

**Από την κλασική εξαρτημένη μάθηση και τη συντελεστική μάθηση στην
προσανατολισμένη προς το σύστημα θεραπεία της συμπεριφοράς^{****}**

Μία επέτειος αποτελεί πάντοτε καλή ευκαιρία για την ιστορική ανασκόπηση και την επισήμανση των εξελίξεων που προκάλεσαν σημαντικές αλλαγές σε κάποιο επιστημονικό πεδίο ή που είναι πιθανό να επηρεάσουν τη μελλοντική του πορεία. Σε αυτό το άρθρο συνοψίζω τα ζητήματα που θεωρώ πιο σημαντικά και που κατά τη γνώμη μου οδήγησαν στη μετεξέλιξη των πρώιμων ριζοσπαστικών και υπεροπτικών απόψεων των συμπεριφοριστών. Αυτές οι απόψεις εστίαζαν στην εξάρτηση μεμονωμένων συμπεριφορών, αρχικά στην τροποποίηση της συμπεριφοράς μέσω ενισχύσεων και αργότερα σε μία δυναμική, ευρεία και προσανατολισμένη προς το σύστημα προσέγγιση, σχεδιασμένη ώστε να βοηθά τους θεραπευόμενους να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τα ψυχολογικά τους προβλήματα.

Δύο Παραδειγματικά ζητήματα^{*****} κατείχαν (και εξακολουθούν να κατέχουν) κεντρική θέση στην αντίδραση των συμπεριφοριστών απέναντι στις επικρατούσες ψυχοδυναμικές σχολές στις αρχές του εικοστού αιώνα: (1) Το οντολογικό ερώτημα: Ποια είναι η ουσία της πραγματικότητας και του ανθρώπινου οργανισμού; και (2) το επιστημολογικό ερώτημα: Πώς μαθαίνουμε για την πραγματικότητα (α) μέσω της λογικής, της προσωπικής εμπειρίας και των υποκειμενικών αισθημάτων, (β) μέσω της χρήσης επιστημονικών μεθόδων ώστε οι παρατηρήσεις μας να είναι εμπειρικά έγκυρες, ή (γ) μέσω και των δύο παραπάνω; Αρχικά οι συμπεριφοριστές απέρριψαν τη θεωρία ύπαρξης δύο κόσμων, ενός υλικού (φυσικού) και ενός πνευματικού (ψυχικού) ως ουσία της πραγματικότητας. Με το πέρασμα του χρόνου, ωστόσο, οι θεραπευτές της συμπεριφοράς αναγνώρισαν την ανάγκη να ενσωματώσουν μη παρατηρήσιμα γεγονότα, όπως οι γνωσίες (γνωσιακές κατασκευές), στην έννοια της πραγματικότητας, αλλά και τις προσωπικές εμπειρίες, τα αισθήματα και τα συναισθήματα σε ένα πλήρες μοντέλο του ανθρώπινου οργανισμού.

Ξεκινώντας με τις έρευνες σε ζώα των Pavlov και Skinner και μετά από πολλές εννοιολογικές τροποποιήσεις, φθάσαμε σε ένα περιεκτικό δυναμικό-συστημικό μοντέλο με διεργασίες ανάδρομης και πρόδρομης τροφοδότησης, οι οποίες αλληλεπιδρούν στο χρόνο και συγκροτούνται από αλληλοσυσχετιζόμενα βιολογικά και ψυχολογικά υποσυστήματα. Δυστυχώς, όμως, εξαιτίας της δυϊστικής φιλοσοφικής οπτικής του Δυτικού πολιτισμού, η θεραπεία της συμπεριφοράς συνεχίζει σε μεγάλο βαθμό να ερμηνεύεται βάσει της κλασικής εξαρτημένης μάθησης του Pavlov και της συντελεστικής μάθησης του Skinner, όπως αυτές καταδείχθηκαν αρχικά μέσω πειραμάτων σε ζώα. Αυτές οι απόψεις και η διάκριση του ψυχικού από τον υλικό κόσμο δημιουργούν συχνά προβλήματα στην επικοινωνία μεταξύ των

* Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο του Ιλινόις

** Ευχαριστώ τους W. Heller, G. Miller και J. Rappaport για τις χρήσιμες υποδείξεις τους. Οι ιδέες που παρουσιάζονται αντανακλούν την αμερικανική οπτική του συγγραφέα. Ωστόσο, αλληλεπικαλύπτονται σε σημαντικό βαθμό με την δυτικοευρωπαϊκή οπτική.

*** Κλινικοί ψυχολόγοι - ψυχοθεραπευτές, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

**** Kanfer, H.F. (1999). From Conditioning to System-Oriented Behavior Therapy. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 20. JG (1), 11-20.

***** Σ.τ.Μ. «Παράδειγμα» είναι το σύνολο των πεποιθήσεων, των αναγνωρισμένων αξιών και των τεχνικών που ασπάζονται τα μέλη μίας δεδομένης ομάδας επιστημόνων. Δεν ταυτίζεται με μία επιστημονική θεωρία και έχει μία πολύ σφαιρικότερη διάσταση (Kuhn¹, σελ. 26).

θεραπευτών, αλλά και μεταξύ των θεραπευόμενων και των θεραπευτών, κατά την περιγραφή και την αιτιολόγηση καθημερινών εμπειριών και γεγονότων. Με το δυϊσμό βαθιά εδραιωμένο στη γλώσσα μας και στον τρόπο που ερμηνεύουμε τα γεγονότα, τόσο οι θεραπευόμενοι, όσο και οι θεραπευτές, δυσκολεύονται συχνά να διατηρήσουν μία μη - νοησιοκρατική, συστημική οπτική στον τρόπο που σκέφτονται και επικοινωνούν.

Καθώς η θεραπεία της συμπεριφοράς άρχισε να γίνεται αποδεκτή έγινε σαφές ότι οι εσωτερικές διεργασίες, όπως η σκέψη, η γλώσσα, αλλά και τα συναισθήματα έπρεπε να συμπεριληφθούν στην αναπαράσταση των ψυχικών γεγονότων. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη διεύρυνση του μοντέλου E-A (ερέθισμα-αντίδραση) και του μετέπειτα μοντέλου E-A-E (ερέθισμα-αντίδραση-επακόλουθα), στο σχήμα E-O-A-Σ (ερέθισμα-οργανισμός-αντίδραση-επακόλουθα), ώστε η ανάλυση της συμπεριφοράς να συμπεριλαμβάνει τη γλώσσα και την αυτορρύθμιση^{2,3,4,5}.

Η αναγνώριση της δυνατότητας του ατόμου να ρυθμίζει τη συμπεριφορά του και να μαθαίνει μέσω της παρατήρησης⁶ αποτέλεσαν περαιτέρω σημαντικά βήματα για τη διεύρυνση του αρχικού μοντέλου. Η αποδοχή του ατόμου ως πηγή ελέγχου διεύρυνε ακόμα περισσότερο την προσέγγιση, εστιάζοντας στη δυναμική δύναμη του αυτοελέγχου, των νοητικών αναπαραστάσεων και των κινήτρων που πηγάζουν από το ίδιο το άτομο κατά τη θεραπεία. Τόσο η σκέψη, όσο και το συναίσθημα θεωρήθηκαν⁷ σημαντικά ερεθίσματα που ασκούν έλεγχο στη συμπεριφορά και οδήγησαν στην ανάπτυξη τεχνικών όπως η αναδόμηση, το παίξιμο ρόλων, η γνωσιακή πρόβα, η τροποποίηση των πεποιθήσεων και άλλες γνωσιακές τεχνικές^{8,9} οι οποίες ήρθαν να συμπληρώσουν το μοντέλο μάθησης που βασίζεται στον εξωτερικό έλεγχο.

Διακρίνουμε τρεις κύριες πηγές εισερχόμενων (input) που ασκούν έλεγχο και είναι υπεύθυνα για τις τρέχουσες συμπεριφορές: (1) τα άλφα, τα οποία πηγάζουν από το εξωτερικό περιβάλλον, (2) τα βήτα, που είναι εσωτερικά και πηγάζουν από το ψυχολογικό υποσύστημα του ατόμου και (3) τα γάμμα, που προέρχονται από το βιολογικό υποσύστημα του ατόμου. Κατά τις δεκαετίες του 1960 και του 1970 οι τεχνικές της θεραπείας της συμπεριφοράς προχώρησαν πέρα από τον έλεγχο των εξωτερικών ερεθισμάτων (άλφα) στις γνωσιακές κατασκευές, τις γνωσίες (βήτα). Αργότερα ακολούθησε η «επανάσταση του συναισθήματος» - η οποία δεν έχει ολοκληρωθεί ακόμα - και η εντατική διερεύνηση της συμβολής των διαφόρων βιολογικών (γάμμα) υποσυστημάτων (π.χ. το νευρικό, το γενετικό κλπ.) κατά την εξέλιξη και την αντιμετώπιση των ψυχολογικών δυσλειτουργιών. Σήμερα, η τάση αυτή αντικατοπτρίζεται στην ολοένα αυξανόμενη συχνότητα με την οποία συνδυάζονται φαρμακολογικές και ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές τεχνικές¹⁰.

Η συμμετοχή του θεραπευόμενου στον καθορισμό των στόχων της θεραπείας και στο σχεδιασμό του τρόπου εφαρμογής των θεραπευτικών τεχνικών, σε συνδυασμό με τον εστιασμό στα εσωτερικά γεγονότα (γνωσιακά και βιολογικά) επέφεραν σημαντικές αλλαγές στο θεραπευτικό μοντέλο. Ενώ στις αρχικές θεωρήσεις ο θεραπευτής ήταν υπεύθυνος για την επιλογή των θεραπευτικών στόχων και μεθόδων, με το θεραπευόμενο να αναλαμβάνει σχετικά δευτερεύοντα ρόλο, ο εστιασμός στην δυνατότητα του θεραπευόμενου για αυτορρύθμιση έκανε τη σχέση θεραπευτή - θεραπευόμενου πιο ισότιμη. Στο γνωσιακό συμπεριφοριστικό μοντέλο, οι θεραπευόμενοι συμμετέχουν στο σχεδιασμό της θεραπείας, αναλαμβάνουν ευθύνες για την πρόοδο της θεραπείας, παρατηρούν και αξιολογούν τη συμπεριφορά τους και αποτελούν ενεργά μέλη της θεραπευτικής δυάδας.

Στις Η.Π.Α. και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, οι κοινωνικο-οικονομικές, οι πολιτικές και οι τεχνολογικές αλλαγές είχαν ως αποτέλεσμα να τεθεί πιο επιτακτικά το αίτημα για τη μείωση του κόστους και την εύλογη δικαιολόγηση τόσο των μεθόδων, όσο και των στόχων της θεραπείας. Οι βραχύχρονες θεραπείες, η χρήση τυποποιημένων τεχνικών

που ακολουθούν προδιαγεγραμμένη πορεία και η χρησιμοποίηση βοηθών σε διάφορες φάσεις των θεραπευτικών προγραμμάτων, παρουσιάζουν πια ευρεία διάδοση. Η έμφαση στην αποτελεσματικότητα και την αξιοπιστία της θεραπείας και η κατάρριψη του μύθου ότι ο μόνος τρόπος για να καταστεί ικανός ο θεραπευτής να αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα είναι μέσω της μακρόχρονης προσωπικής του ανάλυσης, καθώς και η δυσaréσκεια με την παραδοσιακή ψυχανάλυση -με το κλίμα ρομαντισμού, εκμυστήρευσης και μυστικοπάθειας που τη διακρίνει- οδήγησε επίσης στην αποδόμηση και στην προσεκτικότερη εξέταση των διαδικασιών που υιοθετούν οι διάφορες σχολές. Όσον αφορά στις διαδικασίες των θεραπευτικών συναντήσεων αυτό οδήγησε σε ένα «τεχνικό εκλεκτισμό»¹¹ με χρήση τεχνικών από διάφορες προσεγγίσεις, ανοίγοντας το δρόμο προς τη σύγκλιση των σχολών¹². Όπως έχει υποστηρίξει ο Lazarus¹³ «Είναι πιθανό μία τεχνική να αποδειχθεί αποτελεσματική στην πράξη, για λόγους που δεν σχετίζονται με το θεωρητικό πλαίσιο που οδήγησε στην ανάπτυξή της» (σελ. 35). Η αυξανόμενη σύγκλιση επέφερε επίσης μείωση στον ανταγωνισμό μεταξύ των ειδικών, αλλά και στην αυθαίρετη απόδοση κύρους στους θεραπευτές, που σε ορισμένες χώρες βασιζόταν αποκλειστικά στην προσχώρηση σε ένα θεωρητικό μοντέλο ή μία σχολή και όχι στην ικανότητα τους. Η εξέταση των κοινών στοιχείων των διαφόρων μορφών θεραπείας έδειξε ξεκάθαρα ότι σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις δίνεται κάποια σημασία σε τέσσερις βασικούς τομείς. Ωστόσο, ο τρόπος χειρισμού των ζητημάτων αυτών συνεχίζει να διαφέρει μεταξύ των σχολών, αλλά και από περίπτωση σε περίπτωση.

Κάποιες κρίσιμες διαδικασίες και κάποιοι κρίσιμοι τομείς σχηματίζουν ένα κοινό πυρήνα για τη θεραπεία των περισσότερων θεραπευόμενων, παρότι ο χρόνος εφαρμογής, οι συγκεκριμένες τεχνικές και η προτεραιότητα των στόχων πρέπει να προσαρμοσθεί για να καλύψει τις ιδιαίτερες ανάγκες της κάθε περίπτωσης. Πάρα τις διαφορές μεταξύ των διαφόρων σχολών ψυχοθεραπείας, όλες οι προσεγγίσεις δίνουν κάποια σημασία στους ακόλουθους τομείς, αν και συχνά χρησιμοποιούν διαφορετικούς όρους για να τους περιγράψουν. Αυτοί οι τομείς είναι οι εξής: (1) η σχέση θεραπευόμενου - θεραπευτή· (2) το κίνητρο και οι συναισθηματικές διεργασίες του θεραπευόμενου· (3) οι δεξιότητες και οι μεταδεξιότητες του θεραπευόμενου και του θεραπευτή, οι οποίες απαιτούνται για να οδηγηθεί η θεραπεία προς τον επιθυμητό στόχο· (4) η αξιολόγηση που λαμβάνει υπόψη το μοναδικό συνδυασμό εμπειριών, βιολογικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών του θεραπευόμενου, σε σχέση με το πλαίσιο στο οποίο ζει και στο οποίο λαμβάνει χώρα η θεραπεία, διευρύνοντας το παλαιό πρότυπο της «διάγνωσης». Η ιδέα του συνδυασμού στοιχείων που προκύπτουν από γενικές αρχές και μεταβλητών που σχετίζονται με την προσωπική ιστορία του ατόμου και τα χαρακτηριστικά του έχει συνοψιστεί στον κανόνα: «Σκέψου σφαιρικά, ενέργησε συγκεκριμένα». Η επιδέξια εξισορρόπηση αυτών των συστατικών είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική πρόοδο προς μία κατάσταση - στόχο που καθορίζεται από κοινού (και επαναξιολογείται συνεχώς) από το θεραπευόμενο και τον θεραπευτή. Επίσης, οι παρεμβάσεις σε κάθε τομέα επιλέγονται έτσι, ώστε να είναι σύστοιχες με την τρέχουσα κατάσταση του θεραπευόμενου, αλλά και την ετοιμότητά του για αλλαγή. Πρέπει να δίδεται διαφορετικός βαθμός προσοχής σε κάθε τομέα κατά τα διάφορα στάδια της θεραπείας. Για παράδειγμα, η ανάπτυξη της «θεραπευτικής συμμαχίας», μίας εμπιστευτικής και συνεργατικής σχέσης, είναι ένας από τους κύριους στόχους κατά τις πρώτες συνεδρίες, ενώ η εντατικότερη ενασχόληση με την εκμάθηση δεξιοτήτων έρχεται αργότερα στη θεραπεία.

Η μετάβαση από ένα ευθύγραμμο σε ένα παλινδρομικό δυναμικό συστημικό Παράδειγμα, οδήγησε επίσης στη διεύρυνση της λειτουργικής ανάλυσης της παρούσας συμπεριφοράς του θεραπευόμενου, ώστε να περιλαμβάνει το πλαίσιο μέσα στο οποίο κινείται και την επίδραση των αλλαγών στη συμπεριφορά του θεραπευόμενου στη συμπεριφορά άλλων ατόμων και στο περιβάλλον. Για παράδειγμα, οι αυξημένες απαιτήσεις του προϊστάμενου στη δουλειά ή του συντρόφου στο σπίτι από τη στιγμή που ο

θεραπευόμενος δεν είναι πλέον ακινητοποιημένος λόγω κρίσεων πανικού ή οι αυξημένες απαιτήσεις από κάποιον που μόλις ξεπέρασε την εξάρτηση από το οινόπνευμα αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν. Σε αντίθεση με την αρχική προσέγγιση της τροποποίησης της συμπεριφοράς, τώρα δίνεται προσοχή στον τρόπο με τον οποίο αναμένεται να αντιδράσει το περιβάλλον στη θεραπευτική πρόοδο του θεραπευόμενου και οι κατάλληλες τεχνικές για το χειρισμό των αντιδράσεων αυτών πρέπει να αποτελούν μέρος της θεραπείας. Οι συνεχείς αλλαγές που προκαλούνται από τις αμοιβαίες επιδράσεις του ατόμου και του περιβάλλοντός του έχουν περιγραφεί από τον Bandura¹⁴ με τη θεωρία της «αμοιβαίας αιτιοκρατίας».

Η ΣΧΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Παρά τις διαφορές στην ορολογία που χρησιμοποιούν οι διάφορες σχολές ψυχοθεραπείας, υπάρχει σημαντική αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των σύγχρονων θεραπειών ως προς τις θεραπευτικές στρατηγικές. Καθώς το «κίνημα της σύγκλισης» εξαπλωνόταν (έχει περιγραφεί από πολλούς ερευνητές, βλ. Goldfried, Lazarus, Grawe, Meichenbaum, Ellis μεταξύ άλλων), οι περισσότεροι θεραπευτές της συμπεριφοράς υιοθέτησαν ένα ρόλο που χαρακτηρίζεται από αποδοχή, κατανόηση και καθοδήγηση, ο οποίος συνδυάζει την υποστήριξη και την εκπαίδευση σε νέες συμπεριφορές, σκέψεις και συναισθήματα. Για παράδειγμα, ανεξαρτήτως από το αν θεωρητικώς το αποδίδουν στη μεταβίβαση ή στη γενίκευση μαθημένων συμπεριφορών από άλλες σχέσεις, όλοι οι θεραπευτές χρησιμοποιούν τη θεραπευτική σχέση για να ενδυναμώσουν το κίνητρο για αλλαγή του θεραπευόμενου, για να αξιολογήσουν τις διαπροσωπικές δεξιότητές του ή ως πεδίο εξάσκησης νέων κοινωνικών δεξιοτήτων. Οι θεραπευτές που ακολουθούσαν την πρώιμη θεωρία της κλασικής εξαρτημένης μάθησης θεωρούσαν τη θεραπευτική σχέση ασήμαντη και συχνά ο θεραπευόμενος δούλευε με πολλούς θεραπευτές. Οι ψυχαναλυτές βασιζόνταν στις διαπροσωπικές συμπεριφορές κατά τη συνεδρία για να εξάγουν συμπεράσματα για τις πρώιμες (και σημαντικές) παιδικές εμπειρίες και για τις ασυνείδητες συγκρούσεις, ενώ οι μη καθοδηγητικοί θεραπευτές (π.χ. Rogers¹⁵) θεωρούσαν την ίδια τη θεραπευτική σχέση ως το πιο κρίσιμο συστατικό της θεραπείας.

Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΙΝΗΤΡΩΝ

Οι θεραπευτές της συμπεριφοράς αναγνωρίζουν πλέον ότι η περιπλοκότητα της κινητοποίησης εκτείνεται πολύ πέραν της έννοιας της ενίσχυσης. Η κινητοποίηση πλέον ορίζεται ως η διάθεση του θεραπευόμενου να ενεργήσει προς την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Αυτό συχνά απαιτεί την επιλογή μεταξύ πολλών αλληλοσυγκρουόμενων στόχων, οι οποίοι εμφανίζονται σχεδόν εξίσου θελκτικοί και την αναγνώριση των συναισθηματικών στοιχείων που συνοδεύουν τη διαδικασία επιλογής στόχου. Η θεραπεία σημαίνει, επίσης, αλλαγή, γεγονός που πάντοτε οδηγεί στην εγκατάλειψη οικείων και καλά εξασκημένων στάσεων και συμπεριφορών, που έχουν αυτοματοποιηθεί και το άτομο είναι σε θέση να τις φέρει εις πέρας με ευκολία. Επιπλέον, πρέπει να αναγνωριστεί ότι συχνά το κύριο κίνητρο του θεραπευόμενου για θεραπεία δεν είναι η έντονη επιθυμία για αλλαγή, αλλά η δικαιολόγηση των τρεχουσών προβληματικών συμπεριφορών. Καθώς εξαπλωνόταν, η θεραπεία της συμπεριφοράς (με τη βοήθεια στοιχείων από άλλες σχολές και μέσω των δικών της ερευνητικών πορισμάτων) ανέπτυξε ειδικές μεθόδους για τη διασαφήνιση των σκοπών και των αξιών^{16,17}. Οι μέθοδοι αυτές χρησιμεύουν στην αποκάλυψη των κυρίαρχων μακροχρόνιων στόχων και φιλοδοξιών του θεραπευόμενου και στο συσχετισμό τους με πιο άμεσους στόχους. Αυτή η διαδικασία αυτοαξιολόγησης συχνά αποτελεί την κατευθυντήριο για την αυτοδιαχείριση και για τη μείωση των συναισθηματικών αντιδράσεων που εμποδίζουν την πρόοδο της θεραπείας.

Η ΕΚΜΑΘΗΣΗ ΝΕΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Ο τρίτος τομέας, η μάθηση νέων συμπεριφορών και η απόσβεση των παθολογικών αντιδράσεων έχει επίσης διευρυνθεί πολλές φορές. Σε αντίθεση με τις πρώιμες προσεγγίσεις της αλλαγής των προβληματικών συμπεριφορών μόνο μέσω της κλασικής εξαρτημένης μάθησης ή της συντελεστικής μάθησης, σήμερα θεωρείται ότι αποτελεσματική είναι η θεραπεία που βασίζεται στην εκπαίδευση σε νέες δεξιότητες, οι οποίες βοηθούν το θεραπευόμενο να τροποποιήσει τις παρούσες δυσλειτουργικές συμπεριφορές του, αλλά και του επιτρέπουν να καθοδηγήσει πιο εύκολα τις ενέργειές του στο μέλλον. Άρα, ο σκοπός της θεραπείας δεν είναι απλώς η τροποποίηση μίας μεμονωμένης συμπεριφοράς, αλλά η ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών μεθόδων αντιμετώπισης. Η εκπαίδευση στις δεξιότητες αυτοδιαχείρισης, η αναγνώριση των συναισθηματικών αντιδράσεων και η χρήση νοητικών αναπαραστάσεων για το σχεδιασμό και την επίλυση προβλημάτων συγκαταλέγονται μεταξύ των μεταδεξιοτήτων, οι οποίες μπορούν να αυξήσουν την προσωπική αποτελεσματικότητα του θεραπευόμενου¹⁷. Επιπροσθέτως, υπάρχει η παραδοχή ότι οι παθολογικές αντιδράσεις διατηρούνται λόγω κάποιου επιθυμητού επακόλουθου. Κατά συνέπεια, η επίτευξη της αποτελεσματικής λειτουργικότητας του θεραπευόμενου προϋποθέτει την ανάπτυξη νέων συμπεριφορών που θα εξασφαλίζουν κάποια ικανοποιητικά και κοινωνικά αποδεκτά επακόλουθα για το θεραπευόμενο, χωρίς τις αρνητικές επιδράσεις του συμπτώματος. Ο σκοπός της θεραπείας δεν είναι απλώς η απάλειψη του συμπτώματος, αλλά η προετοιμασία του θεραπευόμενου για μία καλύτερη ζωή.

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο τέταρτος τομέας, που αποτελεί βασικό συστατικό της θεραπείας της συμπεριφοράς, είναι η αξιολόγηση ως απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη των θεραπευτικών στόχων και διαδικασιών. Σε αντίθεση με την παλαιότερη ψυχαναλυτική εκτίμηση των παιδικών εμπειριών σε αναζήτηση των ασυνείδητων συγκρούσεων, οι οποίες θεωρείτο ότι αποτελούσαν το υπόβαθρο της μετέπειτα παθολογίας και των «δομών» της προσωπικότητας, αλλά και σε αντίθεση με την περιοριστική ανάλυση των δυσλειτουργικών αντιδράσεων (χωρίς να λαμβάνεται υπόψιν το πλαίσιο στο οποίο εκδηλώνονταν) των πρώτων θεραπειών που βασίζονταν στην κλασική εξαρτημένη μάθηση, σήμερα οι θεραπευτές της συμπεριφοράς εστιάζουν στη λειτουργική ανάλυση της συμπτωματικής συμπεριφοράς, μέσα στο κοινωνικοπολιτιστικό πλαίσιο της και την ιστορία της. Αυτό συμπεριλαμβάνει μία πολυεπίπεδη αξιολόγηση του ατόμου μέσα στο πλαίσιο στο οποίο ζει (δηλαδή λαμβάνονται υπόψιν κοινωνικοπολιτιστικοί, εθνικοί, θρησκευτικοί, βιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες, καθώς και οι μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις). Αυτή η αξιολόγηση περιγράφει επίσης και την επιθυμητή κατάσταση στόχο, δηλαδή τι χρειάζεται για να επιτευχθεί μία κατάσταση ευημερίας του θεραπευόμενου, η οποία να χαρακτηρίζεται από αποτελεσματικότερη ενδοπροσωπική και διαπροσωπική συμπεριφορά και σχετική έλλειψη δυσφορίας, η οποία ταυτοχρόνως να είναι σύστοιχη με τις αξίες και τις προσδοκίες του περιβάλλοντος στο οποίο ζει.

ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Οι αλλαγές που συντελέστηκαν σε βασικούς τομείς του χώρου οδήγησαν σε εξελίξεις που είναι πιθανόν να αλλάξουν σε σημαντικό βαθμό την εικόνα της κλινικής ψυχολογίας τις επόμενες δύο δεκαετίες. Καθώς η κοινωνική αντίληψη για τον ψυχοθεραπευτή μεταβάλλεται από αυτή του πνευματικού ή του ιερέα μάγου σε αυτή του εκπαιδευμένου ειδικού, η κοινωνία απαιτεί ολοένα και πιο επιτακτικά τον έλεγχο και τη δικαιολόγηση των μεθόδων και των στρατηγικών που ακολουθεί. Σήμερα η επιλογή μίας τεχνικής από το θεραπευτή πρέπει να υποστηρίζεται από αποδείξεις της

αποτελεσματικότητάς της, της εγκυρότητάς της και της καλής αναλογίας κόστους προς όφελος. Οι κλινικοί είναι πλέον υπόλογοι για τη δουλειά τους στους θεραπευόμενους τους, αλλά και στους επαγγελματικούς οργανισμούς ή τις αρχές που πιστοποιούν την επαγγελματική τους ιδιότητα. Ολοένα και περισσότερο θεραπευτικά εγχειρίδια και οδηγοί που περιγράφουν θεραπείες που έχουν αποδειχθεί εμπειρικά έγκυρες αποτελούν τη βάση της θεραπείας. Αυτή η επαγγελματική πρακτική έχει γνωρίσει ευρεία υποστήριξη, επειδή διασφαλίζει την προστασία του θεραπευόμενου (καταναλωτή) από επιβλαβείς πρακτικές.

Ο θεσμός της Διαχείρισης των Υπηρεσιών Υγείας (Managed Health – Care) στις Η.Π.Α. είχε ως αποτέλεσμα την εξονυχιστική διερεύνηση των ψυχοθεραπευτικών διαδικασιών από οικονομικής απόψεως. Σε ποιο βαθμό είναι οικονομικά υπεύθυνη η κοινωνία για το αν νιώθει καλά ο θεραπευόμενος; Σε τι βαθμό η ευθύνη για την κάλυψη του κόστους της θεραπείας θα πρέπει να αναλαμβάνεται από το θεραπευόμενο και όχι από την ασφαλιστική εταιρεία, αν ο θεραπευόμενος έχει κακή διάθεση ή κάποια φοβία, αλλά μπορεί να ανταποκριθεί στις επαγγελματικές ή τις οικογενειακές υποχρεώσεις του; Ποιο είναι το κριτήριο για τη λήξη της θεραπείας: να μπορεί κανείς να λειτουργήσει στο κοινωνικό και το επαγγελματικό του περιβάλλον ή να νιώθει χαρούμενος και ικανοποιημένος; Η βραχεία ψυχοθεραπεία, η οποία εστιάζεται στην απαλοιφή της συγκεκριμένης δυσλειτουργίας ή στην αντιμετώπιση του αιτήματος του ασθενούς, έχοντας προκαθορισμένη ημερομηνία λήξης, είναι η θεραπεία που προτιμάται από τους οργανισμούς Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας (Managed Care Organizations)¹⁸. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, προτιμώνται οι μέθοδοι αξιολόγησης με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή, τα τυποποιημένα διαγνωστικά συστήματα και οι θεραπείες που βασίζονται σε εγχειρίδια, αντί η εξατομικευμένη ανάλυση της συμπεριφοράς και η επιλογή εκείνων των θεραπευτικών τεχνικών που ταιριάζουν στα προσωπικά βιώματα του θεραπευόμενου, τις δυνατότητές του, τις προσδοκίες που έχει από αυτόν το κοινωνικοπολιτιστικό, αλλά και το στενό περιβάλλον του και, τέλος, στον εαυτό του.

Το πρόβλημα με τους μη εξατομικευμένους θεραπευτικούς στόχους καθίσταται εναργές χάρη στην πρόσφατη έρευνα για την ποικιλομορφία που παρουσιάζει η έννοια της «φυσιολογικής ψυχολογικής λειτουργικότητας» στους διάφορους πολιτισμούς, αλλά και σε γεωγραφικές, εθνικές ή ακόμα και σε πληθυσμιακές ομάδες που ανήκουν στο ίδιο οικονομικό επίπεδο. Αυτές οι έρευνες υποδεικνύουν καθαρά ότι οι θεραπευτικοί στόχοι θα πρέπει να καθορίζονται μετά από αξιολόγηση του θεραπευόμενου μέσα στο πλαίσιο το οποίο ζει, δηλαδή λαμβάνοντας υπόψιν τις περιστάσεις της ζωής του συγκεκριμένου ατόμου. Το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, οι αξίες του και οι απαιτήσεις που πηγάζουν από αυτό θα πρέπει να εκτιμώνται και να λαμβάνονται υπόψιν. Για παράδειγμα, η υποκειμενική ευημερία, οι αποδεκτές συμπεριφορές έκφρασης της σεξουαλικότητας ή της επιθετικότητας, αλλά και η αναλογία των δραστηριοτήτων που κάνει το άτομο μόνο του προς τις δραστηριότητες που κάνει με άλλους διαφοροποιείται ευρέως μεταξύ των πολιτισμών, των κρατών, αλλά και των κοινωνικοπολιτιστικών στρωμάτων^{19,20}.

Μία άλλη συνέπεια του προσανατολισμού στη συμπεριφορά και της έμφασης στο ρόλο των εξωτερικών ερεθισμάτων φαίνεται καθαρά στην ανάπτυξη που γνώρισε ένας επιμέρους κλάδος της ψυχολογίας, ο οποίος με τον καιρό κατέστη ανεξάρτητος, η κοινοτική ψυχολογία. Ήδη το 1948 ο Skinner στο μυθιστόρημά του *Walden Two*²¹ παρουσιάζει κατά προκλητικό τρόπο «μία κοινωνία στην οποία τα ανθρώπινα προβλήματα λύνονται μέσω μίας επιστημονικής τεχνολογίας της ανθρώπινης συμπεριφοράς– και στην οποία πολλές από τις σύγχρονες αξίες θεωρούνται ξεπερασμένες» (από την εισαγωγή). Αν δεχθούμε την άποψη ότι οι εξωτερικές επιδράσεις (συμπεριλαμβανομένου του κοινωνικοπολιτιστικού, καθώς και του φυσικού μας περιβάλλοντος) συχνά αποτελούν πρόδρομους (antecedents) ή ακόμα και αίτια των ψυχολογικών δυσλειτουργιών, ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για να τις αποτρέψουμε ή τουλάχιστον να μειώσουμε την επίπτωσή τους μοιάζει να είναι ο έλεγχος ή η

εξουδετέρωση των επιβλαβών εξωτερικών ερεθισμάτων. Αυτή η άποψη υλοποιείται μέσω της «πρωτογενούς πρόληψης», σε αντίθεση με τη θεραπευτική πρακτική που αποτελεί την «τριτογενή πρόληψη» (η μείωση ή η εξάλειψη των αρνητικών επιδράσεων στο άτομο, αφού αυτές εκδηλωθούν)²². Αυτές οι σκέψεις οδήγησαν στη γέννηση του κινήματος της κοινοτικής ψυχολογίας, η οποία αποτελεί πλέον έναν καθιερωμένο κλάδο της εφαρμοσμένης ψυχολογίας. Αυτός ο κλάδος έδωσε έμφαση σε εναλλακτικές προσεγγίσεις στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, εξετάζοντας το ρόλο του περιβάλλοντος τόσο στην εκδήλωση, όσο και στη θεραπεία των ψυχολογικών προβλημάτων και δυσλειτουργιών. Αυτή η προσέγγιση ορίζεται από ένα συνδυασμό τριών τομέων δράσεως: την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, την πολιτική δραστηριότητα και την επιστήμη²³.

Μία άλλη τάση που αντικατοπτρίζει τη διεύρυνση του ορίζοντα των κλινικών της ψυχικής υγείας είναι η αυξανόμενη συμμετοχή ψυχοθεραπευτών στις ιατρικές ομάδες. Αντί να παραπέμπονται οι θεραπευόμενοι από τους ιατρούς όταν υπάρχει η υποψία ότι το πρόβλημα ή η αιτιολογία του προβλήματος είναι ψυχολογική ή όταν δεν υπάρχει ανιχνεύσιμη βιολογική αιτία στην οποία θα μπορούσε να αποδοθεί το πρόβλημα, οι ιατροί και οι ψυχολόγοι συνεργάζονται εξ αρχής κατά την αξιολόγηση ενός περιστατικού. Αυτή η συνεργασία συχνά κάνει την θεραπεία και την αποκατάσταση ταχύτερη, πιο οικονομική και πιο ωφέλιμη για το θεραπευόμενο.

Πέραν των θεωρητικών και των κοινωνικών επιρροών που διαμόρφωσαν τον τρόπο που εφαρμόζεται η θεραπεία της συμπεριφοράς, η έλευση της «εποχής του κυβερνοχώρου» και η αυξημένη χρήση της τεχνολογίας στην καθημερινή ζωή των πολιτών του Δυτικού κόσμου, είχε ως αποτέλεσμα τη χρήση εξοπλισμού που είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα αλλάξει τόσο την κλινική πρακτική, όσο και την εκπαίδευση. Προκειμένου να διασφαλιστεί το απόρρητο επί μακρό διάστημα θεωρείτο λανθασμένη ή ακόμη και ηθικώς επιλήψιμη η μαγνητοφώνηση των συνεδριών ή ακόμα και η λήψη γραπτών σημειώσεων. Σήμερα είναι συχνή και σχεδόν υποχρεωτική η μαγνητοσκόπηση των συνεδριών για τις ανάγκες της εποπτείας. Επιπλέον, μέθοδοι που βασίζονται στην *εικονική πραγματικότητα* επιτρέπουν την προετοιμασία των εκπαιδευόμενων θεραπευτών κατά την εκπαίδευσή τους για ποικίλες περιπτώσεις, μέσω της παρουσίας μονταρισμένων μαγνητοσκοπημένων συνεντεύξεων και παιχνιδιών ρόλων. Παρομοίως, κατ' αναλογία με την εκπαίδευση των πιλότων μέσω προσομοιωτών πτήσεως, μέθοδοι βασισμένες στην *εικονική πραγματικότητα* επιτρέπουν την εξάσκηση των θεραπευτών σε περιστάσεις οι οποίες μπορούν να διαφοροποιούνται συνεχώς και να βασίζονται στις αντιδράσεις πραγματικών θεραπευόμενων. Η αντικατάσταση της διαζώσης (*in vivo*) έκθεσης σε καταστάσεις που προκαλούν άγχος ή φόβο με απεικονίσεις που βασίζονται στη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή μπορεί να μειώσει σημαντικά το κόστος, τη διάρκεια, αλλά και τη δυσκολία της θεραπείας. Ωστόσο, οι εφαρμογές που βασίζονται στην *εικονική πραγματικότητα* παρουσιάζουν κάποια προβλήματα, καθώς η ατελής ή η λανθασμένη απεικόνιση της πραγματικότητας, μπορεί να οδηγήσει στην εκμάθηση αναποτελεσματικών ή ακόμα και επιβλαβών συμπεριφορών.

Αναφέρεται ότι η τάση για τη χρήση της «τηλεπαρατήρησης», δηλαδή της παρατήρησης της συμπεριφοράς του θεραπευόμενου μέσω της χρήσης ηλεκτρονικού υπολογιστή ή μέσω τηλεοπτικής μετάδοσης και της «τηλεθεραπείας», δηλαδή της διεξαγωγής της θεραπευτικής συνεδρίας μέσω ενός συστήματος αναμετάδοσης εικόνας, γίνεται όλο και μεγαλύτερη. Αυτές οι μέθοδοι είναι εξαιρετικά χρήσιμες για θεραπευόμενους που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές, οι οποίοι είναι πρακτικώς αδύνατο να επισκέπτονται συχνά (ακόμη και μία φορά την εβδομάδα) το γραφείο του θεραπευτή. Παρότι δεν έχουν χρησιμοποιηθεί ακόμη ηλεκτρονικοί υπολογιστές για την ολοκληρωτική αντικατάσταση του θεραπευτή, η αυξανόμενη χρήση ειδικού λογισμικού για τη αξιολόγηση μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή ακολουθήθηκε από την ανάπτυξη προγραμμάτων που αναλαμβάνουν την διεκπεραίωση θεραπευτικών προγραμμάτων που χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό

τυποποίησης, δίνουν επανατροφοδότηση στο θεραπευόμενο για τη συμπεριφορά του και προσφέρουν εκπαιδευτικές πληροφορίες²⁴. Η πρόοδος είναι τόσο ραγδαία που οι Wright και Wright²⁵ προβλέπουν: «Είναι πιθανό στο μέλλον οι κλινικοί να έχουν μία θεραπευτική <εργαλειοθήκη>, η οποία θα περιέχει μία σειρά από διάφορους τύπους θεραπευτικού λογισμικού, μεταξύ των οποίων θα επιλέγουν αυτόν που ικανοποιεί τις ανάγκες του εκάστοτε θεραπευόμενου» (σελ. 327). Ωστόσο, αυτά τα εργαλεία μπορεί να χρησιμοποιηθούν λανθασμένα. Για παράδειγμα, οι πόροι του Διαδικτύου (Internet) χρησιμοποιούνται για τη διαφήμιση θεραπευτικών πρακτικών που δεν υπόκεινται σε κανέναν έλεγχο, όπως η παροχή συμβουλών ή συμβουλευτικών υπηρεσιών μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και τηλεδιάσκεψης, η διευκόλυνση της επαφής του ενδιαφερόμενου με ομάδες υποστήριξης κλπ., οι οποίες κάποιες φορές προσφέρουν χρήσιμη καθοδήγηση, αλλά πολλές φορές είναι αναποτελεσματικές ή ακόμα και επιβλαβείς. Η υπερβολική χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών οδήγησε στην «εξάρτηση από το Διαδίκτυο». Ειδικευμένοι σύμβουλοι προσφέρουν μέσα από το Διαδίκτυο υποστήριξη στους ανθρώπους που είναι «κομπιουτερομανείς» και σε χρήστες που είναι εξαρτημένοι από τις υπηρεσίες εικονικού σεξ²⁶. Ορισμένοι συγγραφείς αποκαλούν το λογισμικό αυτού του είδους «εικονικές κλινικές». Αυτοί οι νεωτερισμοί εγείρουν πολύ σοβαρά ηθικοπολιτικά ερωτήματα σχετικά με το κατά πόσο οι αναγνωρισμένες «θεραπευτικές πρακτικές» θα πρέπει να ελέγχονται ή να υπόκεινται σε λογοκρισία και σχετικά με το ποιος θα είναι αυτός που θα καθορίσει τα ανεκτά όρια. Ορισμένες έρευνες έχουν ήδη υποδείξει τη μικτή επίδραση της αυξημένης δυνατότητας πρόσβασης στο Διαδίκτυο. Οι Kraut και συν.²⁷ περιέγραψαν το παράδοξο του Διαδικτύου, καταδεικνύοντας ότι η αυξημένη χρήση του Διαδικτύου συνδέεται με μειωμένη επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειας, μείωση του κοινωνικού κύκλου και αυξημένη κατάθλιψη και μοναξιά, παρότι οι συμμετέχοντες σε αυτήν την έρευνα έρχονται σε επαφή με πολλούς ανθρώπους αλλά από απόσταση και χωρίς η επαφή να περιλαμβάνει αλληλεπίδραση πρόσωπο με πρόσωπο. Αν τα δεδομένα αυτά επιβεβαιωθούν από περαιτέρω έρευνες, τότε θα τεθούν θεμελιώδη ερωτήματα σχετικά με το κατά πόσο είναι δυνατόν να παρέχονται αποτελεσματικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας μέσα από τον κυβερνοχώρο.

Παρότι ορισμένες από τις συνέπειες της «εποχής των ηλεκτρονικών υπολογιστών» παρουσιάστηκαν παραπάνω, είναι σαφές ότι μπορούμε να αναμένουμε ότι ο μετασηματισμός της κλινικής ψυχολογίας θα συνεχιστεί: η ατομική θεραπεία θα πάψει να είναι η κύρια δραστηριότητά της και το βάρος θα δοθεί σε ευρύτερες εφαρμογές σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε αυτό το άρθρο προσπάθησα να συνοψίσω όσα θεωρώ σημαντικά για την εξέλιξη της θεραπείας της συμπεριφοράς, από την πρώιμη περίοδο της εφαρμογής των αρχών της κλασικής εξαρτημένης μάθησης στα ζώα, στη χρήση μίας ευρείας σειράς μεθόδων που απευθύνονται σε ποικίλους τομείς της καθημερινής ζωής στις Η.Π.Α. σήμερα. Μέχρι στιγμής η πρόοδος στην κλινική πρακτική είναι πολύ μεγαλύτερη από την πρόοδο στην αναζήτηση μίας ολοκληρωμένης ικανοποιητικής απάντησης στο οντολογικό ερώτημα: Ποια είναι η φύση του ανθρώπινου οργανισμού; Ωστόσο, ακόμη και όσον αφορά στο ζήτημα αυτό, φαίνεται ότι οδηγούμαστε σε ένα πιο περιεκτικό και ικανοποιητικό θεωρητικό μοντέλο, το οποίο είναι σύστοιχο με τις καθημερινές μας εμπειρίες, αλλά και πιο γόνιμο ως οδηγός των ερευνητικών μας αναζητήσεων και της πρακτικής μας, από ό,τι οι προηγούμενες θεωρίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Kuhn, T.S. (1987). *Η δομή των επιστημονικών επαναστάσεων* (Β. Κάλφας, επιμελητής έκδοσης). Θεσσαλονίκη: Σύγχρονα Θέματα (έτος πρωτότυπης έκδοσης 1970).

2. Kanfer, F.H. (1965). Issues and ethics in behavior modification. *Psychological Reports*, 16, 187-196.
3. Kanfer, F.H. (1971). The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement. Στο A. Jacobs, & L.B. Sacks (Επιμελητές έκδοσης). *The psychology of private events* (σελ. 39-57). New York: Academic Press.
4. Cautela, J.R. (1969). Behavior therapy and self-control: Techniques and implications. Στο C.M. Franks (επιμελητής έκδοσης), *Behavior therapy: Assessment and status*. New York: McGraw Hill.
5. Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
6. Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
7. Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stewart.
8. Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
9. Ellis, A., & Dryden, W. (1987). *The practice of rational emotive therapy*. New York: Springer.
10. Nathan, P.E., & Gorman, J.M. (1998). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
11. Lazarus, A. A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports*, 21, 415-416.
12. Goldfried, M.R. (1995). *From cognitive-behavior therapy to psychotherapy integration*. New York: Springer.
13. Lazarus, A. A. (1997). *Brief but comprehensive psychotherapy*. New York: Springer.
14. Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism, *American Psychologist*, 33, 344-358.
15. Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
16. Kanfer, F.H., & Schefft, B.K. (1988). *Guiding the process of therapeutic change*. Champaign, IL: Research Press.
17. Kanfer, F.H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (1996). *Selbst-management-Therapie* (2. Auflage). Heidelberg: Springer Verlag.
18. Browing, C.H., & Browing, B.J. (1996). *How to partner with managed care*. New York: Wiley.
19. Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.

20. Triandis, H.C. (1998). Introduction to diversity in clinical psychology. Στο C. Belar (Επιμελητής έκδοσης), *Sociocultural and individual differences*, τ. 10, στο A.S. Bellack (Επιμελητής έκδοσης), *Comprehensive Clinical Psychology*. New York: Pergamon.
21. Skinner, B.F. (1948). *Walden Two*. New York: Macmillan Company.
22. Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
23. Rappaport, J. (1977). *Community Psychology: Values research and action*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
24. Colby, K.M. (1995). A computer program using cognitive therapy to treat depressed patients. *Psychiatric Services*, 46, 1223-1225.
25. Wright, J.H., & Wright, A.S. (1997). Computer-assisted psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 315-329.
26. Young, K. (1998). *Caught in the net*. New York: Wiley.
27. Kraut, R., Patterson, M., et al. (1998). Internet Paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist*, 53, 1017-1031.