



# «Επαρκώς Αληθείς» Διατυπώσεις: Η Προσέγγιση MAPS

Stuart Goldman

Harvard Medical School and Department of Psychiatry, Children's Hospital Boston, Boston

Correspondence:  
Stuart Goldman, MD, Children's Hospital  
Boston—Psychiatry, 300 Longwood Ave., Boston, MA 02115.  
Email: stuart.goldman@childrens.harvard.edu

DOI: 10.3109/10673229.2012.694323

---

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διατύπωση των κλινικών περιπτώσεων αποτελεί ένα από τα βασικά στοιχεία της αποτελεσματικής φροντίδας. Όταν η δομή αυτών των διατυπώσεων βασίζεται στις καλύτερες πρακτικές, τότε οι διατυπώσεις αυτές μπορούν να λειτουργήσουν ως επεξηγηματικά μοντέλα και ως βάση για θεραπευτικές παρεμβάσεις. Παρά τον κεντρικό ρόλο των διατυπώσεων, πολλοί επιστήμονες υγείας προσπαθούν να δημιουργήσουν δικές τους δομές και χρήσεις. Ο συγγραφέας παρουσιάζει ένα νέο μοντέλο, το οποίο το περιγράφει ως προσέγγιση MAPS. Το μοντέλο αυτό καθοδηγούμενο από κλινικά δεδομένα, είναι προσανατολισμένο στις διαδικασίες και βοηθά τους επιστήμονες υγείας να αναπτύξουν μια βασική διατύπωση που θα είναι «επαρκώς αληθής», δίνοντας έμφαση στα κλινικά στοιχεία που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Το μοντέλο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο χώρο της ψυχιατρικής, καθώς καθοδηγεί τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε συγκεκριμένες περιοχές όπου μπορούν να γίνουν βασικές διατυπώσεις, οι οποίες θα αποτελέσουν και στόχους φροντίδας. Το ολοκληρωμένο αυτό μοντέλο, το οποίο περιλαμβάνει την εκτίμηση, τη διατύπωση, το σχεδιασμό και την παρακολούθηση της θεραπείας, συμπληρώνει και συμβαδίζει αρμονικά με το πλήρες εύρος των θεραπευτικών προσεγγίσεων.

**Λέξεις-κλειδιά:** αξιολόγηση, κλινική φροντίδα, επεξηγηματικά μοντέλα, διατύπωση, θεραπεία, φροντίδα

---



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Ο**ι διατυπώσεις των κλινικών περιπτώσεων βρίσκονται στο επίκεντρο της φροντίδας που παρέχεται στο χώρο της ψυχικής υγείας (2-4). Στην ψυχιατρική, δεδομένης της έλλειψης αιτιολογικών αρχών (5) και λόγω του περιορισμένου διαγνωστικού σχήματος (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών - DSM), οι διατυπώσεις κλινικών περιπτώσεων βοηθούν σημαντικά στην εξήγηση των φαινομένων, και γεφυρώνουν το χάσμα μεταξύ περιγραφικής αξιολόγησης και διάγνωσης, όπως επίσης και μεταξύ κατανόησης και θεραπείας (2-4). Οι διατυπώσεις περιπτώσεων χρησιμεύουν ως κατευθύνσεις για την παρεχόμενη φροντίδα, προσφέροντας καθοδήγηση στους επιστήμονες υγείας και παρέχοντας ένα μέτρο για την αξιολόγηση των τελικών αποτελεσμάτων. Χωρίς αυτές, η πορεία μπορεί να είναι τελείως ακυβέρνητη. Τα δυναμικά αυτά έγγραφα ενημερώνονται και αναθεωρούνται διαρκώς, καθώς αυξάνονται τα διαθέσιμα κλινικά δεδομένα και οι «συνθήκες του ταξιδιού» αλλάζουν (3). Η διατύπωση περιπτώσεων θεωρείται ως η πιο κρίσιμη και δύσκολη από τις κλινικές δραστηριότητες, (3,4). Ωστόσο, μόνο ένα μικρό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας (4) λαμβάνει τις απαραίτητες οδηγίες για την ανάπτυξη διατυπώσεων και όσοι εργάζονται παρέχοντας φροντίδα υγείας συχνά αγωνίζονται με αυτή τη διαδικασία, όπως εξάλλου αποδεικνύεται από τις πολλές συζητήσεις που γίνονται συχνά για τις περιπτώσεις και από τα κλινικά μαθήματα για τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα (6, 7).

Αν λάβει κανείς υπόψη τις προκλήσεις για την ανάπτυξη διατυπώσεων, μπορεί να διακρίνει τρεις σημαντικούς παράγοντες. Ο πρώτος είναι ότι οι ασθενείς είναι αναμφισβήτητα πολύπλοκοι. Κάθε διάγνωση στο DSM έχει πολλαπλά συστατικά που μπορεί να επικαλύπτονται από μία διάγνωση σε άλλη και οι ασθενείς είναι πιθανό εν τέλει να έχουν πολλαπλές διαγνώσεις. Μια περαιτέρω περιπλοκότητα είναι ότι τα περισσότερα κλινικά συμπτώματα και σημεία είναι αποτέλεσμα πολλαπλών παραγόντων και συνθήκες οι ασθενείς δεν αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο στο ίδιο σύνολο παραγόντων. Μια άλλη επιπλοκή είναι ότι το διαγνωστικό σύστημα εστιάζει ελάχιστα σε αυτούς τους συχνά κρίσιμους παράγοντες, παρότι όλοι οι ασθενείς ουσιαστικά υφίστανται σε πολύπλοκα συστημικά περιβάλλοντα.

Ο δεύτερος παράγοντας είναι ότι χωρίς ένα ενοποιημένο αιτιολογικό μοντέλο, οι επιστήμονες υγείας απομένουν με πολλαπλές πιθανές θεωρητικές αιτιολογήσεις (8). Οι γνωστικοί-συμπεριφορικοί θεραπευτές διαμορφώνουν τις αιτιολογήσεις τους σύμφωνα με τα μοντέλα γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας. Ομοίως, οι ψυχοδυναμικά προσανατολισμένοι θεραπευτές παρέχουν ψυχοδυναμικές εξηγήσεις και οι οικογενειακοί θεραπευτές χρησιμοποιούν οικογενειο-κεντρικές εξηγήσεις. Επιπλέον, μπορεί να εφαρμόζονται διάφορες άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις - η κάθε μια με το δικό της επεξηγηματικό μοντέλο και με διαφορετικό θεωρητικό πλαίσιο. Μέχρι σήμερα, δεν έχει υπάρξει ένα ενιαίο μοντέλο με

μία σαφή απάντηση για την αλήθεια και αυτό αντανακλάται συχνά από την ίδια τη διαδικασία της διατύπωσης.

Ο τρίτος παράγοντας έχει να κάνει με τους στόχους των ερευνητών, των θεωρητικών και των θεραπειών. Οι ερευνητές και οι θεωρητικοί επιδιώκουν (όπως θα έπρεπε) την ευρύτερη και γενικότερη αλήθεια. Στόχος τους είναι να αποδείξουν τις καθολικές αλήθειες που θα ισχύουν, όχι μόνο για τη δεδομένη χρονική στιγμή, αλλά για πάντα. Οι θεραπευτές όμως αναζητούν τη ρεαλιστική αλήθεια για τον κάθε ασθενή, στο συγκεκριμένο τόπο και χρόνο. Οι θεραπευτές επιθυμούν διατυπώσεις «βέλτιστης προσαρμογής» που να είναι «επαρκώς αληθείς», να έχουν πραγματικό νόημα και να είναι αποτελεσματικές. Οι απόλυτες αλήθειες μπορεί να είναι πιο επιθυμητές, αλλά είναι δευτερεύουσας σημασίας, για το «τώρα» που αποζητά η κλινική διαδικασία. Έτσι, η διαφορά μεταξύ του εύρους των στόχων που έχουν οι ερευνητές και οι θεωρητικοί από τη μία πλευρά και οι θεραπευτές από την άλλη είναι σχεδόν αναπόφευκτη (8). Η παρουσία και εφαρμογή διαφορετικών κατευθύνσεων περιπλέκει ακόμη περισσότερο τις καταστάσεις, φέρνοντας πολλές φορές τους θεραπευτές και τους εκπαιδευόμενους, σε δύσκολη θέση (7).

Τα θεωρητικά πρότυπα για τις διατυπώσεις πολλές φορές δεν διευκολύνουν την εφαρμογή εύχρηστων και ολοκληρωμένων προσπαθειών. Σε μια προσπάθεια να καλυφθούν οι πολλαπλές θεωρητικές προσεγγίσεις καθώς και η πολλαπλότητα των παραγόντων, έχουν προκύψει δύο συμπληρωματικά, πρωταρχικά μοντέλα, που είναι και τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα στην κλινική πρακτική. Το πρώτο είναι το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του Engel (9), το οποίο διέυρυνε διεξοδικά την προοπτική των θεραπειών, ενσωματώνοντας τρεις κύριους αλληλοεπιδρώνοντες παράγοντες: το βιολογικό, τον ψυχολογικό και τον κοινωνικό. Το μοντέλο αυτό είναι ένα μεγάλο βήμα στο χώρο της ψυχικής υγείας, αλλά ταυτόχρονα είναι και περιοριστικό, ειδικά για τους εκπαιδευόμενους, διότι ουσιαστικά δεν τους προσφέρει καμία καθοδήγηση για το πώς αυτοί οι τρεις παράγοντες μπορούν να οργανωθούν, να ιεραρχηθούν και να διαμορφωθούν σε ένα συνεκτικό πλαίσιο για την καλύτερη δυνατή κατανόηση και φροντίδα.

Το δεύτερο, και λιγότερο συχνά χρησιμοποιούμενο μοντέλο, είναι αυτό των «Four P». Το επεξηγηματικό αυτό μοντέλο (3,10) χρησιμοποιεί επίσης ένα πρότυπο κατηγοριοποίησης και οργανώνει τους παράγοντες σε προδιαθεσικούς, επίσπυσης διαιώνισης και προστατευτικούς. Η προσέγγιση αυτή προσφέρει μια περιορισμένη καθοδήγηση σχετικά με το πώς να συλλέγονται συνολικά και να ιεραρχούνται τα δεδομένα και δεν κατευθύνει τους θεραπευτές σε συγκεκριμένα προγράμματα φροντίδας και θεραπείας.

Εφόσον οι δύο παραπάνω προσεγγίσεις, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του Engel και το μοντέλο των «Four P», είναι συμπληρωματικές, πολλοί θεραπευτές προσπαθούν να τα εφαρμόσουν συνδυαστικά. Συγκεκριμένα, κατά μήκος ενός άξονα x τοποθετείται μια περιεκτική λίστα με τις τρεις στήλες των βιοψυχοκοινωνικών παραγόντων. Τα δεδομέ-



να από τη λίστα αυτή στη συνέχεια τοποθετούνται, όσο το δυνατόν καλύτερα, στις κατηγορίες προδιάθεσης, επίσπευσης, διαιώνισης και προστασίας στον άξονα γ. Η πρόθεση και η λογική πίσω από το συνδυαστικό αυτό μοντέλο είναι σωστή, αλλά δυστυχώς για τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας, η διαδικασία και το πλαίσιο που προκύπτει είναι δύσχροστα και δυσνόητα. Πολλοί θεραπευτές δεν μπορούν να κατανοήσουν το μεγάλο αριθμό των κομματιών αυτού του «παζλ» και χωρίς την απαραίτητη βοήθεια δεν είναι σε θέση να αποσαφηνίσουν την εικόνα και να ιεραρχήσουν τα κομμάτια του μοντέλου. Επίσης, πολύ συχνά, δεν μπορούν να διακρίνουν το δάσος από το δένδρο [7].

Κατά συνέπεια, παρόλο που τα δύο αυτά θεωρητικά πλαίσια εξυπηρετούν τους επαγγελματίες υγείας και τους βοηθούν να δημιουργήσουν ένα απαραίτητο και ολοκληρωμένο σύνολο από πιθανούς παράγοντες, δυστυχώς δεν παρέχουν μια διαδικασία που να τους βοηθάει (και κυρίως τους εκπαιδευόμενους) να αναπτύξουν μια σαφή εικόνα στην οποία θα μπορεί να βασιστεί ένα ενημερωμένο μοντέλο θεραπείας, το οποίο θα εμπεριέχει τη βέλτιστη δυνατή διατύπωση. Πολύ συχνά, οι θεραπευτές – έχοντας μια μη ιεραρχημένη και δύσχροστη λίστα παραγόντων – καταλήγουν να προσπαθούν να συμπεριλάβουν τα κλινικά δεδομένα σε ένα θεωρητικό πλαίσιο ώστε να προκύψει η απαιτούμενη οργάνωση και ιεράρχηση. Δηλαδή, οι θεραπευτές μπορεί στη διαδικασία διαμόρφωσης να εφαρμόζουν μια θεωρητική προσέγγιση και να αναζητούν στοιχεία με τα οποία θα υποστηρίξουν αυτό που ήδη γνωρίζουν, αντί να εξετάσουν τα γεγονότα και στη συνέχεια να δημιουργούν ένα βέλτιστο μοντέλο βάσει των κλινικών δεδομένων. Έτσι, όταν οι εκπαιδευόμενοι ρωτούν ποιο μοντέλο να χρησιμοποιήσουν, η απάντηση πολύ συχνά εξαρτάται από την κλινική οπτική του επόπτη ή του ιδρύματος και όχι από τις ιδιαιτερότητες των δεδομένων.

Το παρόν άρθρο περιγράφει μια εναλλακτική λύση με γνώμονα ένα πλαίσιο διαδικασίας που εξαρτάται από τα κλινικά δεδομένα και όχι από τη θεωρητική προσέγγιση. Παρουσιάζονται ρεαλιστικά πλαίσια που οδηγούν εύκολα σε «επαρκώς αληθείς» διατυπώσεις και πλάνα φροντίδας. Η ιδέα της ενσωμάτωσης των ασθενών σε πολλαπλά, αλληλένδετα περιβάλλοντα (ή σφαίρες) [11] είναι αναπόσπαστο μέρος του πλαισίου, όπως είναι η χαρτογράφηση των κλινικών δεδομένων, όταν αυτά συγκεντρώνονται. Αυτός ο «χάρτης» διατύπωσης είναι με τέτοιο τρόπο σχεδιασμένος, ώστε να βοηθά τους επαγγελματίες υγείας στην οργάνωση και στην ιεράρχηση των κλινικών δεδομένων. Επιπλέον, ο χάρτης παρέχει μια από κάτω προς τα πάνω, καθοδηγούμενη από τα κλινικά δεδομένα, δομή, για την έναρξη ενός δυναμικού σχεδιασμού φροντίδας και θεραπείας.

Αν και περιλαμβάνει τους τομείς και το εύρος του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, το μοντέλο που παρουσιάζεται διαφέρει με πολλούς σημαντικούς τρόπους. Πρώτον, είναι μια προσέγγιση προσανατολισμένη στη διαδικασία, που παρέχει κατηγορίες και συγκεκριμένους μηχανισμούς για τη διευκόλυνση της διαδικασίας της διατύπωσης. Δεύτερον, είναι ένα οργανωμένο σύστημα με γραφικά, που

εστιάζει τόσο στο «τι», όσο και στο «που» του κάθε βασικού παράγοντα, καθώς και στην αλληλένδετη συστηματική-αιτιολογική φύση των περισσότερων περιπτώσεων. Τρίτον, ζητά από τον θεραπευτή την ενεργή ένταξη των κλινικών στόχων του και το χρονοδιάγραμμα των σημαντικών γεγονότων. Τέταρτον, ενσωματώνει υποχρεωτικά, την αντανακλαστική πρακτική σε πολλαπλά βήματα, εντός της διαδικασίας, χωρίς την οποία η διατύπωση δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί. Τέλος, το συγκεκριμένο μοντέλο είναι ένα μοναδικό κλινικό εργαλείο, καθότι συλλέγει τα πάντα σε ένα συνεκτικό σύνολο, δηλαδή, ενσωματώνει στόχους, αιτιολογίες, φροντίδα, θεραπεία και παρακολούθηση σε ένα ενιαίο πλαίσιο. Με αυτό τον τρόπο, προσφέρει έναν περιεκτικό χάρτη που εξελίσσεται από την αξιολόγηση στην κατανόηση και την ιεράρχηση και ακολουθεί η φροντίδα, η θεραπεία και η παρακολούθηση. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο δεν αποκλείει κανένα από αυτά τα στοιχεία, όπως επίσης δεν τα επιβάλλει, δεν τα ενσωματώνει και δεν προσφέρει μια ενιαία προσέγγιση, προσανατολισμένη στη διαδικασία υλοποίησης στόχων φροντίδας.

Η προσέγγιση MAPS υιοθετεί το παραδοσιακό παράδειγμα στο οποίο η φροντίδα που παρέχεται κατευθύνεται κυρίως από τα των πλέον πιεστικά συμπτώματα και σημεία. Η φύση του χάρτη υποδεικνύει τη διαδρομή της θεραπείας που πρέπει να ακολουθηθεί. Όπως συμβαίνει με όλα τα πλαίσια φροντίδας, οι παρεμβάσεις θα πρέπει να ενημερώνονται με τις βέλτιστες πρακτικές που βασίζονται σε ενδείξεις. Ο χάρτης είναι ένα εξελισσόμενο έγγραφο, το οποίο αναθεωρείται και επεξεργάζεται, αλλά ο κεντρικός, σταθερός του στόχος είναι ακριβώς ο ίδιος με τον απώτερο στόχο της κλινικής θεραπείας και φροντίδας, δηλαδή η αντιμετώπιση των περισσότερο πιεστικών προβλημάτων του ασθενούς. Η προσέγγιση MAPS βρίσκει εφαρμογή στο χώρο της ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, αλλά μπορεί να εφαρμοστεί και σε άλλα πλαίσια.

### ΧΑΡΤΕΣ ΔΙΑΤΥΠΩΣΗΣ

Το MAPS είναι ένα ακρωνύμιο, το οποίο σχηματίζεται από τα κύρια συστατικά της προσέγγισης αυτής. Το μοντέλο αρχίζει με τον προσδιορισμό των τεσσάρων πιο (Most) βασικών κλινικών στοιχείων. Τα στοιχεία αυτά χαρτογραφούνται στις πιο σχετικές περιοχές (Areas) και τοποθετούνται σε ένα πραγματιστικό (Pragmatic) μοντέλο διατύπωσης που να ταυριάζει. Το τελικό βήμα είναι ανακλαστικό: ο θεραπευτής καλείται να αποστασιοποιηθεί (Step back) για να βεβαιωθεί ότι όλα τα κομμάτια του παζλ έχουν συμπεριληφθεί. Το μοντέλο μόλις ολοκληρωθεί παρέχει τα κλινικά δεδομένα, τα οποία οδηγούν άμεσα προς τη βασική διατύπωση του πυρήνα που απαιτείται για τη φροντίδα. Οι λεπτομέρειες αυτής της διαδικασίας περιγράφονται πιο κάτω και απεικονίζονται στο Σχήμα 1.

Το πρώτο κρίσιμο βήμα στη διαδικασία του MAPS είναι η γραφική παρουσίαση των κλινικών δεδομένων χρησιμοποιώντας ομόκεντρους κύκλους (στο σημείο αυτό γίνεται εννοιολογική και στρατηγική παρουσίαση της διαδικασίας και στη συνέχεια στην ενότητα «Αξιολόγηση» θα

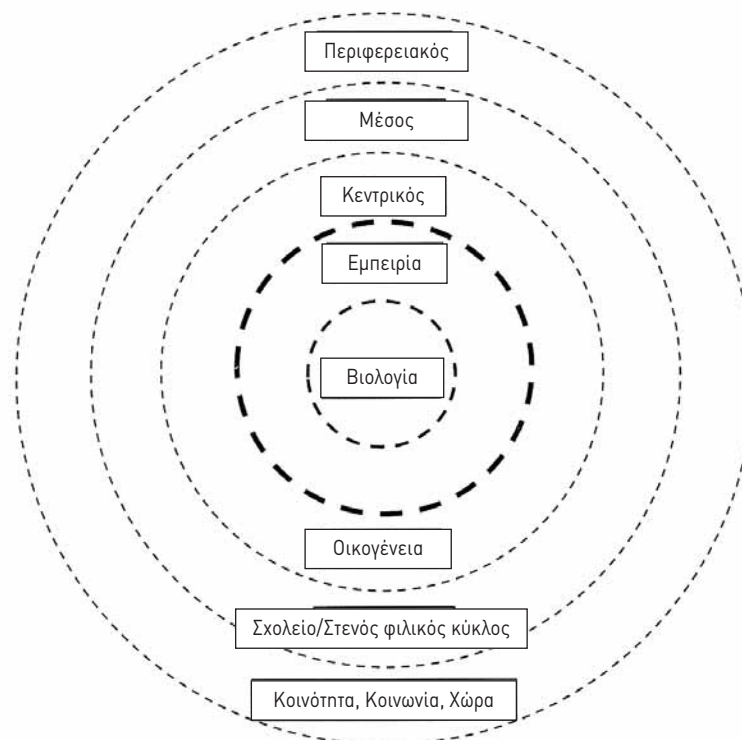


## ΔΕΛΤΙΟ ΔΙΑΤΥΠΩΣΗΣ

Σημαντικότεροι Στόχοι:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Τοποθετήστε τα στοιχεία στους κύκλους:



Βιολογία: τα στοιχεία που αφορούν τη βασική βιολογία του εγκεφάλου. Εμπειρία: τα στοιχεία που αφορούν την «ιστορία» του ασθενούς. Κεντρικός: τα στοιχεία που αφορούν την οικογένεια. Μεσαίος: τα στοιχεία που αφορούν το σχολείο και τον στενό φιλικό κύκλο. Περιφερειακός: τα στοιχεία που αφορούν την κοινότητα ή την κοινωνία.

**Σχήμα 1.** Διαδικασία διατύπωσης: πρότυπα

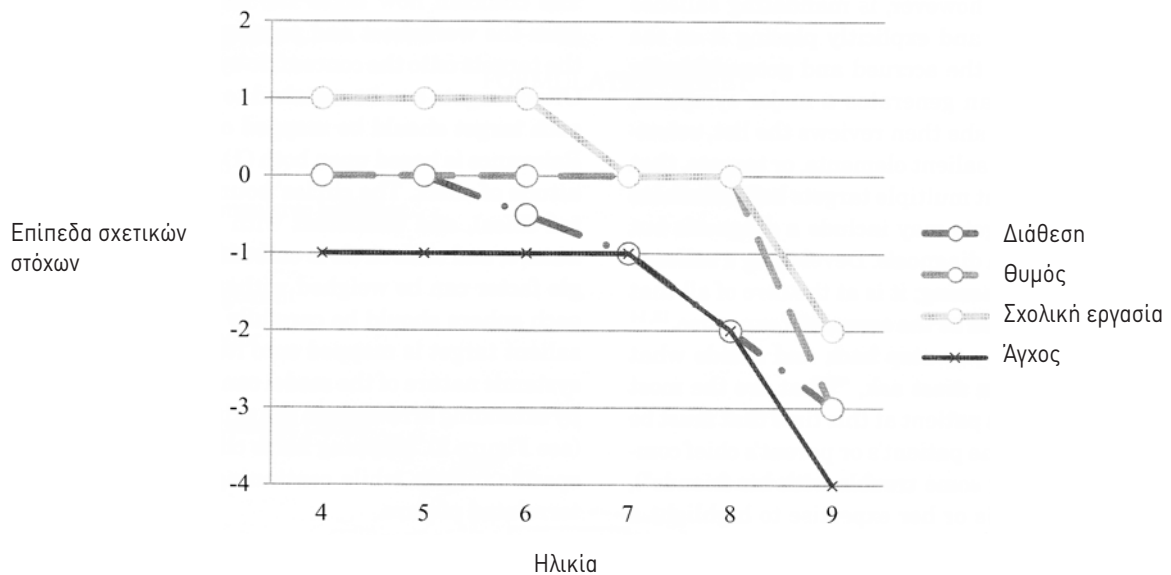
δοθούν περισσότερες λεπτομέρειες). Το μοντέλο ομόκεντρων κύκλων τονίζει την αλληλένδετη, πολυδιάστατη και αιτιολογική φύση των περισσότερων στοιχείων, τα οποία ο θεραπευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψη του, καθώς η αιτιολόγηση είναι συνήθως πολυπαραγοντική και τα κλινικά δεδομένα πολλά σε αριθμό. Οι ομόκεντροι κύκλοι οργανώνονται λογικά. Αρχικά θα διασαφηνιστεί η φύση του κάθε κύκλου και ο τρόπος με τον οποίο συμβάλει στην καθοδήγηση της διατύπωσης, της φροντίδα και της θεραπείας. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι ατομικές διαγνώσεις DSM περιγράφονται και περιλαμβάνονται σχεδόν αποκλειστικά στους πρώτους δύο κύκλους.

Ο βιολογικός κύκλος αναφέρεται στον τρόπο που ο «βασικός επεξεργαστής», ή ο εγκέφαλος λειτουργεί. Ο κύκλος αυτός περιλαμβάνει τις γενετικές αδυναμίες, την αναπτυξιακή πρόοδο, την ιδιοσυγκρασία, τα νοσήματα, τις μαθησιακές διαταραχές, τη χρήση ουσιών και τα σωματικά συμπτώματα. Οι στόχοι σε αυτόν τον κύκλο είναι βιολογικά βασισμένες αιτιολογίες που γενικώς – αλλά όχι απαραίτητα – κατευθύνουν τη διατύπωση προς τη βιολογική θεραπεία. Οι μέθοδοι θεραπείας πιθανώς να ποικίλουν από συγκεκριμένες φαρμακευτικές αγωγές για βιολογικά κληρονομούμενους στόχους (π.χ. η αδυναμία συγκέντρωσης της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής/υπερ-



### ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΙ ΠΡΟΤΥΠΟ)

Γενικό παράδειγμα γραφήματος που απεικονίζει πρότυπα σχετικού χρόνου για τέσσερις στόχους. Στο παράδειγμα παρουσιάζεται η ύπαρξη ελάχιστου άγχους, με την εξέλιξη να εμφανίζει επιδείνωση του άγχους, της διάθεσης, του θυμού και των προβλημάτων στο σχολείο σε ηλικία 7 ετών και στη συνέχεια πολύ χειρότερα στις ηλικίες των 8 και 9 ετών.



Ο άξονας x δείχνει την ηλικία. Ο άξονας y παρουσιάζει τις σχετικές μονάδες για καθένα από τους σημαντικούς στόχους, οι οποίες κυμαίνονται από 2 (πολύ θετικό), στο 1 (ελαφρώς θετικό) έως 0 (ουδέτερο) και -1, -2, -3 και -4, -1 όπου είναι ελαφρώς προβληματικό, -2 μέτρια προβληματικό, -3 πολύ προβληματικό και -4 εξαιρετικά προβληματικό. Το διάγραμμα έχει ως στόχο να απεικονίσει τις χρονικές σχέσεις και τους σχετικούς βαθμούς δυσλειτουργίας και όχι τα απόλυτα μέτρα διάστασης.

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟΥΝ / ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Βασική διατύπωση:

Διάγνωση:

Σχέδιο θεραπείας:

Παρακολούθηση στόχου:

#### Σχήμα 1. Συνέχεια

κινητικότητας) και βιολογικά επίκτητους στόχους (π.χ. δυσλειτουργία ύπνου στην κατάθλιψη), έως παρεμβάσεις για στόχους που έχουν βιολογικές ρίζες, αλλά δεν αντιμετωπίζονται βιολογικά (π.χ. εκπαιδευτικά σχέδια που στοχεύουν τις μαθησιακές διαταραχές).

Ο κύκλος της εμπειρίας (η εμπειρία του ασθενή) αναφέρεται στο πραγματικό προϊόν της διεργασίας του βασικού επεξεργαστή, όπως αυτός αλληλεπιδρά με το περιβάλλον στο χρόνο. Ο κύκλος αυτός μπορεί να περιλαμβάνει μεταξύ άλλων στοιχεία όπως: γνωστικές παραμορφώσεις, αίσθηση του εαυτού, αυτοεκτίμηση, εμπειρίες σχέσεων, τραυματικές εμπειρίες, απώλειες και ηθικές κρίσεις. Εφόσον οι στόχοι σε αυτόν τον κύκλο πολύ συχνά κατευθύνουν τη διατύπωση προς μια αιτιολογία που βασίζεται στην εμπειρία, η θεραπεία αφορά κυρίως την εφαρμογή μιας

από τις ψυχοθεραπείες. Οι θεραπείες πιθανώς να περιλαμβάνουν θρήνο για κάποια απώλεια, γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία για γνωστικές παραμορφώσεις ή θεραπεία ψυχοδυναμικής ενημέρωσης για προβλήματα αυτοεκτίμησης.

Τα επόμενα δυο επίπεδα (κεντρικό, μεσαίο) περιέχουν ζωτικά στοιχεία που επηρεάζουν όλους τους ασθενείς. Οι κύκλοι αυτοί περιλαμβάνουν τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν οι ασθενείς εντός αυτών και το πώς η λειτουργία του κάθε κύκλου επηρεάζει τους ασθενείς. Ο κεντρικός κύκλος αντιπροσωπεύει την οικογένεια. Οι στόχοι περιλαμβάνουν τις οικογενειακές σχέσεις, την οικογενειακή λειτουργικότητα και τις εμπειρίες της οικογένειας. Οι στόχοι αυτοί κυρίως κατευθύνουν τη διατύπωση προς τις οικογενειο-κεντρικές αιτιολογίες οδηγώντας σε οικο-



γενειο-κεντρικές παρεμβάσεις, που ποικίλουν από την οικογενειακή θεραπεία έως την παροχή συμβουλών στους γονείς και την εφαρμογή συμπεριφορικών σχεδίων.

Ο μεσαίος κύκλος (μετά από την οικογένεια) αντιπροσωπεύει τις σχέσεις και τις επιδράσεις του άμεσου φιλικού περιβάλλοντος, όπως επίσης και τη λειτουργικότητα στο σχολείο. Οι σημαντικοί οργανωτικοί δεσμοί των οικογενειών ή των ατόμων (π.χ. μέσω της εργασίας ή της θρησκείας) θα πρέπει να ενσωματωθούν σε αυτό το επίπεδο. Οι στόχοι αυτής της σφαίρας γενικώς κατευθύνουν τη διατύπωση προς αιτιολογίες που έχουν ως βάση το σχολείο ή το άμεσο φιλικό περιβάλλον και οδηγούν σε παρεμβάσεις στο σχολικό ή κοινωνικό πεδίο. Στα παραδείγματα μπορούν να συμπεριληφθούν η ομαδική ψυχοθεραπεία, οι διαπροσωπική εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες ή παρεμβάσεις στο εκπαιδευτικό πλάνο.

Ο περιφερικός κύκλος περιέχει στοιχεία από την κοινότητα, την κοινωνία και τη χώρα, τα οποία μπορούν είτε να αποτελέσουν το υπόβαθρο των παραπάνω στοιχείων ή να σχηματίσουν βασικούς στόχους παρέμβασης. Τα στοιχεία αυτού του κύκλου ποικίλουν από τη βία στην κοινότητα, έως τη φτώχεια, τις κοινωνικές αναταραχές και τον πόλεμο. Ενδεχομένως επίσης να περιλαμβάνουν διασπάσεις ή αποτυχίες στα εκτεταμένα συστήματα που αφορούν το παιδί και την οικογένεια. Τα προβλήματα σε αυτό το επίπεδο γενικώς κατευθύνουν τη διατύπωση προς την κοινότητα ή τις κοινωνικές αιτίες, συχνά οδηγώντας σε παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν εκτεταμένα συστήματα. Σε κάποιες περιπτώσεις, ωστόσο, ο στόχος μπορεί απλά η παροχή ενός σημαντικού πλαισίου αναφοράς το οποίο θα προσφέρει αιτιολογική κατανόηση.

### **Βήμα 1: Αξιολόγηση**

Η αξιολόγηση είναι πρωταρχικό και απαραίτητο στοιχείο. Περιλαμβάνει προσεκτική λήψη του ιστορικού από τον ασθενή και την οικογένειά του, κλινική συνέντευξη, εξέταση της γνωστικής λειτουργίας καθώς και τη συλλογή επιμέρους πληροφοριών, οι οποίες κρίνονται χρήσιμες και απαραίτητες. Χρησιμοποιώντας ένα προκαταρκτικό φύλλο εργασίας με ένα σύνολο ομόκεντρων κύκλων για καλύτερη οργάνωση, εξετάζονται η λειτουργικότητα του ασθενούς και άλλοι παράγοντες (θετικοί και αρνητικοί) σε κάθε έναν από τους ομόκεντρους κύκλους (που περιγράφονται παραπάνω), οι οποίοι στη συνέχεια συμπληρώνονται, σε πραγματικό χρόνο, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Η συστηματική εργασία μέσω των κύκλων (σφαιρών) προάγει την πληρότητα και το αποτέλεσμα και βοηθά του επαγγελματίες υγείας να εξετάσουν το σχετικό πλαίσιο εντός του οποίου βρίσκονται σχεδόν όλοι οι παράγοντες που έχουν επισημανθεί. Παράλληλα η εργασία αυτή θα χρησιμεύσει ως βοήθημα για την πραγματική χαρτογράφηση στο βήμα 3.

Μια συχνά παραγωγική επιλογή αξιολόγησης είναι να παρασκευαστεί ένας κενός χάρτης (Εικόνα 1) στον ασθενή ή τους γονείς του, ζητώντας τους να συμπληρωθεί (οι πληροφορίες χρησιμοποιούνται λίγο αργότερα στη διαγνω-

στική διαδικασία]. Θα πρέπει να τους ζητείται να καταγράψουν τους πιο επιθυμητούς στόχους. Δηλαδή, αυτό που τους ανησυχεί περισσότερο και τι θα ήθελαν να αλλάξουν. Θα πρέπει να τοποθετούν τους στόχους τους στο χάρτη και να συμπληρώνουν τα πλεονεκτήματα και τις προκλήσεις που θεωρούν ότι υφίστανται. Η άσκηση αυτή εξυπηρετεί τρεις σκοπούς: πρώτον, βοηθά τον ασθενή ή τους γονείς να παρέχουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα. Δεύτερον, δείχνει παραστατικά την αλληλένδετη και πολύπλοκη φύση των ξκόσμων τους και, τρίτον, απαιτεί από αυτούς να αποστασιοποιηθούν, να στοχαστούν και να αποκτήσουν μεγαλύτερη προοπτική του ζητήματος. Η ανάπτυξη προοπτικής αποτελεί σχεδόν καθολικό συστατικό όλων των μεθόδων παροχής φροντίδας και θεραπείας και γενικά διευκολύνει τη διαδικασία. Τέλος, η πρόσθετη αυτή άσκηση μπορεί επίσης να βοηθήσει τον επαγγελματία υγείας να κατανοήσει το επεξηγηματικό μοντέλο του ασθενούς ή των γονέων, το οποίο αποτελεί απαραίτητο βήμα για την επιτυχία στη διαπραγμάτευση του πλάνου φροντίδας και του σχεδίου θεραπείας.

### **Βήμα 2: Αναγνώριση των Σημαντικότερων Στόχων**

Ο εντοπισμός των πιο σημαντικών στόχων είναι ακόμα ένα βασικό στοιχείο του μοντέλου. Ο καθορισμός της μεγαλύτερης σημαντικότητας δεν είναι μοναδικό της προσέγγισης MAPS. Αυτό που είναι μοναδικό, ωστόσο, είναι η τοποθέτηση της σημαντικότητας ως το κρίσιμο δεύτερο βήμα και η ρητή τοποθέτησή της ως ακρογωνιαίο λίθο του μοντέλου. Από τα συγκεντρωμένα στοιχεία και τα γεωγραφικά δεδομένα, ο επαγγελματίας υγείας διαπιστώνει ένα σημαντικό σύμπτωμα, ένα σημείο ή μια λίστα προβλημάτων. Στη συνέχεια εξετάζει τη λίστα, επιλέγοντας όχι περισσότερα από τέσσερα σημαντικά στοιχεία - ή στόχους - που πρέπει να εξηγηθούν (σημειώνεται ότι οι πολλαπλοί στόχοι βοηθούν στην ελαχιστοποίηση των σφαλμάτων) (12). Οι στόχοι μπορεί να περιλαμβάνουν μια διάγνωση, αλλά δεν πρέπει ποτέ να περιορίζονται σε αυτήν. Η δημιουργία μιας λίστας σημαντικών στοιχείων απαιτεί εξάσκηση. Η δημιουργία αυτής της λίστας αποτελεί τον πυρήνα της παρούσας εργασίας και έχει χαρακτηριστεί ως η ουσία της εμπειρίας (13, 14). Με απλά λόγια, είναι η ικανότητα να μπορείς να κάνεις ένα βήμα πίσω και να αποφασίζεις τι είναι αυτό που πραγματικά έχει σημασία. Ο θεραπευτής πρέπει να ρωτήσει ποια είναι τα πιο σημαντικά στοιχεία για το συγκεκριμένο ασθενή, που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στο δεδομένο χρονικό διάστημα. Σημαντικό στοιχείο για παράδειγμα μπορεί να είναι ένα βασικό παράπονο του ασθενούς ή των γονέων του (π.χ. το παιδί μου έχει κάποιο πρόβλημα με τους φίλους του). Παράλληλα ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει την εμπειρία του για να επισημάνει ένα στόχο, ο οποίος μπορεί να προκαλεί μικρές ανησυχίες (π.χ. οι ακουστικές ψευδαισθήσεις που ίσως έχουν αναφερθεί, αλλά δεν έχουν δώσει αφορμή για παράπονα, θα μπορούσαν να εμπίπτουν σε αυτή την κατηγορία).

Φυσικά, η πραγματική εμπειρία (11,12) χρειάζεται χρόνο για να αποκτηθεί, αλλά αρκετές τεχνικές μπορούν να



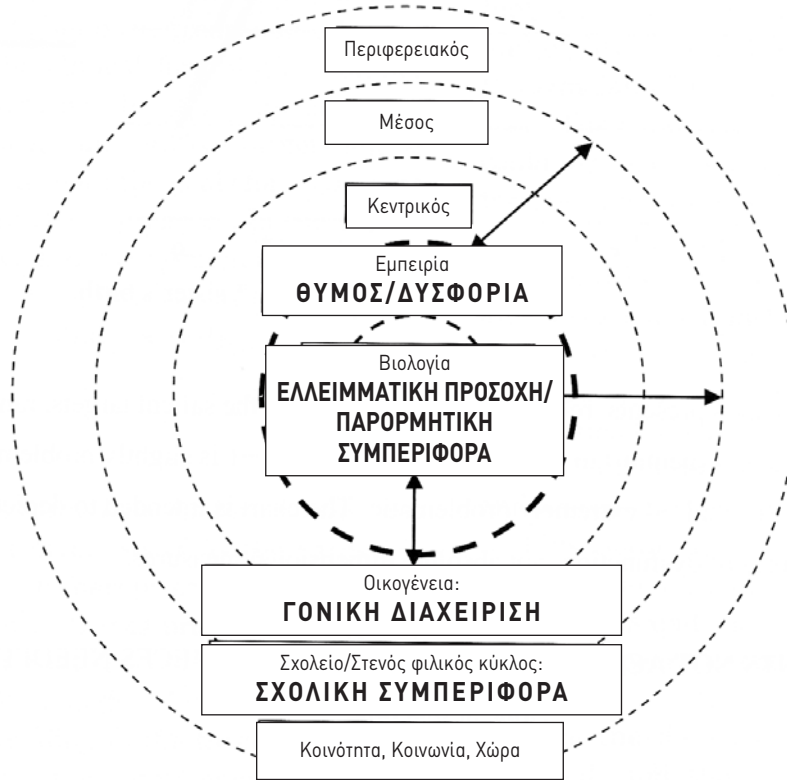


## ΔΕΛΤΙΟ ΔΙΑΤΥΠΩΣΗΣ

Σημαντικότεροι Στόχοι:

1. Ελλειμματική προσοχή/παρορμητική συμπεριφορά
2. Θυμός/δυσφορία
3. Γονική διαχείριση
4. Σχολική συμπεριφορά

Τοποθετήστε τα στοιχεία στους κύκλους:



Βιολογία: τα στοιχεία που αφορούν τη βασική βιολογία του εγκεφάλου. Εμπειρία: τα στοιχεία που αφορούν την «ιστορία» του ασθενούς. Κεντρικός: τα στοιχεία που αφορούν την οικογένεια. Μεσαίος: τα στοιχεία που αφορούν το σχολείο και τον στενό φιλικό κύκλο. Περιφερειακός: τα στοιχεία που αφορούν την κοινότητα ή την κοινωνία.

**Σχήμα 2.** Διαδικασία διατύπωσης: παράδειγμα περιστατικού

Βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να εντοπίσουν τα σημαντικά στοιχεία. Κατ' αρχάς, μια χρήσιμη αλληγορία είναι να σκέφτεται κανείς τα σημεία ή τα συμπτώματα ως διανύσματα. Όπως ένα διάνυσμα, με τον ίδιο τρόπο και κάθε πρόβλημα έχει μέγεθος και κατεύθυνση. Η σημαντικότητα ορίζεται τόσο από (1) το μέγεθος του προβλήματος όσο και (2) από το πόσο παθολογικό είναι ή πόσο μακριά βρίσκεται το σύμπτωμα από μία τυπική ή κοινή κατεύθυνση.

Ας επιστρέψουμε στα πιο πάνω παραδείγματα. Η δήλω-

ση ότι «υπάρχουν κάποια προβλήματα με φίλους» δεν είναι ασυνήθιστο ή κατ' ανάγκη άτυπο ή παθολογικό πρόβλημα, με αποτέλεσμα η κατεύθυνση του συμπτώματος να είναι αξιοσημείωτη. Ως εκ τούτου, σε αυτό το παράδειγμα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί πρωτίστως το μέγεθος του προβλήματος για τον προσδιορισμό της πιθανής σημαντικότητας. Στο δεύτερο παράδειγμα, παρά το γεγονός ότι ο ίδιος ο ασθενής και η οικογένειά του δεν εκφράζουν ιδιαίτερη ανησυχία για τις ακουστικές ψευδαισθήσεις (διότι η συχνότητα με βάση τα στοιχεία του ιστορικού

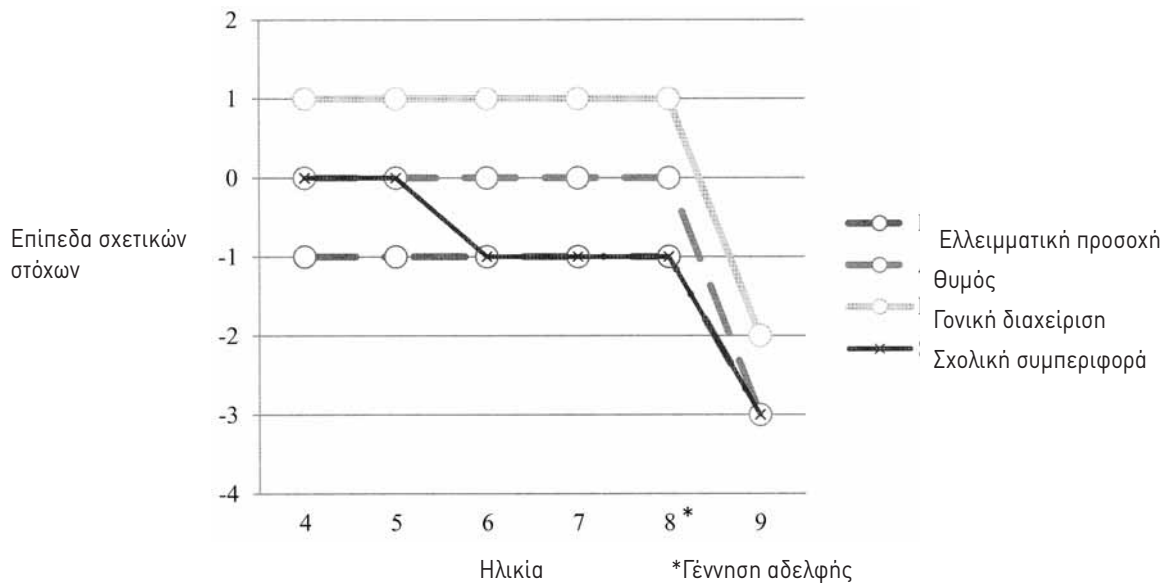


## ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ (ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΙ ΠΡΟΤΥΠΟ)

Γραφική αναπαράσταση χρονοδιαγράμματος

1. Η ελλειμματική προσοχή αποτελούσε ήπιο πρόβλημα, το οποίο επιδεινώθηκε σημαντικά στην ηλικία των 9 ετών
2. Ο θυμός δεν αποτελούσε πρόβλημα μέχρι την ηλικία των 9 ετών
3. Η διαχείριση των γονέων ήταν καλή μέχρι την ηλικία των 9 ετών
4. Η σχολική συμπεριφορά ήταν πολύ καλή μέχρι την ηλικία των 6 ετών, ήπια προβληματική μέχρι την ηλικία των 8 ετών και πολύ χειρότερη στην ηλικία των 9 ετών

Σημαντικά γεγονότα ζωής: Γέννηση αδελφής στην ηλικία των 8 ετών



Ο άξονας x δείχνει την ηλικία. Ο άξονας y παρουσιάζει τις σχετικές μονάδες για καθένα από τους σημαντικούς στόχους, οι οποίες κυμαίνονται από 2 (πολύ θετικό), στο 1 (ελαφρώς θετικό) έως 0 (ουδέτερο) και -1, -2, -3 και -4, -1 όπου είναι ελαφρώς προβληματικό, -2 μέτρια προβληματικό, -3 πολύ προβληματικό και -4 εξαιρετικά προβληματικό. Το διάγραμμα έχει ως στόχο να απεικονίσει τις χρονικές σχέσεις και τους σχετικούς βαθμούς δυσλειτουργίας και όχι τα απόλυτα μέτρα διάστασης.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟΥΝ / ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Κανένα αυτών τη στιγμή.

**Σχήμα 2.** Συνέχεια

είναι μικρή), εντούτοις οι πραγματικές ακουστικές ψευδαισθήσεις αποτελούν πάντα ένα από τα πιο ανησυχητικά σημεία της παθολογίας, καθιστώντας την κατεύθυνση του συμπτώματος ιδιαίτερα σημαντική. Επιπλέον, οι θεραπευτές (ειδικά οι εκπαιδευόμενοι) μπορούν να προσδιορίσουν την κατεύθυνση για τη σημαντικότητα, ρωτώντας το πόσο αξιοσημείωτο είναι ένα στοιχείο. Για παράδειγμα, όταν ένας σκύλος δαγκώνει έναν άνθρωπο δεν είναι ένα αξιοσημείωτο γεγονός, αλλά αν ένας άνθρωπος δαγκώσει έναν σκύλο, τότε αυτό είναι. Ένα άλλο χρήσι-

μο ερώτημα είναι το εξής: «Εάν ο ασθενής μου ξυπνήσει αύριο με τη μεγαλύτερη δυνατή βελτίωση, ποια είναι τα στοιχεία που θα έχουν αλλάξει;» Οι στόχοι που επηρεάζουν σημαντικά τους πολλαπλούς κύκλους είναι και οι πιο σημαντικοί. Τέλος, αν ο θεραπευτής ζητήσει από τον ασθενή ή την οικογένειά του να δημιουργήσει μια λίστα με στόχους, η λίστα αυτή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Όταν καθοριστεί η σημαντικότητα, δύο έως τρεις στόχοι θα πρέπει να αναγράφονται στην κορυφή του Σχήματος 1 ή σε ένα φύλλο χαρτιού.





### **Βήμα 3: Χαρτογράφηση των Στόχων**

Ο επαγγελματίας υγείας σε αυτό το σημείο παίρνει τη λίστα των σημαντικών στόχων, τον οποίο δημιούργησε στο φύλλο εργασίας, σύμφωνα με την πιο πάνω διαδικασία, χαρτογραφώντας τους στόχους πάνω στο σύστημα των ομόκεντρων κύκλων (βλέπε Σχήμα 1) (11). Συχνά οι στόχοι μπορεί να ταιριάζουν σε περισσότερους από έναν κύκλους, αλλά κάθε στόχος θα πρέπει να αντιστοιχηθεί σε εκείνον τον κύκλο που είναι ο πιο σχετικός. Η συνάφεια βασίζεται (1) στην προέλευση και (2) στο μέγεθος του αποτελέσματος. Τα όρια του κύκλου είναι διαπερατά (διακεκομμένες γραμμές) και σε συμφωνία με τη διαδραστική, συστημική τους φύση, ενώ κάθε κύκλος είναι ουσιαστικά ενσωματωμένος στον επόμενο. Κανένας παράγοντας δεν μπορεί να σταθμιστεί χωρίς να γίνει αντιληπτός στο πλαίσιο του και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όλοι οι κύκλοι. Μολονότι κάθε σημαντικός στόχος χαρτογραφείται στον πιο σχετικό κύκλο, η συστημική φύση του μοντέλου μπορεί να αναπαρασταθεί γραφικά με βέλη από τις πρωτογενείς θέσεις σε άλλες σφαίρες (βλέπε Σχήμα 2). Η χαρτογράφηση βοηθά τους θεραπευτές να επικεντρώνονται σε συγκεκριμένους στόχους, ενώ παράλληλα συνεχίζουν να αξιολογούν τη μεγαλύτερη, αλληλένδετη εικόνα.

### **Βήμα 4: Χρονοδιάγραμμα**

Το επόμενο βήμα είναι να τοποθετηθούν οι σημαντικοί στόχοι που βρίσκονται στους κύκλους σε μια χρονική γραμμή, προσθέτοντας τα σημαντικότερα γεγονότα της ζωής, όπως αυτά παρατηρούνται. Το χρονοδιάγραμμα λειτουργεί ως ένα γραμμικό σημείο αναφοράς που διασαφηνίζει τις διαχρονικές σχέσεις των αναφερόμενων συμπτωμάτων ή σημείων. Απεικονίζει γραφικά τη σχέση ανάμεσα στο σχετικό χρόνο και τις αλλαγές βάσει του χρόνου που παρατηρούνται στους σημαντικούς στόχους. Όπως και με κάθε στοιχείο του ιστορικού, έτσι και σε αυτό το στάδιο θα πρέπει να γίνεται κάθε δυνατή προσπάθεια επαλήθευσης. Στο χρονοδιάγραμμα θα πρέπει να περιλαμβάνονται οι σχετικές εκτιμήσεις της προόδου. Με τη γραφική αναπαράσταση των σχετικών μεγεθών για καθέναν από τους στόχους στην πάροδο του χρόνου, συχνά προκύπτουν και τα ανάλογα κομβικά γεγονότα (μαζί με τις χρονικές σχέσεις μεταξύ των σημαντικών στόχων). Στην πραγματικότητα, το χρονοδιάγραμμα χρησιμεύει τόσο ως χρονικός δείκτης αυτών των βασικών γεγονότων που ενδέχεται να αποτελούν ενδείξεις για πιθανές αιτιολογήσεις, όσο και ως συνειρμική επιβεβαίωση της ισχύος της διατύπωσης. Οι θεραπευτές θα πρέπει να αναλογιστούν αν η διατύπωση ή η υπόθεσή τους είναι σε συνοχή με το χρονοδιάγραμμα. Αν η συνοχή αυτή υφίσταται γραφικά, τότε αυξάνεται η ισχύς της διατύπωσης. Για παράδειγμα, εάν στόχος είναι η εκδραμάτιση ενός εφύβου, και αν η εκδραμάτιση διατυπώνεται ως αποτέλεσμα γονικών συγκρούσεων και χωρισμού, το χρονοδιάγραμμα θα πρέπει να αντανάκλα μια χρονική σχέση ανάμεσα στην έναρξη της εκδραμάτισης και της επιδείνωσης της λειτουργικότητας της οικογένει-

ας. Εάν οι συμπεριφορές προϋπήρχαν των δυσκολιών στις σχέσεις με τους γονείς, τότε είναι πολύ πιθανό να υποβόσκουν και άλλοι παράγοντες.

### **Βήμα 5: Πραγματιστική Διατύπωση**

Τα κλινικά σημαντικά χαρακτηριστικά επιλέγονται και στη συνέχεια χαρτογραφούνται σε βασικούς τομείς που συνάδουν με το χρονοδιάγραμμα. Ο θεραπευτής είναι τώρα έτοιμος να ενσωματώσει τους στόχους στο βέλτιστο μοντέλο διατύπωσης. Αυτό το κρίσιμο βήμα ολοκλήρωσης είναι ένα επικίνδυνο σημείο για το θεραπευτή. Δυσκολίες προκύπτουν συχνά από την αβεβαιότητα για την επιλογή του σημείου στο οποίο θα πρέπει να επικεντρωθεί ή την επιλογή του κατάλληλου θεωρητικού πλαισίου που θα εφαρμοστεί. Με τη βασική διατύπωση να επικεντρώνεται σε μερικά σημαντικά χαρακτηριστικά και την ενσωμάτωσή τους στις χαρτογραφημένες περιοχές, η προσέγγιση MAPS προσπαθεί να αποκαλύψει την πραγματιστική απλότητα μέσω των κλινικών δεδομένων. Οι ρητοί, προβληματικοί στόχοι βοηθούν στον αποκλεισμό θεωρητικών μετατοπίσεων και σφαλμάτων. Όπως έχει αναφερθεί πιο πριν, η προσέγγιση MAPS έχει ως κίνητρο την έλλειψη ενός συνολικού και συμφωνημένου αιτιολογικού πλαισίου. Μια διατύπωση βάσει του προτύπου του MAPS, με επίκεντρο το πρόβλημα που θα καλύπτει πραγματιστικά τα βασικά στοιχεία και τις περιοχές προέλευσής τους, παρέχει ένα σαφές και περιεκτικό σχέδιο φροντίδας και θεραπείας που είναι «επαρκώς αληθές», ώστε να αντιμετωπιστούν τα στοχευόμενα προβλήματα.

### **Βήμα 6: Συλλογισμός**

Το τελικό βήμα στη δημιουργία μιας αρχικής βασικής διατύπωσης που θα καθοδηγείται από κλινικά δεδομένα είναι το ζωτικής σημασίας βήμα του συλλογισμού (15), το οποίο βοηθά στη διασφάλιση της ολοκλήρωσης, στην ελαχιστοποίηση των σφαλμάτων (12) και στην επιβεβαίωση του ότι η βασική διατύπωση είναι «επαρκώς αληθής». Ο επαγγελματίας υγείας κάνει «ένα βήμα πίσω» για να διασφαλίσει τα κομμάτια του πάζλ σχηματίζουν μια συνεκτική εικόνα. Ερωτήσεις που μπορούν να τεθούν σε αυτό το βήμα είναι: (1) Η διατύπωσή μου καλύπτει τους κρίσιμους στόχους και υπάρχουν τυχόν αξιοσημείωτα στοιχεία που δεν αντιστοιχούνται; Αν ναι, πώς μπορούν να ληφθούν υπόψη; (2) Χρειάζομαι επιπλέον κομμάτια για να συμπληρώσω ή να επιβεβαιώσω το παζλ; (3) Υπάρχει κάποιο εναλλακτικό μοντέλο που να ταιριάζει καλύτερα; Η απάντηση στο τελευταίο ερώτημα μπορεί να περιλαμβάνει διόρθωση της διατύπωσης ή την πρόσθεση νέων, σημαντικών στοιχείων σε αυτή, ενώ παράλληλα βοηθά στην αντιμετώπιση κοινών προβλημάτων που προκύπτουν από τα σφάλματα επιβεβαίωσης (12).

Εφόσον η βασική διατύπωση δεν είναι απλά μια θεωρητική άσκηση, αλλά αποτελεί έναν ενεργό πραγματιστικό οδηγό για τις ενέργειες του θεραπευτή, του ασθενούς και της οικογένειάς του, τα ακόλουθα δύο βήματα (βήμα 7 και 8) κρίνονται απαραίτητα.



### **Βήμα 7: Συμφωνία Συνεργασίας**

Χωρίς τη συμφωνία συνεργασίας (η οποία δεν είναι ουσιαστικά μέρος της διαδικασίας της διατύπωσης) ακόμα και η καλύτερη διατύπωση μπορεί να αποτύχει. Όταν ο θεραπευτής ολοκληρώσει το βήμα 6, τότε οι στόχοι, η διατύπωση και η θεραπεία πρέπει να επανεξεταστούν μαζί με τον ασθενή και την οικογένειά του. Η παραδοχή του χάρτη από τον ασθενή/γονέα αποτελεί βασικό και θεμελιώδες στοιχείο της συνεργασίας που απαιτείται για να δομηθεί η θεραπευτική συμμαχία. Αν ο χάρτης του ασθενούς και η διατύπωση του θεραπευτή έρχονται σε αντιπαράθεση, η αντιπαράθεση αυτή πρέπει να επιλυθεί με παρέμβαση του θεραπευτή. Οι στόχοι που ορίζονται μέσα από συνεργατικές διεργασίες είναι εκείνοι που διαμορφώνουν το σχέδιο φροντίδας και θεραπείας και αποτελούν μία βάση μέτρησης των θεραπευτικών εκβάσεων. Ιδανική περίπτωση αποτελεί ο τέλειος συγχρονισμός στόχων, επεξηγήσεων, παρεμβάσεων φροντίδας και θεραπείας. Όπως και να έχει, όμως, θα πρέπει να είναι τουλάχιστον αλληλεπικαλυπτόμενοι για να υπάρξει συνεργασία.

### **Βήμα 8: Παρακολούθηση**

Αναφέρθηκε ήδη το γεγονός ότι οι στόχοι στη διατύπωση θέτουν το πλάνο φροντίδας και το σχέδιο θεραπείας και αποτελούν συνολικά το μέτρο αξιολόγησης της προόδου. Σε κάθε θεραπευτική συνεδρία, και καθώς η θεραπεία αναπτύσσεται, ο θεραπευτής εντοπίζει την πρόοδο χρησιμοποιώντας συγκεκριμένους στόχους ως στοιχεία και διαπιστώνοντας ότι το σχέδιο λειτουργεί και ότι είναι πραγμαστικά «επαρκώς αληθές». Η παρακολούθηση απαιτεί από το θεραπευτή να συνεχίζει να αντιλαμβάνεται τους στόχους ως ενεργά μέτρα της συνεχιζόμενης προόδου. Στην περίπτωση που προκύψουν νέα στοιχεία ή αν η φροντίδα δεν έχει αποτελέσματα και η θεραπεία δεν παρουσιάζει πρόοδο, ο θεραπευτής θα πρέπει να επαναδιατυπώσει το χάρτη και κατόπιν να προχωράει αναλόγως. Το αν η διατύπωση είναι «επαρκώς αληθής» επικυρώνεται πάντα λειτουργικά ή απορρίπτεται από τα κλινικά δεδομένα.

### **ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Όταν προσήλθε στο ιατρείο ο εννιάχρονος Τζ. Μπ., το βασικό παράπονο των γονιών του ήταν ότι πίστευαν πως το παιδί τους έπασχε από διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) και ότι «δεν μπορούσε να ανταπεξέλθει». Το λεπτομερές ιστορικό έδειξε ότι ο Τζ. Μπ. είχε το πρόβλημα από πολύ παλαιότερα. Ήταν ο δεύτερος μήνας στην τρίτη δημοτικού και τα πράγματα δεν ήταν «καθόλου καλά». Μετά από την πρώτη και δεύτερα δημοτικού που ήταν «αρκετά καλός» μαθητής, πλέον οι δάσκαλοι ανέφεραν ότι δεν μπορούσαν να τον διαχειριστούν στην τάξη και ότι ο Τζ. Μπ. εμφανίζει πρόβλημα συμπεριφοράς, κοινωνικά και επίδοσης, παρά το γεγονός ότι σύμφωνα με τα σχολικά τεστ η νοημοσύνη του ήταν κανονική. Οι γονείς του ανέφεραν ότι στο σπίτι η συμπεριφορά του δεν ήταν καλή και ότι δεν ακολουθούσε τους κανόνες. Ο παιδίατρός του,

μετά από τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου από το δάσκαλό του, έφτασε στο συμπέρασμα ότι πάσχει από ΔΕΠΥ, ήδη από τη δεύτερα δημοτικού, όπου και ξεκίνησε ο Τζ. Μπ. να λαμβάνει μεθυλφαινιδάτη. Αρχικά δεν υπήρχε απόκριση στην αρχική χαμηλή δόση του φαρμάκου, όταν όμως αυτή αυξήθηκε, η συμπεριφορά του στο σχολείο έγινε πολύ πιο διαχειρίσιμη. Ωστόσο, η συμπεριφορά του στο σπίτι – ειδικότερα τα απογεύματα – έγινε «χειρότερη τους τελευταίους μήνες». Περίπου έξι μήνες πριν, γεννήθηκε η μικρή αδελφή του Τζ. Μπ., ο οποίος πριν ήταν μοναχοπαιδί. Ο ίδιος ο Τζ. Μπ. δηλώνει πολύ θυμωμένος με τη γέννηση της αδελφής του. Σύμφωνα και με τον Τζ. Μπ. και τους γονείς του, η δυσφορία του αυτή εκφράζεται και ανοιχτά. Οι γονείς του δήλωσαν ότι ο γιός του έκανε παράπονα ότι το μωρό έκλαιγε όλη την ώρα και ότι δεν μπορούσε να αντέξει το θόρυβο.

Αναπτυξιακά, η εξέλιξη του Τζ. Μπ. είχε πραγματοποιηθεί κανονικά, αλλά στο ιστορικό αναφέρεται ότι ως βρέφος είχε κολικούς, και οι γονείς συχνά δεν μπορούσαν να τον καθησυχάσουν. Οι γονείς περιέγραψαν ότι ανέκαθεν δεν μπορούσε να συγκεντρωθεί και ότι «πρώτα ενεργούσε και μετά σκεφτόταν». Ήταν λες και «δεν μπορούσε να κάνει καλά τον ίδιο του τον εαυτό». Ωστόσο, δήλωσαν ότι «με πολύ προσπάθεια» κατάφεραν να ελέγξουν τη συμπεριφορά του. Με ένα πιο λεπτομερές ιστορικό, αποκαλύφθηκε ότι η μητέρα του ήταν αυτή που προσπαθούσε και μπορούσε να πετύχει πειθαρχία, αλλά τώρα που έπρεπε να φροντίσει το μωρό, μεγάλο μέρος της φροντίδας του Τζ. Μπ. είχε περιέλθει στον πατέρα του. Παρότι ο πατέρας του τον φρόντιζε και συμμετείχε αρκετά, είχε πρόβλημα αναφορικά με τη συνέχεια της πειθαρχίας και την παροχή φροντίδας. Επέτρεπε στη συμπεριφορά του γιού του να κλιμακώνεται και μετά αντιδρούσε εκρηκτικά, ενώ κατόπιν ένιωθε άσχημα.

Η συνέντευξη με τον ίδιο τον Τζ. Μπ. αποκάλυψε ένα πολύ φιλικό αγόρι που αναπτυξιακά ταίριαζε στην ηλικία του και κινητικά ήταν υπερδραστήριο. Ο Τζ. Μπ. επικοινωνούσε πολύ καλά και εξέφρασε ανοιχτά τη δυσφορία του για την αδελφή του, δηλώνοντας ότι η μητέρα του συνεχώς την ταίριζε. Όταν ρωτήθηκε αν «περνούσε καλά» απάντησε ότι πιο παλιά περνούσε καλύτερα με τη μητέρα του ενώ πατέρας του είχε πολλά νεύρα. Όταν το θέμα της συζήτησης άλλαξε και μετατοπίστηκε στο σχολείο και στο στενό φιλικό κύκλο, μπορούσε να περιγράψει με ευκολία διάφορες ευχάριστες δραστηριότητες.

Όταν ολοκληρώθηκε η συλλογή δεδομένων, η περίπτωση αναθεωρήθηκε και αναγνωρίστηκαν οι σημαντικοί στόχοι/προβλήματα, βάσει των ανησυχιών της οικογένειάς και της εκτίμησης του θεραπευτή. Αυτοί οι στόχοι/προβλήματα αναγνωρίστηκαν ως (1) ελλειμματική προσοχή/παρορμητικότητα/κακή συμπεριφορά, (2) θυμός (προς αδελφία/γονείς), (3) γονική διαχείριση και (4) σχολική κακή συμπεριφορά (μικρότερου μεγέθους). Κάθε ένας από τους τέσσερις στόχους τοποθετήθηκε στην πιο κατάλληλη σφαίρα (βλέπε Σχήμα 2). Κατόπιν προστέθηκαν βέλη για να αναπαράστα-



θεί γραφικά η αντίληψη αυτών των σημαντικών προβλημάτων στις άλλες σφαίρες.

### **Βασική Διατύπωση**

Η διατύπωση της περίπτωσης βασίζεται στις πληροφορίες που δίνονται πιο πάνω και στην καλύτερη δυνατή αντιστοίχιση τους στο χάρτη και στο χρονοδιάγραμμα. Ως εκ τούτου, ο Τζ. Μπ. είναι ένα παιδί εννέα ετών με υπερδραστικότητα και παρορμητικότητα – προβλήματα τα οποία είχαν αντισταθμιστεί μετρίως – και κάποια μικρά προβλήματα στο σχολείο. Η αδελφή του γεννήθηκε ένα με δύο μήνες πριν επιδεινωθούν οι δυσκολίες του, δηλαδή την προηγούμενη άνοιξη όταν ήταν 9 ετών. Με τη γέννηση της αδελφής του ήρθε και η απώλεια της κύριας ενασχόλησης της μητέρας του μαζί του και μια μετατόπιση στην οικογενειακή λειτουργικότητα, με τον πατέρα του να αναλαμβάνει τον κύριο ρόλο στη φροντίδα του. Η συμπεριφορική επιδείνωση του Τζ. Μπ. φαίνεται να είναι αποτέλεσμα της τάσης του ΔΕΠΥ για απορρύθμιση που εντείνεται από το θυμό του για την απώλεια της μητέρας του και από τη ζήλια του για το αδελφάκι του, ενώ επιδεινώνεται επίσης από τη μη συνεκτική γονική συμπεριφορά του πατέρα του και την αδυναμία του τελευταίου να καλύψει το κενό της μητέρας. Οι δυσκολίες στο σχολείο, οι οποίες επιδεινώθηκαν σημαντικά την άνοιξη, φαίνεται να είναι δευτερεύουσας σημασίας, βάσει της παρουσίας τους στη δεδομένη χρονική στιγμή.

Μετά τη συμπλήρωση της διατύπωσης, ο θεραπευτής αποστασιοποιήθηκε (βήμα 6) για να αναλογιστεί αν έμεναν κάποια από τα στοιχεία ή τα κομμάτια χωρίς αντιστοίχιση και διαπίστωσε ότι όλα ήταν εκεί.

### **Διάγνωση: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερδραστικότητα και Διαταραχή Προσαρμογής**

Το σχέδιο φροντίδας και θεραπείας ακολουθεί ακριβώς μετά τη διατύπωση του MAPS, με κάθε σημαντικό στόχο να λαμβάνεται υπόψη για τη φροντίδα. Η θεραπεία αρχίζει με τη ΔΕΠΥ στον εσωτερικό κύκλο που βασίζεται στη βιολογία, η οποία αντιμετωπίζεται με κατάλληλα φάρμακα και συμπεριφορική προσέγγιση. Προχωρώντας προς τον κύκλο της εμπειρίας, η φροντίδα εστιάζεται στο θυμό και στη ζήλια του Τζ. Μπ. Ενδείκνυται μια βραχυπρόθεσμη θεραπεία, όπως επίσης και κάποιες μικρές οικογενειακές προσαρμογές. Εντοπίζονται κάποια συνεχόμενα ζητήματα γονικότητας-διαχείρισης στον κεντρικό (οικογενειακό) κύκλο. Η φροντίδα και θεραπεία θα συμπεριλάβει συμπεριφορική γονική καθοδήγηση και πιθανώς την επανατοποθέτηση κάποιων εκ των απογευματινών ευθυνών στη μητέρα για να ελαχιστοποιηθεί η αίσθηση απώλειας του Τζ. Μπ. Τέλος, ο μεσαίος κύκλος (σχολείο) παραθέτει τα ζητήματα που αφορούν τις επιδόσεις στο σχολείο, τα οποία φαίνονται να είναι δευτερεύοντα και θα αναλυθούν σε ένα επόμενο στάδιο φροντίδας, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν πρέπει να παρακολουθηθούν.

Η θεραπευτής ανασκόπησε τα ευρήματά της εκτίμη-

σης, τους στόχους, τη διατύπωση, το σχέδιο φροντίδας και θεραπείας και τους στόχους για την παρακολούθηση του Τζ. Μπ. και τους γονείς του. Επιτεύχθηκε μία συμφωνία συνεργασίας (βήμα 7) και εφαρμόστηκε το σχέδιο φροντίδας και θεραπείας και με ενεργή παρακολούθηση των στοιχείων προόδου.

### **Παρακολούθηση Στόχων**

Στοιχείο 1: ΔΕΠΥ – μειωμένες κακές συμπεριφορές. Στοιχείο 2: θυμός/ζήλια – μειωμένος θυμός. Στοιχείο 3: γονική διαχείριση – βελτιωμένες ικανότητες διαχείρισης της κακής συμπεριφοράς και του θυμού. Στοιχείο 4: σχολικές επιδόσεις – ταυτόχρονη βελτίωση καθώς αλλάζουν τα στοιχεία 1-3.

### **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Η προσέγγιση MAPS παρέχει μια νέα, πραγματιστική προσέγγιση για τη δημιουργία βασικών διατυπώσεων. Ενώ περιλαμβάνει τις απαραίτητες περιοχές του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου και του μοντέλου των τεσσάρων «P», η πρακτική και η δομή του, προσανατολισμένη στη διαδικασία, βοηθά τον επαγγελματία υγείας να απεικονίσει γραφικά τα καθήκοντα και να επικεντρωθεί σε αυτά. Η δομή του MAPS προσφέρει σημαντικά οφέλη συγκριτικά με άλλα μοντέλα, και η προσέγγιση για τη διατύπωση «επαρκώς αληθής» καθιστά το MAPS ένα μοντέλο ακόμα πιο φιλικό και χρήσιμο προς το χρήστη. Το μοντέλο αναφέρεται σε πολλά προβληματικά στοιχεία που υπάρχουν στην παραδοσιακή διατύπωση περίπτωσης. Τα βασικά στοιχεία του μοντέλου συνοπτικά μπορούν να αποτυπωθούν ως εξής: Πρώτον, ο θεραπευτής που χρησιμοποιεί την προσέγγιση MAPS θα πρέπει να αναλογίζεται συστηματικά και να επανεξετάζει κάθε έναν από τους λειτουργικούς κύκλους του ασθενούς, γεγονός το οποίο βοηθά στην ελαχιστοποίηση της παράβλεψης που κάποιες φορές προκαλείται από την τήρηση ενός μόνο κλινικού/αιτιολογικού μοντέλου. Για παράδειγμα, οι βιολογικοί ιατροί μπορεί να βλέπουν μόνο τα βιολογικά προβλήματα και ο οικογενειακός θεραπευτής να βλέπει μόνο τα οικογενειακά προβλήματα. Αυτές οι στιγμές προβληματισμού οδηγούν το θεραπευτή να αντιμετωπίζει τον κάθε ασθενή σε ένα πολυδιάστατο, συστημικό πλαίσιο. Δεύτερον, η αναγνώριση και η χαρτογράφηση μόνο των σημαντικών στοιχείων εξυπηρετεί τον επαγγελματία υγείας, καθώς του δίνει τη δυνατότητα να μπορέσει να διαχωρίσει το κρίσιμο εκείνο «δένδρο» μέσα από το «δάσος» – κρατώντας όμως παράλληλα το δένδρο στο πλαίσιο αυτού του δάσους. Τα σημαντικά προβλήματα οδηγούν κατευθείαν στη φροντίδα, αλλά η μεγαλύτερη εικόνα – το πλαίσιο μέσα στο οποίο κινείται ο ασθενής – δεν χάνεται ποτέ από τον ορίζοντα. Τρίτον, η προσανατολισμένη προς τη διαδικασία αυτή προσέγγιση βοηθά στη βελτιστοποίηση συγκεκριμένων δεξιοτήτων που είναι γνωστό ότι προάγουν την εμπειρία. Τέταρτον, με την τοπογραφική απεικόνιση των βασικών στοιχείων, διαφαίνονται ξεκάθαρα η προέλευση, το πλαίσιο και το μέγε-



θος του προβλήματος, με άμεσα συμπεράσματα για την πιθανή φροντίδα και θεραπεία. Συνεπώς, ο θεραπευτής χτίζει μια φειδωλή και πραγματιστική βασική διατύπωση και φτάνει στην κλινική παρέμβαση που ταιριάζει καλύτερα. Πέμπτον, το υποχρεωτικό βήμα της απομάκρυνσης – η κρίσιμη αναθεώρηση – επιτρέπει στον επαγγελματία υγείας να αναγνωρίσει τα οποία κομμάτια του παζλ δεν είχαν ληφθεί υπόψη και τις εναλλακτικές υποθέσεις, ενώ εξυπηρετεί ως επιπλέον επιβεβαίωση της διατύπωσης και ως μορφή εγγύησης για τη θεωρητική έλλειψη διορατικότητας (η αναθεώρηση προάγει επίσης τη ζωτική σημασίας δεξιότητα της στοχαστικής πρακτικής). Τέλος, το μοντέλο προάγει την καθιέρωση μιας συμφωνίας συνεργασίας, σχετικά με το τι είναι αυτό που έχει μεγαλύτερη σημασία για το θεραπευτή, τον ασθενή και την οικογένεια.

Το συγκεκριμένο μοντέλο είναι, βάσει σχεδιασμού, μινιμαλιστικό. Στην πραγματικότητα η αξία του έγκειται στην προσανατολισμένη διαδικαστικά απλότητά του, διότι, σε μια θάλασσα «άκρατα περίπλοκου και ιδιαιτέρως ποικιλόμορφου περιβάλλοντος» εντοπίζει τα κατάλληλα κλινικά «νσιά». Το μοντέλο δημιουργεί έναν χάρτη που καθοδηγεί τον επαγγελματία υγείας (ειδικά τους εκπαιδευόμενους) προς οδηγούμενες από στοιχεία, φιλικές προς το χρήστη και «επαρκώς αληθείς» διατυπώσεις, οι οποίες παρέχουν συνεκτικά, πραγματιστικά και συγκεκριμένα σχέδια φροντίδας και θεραπείας. Η δομή του μοντέλου MAPS μπορεί είτε να σταθεί μόνη της, είτε να συμπληρώσει το πλαίσιο οποιασδήποτε άλλης θεωρητικής σχολής, κρατώντας πάντα την προσοχή του θεραπευτή στραμμένη στον απώτατο στόχο, δηλαδή τη βελτίωση του ασθενούς. Μόλις καθοριστεί το πλαίσιο φροντίδας και η θεραπεία, θα πρέπει όλες οι παρεμβάσεις να βασιστούν στην καλύτερη πρακτική και στη βασισμένη σε ενδείξεις φροντίδα. Καθώς προχωράει η θεραπευτική σχέση, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να νοιώθουν την ανάγκη να περιέλθουν βαθύτερα στην πολυπλοκότητα των επιλεγμένων προσεγγίσεών τους, γνωρίζοντας ότι η τήρηση των βασικών διατυπώσεων θα τους βοηθήσει στο στόχο τους.

Ενδεχομένως να υπάρχουν κάποιες επιφυλάξεις αναφορικά με τις «επαρκώς αληθείς» διατυπώσεις. Ενώ κάποιος τονίζει ότι η φροντίδα στο χώρο της ψυχικής υγείας μπορεί να προχωρήσει σε μια ενοποιημένη, απόλυτη αλήθεια, σήμερα δεν μπορούμε να επιτρέψουμε το τέλειο να γίνει εμπόδιο του καλού. Ο εναγκαλισμός των πραγματιστικών αληθειών αποτελεί εδώ και καιρό μέρος της κλινικής φροντίδας. Τα ψυχοενεργά φάρμακα αποτελούν ένα σημείο ενδιαφέροντος. Σχεδόν όλα βρίσκονται στο πλαίσιο του «επαρκώς αληθούς», της κατανόησης δηλαδή που μας επιτρέπει να δικαιολογήσουμε τη χρήση τους χρησιμοποιώντας την πρόοδο του ασθενούς ως μέτρο κλινικής αλήθειας. Προς το παρόν, ως επαγγελματίες και επιστήμονες υγείας, θα πρέπει να καλωσορίσουμε με βεβαιότητα τις «επαρκώς αληθείς» διατυπώσεις ως πραγματιστικούς οδηγούς φροντίδας που επαληθεύονται από την πρόοδο του ασθενούς.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η MAPS είναι μια πραγματιστική, καθοδηγούμενη από στοιχεία, προσανατολισμένη στη διαδικασία προσέγγιση για τη διατύπωση κλινικών περιστατικών. Είναι ένα φιλικό προς το χρήστη μοντέλο που βοηθά τον επιστήμονα υγείας να αναπτύξει «επαρκώς αληθείς» βασικές διατυπώσεις, που επικεντρώνονται στα πιο σημαντικά κλινικά στοιχεία που χρήζουν προσοχής. Η γραφική του φύση βοηθά στην ενίσχυση της πραγματικότητας που επηρεάζει την ψυχική υγεία (δηλαδή, ότι όλα τα συστήματα συνδέονται) και κατευθύνει το θεραπευτή σε περιορισμένο αριθμό συγκεκριμένων περιοχών που παρέχουν πληροφορίες για τις βασικές διατυπώσεις, ενώ παράλληλα εξυπηρετούν ως στόχοι της φροντίδας. Το γενικό μοντέλο MAPS συμπληρώνει και συνδέει το πλήρες εύρος βασισμένων σε ενδείξεις, θεραπευτικών προσεγγίσεων καλύτερης πρακτικής, ενώ δεν παύει να λειτουργεί ως κλινική «πυξίδα» που κρατά τη διαδικασία στην πορεία της.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Richerson PJ, Boyd R. Not by genes alone: how culture transformed human evolution. Chicago, IL: University of Chicago Press, 2004.
2. Jellinek MS, McDermott JF. Formulation: putting the diagnosis into a therapeutic context and treatment plan. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:913–6.
3. Winters NC, Hanson G, Stoyanova V. The case formulation in child and adolescent psychiatry. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2007;16:111–32, ix.
4. Sim K, Gwee KP, Bateman A. Case formulation in psychotherapy: revitalizing its usefulness as a clinical tool. *Acad Psychiatry* 2005;29:289–92.
5. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:155–79.
6. Goldman S, Demaso DR, Kemler B. Psychiatry morbidity and mortality rounds: implementation and impact. *Acad Psychiatry* 2009;33:383–8.
7. McClain T, O'Sullivan PS, Clardy JA. Biopsychosocial formulation: recognizing educational shortcomings. *Acad Psychiatry* 2004;28:88–94.
8. Brendel D. Healing psychiatry: a pragmatic approach to bridging the science/humanism divide. *Harv Rev Psychiatry* 2004;12:150–7.
9. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137:535–44.
10. Barker P. Basic child psychiatry. Oxford: Blackwell Scientific, 1995.
11. Goldman SJ, Shaw, Richard J, DeMaso, David R. The pediatric psychosomatic assessment. In: *Textbook of pediatric psychosomatic medicine*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2010:33–46.
12. Garb HN. *Studying the clinician*. Washington, DC: American Psychological Association, 1998.
13. Bowen JL. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. *N Engl J Med* 2006;355:2217–25.
14. Mylopoulos M, Regehr G. Cognitive metaphors of expertise and knowledge: prospects and limitations for medical education. *Med Educ* 2007;41:1159–65.
15. Branch WT Jr, Paranjape A. Feedback and reflection: teaching methods for clinical settings. *Acad Med* 2002;77:1185–8.