαρτήτως προσανα-

τολισμού, προσφέρει περισσότερες πληροφορίες για τη διαπροσωπική σχέση θεράποντος-ασθενούς καθώς εκ των πραγμάτων δόθηκε σημασία στις διαλεκτικές τεχνικές. Οι ερευνητές Bibring και Kahana κατά τη δεκαετία του 1950 υποστηρίζουν ότι οι ψυχαναλυτικές τεχνικές πρέπει να ενσωματωθούν στη γενικότερη ιατρική πράξη. Επίσης ο M. Balint και ο C. Rogers αναπτύσσουν μελέτες ποιοτικής βάσης, στις οποίες επιβεβαιώνεται ο σημαντικός ρόλος της μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης σε όλο το φάσμα της θεραπευτικής και όχι μόνον στο φάσμα των ψυχοθεραπειών. Ο C. Rogers θέτει τη σημασία της ενσυναίσθησης στη θεραπευτική διαδικασία και θεωρεί ότι η ίδια η ενσυναίσθηση είναι ένας σημαντικός θεραπευτικός παράγοντας κατά τη διαδικασία. Οι έννοιες αυτές υποστηρίζονται και από Έλληνες ερευνητές, όπως ο E. Παπανούτσος και ο Σ. Δοξιάδης. Κατά τη δεκαετία του 1970 εξελίσσεται η μελέτη της διαπροσωπικής σχέσης εντός της θεραπευτικής σχέσης και κατά τη δεκαετία του 1980 αναπτύσσονται συστηματικές μελέτες που υποστηρίζουν ότι η ποιότητα της διαπροσωπικής σχέσης καθιστά την επαγγελματική θεραπευτική σχέση έναν αυτόνομο θεραπευτικό παράγοντα που επιδρά στην ποιότητα της θεραπευτικής διαδικασίας και του θεραπευτικού αποτελέσματος. Η ποιότητα της

διαπροσωπικής σχέσης φαίνεται ότι επιδρά θετικά και στη συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία, συνιστώντας ιδιαίτερο πεδίο μελέτης με τον όρο «δυναμική φαρμακοθεραπεία». Αναπτύσσεται επίσης η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας και η μέτρηση αυτής, ως συστατικό της θεραπευτικής σχέσης, η οποία βοηθά και την ποσοτική μεθοδολογία έρευνας. Αναπτύσσεται επίσης η θεώρηση των κοινών παραγόντων (common factors) οι μελέτες των οποίων αναφέρουν ότι οι μεταβλητές που αφορούν στον θεράποντα και τον ασθενή συμβάλλουν έως 85% στο θεραπευτικό αποτέλεσμα έναντι των θεραπευτικών τεχνικών οι οποίες συμβάλλουν κατά 15% στο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Οι μελέτες συνεχίζονται και αναδύουν όλο και περισσότερο το ερώτημα κατά πόσο υπάρχει η δυνατότητα εκπαίδευσης στη δυναμική της διαπροσωπικής σχέσης στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο. Επίσης η ανάπτυξη διαλεκτικών τεχνικών, ως απότοκες της ενσυναίσθητικής θεραπευτικής σχέσης, οι οποίες να συμβάλουν σε κλινικό επίπεδο στην προσέγγιση και ενημέρωση του ασθενούς, εντός του γενικότερου χώρου της υγείας και όχι μόνο της ψυχικής υγείας.

The contribution of the relationship between therapist-patient and the context of the professional relationship

G. Kallergis

*School of Health Sciences, Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens,
Department of Psychiatry, "Agii Anargyroi Hospital", Athens, Greece*

Psychiatriki 2019, 30:165–174

The therapeutic relationship is the common place of all medical specialties in therapeutic practice. It is a professional relationship and consists of two components: the work component and the interpersonal component. The focus of the studies aims to show the contribution of the dynamics of the therapist - patient interpersonal relationship as a therapeutic factor in achieving the therapeutic

outcome. The issue of doctor-patient relationship has been studied since antiquity, in particular by Socrates and beyond. Hippocrates promotes and systematizes medical philosophy, bioethics and medical ethics, as seen in the well-known "Hippocratic Oath". In the new era, S. Freud continued the work of inductive dialectics of Socrates, while formulating the concept of transference and countertransference. The development of psychotherapies has provided enough evidence for the parameters that interact into a therapeutic relationship, as their techniques were merely dialectical. M. Balint supports the value of counter-transference and transference to the therapeutic relationship. G. Bibring & R. Kahana suggest that psychoanalytic techniques and personality types contribute to the understanding of the physical patient. C. Rogers suggested that the attitudes and the empathic understanding of the therapist, not the techniques, contribute primarily to therapeutic success. G. Engel (1970) promotes the patient's biopsychosocial approach. Since 1980, systematic studies have begun to support the value of the therapeutic relationship, believing that it is itself an autonomous therapeutic factor, confirming the views of M. Balint and C. Rogers. They conclude that the therapeutic effect is a function of the quality of the therapeutic relationship, regardless of any therapeutic technique, and that the therapeutic alliance has a significant effect on the clinical outcome for psychotherapies as well as for pharmacotherapy. Empathy, non-possessive warmth, positive respect and authenticity have a significant effect on the treatment results. The common factor model supports the dynamics of the interpersonal relationship contributing 85% to the therapeutic effect whereas the therapeutic techniques contribute 15%. It therefore seems that the dynamics of the interpersonal relationship, the therapist-patient, is an important therapeutic factor. Studies continue and more questions arise as to whether education is available, the dynamics of interpersonal relationships in the context of therapeutic relationships at undergraduate and postgraduate levels. Also, the development of dialectical techniques, as a response to the empathic therapeutic relationship, which contributes at the clinical level to the patient's approach and information within the general health area and not only to mental health.

Key words: Interpersonal relationship, therapeutic relationship, therapeutic factor, empathy, counter-transference.

Βιβλιογραφία

1. Μάνος Ν. *Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχιατρικών Όρων*. Αγγλο-ελληνικό-Ελληνοαγγλικό. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1985
2. Greenson RR. The working alliance and the transference neurosis. In: *Explorations in Psychoanalysis*. International Universities Press. New York, 1978:119-224
3. Greenson RR. *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. International Universities Press, New York, 1967
4. Καλλέργης Γ. *Ενσυναισθητική Θεραπευτική Σχέση: Μια Βασική Κοινή Ψυχοθεραπεία*. Εργαστήριο μετά από πρόσκληση στο 1ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Αθήνα, 2012
5. Καλλέργης Γ. *Οι Τύποι Προσωπικότητας στην Ενσυναισθητική Επικοινωνία*. Εργαστήριο μετά από πρόσκληση στο 2ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Αθήνα, 2013
6. Καλλέργης Γ. *Αξιοποίηση των Τύπων Προσωπικότητας στην Ενσυναισθητική Επικοινωνία: Χειρισμοί, Ενημέρωση*. Εργαστήριο μετά από πρόσκληση στο Εργαστήριο μετά από πρόσκληση στο 3ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Αθήνα, 2014
7. Balint M. *The Doctor, His patient and the Illness*. 2nd Ed. Churchill, Livingstone, 1990
8. Balint M. *Problems of Human Pleasure and Behaviors*. Maresfield Library, London, 1957
9. Bibring GL. *The teaching of Dynamic Psychiatry*. International Universities Press, USA, 1968
10. Δοξιάδης Σπ. *Ο ρόλος του Γιατρού στην Κοινωνία*. Εκδ. Δωδώνη, Αθήνα, 1990
11. Rogers C. *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Houghton Mifelin Company, Boston, 1961
12. Rogers C. *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Constable, London, 1951
13. Rogers C. *A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-centered Framework*. McGraw Hill. New York, 1959

14. Freud S. The dynamics of transference. In: J. Starchey (ed) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. Hogarth Press, London, 1912/1958
15. Freud S. On the beginning of treatment: Further recommendations of the technique of psychoanalysis. In: J. Starchey (ed) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. Hogarth Press, London, 1912/1958
16. Ευτυχιάδης ΑΧ. *Αρχές Φιλοσοφίας και Ιστορίας της Ιατρικής*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2001
17. Τατάκης Β. *Πλάτωνος-Μένων*. Εκδ. Δαίδαλος, https://repository.edulll.gr/edulll/retrieve/7024/1829_menon.pdf
18. Ιπποκράτη Άπαντα. Τόμος Ι. Γλώσσα: Αρχαία Ελληνική, Επιμελ.: D. Carolus Gottlom Kühn, Lipsiae, 1825
19. Bibring GL, Kahana RJ. Lectures in medical Psychology: An Introduction to the Care of Patients. *Arch Gen Psychiatry* 1969, 21:638–639, doi:10.1001/archpsyc.1969.01740230126027
20. Μάνος Ν. *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1987
21. Wilhelm Reich. *Ψυχανάλυση. Η ανάλυση του χαρακτήρα 2. Η θεωρία της διαμόρφωσης του χαρακτήρα*. Μετάφραση: Νίκος Σιδέρης. Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα, 2013
22. Schneider K. Psychopath ische Persönlichkeiten. In: *Klinische Psychopathologie*. 11. Unveränderte Auflage. Stuttgart, Germany: Thieme Verlag, 1976:17–39
23. Διαγνωστικά Κριτήρια από DSM-5. *Desk Reference To The Diagnostic Criteria From DSM-5TM*. Εκδ. Λίτσας, Αθήνα, 2015
24. Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς – Κλινικές Περιγραφές και Οδηγίες για τη Διάγνωση. Στο: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2011
25. Rogers CR. Empathic: An unappreciated way of being. *Counseling Psychologist* 1975, 5:2–11, doi: 10.1177/001100007500500202
26. Rogers CR. Μια φαινομενολογική Θεωρία: Η προσωποκεντρική Θεωρία του Carl Rogers για την Προσωπικότητα. Στο: Pervin LA, John OP. *Θεωρίες Προσωπικότητας*. Τυπωθήτω - Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα, 2001
27. Παπανούτσος ΕΠ. *Ψυχολογία του αρρώστου*. Στο: Ε.Π. Παπανούτσος: Ψυχολογία. Εκδ. Δωδώνη, Αθήνα, 1972
28. Παπανούτσος ΕΠ. Ο Γιατρός. Στο: Ε.Π. Παπανούτσος: *Πρακτική Φιλοσοφία*. Εκδ. Δωδώνη, Αθήνα, 1974
29. Δοξιάδης Σπ. *Ο Ρόλος του Γιατρού στην Κοινωνία. Δικαιώματα και Υποχρεώσεις*. Εκδ. Δωδώνη, Αθήνα Γιάννενα, 1990
30. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977, 196:129–136, PMID: 847460
31. Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP, Sotsky SM. Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy active ingredients and mechanisms of change. *Am J Psychiatry* 1988, 145:909–917, doi:10.1176/ajp.145.8.909
32. Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, 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, 64:532–539, PMID: 8698947
33. Howard K, Rickels K, Mock JE, Lipman RS, Covi L, Baumm NC. Therapeutic style and attrition rate from psychiatric drug treatment. *J Nerv Ment Dis* 1970, 150:102-110, doi: 10.1097/00005053-197002000-00002
34. Wright JH, Davis D. The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: Patient perceptions and therapist responses. *Cognit Behav Pract* 1994, 1:25–45, doi: 10.1016/S1077-7229 (05)80085-9
35. Bordin E. Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In: Horvath A, Greenberg L (eds) *The working alliance: Theory, research and practice*. Wiley, New York, 1994
36. Docherty JP, Fiester SJ. *The therapeutic alliance and compliance with psychopharmacology*. In: American Psychiatric Association (ed) *Psychiatry update* 1985, 4:607–632
37. Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP, Sotsky SM. Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy: active ingredients and mechanisms of change. *Am J Psychiatry* 1988, 145:909–917, doi: 10.1176/ajp.145.8.909
38. Gutheil TG. The psychology of psychopharmacology. *Bull Menninger Clin* 1982, 46:321–330, PMID: 7139146
39. Gabbard GO. *Η ψυχοδυναμική ψυχιατρική στην κλινική πράξη*. Επιμ. Ελλην. Έκδοσης: Θ.Ν. Υφαντής, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2006
40. Keijsers GP, Schaap CP, Hoogduin CA. The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. A review of empirical studies. *Behav Modif* 24:264–297, doi: 10.1177/0145445500242006
41. Bohart AC, Elliott R, Greenberg LS, Watson JC. Empathy. In: Norcross JC (ed) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press, New York, 2002
42. Miller A. Systems theory applied to the work of an educational psychologist. *Assoc Educat Psychol J* 1980, 5:11–16
43. Castonguay LG1, Goldfried MR, Wiser S, Raue PJ, Hayes AM. Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *J Consult Clin Psychol* 1996, 64:497–504, PMID: 8698942
44. Lambert MJ. Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. In: Norcross JC, Goldfried MR (eds) *Handbook of psychotherapy integration*. 1st ed. Basic Books, New York, 1992
45. Hubble MA, Duncan BL, Miller SD. *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. American Psychological Association. Washington DC, 1999
46. Asay TR, Lambert MJ. The empirical case of the common factors in psychotherapy: quantitative findings. In: M.A. Hubble, B.L. Duncan, S.D. Miller (eds) *The heart and soul of change: what works in therapy*. American Psychological Association. Washington DC, 1999, doi: 10.1037/11132-001

47. Lambert MJ. *The Handbook of Psychology Integration*. Basic Books, New York, 1992
48. Beutler LE. The empirically supported treatments movement: A scientist-practitioner's response. *Clin Psychol Sci Pract* 2006, 3:225–229, doi: 10.1093/clipsy.bph076
49. Norcross JC, Lambert ML. Psychotherapy Relationships That Work II. *Psychotherapy* 2011, 48:4–8, doi: 10.1037/a0022180
50. Blatt SJ, Quinlan DM, Zuroff DC, Pilkonis PA. Interpersonal factors in brief treatment of depression: further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1996, 64:162–171, doi: 10.1037/0022-006X.64.1.162
51. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gliber G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES- A six step protocol for delivering bad news: Applications to the patient with cancer. *The Oncologist* 2000, 5:302–311, PMID: 10964998

Αλληλογραφία: Γ. Καλλέργης, Δαβάκη Πίνδου 42, 157 73 Ζωγράφου, Αθήνα, Τηλ: 210-72 18 320, 210-35 01 567
e-mail: gkallerg@nurs.uoa.gr