



Εξαμηνιαία Περιοδική Έκδοση

Το περιοδικό Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Έρευνα & Θεραπεία είναι έκδοση του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς με τη συμμετοχή της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας της Συμπεριφοράς

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Διευθυντής Σύνταξης και Έκδοσης
Κων/νος Ευθυμίου †

Αν. Διευθυντής Σύνταξης
Φραγκίσκος Γονιδάκης

Βοηθός Σύνταξης
Αναστασία Σοφianoπούλου

Συμβουλευτική Επιτροπή
Φραγκίσκος Γονιδάκης, ΕΕΕΣ, Αθήνα
Αναστασία Καλαντζή – Αζίζι, ΙΕΘΣ, Αθήνα
Στέφανος Κούλης, ΕΕΓΨ, Αθήνα
Γρηγόρης Σίμος, ΕΕΓΣΨ, Θεσσαλονίκη

Επιστημονική Επιτροπή

Βαϊδάκης, Νίκος
Βάρσου, Ελευθερία
Γενά, Αγγελική
Παννοπούλου, Ιωάννα
Δασκαλοπούλου, Ευγενία
Ευσταθίου, Πώργος
Ζαφειροπούλου, Μαρία
Ζέρβας, Πάννης
Καλαντζή-Αζίζι, Αναστασία
Καλπάκογλου, Θωμάς
Καραδήμας, Ευάγγελος
Καρανίκας, Βαγγέλης
Κασβίκης, Γιάννης
Κόλλιας, Κώστας
Κούλης, Στέφανος
Λιόση, Αγγελική
Λυμπέρης Πέτρος
Μαδιανός, Μιχάλης
Μαλογιάννης, Γιάννης
Μασδράκης Βασίλειος
Μιχόπουλος, Ιωάννης

Μπάσδρας, Αθανάσιος
Μπίμπου-Νάκου Ιωάννα
Μπρούμας, Βασίλης
Μυτσκίδου, Πασχαλιά
Νεστορής, Χριστόφορος
Νικολαΐδης, Νικόλας
Νταφούλης, Βάιος
Οικονόμου, Μαρίνα
Παπαγεωργίου Βάγια
Παπακώστας, Γιάννης
Παπανικολάου, Κατερίνα
Πασχάλη, Τώνια
Πεχλιβανίδης, Αρτέμης
Ραμπαβίλας, Ανδρέας
Σίμος, Γρηγόρης
Σκαπινάκης, Πέτρος
Σταλίκας, Τάσος
Χάιντς, Έλενα
Χαρίλα, Ντιάνα
Χαρίτου-Φατούρου, Μίκα †

Διεθνής Επιστημονική Επιτροπή

Alai-Rosales, Shahla
Altherr, Peter
Callias, Maria
Kazantzis, Nikolaos
Kryspin-Exner, Ilse

Laireiter, Anton – Ruppert
Nikopoulos, Christos
Roder, Volker
Stallard, Paul

ΤΙΤΛΟΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
Το Ελληνικό Περιοδικό της
Γνωσιακής – Συμπεριφοριστικής
Έρευνας & Θεραπείας

**Hellenic Journal of Cognitive
Behavioral Research & Therapy**

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ
Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της
Συμπεριφοράς

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ
Εμμανουήλ Φουνδουλάκης

**Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας
της Συμπεριφοράς**
Αιόλου 102, 10564, Αθήνα

Επικοινωνία:
Τηλ. 210 3840129, Φαξ. 210 3840803
www.ibrt.gr/cbrt, cbrt@ibrt.gr

Σημείωμα της έκδοσης

Editorial

Αγαπητοί φίλοι και συνάδελφοι,

Κρατάτε στα χέρια σας το πρώτο τεύχος του τρίτου τόμου του Ελληνικού Περιοδικού Γνωσιακής - Συμπεριφοριστικής Έρευνας και Θεραπείας. Πρόκειται ουσιαστικά για το τέταρτο τεύχος του περιοδικού το οποίο εκδίδεται. Παρά το γεγονός ότι στα σχέδια της Συντακτικής Επιτροπής ήταν, το τρέχον τεύχος να εκδοθεί πολύ συντομότερα, ώστε να επιτευχθεί ο στόχος της εξαμηνιαίας έκδοσης του περιοδικού, αυτό δυστυχώς δεν κατέστη εφικτό, λόγω ειδικών συνθηκών.

Το τεύχος αυτό έχει μία ιδιαιτερότητα. Σχεδιάστηκε από τη Συντακτική Επιτροπή υπό τη διεύθυνση του αγαπητού συναδέλφου μας Κωνσταντίνου Ευθυμίου. Ολοκληρώθηκε και εκδίδεται απουσία του, με τη γράφουσα να συντάσσει το σημείωμα έκδοσης. Ο σχεδιασμός, το στήσιμο, η υλοποίηση και η έκδοση ενός περιοδικού αφιερωμένο στην έρευνα αποκλειστικά στο πεδίο της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας στην Ελλάδα ήταν ένα όραμα του Κ. Ευθυμίου, το οποίο υλοποιήθηκε, ύστερα από συστηματικό σχεδιασμό και προετοιμασία από τη Συντακτική Επιτροπή, με την έκδοση του πρώτου τεύχους τον Σεπτέμβριο 2014. Μία σειρά αξιόλογων άρθρων εντάχθηκαν στα τρία προηγούμενα τεύχη, για τη δημοσίευση των οποίων συνεργαστήκαμε άριστα με αξιόλογους συναδέλφους στο χώρο της ΓΣΘ. Το όραμα αυτό συνεχίζεται με την έκδοση του παρόντος τεύχους, και θα συνεχιστεί με τα επόμενα τεύχη που θα ακολουθήσουν, με την ευθύνη και επιμέλεια της νέας Συντακτικής Επιτροπής.

Το τρέχον τεύχος περιλαμβάνει πέντε άρθρα, ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας, πάνω σε επίκαιρα θέματα που αφορούν την άσκηση της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας (ΓΣΘ). Τα δύο πρώτα άρθρα συζητούν το ρόλο και τη σημασία της θεραπευτικής σχέσης, της θεραπευτικής συμμαχίας και της ενσυναίσθησης στη ΓΣΘ. Ακολουθεί ένα άρθρο που συζητά το ρόλο του παιχνιδιού στην ΓΣΘ με τα παιδιά και τους εφήβους και μας εισάγει στην Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Παιγνιοθεραπεία (ΓΣΠΘ), η οποία αποτελεί αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση για μια σειρά διαταραχών της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Το επόμενο άρθρο παρουσιάζει παραδείγματα ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα στους ενήλικες, και συζητά την αποτελεσματικότητά τους. Το τελευταίο άρθρο αναφέρεται στο μοντέλο «Good Lives» και την ενσωμάτωσή του στα θεραπευτικά προγράμματα για σεξουαλικούς παραβάτες.

Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους συγγραφείς και τους κριτές των άρθρων που δημοσιεύονται σε αυτό το τεύχος για την άριστη συνεργασία μας και την άμεση ανταπόκρισή τους σε ό,τι απαιτούνταν σε κάθε στάδιο της διαδικασίας αξιολόγησης και δημοσίευσης των άρθρων για να κλείσει το τεύχος αυτό μέσα στον Δεκέμβριο του έτους 2017. Είναι συγκινητικό το ενδιαφέρον των συναδέλφων, οι οποίοι υποβάλουν τις εργασίες τους προς δημοσίευση στο περιοδικό, καθώς έχουν κατατεθεί ήδη άρθρα που δρομολογούνται προς κρίση. Για ακόμη μία φορά όμως θα θέλαμε να ενθαρρύνουμε τους συναδέλφους να εμπλουτίσουν την ελληνική βιβλιογραφία πάνω στη ΓΣΘ, μέσω του περιοδικού, υποβάλλοντας προς δημοσίευση τις εργασίες τους, ερευνητικές, ανασκοπήσεις βιβλιογραφίας ή μελέτες περιπτώσεων.

Κλείνουμε το σημείωμα αυτό, με την προσδοκία και την ευχή να βρείτε τα άρθρα που φιλοξενούνται σε αυτό το τεύχος ενδιαφέροντα και χρήσιμα για την κλινική σας πράξη. Σας ευχόμαστε καλή ανάγνωση!

Φιλικά

Δρ. Αναστασία Σοφianoπούλου

Βοηθός Σύνταξης

Νεκρολογία *Obituary*



Αναγγελία θανάτου Κωνσταντίνου Ευθυμίου

Με μεγάλη λύπη ανακοινώνουμε την απώλεια του αγαπημένου μας συνεργάτη και φίλου Κωνσταντίνου Ευθυμίου.

Ο Κωνσταντίνος Ευθυμίου απεβίωσε στις 7 Σεπτεμβρίου 2017 στην Αθήνα σε ηλικία 51 ετών. Γεννήθηκε στην Άρτα στις 25 Αυγούστου 1966. Με τη σύζυγο του Αντρέα Τσίφαρι απέκτησαν έναν γιο ηλικίας 16 ετών σήμερα.

Σπούδασε Ψυχολογία στο Πανεπιστήμιο του Salzburg της Αυστρίας. Ειδικεύτηκε σε μεταπτυχιακό επίπεδο στην Κλινική Ψυχολογία στο Πανεπιστήμιο της Βιέννης. Περάτωσε την τετραετή εκπαίδευση του Ψυχοθεραπευτή συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης στην Αυστρία και ακολούθησε στη συνέχεια στο Munster της Γερμανίας διετή μετεκπαίδευση ειδικότητας στην θεραπεία ζεύγους και τη σεξοθεραπεία. Ήταν Διδάκτορας Κλινικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Υπήρξε ιδρυτικό μέλος, διδάσκων και επόπτης της Εταιρείας Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών, Οργανωτικός Γραμματέας του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς καθώς και εμπνευστής, ιδρυτής και Υπεύθυνος του Τμήματος Θεραπειών Ενηλίκων. Ίδρυσε και διεύθυνε το περιοδικό «Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Έρευνα και Θεραπεία» και ανέπτυξε πλούσιο συγγραφικό επιστημονικό έργο.

Δίδαξε ως επιστημονικός συνεργάτης στο Προπτυχιακό Πρόγραμμα Ψυχολογίας και στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Κλινικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ήταν μέλος της Αυστριακής Εταιρείας Ψυχοθεραπευτών και διετέλεσε επί οκταετίας εκλεγμένος Αντιπρόεδρος του Πανελληνίου Ψυχολογικού Συλλόγου.

Διακρινόταν για το όραμα και το πάθος του για την ψυχοθεραπεία τόσο σε κλινικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο. Εργάστηκε ακούραστα για τη διάδοση του γνωσιακού – συμπεριφοριστικού μοντέλου στη χώρα μας. Επηρέασε με το παράδειγμά του και τη σκέψη του μεγάλο αριθμό συναδέλφων που εκπαιδεύτηκαν κοντά του. Χαρακτηριζόταν από υψηλό ήθος, ευθύτητα, ειλικρίνεια και αυστηρό σύστημα αξιών, το οποίο υπηρετούσε απαρέγκλιτα.

Αυτές τις δύσκολες στιγμές, η σκέψη όλων μας είναι στην οικογένειά του. Ως φίλοι και συνεργάτες του εκφράζουμε τη βαθύτατη θλίψη μας για τον πρόωρο χαμό του. Το κενό που αφήνει πίσω του είναι δυσαναπλήρωτο. Νιώθουμε ευγνώμονες που τον γνωρίσαμε και μοιραστήκαμε ένα μεγάλο μέρος της πορείας μας μαζί του. Θα μας λείψει.

Το ΔΣ του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς & της Εταιρείας Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών

Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Έρευνα & Θεραπεία

Τόμος 03, Τεύχος 01, Οκτώβριος 2016 - Δεκέμβριος 2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

EDITORIAL

- 01 **Σημείωμα της Έκδοσης**
Σοφianoπούλου Α.
- 03 **Νεκρολογία για τον Δρ. Κωνσταντίνο Ευθυμίου**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

- 05 **Η θεραπευτική σχέση και συμμαχία και η σημασία τους στη γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία**
Καμπόλη Γ., Ρακιτζή Στ.
- 19 **Η ενσυναίσθηση στη γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία: Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας**
Ρουσσίνου Στ., Κουβαράκη Ε.
- 29 **Το παιχνίδι και ο ρόλος του στη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία**
Συντήλα Ι., Αγγελή Κ.
- 39 **Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στην ενήλικη ζωή.**
Προκόπη Α., Πεχλιβανίδης Α.
- 49 **Το μοντέλο Good Lives και η ενσωμάτωσή του στα θεραπευτικά προγράμματα για σεξουαλικούς παραβάτες**
Ματσακά Α., Ρακιτζή Στ.

The Hellenic Journal of Cognitive-Behavioral Research and Therapy

Volume 3, No 1, October 2016 - December 2017

C O N T E N T S

REVIEWS

- 05 **The therapeutic relationship and alliance and their importance in Cognitive Behavioral Therapy**
Kamboli, G., Rakitzi, S.
- 19 **Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: A Literature Review**
Roussinou, S., Kouvaraki E.
- 29 **Playing and its role in Cognitive Behavioral Therapy**
Syntila, I., Aggeli, K.
- 39 **Psychosocial interventions in adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)**
Prokopi, A., Pehlivanidis, A.
- 49 **The “Good Lives” Model and its integration in therapy programs for sex offenders**
Matsaka, A., Rakitzi, S.

Η θεραπευτική σχέση και συμμαχία και η σημασία τους στη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία

Καμπόλη Γεωργία^{1,2}, Ρακιτζή Σταυρούλα^{1,2}

¹ Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

² Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών

Αλληλογραφία: Γεωργία Καμπόλη, Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών, Γλάδστωνος 10, Πλ. Κάννιγος 10677 Αθήνα
E-mail: g_kamboli@hotmail.com, τηλ: 6989250250

Στην μνήμη του Κωνσταντίνου Ευθυμίου

Περίληψη

Η θεραπευτική σχέση στη Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία (ΓΣΘ) αποτελεί κάτι παραπάνω από μια απλή προϋπόθεση για την ψυχολογική παρέμβαση. Για την ακρίβεια, πρόκειται για ένα ζωτικό κομμάτι της αποτελεσματικής εργασίας με τον θεραπευόμενο. Οι διαθέσιμες γνώσεις, θεωρίες, τεχνικές και στρατηγικές είναι πρακτικά άχρηστες, εάν οι θεραπευτές δεν είναι σε θέση να σχετιστούν με τους πελάτες τους. Πολλά θεραπευτικά μοντέλα αναμένουν ότι η σχέση του θεραπευτή με τον πελάτη συνιστά το μέσο για αλλαγή. Εάν λοιπόν ο θεραπευτής, είναι σε θέση να σχετιστεί με τον πελάτη του, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες της εκάστοτε παθολογίας του και ανταποκρινόμενος σε αυτές, τότε είναι δυνατόν να βελιωθεί και ο τρόπος με τον οποίο ο πελάτης ενεργεί και αλληλεπιδρά με τους γύρω του. Σύμφωνα με το παραπάνω, η ανάπτυξη και η διατήρηση της θεραπευτικής σχέσης συνιστά κεντρικό γνώρισμα της ψυχοθεραπείας. Οι θεραπευόμενοι ενδέχεται κατ' αυτό τον τρόπο να αισθανθούν περισσότερο άνετα, ώστε να εμπιστευτούν, να εξαρτηθούν, να προκαλέσουν ή να υποστηρίξουν άλλους μέσω της ανάπτυξης μιας διαφοροποιητικής σχέσης με τον θεραπευτή. Παραμένει όμως το ερώτημα, αναφορικά με τις επιστημονικές αποδείξεις που διαθέτουμε ώστε να στηρίζουμε αυτούς τους ισχυρισμούς. Προς τούτο, θα παρουσιαστούν τα τελευταία ερευνητικά δεδομένα, αναφορικά με τη σημασία της θεραπευτικής σχέσης στη γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία. Στη συνέχεια, θα γίνει μία εκτενέστερη αναφορά στη θεραπευτική σχέση και τον τρόπο με τον οποίο αυτή επηρεάζεται από τις ιδιαιτερότητες της εκάστοτε διαταραχής και τέλος θα συζητηθούν τα ευρήματα συνολικά.

Λέξεις κλειδιά: θεραπευτική σχέση, θεραπευτική συμμαχία, σωκρατικός διάλογος, συνεργατικός εμπειρισμός

1. Εισαγωγή

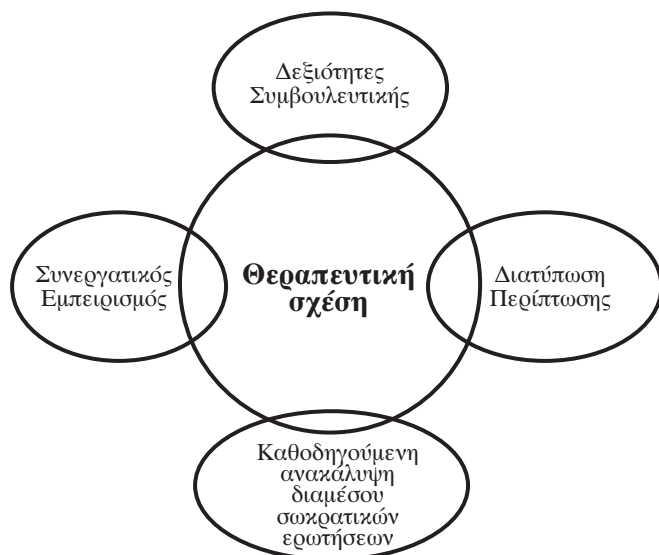
Η καλή θεραπευτική σχέση συνιστά «αναγκαία αλλά όχι ικανή συνθήκη» για την επίτευξη του θεραπευτικού αποτελέσματος και συνεπώς δεν αποτελεί τον μοναδικό παράγοντα θεραπευτικής αλλαγής [1]. Οι τεχνικές της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας (ΓΣΘ) εφαρμόζονται πλέον στο πλαίσιο της σχέσης θεραπευτή-θεραπευόμενου, δεδομένου ότι, ο τρόπος με τον οποίο ο θεραπευτής χρησιμοποιεί τις διάφορες τεχνικές επηρεάζει τη θεραπευτική σχέση, αλλά και επειδή η ποιότητα της σχέσης αυτής επηρεάζει την εφαρμογή των διαφόρων τεχνικών. Φαίνεται ότι, η θεραπευτική σχέση είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί, τόσο ως ένα πολύτιμο εργαλείο για την κατανόηση των προβλημάτων του θεραπευόμενου, όσο και ως μέσο για την επίτευξη θεραπευτικών αλλαγών [2].

Η αρμονική σχέση με το θεραπευόμενο αποτελεί βασικό στοιχείο της ΓΣΘ. Η εδραίωση μιας τέτοιου είδους σχέσης, σημαίνει ότι ο θεραπευόμενος βλέπει το θεραπευτή ως κάποιον που:

1) είναι συντονισμένος με τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, 2) δείχνει ενσυναίσθηση και κατανόηση, 3) τον αποδέχεται με όλα τα μειονεκτήματά του (χωρίς αυτό να σημαίνει ότι εγκρίνει όλα του τα στοιχεία) και δεν είναι επικριτικός, 4) μπορεί να επικοινωνήσει μαζί του χωρίς ο ίδιος να χρειάζεται να εξηγήσει με λεπτομέρειες πώς νιώθει ή τι σκέφτεται, και 5) θέλει και μπορεί να τον βοηθήσει. Από την πλευρά του ο θεραπευτής νιώθει: 1) ενδιαφέρον για το θεραπευόμενο, 2) κατανόηση και ενσυναίσθηση για τα προβλήματά του, 3) ότι επικοινωνεί μαζί του και 4) ότι οι παρεμβάσεις του προς αυτόν δε θα παρερμηνευθούν. Τέλος, τόσο ο θεραπευτής όσο και ο θεραπευόμενος, αισθάνονται ασφάλεια και άνεση μεταξύ τους [3,4,5]. Ο Beck και συν. (1979) τονίζουν τη συνεργατική φύση της θεραπευτικής σχέσης. Θεραπευτής και θεραπευόμενος στη ΓΣΘ αποτελούν μια θεραπευτική συμμαχία, συνεργάζονται για να βρουν πώς σκέφτεται ο θεραπευόμενος, ποια είναι η βάση των σκέψεών του και ποιες είναι οι συνέπειες του

τρόπου σκέψης του (θετικές και αρνητικές). Βασική έννοια της ΓΣΘ είναι ο συνεργατικός εμπειρισμός, δηλαδή ο έλεγχος των σκέψεων του θεραπευομένου σε συνεργασία με το θεραπευτή, μέσω «πειραμάτων» σε πραγματικές συνθήκες. Η συνεργατική φύση της θεραπείας μεγιστοποιεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα [3,5].

Σύμφωνα με τον Kazantzis (2015) ο οποίος έχει μελετήσει εκτενώς το κομμάτι της θεραπευτικής σχέσης, η τελευταία απαρτίζεται από τις δεξιότητες συμβουλευτικής, το συνεργατικό εμπειρισμό, την καθοδηγούμενη ανακάλυψη μέσω των σωκρατικών ερωτήσεων, αλλά και τη διατύπωση περίπτωσης. Τα τέσσερα αυτά χαρακτηριστικά εμπεριέχουν πολλές άλλες ιδιότητες, βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση (όπως καταδεικνύει το Σχήμα 1) και θα αναλυθούν λεπτομερώς παρακάτω [6].



Σχήμα 1. Τα τέσσερα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης.

Αξιοσημείωτη είναι η αντιπαράθεση μεταξύ τεχνικών και θεραπευτικής σχέσης. Εάν οι τεχνικές κατέχουν το πρώτο ρόλο εις βάρος της θεραπευτικής σχέσης και χρησιμοποιούνται μηχανικά, τότε η θεραπευτική σχέση που δημιουργείται είναι ψευδεπίγραφη και τεχνητή. Οι τεχνικές δεν συνιστούν άψυχες μεθόδους, καθόσον χρειάζονται τόσο τους θεραπευτές όσο και τους θεραπευομένους προκειμένου να εφαρμοστούν. Οποιοσδήποτε προσπάθειες για διάδοση ακόμα και των καλύτερων θεραπευτικών πρακτικών, χωρίς τη συμπερίληψη της θεραπευτικής σχέσης, είναι σοβαρά ανολοκλήρωτες και δυνητικά παραπλανητικές [6]. Τα στοιχεία της θεραπευτικής σχέσης τα οποία έχουν τεκμηριωθεί βάσει ερευνών, συνοψίζονται στη συμμαχία, την ενσυναίσθηση, την ανατροφοδότηση του πελάτη, τη συνεργασία, την κοινή συναίνεση στους στόχους, τη θετική οπτική, το επίπεδο ανταπόκρισης και αντίστασης, τον πολιτισμό, τις προτιμήσεις καθώς και τη θρησκεία/ πνευματικότητα [7]. Η συνεργασία δεν αφορά στο εάν δεσμεύεται ο θεραπευόμενος να ολοκληρώσει την άσκηση που του δίνεται για το σπίτι, όπως υποστηρίζεται από το 75% των ερευνών, αλλά στην από κοινού δουλειά που λαμβάνει χώρα μέσα στη θεραπευτική συνεδρία, η οποία και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο [6,5].

Η εργασία για το σπίτι, αντιπροσωπεύει τη δέσμευση του πελάτη στις παρεμβάσεις. Ενώ η εργασία για το σπίτι σχε-

διάζεται ιδανικά με συνεργατικό τρόπο, το συμπέρασμα ότι η ολοκλήρωση αυτής βασίζεται στην συνεργατική προσέγγιση ενίοτε είναι αναληθές. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις ποικίλουν στη διαδικασία ενσωμάτωσης της εργασίας για το σπίτι στη συνεδρία. Για αυτούς τους λόγους, θεωρείται πως η συμπερίληψη της εργασίας για το σπίτι στις μετα-αναλύσεις, που αξιολογούν τη συνεργασία, είναι προβληματική [6]. Η συνεργασία ή από κοινού εργασία, αναφέρεται στην ευκαιρία, που έχει ο πελάτης, μέσω της εργασίας για το σπίτι, να αναπτύξει δεξιότητες και εν τέλει να αναλάβει εξ' ολοκλήρου την εφαρμογή και το σχεδιασμό καινούργιων θεραπευτικών τεχνικών που θα τον ωφελούσαν, καθώς ο τελικός σκοπός είναι να γίνει ο ίδιος θεραπευτής του εαυτού του. Ενώ οι θεραπευτές είναι περισσότερο υπεύθυνοι για τη δουλειά στην αρχή της θεραπευτικής διαδικασίας, οι πελάτες αποκτούν περισσότερη υπευθυνότητα αργότερα, κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους [8,10].

Η θεραπευτική συμμαχία είναι ένα στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης, που περιλαμβάνει την ανάπτυξη των θεραπευτικών ορίων (π.χ. σεβασμός, εμπιστοσύνη, εκτίμηση, αμοιβαία συμπάθεια), αλλά και τη συμφωνία στους θεραπευτικούς στόχους. Παρότι η συμμαχία εξετάζεται ανεξάρτητα από την θέσπιση στόχων και πρόκειται για διακριτά χαρακτηριστικά, ωστόσο η θέσπιση στόχων θεωρείται κομμάτι της συμμαχίας [6].

Η τακτική αξιολόγηση των συμπτωμάτων και η αξιολόγηση της συνεδρίας, κάθε φορά που αυτή ολοκληρώνεται, διαφέρει κατά πολύ από τον όρο «ανατροφοδότηση». Με τον όρο «ανατροφοδότηση» εννοείται περισσότερο μια σχεσιακή διαδικασία μέσα στη συνεδρία, που αφορά ερωτήσεις και απαντήσεις στα σχόλια του πελάτη, σχετικά με τη θεραπευτική διαδικασία, όπως για παράδειγμα κατά πόσο οι παρεμβάσεις είναι χρήσιμες και συνεισφέρουν σε μια αλλαγή γεμάτη νόημα και σημασία για τον πελάτη. Συνεπώς με την κινητοποιητική συνέντευξη, η ανατροφοδότηση δίνει στο θεραπευτή τη δυνατότητα να αξιολογήσει φαινομενικά τις πεποιθήσεις του πελάτη του για τον εαυτό του, τον κόσμο και τους άλλους. Κατά συνέπεια, η αναζήτηση ανατροφοδότησης από τους πελάτες αποτελεί γενικά μια κατά βάση συνεργατική συμπεριφορά, αλλά μπορεί παράλληλα να θεωρηθεί ως διευκολυντική της συμμαχίας ή άλλων συγκεκριμένων στοιχείων της θεραπευτικής σχέσης. Για το λόγο αυτό, κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω έρευνα αναφορικά με την ανατροφοδότηση του πελάτη, ως στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης [6].

2. Ψυχομετρικά εργαλεία

Παρά το γεγονός ότι πληθώρα ψυχομετρικών εργαλείων έχουν αναπτυχθεί για την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας, φαίνεται ότι υπάρχει έλλειψη συμφωνίας ως προς ένα συνεκτικό ψυχομετρικό εργαλείο. Πιο συγκεκριμένα, η μετα-ανάλυση των Horvath και συν. (2011) [9] κατέδειξε ότι χρησιμοποιήθηκαν περίπου 30 ψυχομετρικά εργαλεία για την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας σε 201 διαφορετικές ερευνητικές μελέτες, όπως το California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS) [11], το Helping Alliance Questionnaire (HAQ) [14], το Vanderbilt Psychotherapy Process Scales (VPPS) [15] και το Working Alliance Inventory (WAI) [14, 15]. Ωστόσο, φαίνεται ότι το πιο κοινώς αποδεκτό και ευρέως χρησιμοποιούμενο ψυχομετρικό εργαλείο, καθίσταται το Working Alliance Inventory (WAI) [9, 16], το οποίο αναπτύχθηκε για να

αξιολογήσει την θεραπευτική συμμαχία όπως ορίζεται από τον Bordin σε όλους τους τύπους της θεραπείας [17]. Το εν λόγω ψυχομετρικό εργαλείο είναι διαθέσιμο και σε σύντομη έκδοση (WAI-S), τόσο για τους θεραπευόμενους όσο και για τους θεραπευτές [18]. Η WAI-S αποτελείται από 12 ερωτήσεις, και κάθε ερώτηση μετράται σε 7βαθμη κλίμακα Likert (1 = ποτέ, 7 = πάντα) [5].

3. Το πλαίσιο της θεραπείας -Τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή

Υπάρχει πληθώρα χαρακτηριστικών που οφείλει να διαθέτει ένα θεραπευτής ώστε να ευοδωθεί η θεραπευτική σχέση, ενώ ιδιαίτερης σημασίας κρίνεται και η προσαρμογή αυτών των χαρακτηριστικών του θεραπευτή στην ψυχοπαθολογία του θεραπευόμενου. Μεταξύ λοιπόν των πιο σημαντικών χαρακτηριστικών του θεραπευτή, τα οποία διευκολύνουν τη ΓΣΘ, είναι η ζεστασιά, η ενσυναίσθηση και η αυθεντικότητα [3]. Η συναισθηματική ζεστασιά και το ενδιαφέρον του θεραπευτή για το θεραπευόμενο, όπως εκφράζονται μέσω της λεκτικής και μη λεκτικής του συμπεριφοράς, βοηθούν το θεραπευόμενο να βιώσει το θεραπευτή ως ένα άτομο που νοιάζεται για αυτόν, ενώ παράλληλα επιτρέπουν την ανασκευή ορισμένων εσφαλμένων προσδοκιών που συνδέονται με τη θεραπευτική διαδικασία. Η ενσυναίσθηση συνιστά την ικανότητα του θεραπευτή να μπαίνει στον κόσμο του θεραπευόμενου και να βλέπει τη ζωή μέσα από τα δικά του μάτια. Μπορεί να αισθανθεί ότι μοιράζεται τον πόνο του, γεγονός που συνήθως διευκολύνει τη θεραπευτική σχέση και ευνοεί τη συνεργασία. Η γνησιότητα θεωρείται βασικό στοιχείο όλων των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων και αναφέρεται στην ικανότητα του θεραπευτή να είναι ειλικρινής και άμεσος, τόσο απέναντι στον εαυτό του, όσο και απέναντι στο θεραπευόμενο [5, 19].

3.1. Διατύπωση περίπτωσης και θεραπευτική σχέση

Οι γνωσιακοί συμπεριφοριστικοί θεραπευτές διαφέρουν στις διατυπώσεις περίπτωσης, τις οποίες συντάσσουν για τους θεραπευόμενούς τους. Θα ήταν αρκετά βοηθητικό να αναπτυχθεί ένα θεωρητικό μοντέλο με τον ασθενή, που να περιλαμβάνει την προέλευση και την αιτία των προβλημάτων του, τον ενδεχόμενο φόβο του στην αλλαγή, αλλά και τις προσδοκίες του αναφορικά με τις σχέσεις. Ένα από τα προβλήματα που μπορεί να ανακύψουν στη διατύπωση περίπτωσης, καθίσταται το γεγονός ότι μερικοί θεραπευτές δίνουν έμφαση στο «εδώ και τώρα», άλλοι στη «λειτουργία και τη διαδικασία» και άλλοι στα «χαρακτηριστικά». Συνεπώς, ενδέχεται να υπάρξει μειωμένη αξιοπιστία μεταξύ των θεραπειών, καθώς δίνουν έμφαση σε διαφορετικές διαστάσεις στις διατυπώσεις περίπτωσης, που συντάσσουν. Ένα επιπλέον πρόβλημα, αφορά στο γεγονός ότι η διατύπωση περίπτωσης μπορεί να διαφέρει αλλά και να επηρεάζεται, λόγω του θεωρητικού μοντέλου (σχήμα, συμπεριφορισμός κ.α.), που υιοθετεί ο κάθε θεραπευτής [20, 21]. Παρ' όλα αυτά, η αξία της διατύπωσης περίπτωσης, αναφορικά με τη θεραπευτική σχέση, συνίσταται στο ότι βοηθά τον θεραπευτή να προβλέπει και να προλαμβάνει αδιέξοδα, τα οποία μπορεί να ανακύψουν κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Επιπλέον, δίνει τη δυνατότητα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο να κατανοήσουν τον τρόπο κατά τον οποίο η τρέχουσα δυσκολία μπορεί να μετατραπεί σε επαναλαμβανόμενο πρόβλημα. Επιπρόσθετα, παρέχει τη δυνατότητα ώστε να προ-

ταθούν οι κατάλληλες στρατηγικές για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Για παράδειγμα, εάν η εγκατάλειψη συνιστά ένα επαναλαμβανόμενο θέμα στη ζωή του θεραπευόμενου, τότε και οι δύο πλευρές στη θεραπεία πρέπει να προβλέψουν πώς αυτό μπορεί να επηρεάσει τη θεραπευτική σχέση (π.χ. εάν ο θεραπευτής πάει διακοπές) και να συνεργαστούν προκειμένου να αναπτύξουν στρατηγικές, ώστε ο θεραπευόμενος να εγκαταλείψει οποιαδήποτε δυσλειτουργική σκέψη σχετική με την εγκατάλειψη. Γίνεται λοιπόν πλήρως κατανοητό, πόσο άρρηκτα συνδεδεμένη είναι η διατύπωση περίπτωσης με τη θεραπευτική σχέση [20, 21].

3.2. Η αύξηση κινήτρου - Η Κινητοποιητική συνέντευξη

Το πνεύμα της κινητοποιητικής συνέντευξης σύμφωνα με τους Miller και Rollnick (2010) διέπεται από τρία χαρακτηριστικά γνωρίσματα, τα οποία απαρτίζουν και τη θεμελιώδη προσέγγιση αυτής [22]. Αρχικά, η συνεργασία αποτελεί δομικό λίθο της κινητοποιητικής συνέντευξης, καθώς ο θεραπευτής δημιουργεί μια ατμόσφαιρα, η οποία είναι περισσότερο καθοδηγητική, παρά εξαναγκαστική για αλλαγή. Η θεραπεία εμπεριέχει μια συντροφική σχέση, η οποία σέβεται τις γνώσεις και τις απόψεις του θεραπευόμενου. Άλλωστε, η διαπροσωπική διεργασία της κινητοποιητικής συνέντευξης αποτελεί μια συνάντηση των προσδοκιών δύο ατόμων, οι οποίες συχνά τυγχάνει να διαφέρουν. Η επίκληση συνιστά το δεύτερο χαρακτηριστικό της κινητοποιητικής συνέντευξης, υποδηλώνοντας ότι οι δυνάμεις και το κίνητρο για αλλαγή βρίσκονται εντός του θεραπευόμενου, και το μόνο που έχει σημασία είναι η εκμείωση και η ανάσωση αυτού του κινήτρου του προς τα έξω, μέσω των σωκρατικών ερωτήσεων. Συνεπώς, το ενδογενές κίνητρο για αλλαγή ενισχύεται αντλώντας από τις απόψεις, τους στόχους αλλά και τις αξίες του ίδιου του θεραπευόμενου. Η αυτονομία είναι το τρίτο συστατικό, υποδηλώνοντας ότι, η ευθύνη για αλλαγή στην κινητοποιητική συνέντευξη, αφορά το θεραπευόμενο. Ο γενικότερος στόχος εξάλλου είναι η αύξηση του ενδογενούς κινήτρου, ούτως ώστε η αλλαγή να απορρέει εκ των έσω και όχι να επιβάλλεται εξωγενώς. Ο θεραπευόμενος λοιπόν είναι αυτός που παρουσιάζει τα επιχειρήματα για αλλαγή και όχι ο θεραπευτής. Στον αντίποδα των παραπάνω βασικών συστατικών του πνεύματος κινητοποίησης βρίσκονται, μεταξύ άλλων, η αντιπαράθεση, η εκπαίδευση και η εξουσία αντίστοιχα [22].

Ανεξάρτητα από το γενικό πνεύμα της κινητοποιητικής συνέντευξης, το οποίο περιγράφεται παραπάνω, η πρακτική εφαρμογή της διέπεται από τέσσερις γενικές αρχές. Πιο αναλυτικά, η έκφραση ενσυναίσθησης, η οποία αποτελεί και την πρώτη γενική αρχή, αφορά στην αποδοχή, η οποία διευκολύνει την αλλαγή, στη θεμελιώδη ικανότητα στοχαστικής και ανακλαστικής ακρόασης και στη φυσιολογική παρουσία της αμφιθυμίας. Η δεύτερη γενική αρχή είναι η ανάπτυξη της απόκλισης, η οποία συνεπάγεται ότι η αλλαγή κινητοποιείται από την απόκλιση μεταξύ παρούσας συμπεριφοράς και σημαντικών προσωπικών στόχων ή αξιών. Η πιο ανεπιθύμητη κατάσταση για ένα θεραπευτή, ο οποίος επιδιώκει την πρόκληση αλλαγής, είναι όταν συνηγορεί υπέρ της αλλαγής και ο θεραπευόμενος επιχειρηματολογεί εναντίον της. Κατά συνέπεια, η συμπίεση με την αντίσταση συνιστά μια αρχή με πολλές προεκτάσεις. Με άλλα λόγια, αφορά στην αποφυγή διαφωνίας υπέρ της αλλαγής και στην όχι απευθείας αντίθεση προς

την αντίσταση. Επιπροσθέτως, ο θεραπευόμενος αποτελεί την κύρια πηγή άντλησης απαντήσεων και λύσεων, γεγονός που έρχεται σε συμφωνία με την εισήγηση καινούργιων απόψεων, όχι όμως με την επιβολή αυτών. Η ετικέτα «αντίσταση» αντιπροσωπεύει το σήμα προς τον θεραπευτή, προκειμένου να μετατοπισθεί από την προσέγγισή του και να υιοθετηθεί μια διαφορετική ανταπόκριση. Οι αντιδράσεις του θεραπευόμενου οφείλουν να γίνουν κατανοητές μέσα στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης, ενώ πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το γεγονός ότι επηρεάζονται σημαντικά από τον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνεται ο θεραπευτής, με τη σειρά του, σε αυτές. Η θεραπευτική σχέση κυμαίνεται μέσα στο χρόνο κατά μήκος ενός συνεχούς αρμονίας/δυσαρμονίας. Συγκεκριμένες αντιδράσεις του θεραπευόμενου, όπως η αντίσταση και η γλώσσα αλλαγής, συνιστούν δείκτες αρμονίας/δυσαρμονίας, όπως επίσης και σημαντικούς προγνωστικούς δείκτες της πιθανότητας αλλαγής της συμπεριφοράς. Η τέταρτη γενική αρχή εμπεριέχει την έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας, η οποία αναφέρεται στην πίστη ενός ατόμου καθώς και στην ικανότητά του να εκτελέσει και να επιτύχει ένα συγκεκριμένο έργο. Αυτή η πίστη του ατόμου, αποτελεί έναν ισχυρό κινητοποιητή, δεδομένου ότι υπεύθυνος για την επιλογή και την πραγματοποίηση της αλλαγής είναι ο ίδιος ο θεραπευόμενος. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι οι πεποιθήσεις του θεραπευτή, αναφορικά με την ικανότητα του ατόμου για αλλαγή, γίνονται αυτοεμπληρούμενες προφητείες [22,10]. Ο Kazantzis και συν. (2015) [6], προτείνει να ξεκινά

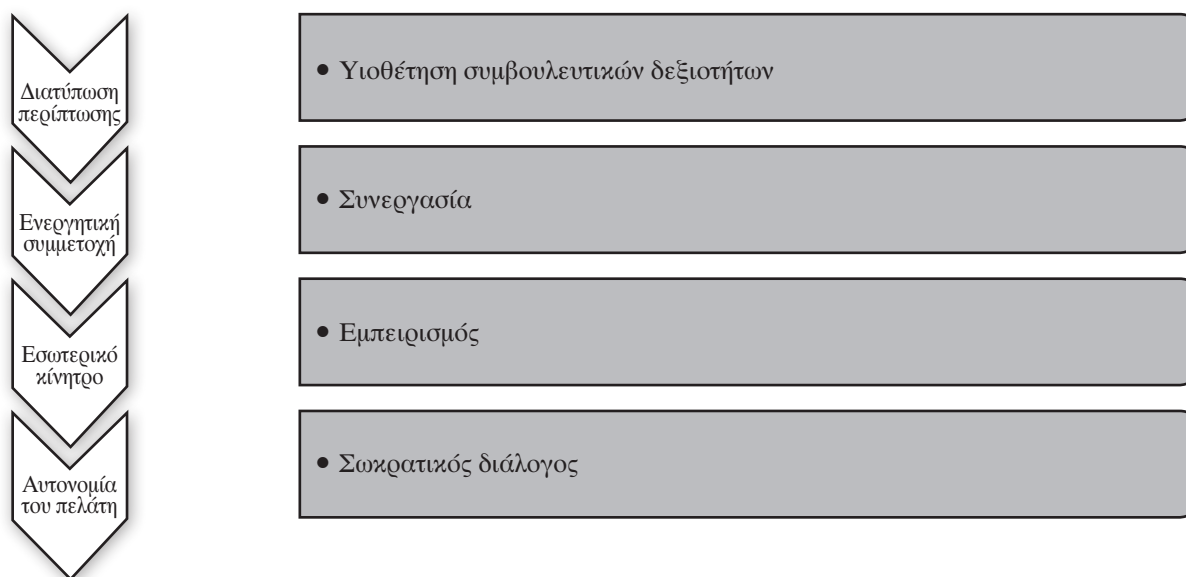
η πρώτη συνεδρία με τη συνέντευξη κινητοποίησης, προκειμένου να κατανοήσει και ο θεραπευτής, αλλά πρωτίστως ο θεραπευόμενος, τα θετικά και τα αρνητικά μιας ενδεχόμενης αλλαγής. Πιο συγκεκριμένα, ένας πίνακας, όπως αυτός που ακολουθεί (Πίνακας 1), θα μπορούσε να αυξήσει το κίνητρο του θεραπευόμενου για αλλαγή. Μπορεί για παράδειγμα, από αυτά που κάνει ο θεραπευόμενος (π.χ. κοιμάται λίγο, καταναλώνει αλκοόλ) ή από αυτά που δεν κάνει (π.χ. δεν γυμνάζεται), να βρει τις θετικές ή τις αρνητικές συνέπειες στη ζωή του [6].

	Θετικά	Αρνητικά
Κάνω		
Δεν κάνω		

Πίνακας 1. Αύξηση κινήτρου για αλλαγή στο θεραπευόμενο

3.3. Συνεργατικός Εμπειρισμός

Οι αρχές του συνεργατικού εμπειρισμού συνοψίζονται στον έλεγχο ιδεών, προτάσεων και προσεγγίσεων, την εστίαση στις αποδείξεις, τη σαφήνεια, την ειδίκευση αλλά και την ανακάλυψη αρκετών υποθέσεων στις οποίες κάτι φαίνεται να μη «λειτούργει» με τον επιθυμητό τρόπο, γεγονός που μπορεί να αποδειχθεί πολύ βοηθητικό. Τόσο ο συνεργατικός εμπειρισμός, όσο και ο σωκρατικός διάλογος, προτείνεται να ακολουθούν τη διαδικασία που παρουσιάζει το σχήμα 2 [6].



Σχήμα 2. Διαδικασία εμπειρισμού και σωκρατικού διαλόγου.

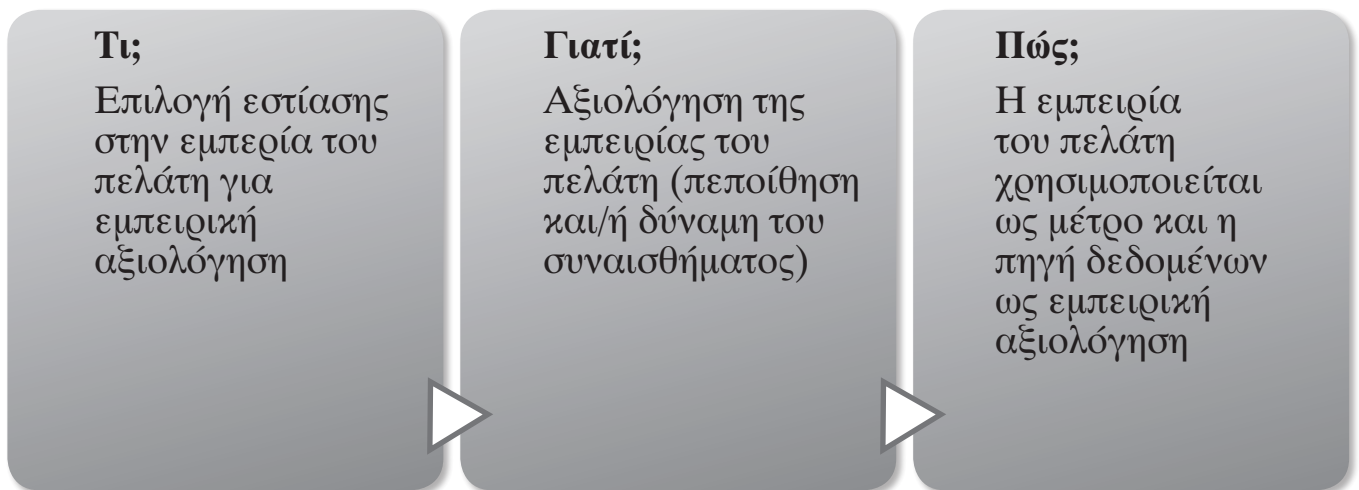
Ο εμπειρισμός αποτελείται από 3 επίπεδα. Στο 1ο επίπεδο εμπειρισμού αναφέρονται οι αποδείξεις για τη συνολική αποτελεσματικότητα της θεραπείας και των τεχνικών που την διέπουν (π.χ. έκθεση, αυτοέλεγχος, γνωσιακή αναδόμηση, συμπεριφορική κινητοποίηση κ.α.). Στο 2ο επίπεδο αναφέρονται οι αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης τεχνικής και των θεραπευτικών παρεμβάσεων, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο η διαδικασία και οι τεχνικές της ΓΣΘ προσαρμόζονται μέσω της πραγματογνωμοσύνης του θεραπευτή.

Στο 3ο επίπεδο υιοθετείται η τεχνική για τον συγκεκριμένο θεραπευόμενο, βασισμένη στα ιδιαίτερα και μοναδικά χαρακτηριστικά του, τον πολιτισμό του και τις προτιμήσεις του. Βασικό κλειδί είναι ο θεραπευτής να σεβαστεί και να ανταποκριθεί στις πεποιθήσεις και προτιμήσεις του πελάτη, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που έχουν πολιτισμική βάση. Για να υπάρξει εμπειρισμός πρέπει να συντρέχουν όλα τα παραπάνω επίπεδα. Τονίζεται επίσης ότι, ο εμπειρισμός στην ΓΣΘ, αφορά -πρακτικά- περισσότερο στην αξιοποίηση της εμπειρίας του

πελάτη, ως οδηγού και μεθόδου για την αξιολόγηση της θεραπευτικής διαδικασίας. Στο σχήμα 3, απεικονίζονται τα βήματα που εμπειρεύονται στο 3ο επίπεδο εμπειρισμού στη ΓΣΘ [8]. Σύμφωνα με το 3ο επίπεδο είναι και το κομμάτι της εκπαίδευσης στη διεκδικητική συμπεριφορά. Επειδή το σύστημα αξιών, από το οποίο καθοδηγείται η εφαρμογή ενός προγράμματος διεκδικητικότητας, ανήκει αναπόφευκτα στο θεραπευτή, καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική, αφενός η αποσαφήνιση του ποιος έχει το ρόλο του θεραπευτή-εκπαιδευτή και ποιος είναι ο σκοπός του, και αφετέρου η προσαρμογή του προγράμματος διεκδικητικότητας στις πεποιθήσεις και δυνατότητες του πελάτη, ώστε ο τελευταίος να ανταποκριθεί επαρκώς. Πιο συγκεκριμένα, απαιτείται η από κοινού απόφαση εκπαιδευτή και εκπαιδευόμενου, αναφορικά με το ποιες συμπεριφορές είναι κατάλληλες και ποιες χρήζουν τροποποίησης. Ειδικότερα, από την πλευρά του εκπαιδευτή, η προσπάθεια για την εφαρμογή ενός προγράμματος βασισμένου στα ενδιαφέροντα και την ευεξία

του εκπαιδευόμενου, προϋποθέτει -μεταξύ άλλων- ενημέρωση επί ζητημάτων δεοντολογικής φύσεως, επαγρύπνηση για ενδεχόμενες προκαταλήψεις πολιτιστικής ή φυλετικής φύσεως, αποδοχή ότι δύνανται να υπάρξουν πολλές αλήθειες και όχι μία, προσοχή στον τρόπο που εκτιμώνται οι επιλογές-στόχοι, και ειδικότερα προσοχή σε θέματα κοινωνικής τάξης ή αναπτυξιακού επιπέδου και αποφυγή ενός σχεδίου παρέμβασης υπέρ της κοινωνικής νόρμας και σε βάρος του εκπαιδευόμενου. Τα προαναφερθέντα συμβάλλουν αναντίρροπα στη βελτίωση της θεραπευτικής σχέσης, μέσα από το πρίσμα της εκπαίδευσης στη διεκδικητικότητα και στις κοινωνικές δεξιότητες εν γένει [5, 23].

Αξίζει να σημειωθεί ότι η διατύπωση περίπτωσης είναι σημαντική ως καθοδηγητικό πλαίσιο, πριν και μετά τις προσπάθειες του θεραπευτή να διευκολύνει τη συνεργασία και τον εμπειρισμό. Ο εμπειρισμός μπορεί να διευκολύνει τη συνεργασία και αντιστρόφως [13].



Σχήμα 3. Βήματα 3^{ου} επιπέδου εμπειρισμού.

Ένα θεωρητικό θεμέλιο του συνεργατικού εμπειρισμού, το οποίο αφορά στην κινητοποίηση του πελάτη, προέρχεται από τη θεωρία αυτοπροσδιορισμού (self-determination theory). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, για να υποστηρίξουμε την αίσθηση του θεραπευόμενου για αυτονομία, απαιτείται να αυξήσουμε την επάρκεια αλλά και να προωθήσουμε ένα ικανοποιητικό κίνητρο για αλλαγή [24]. Η εν λόγω θεωρία υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι έχουν μια βασική ροπή προς την ανάπτυξη, τον αυτοπροσδιορισμό και την ανάλυση της ψυχολογικής διαφοράς. Η θεωρία προσπαθεί να εξηγήσει πώς οι άνθρωποι αυτορρυθμίζουν τη συμπεριφορά τους και εσωτερικεύουν εξωγενή κίνητρα, και ασχολείται με την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως οι οδηγίες ή οι ανταμοιβές στην εσωτερική παρακίνηση για εμπλοκή σε συμπεριφορές. Προτείνει ότι οι συμπεριφορές ρυθμίζονται σε ένα συνεχές αυτονομίας, που κυμαίνεται από την εσωτερική/εγγενή (αυτόνομη) ρύθμιση στην εξωτερική. Η θεωρία προτείνει ότι μια μη συνεργατική προσπάθεια να πειστεί ο ασθενής να δεσμευτεί σε μια θεραπευτική παρέμβαση, θα μπορούσε να αποτελεί ένα παράδειγμα ενός εξωτερικά ρυθμιζόμενου κινήτρου [25]. Για το σκοπό αυτό χρειάζονται συμπεριφοριστική αλλαγή, εξωτερικές ενι-

σχύσεις, ενεργητική συμμετοχή και ανάπτυξη της επιλογής, καθώς και αποδοχή/κατανόηση των αρνητικών συναισθημάτων [26]. Η θεωρία προτείνει τρεις βασικούς πυλώνες για την προσωπική ανάπτυξη του θεραπευόμενου: την αυτονομία, την επάρκεια και την ικανότητα του σχετίζεσθαι. Η ενίσχυση της αίσθησης του πελάτη για αυτονομία είναι αναγκαία, ώστε να αυξηθεί η επάρκεια, η ικανότητα αλληλεπίδρασης με τους άλλους και να επιτευχθεί κίνητρο για αλλαγή. Η αυτό-αποτελεσματικότητα, η πίστη δηλαδή στο ότι κανείς είναι ικανός να εμπλακεί σε μια συμπεριφορά, δεν επαρκεί ώστε να αυξηθεί η κινητοποίηση. Οι πελάτες μπορεί να αισθάνονται ικανοί να εμπλακούν σε συμπεριφορά, αλλά όχι κινητοποιημένοι για να την πράξουν. Ενισχύοντας λοιπόν την αυτονομία του θεραπευόμενου, μεγιστοποιείται και το κίνητρό του για αλλαγή της συμπεριφοράς του. Η αυξημένη αυτονομία έχει σχετιστεί με μεγαλύτερο εύρος επιλογών και με στόχους που έχουν θεσπιστεί από το ίδιο το άτομο [27].

Η υψηλότερη αυτόνομη κινητοποίηση έχει συσχετιστεί με καλύτερα αποτελέσματα στις συνεδρίες, όπως αξιολογείται, τόσο από τον θεραπευτή, όσο και από τον πελάτη, αλλά και με χαμηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας, καλύτερη διάθεση

στη συνεδρία, ικανοποίηση, επιθυμία για συνέχιση της θεραπείας, λιγότερη ένταση κ.α. Η σχέση μεταξύ εσωτερικού κίνητρου και αποτελεσμάτων έχει παρατηρηθεί και σε μη κλινικές δομές. Η SDT μπορεί να προσφέρει μια θεωρητική βάση για την αποτελεσματικότητα του συνεργατικού εμπειρισμού στην αλλαγή πεποιθήσεων. Δεν είναι ξεκάθαρο εάν ο συνεργατι-

κός εμπειρισμός σχετίζεται με τα θεραπευτικά αποτελέσματα ή εάν διαμεσολαβεί για άλλες διαδικασίες γνωστικής αλλαγής [28].

Ο πίνακας 2 παρουσιάζει συνοπτικά τα συστατικά συνεργασίας, εμπειρισμού και εσωτερικών πληροφοριών [28].

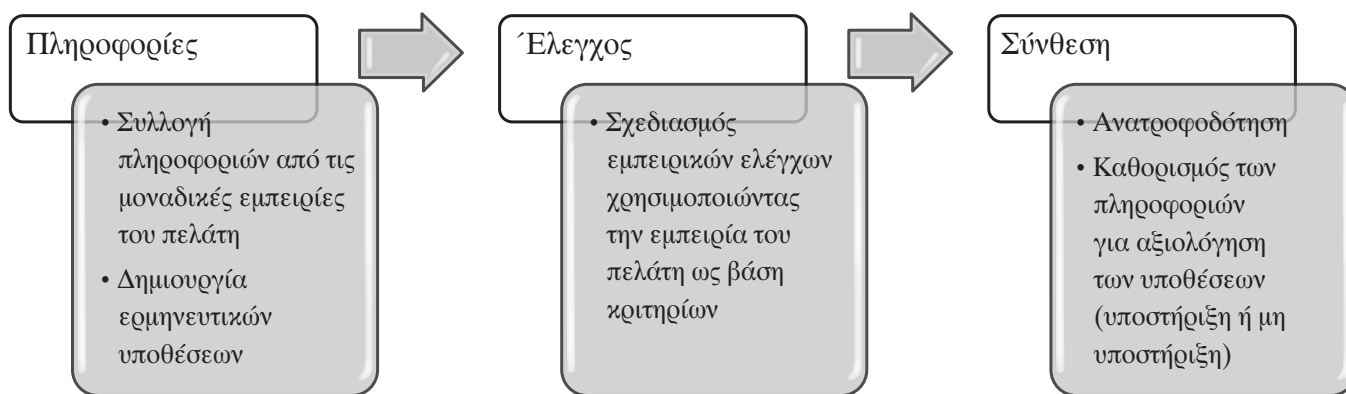
Χαμηλή συνεργασία		Υψηλή συνεργασία
Χαμηλός εμπειρισμός	I. χαμηλός συνεργατικός εμπειρισμός	II. Αυξημένη αυτονομία αλλά χωρίς αξιολόγηση των πεποιθήσεων μέσω εγγενών στοιχείων. Μειωμένο εσωτερικό κίνητρο για αλλαγή
Υψηλός εμπειρισμός	III. Εξωτερικό κέντρο αιτιότητας, μειωμένη αποτελεσματικότητα, μειωμένη επίδραση εγγενών στοιχείων	IV. Αξιολόγηση των εγγενών στοιχείων του πελάτη. Αυξημένη αυτονομία, επάρκεια, εσωτερικό κίνητρο

Πίνακας 2. Συστατικά συνεργασίας, εμπειρισμού και εσωτερικών πληροφοριών

Ο εμπειρισμός είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την αναζήτηση σκέψεων και συναισθημάτων του θεραπευομένου [5, 25]. Η αξιοποίηση της εμπειρίας του πελάτη συνιστά δείκτη αξιολόγησης των υποθέσεων του τελευταίου, σχετικά με το τι θα συμβεί με τις παρεμβάσεις. Στη ΓΣΘ, η διατύπωση περίπτωσης αποτελεί το πρωτογενές πλαίσιο για την προσαρμογή των γενικών, αλλά και ειδικών ΓΣΘ στοιχείων της θεραπευτικής σχέσης, με σκοπό να επιλεγούν και να σχεδιαστούν οι παρεμβάσεις μεταξύ των συνεδριών. Κατά συνέπεια, μια κεντρική σκέψη, όταν συζητώνται οι μεταξύ των συνεδριών παρεμβάσεις, είναι ο τρόπος που η παρέμβαση ταιριάζει με τις στρατη-

γικές αντιμετώπισης που διαθέτει ο πελάτης και τις σχετιζόμενες πεποιθήσεις του [29].

Σύμφωνα με ερευνητική μελέτη των Kazantzis και συνεργατών [26], προτείνεται ο θεραπευτής να χρησιμοποιεί, αφενός την εμπειρία του πελάτη παρά τις δικές του ερμηνείες, τη λογική του ή γενικά παραδείγματα, και αφετέρου να διευκολύνει μια στοχευμένη και ξεκάθαρη συζήτηση ανά συνεδρία. Επίσης, προτείνεται να αναπτύξει συγκεκριμένα κριτήρια για τη λειτουργία και την αξιολόγηση της χρησιμότητας της εκάστοτε παρέμβασης. Στο σχήμα 4 αναπαρίστανται η συμπεριφορά του θεραπευτή στον εμπειρισμό.



Σχήμα 4. Η συμπεριφορά του θεραπευτή στον εμπειρισμό.

Η συνεργασία δεν είναι πάντα ένα χαρακτηριστικό που μοιράζεται 50-50 μεταξύ θεραπευτή και θεραπευομένου, αλλά ο συνεργατικός εμπειρισμός συνιστά ένα πολύπλοκο και σύνθετο όρο. Πιο αναλυτικά, υποστηρίζεται αυτή η άποψη, καθώς οι ανάγκες κάθε θεραπευομένου είναι διαφορετικές, ανάλογα με την ηλικία του (μαθητής, έφηβος, ενήλικας), αλλά και ανάλογα με το πρόβλημα που αντιμετωπίζει. Συνεπώς, σε άλλες περιπτώσεις ο συνεργατικός εμπειρισμός είναι 20-80 και σε άλλες το ποσοστό διαμοιράζεται [25].

3.4. Σωκρατικός διάλογος

Ως σωκρατικός διάλογος, ορίζεται ως η βοήθεια που παρέχεται στον πελάτη να ανακαλύψει καινούργιες πληροφορίες

και εναλλακτικές οπτικές. Οι στόχοι αφορούν στη διευκόλυνση του πελάτη να αναλάβει ενεργητικό ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία και να κάνει γνωσιακή αναδόμηση, συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης της σκέψης, της απόστασης από τις σκέψεις και την αποδοχή. Βασικός σκοπός του σωκρατικού διαλόγου, είναι να βοηθήσει τους πελάτες να αμφισβητούν τις σκέψεις τους και τα σχετιζόμενα χαρακτηριστικά της συναισθηματικής πίεσης που βιώνουν, κάνοντας χρήση των ερωτήσεων που χρησιμοποίησε ο θεραπευτής τους και αναπτύσσοντας καινούργιες ερωτήσεις από μόνοι τους. Ο σωκρατικός διάλογος εμπεριέχει τον συνεργατικό εμπειρισμό, καθώς και τη γνωσιακή αναδόμηση [27]. Οι αρχές που χαρακτηρίζουν τον σωκρατικό διάλογο συνοπτικά αφορούν εν αρχή στο γεγο-

νός ότι, είναι επικεντρωμένος στο πρόβλημα και παρέχει στον πελάτη τη δυνατότητα να αναπτύξει νέες προοπτικές. Επιπροσθέτως, ότι κινείται από κάτι αφηρημένο σε κάτι συγκεκριμένο και ξεκάθαρο, καθώς επίσης ότι αποτελεί μια χρήσιμη τεχνική στις παρεμβάσεις, στην αναζήτηση των θετικών και αρνητικών για σκέψεις και συμπεριφορές και συνιστά δομικό στοιχείο στη γνωσιακή αλλαγή. Είναι ιδανικά συνεργατικός και εμπειρικός και έγκειται στην ικανότητα του θεραπευτή να τον χρησιμοποιεί κατάλληλα σε κάθε συνεδρία [5, 30].

Ο θεραπευτής, προκειμένου να χρησιμοποιήσει το σωκρατικό διάλογο, θα πρέπει να χρησιμοποιεί ποικιλία δεξιοτήτων συμβουλευτικής, όπως την ενσυναίσθητική ακρόαση, τις παραφράσεις/περιλήψεις, τις συνθετικές ή αναλυτικές ερωτήσεις, αλλά και τις ερωτήσεις που αναζητούν πληροφορίες/ενημερώσεις. Τα βήματα που μπορεί να ακολουθήσει ο θεραπευτής για να ευοδωθεί ο σωκρατικός διάλογος εμφανίζονται στο σχήμα 5 [30].

Κατανόηση της ανησυχίας του πελάτη

- *Εξερεύνηση*
- ποιο είναι το χειρότερο και το καλύτερο σχετικά με αυτό;
- πώς θα ήθελες να είναι διαφορετικό;
- πόσο ομοιο ή διαφορετικό είναι αυτό με παλαιότερα περιστατικά;

Αναζήτηση πληροφοριών που σχετίζονται με την ανησυχία

- *Προοπτική μετατόπισης*
- πώς θα έβλεπε κάποιος άλλος αυτή την κατάσταση;
- Πώς θα σου φαινόταν η ίδια κατάσταση σε 6 μήνες από τώρα;
- Πώς είχες αντιμετωπίσει παλαιότερα περιστατικά;

Διευκόλυνση της ανακάλυψης

- *Σύνθεση*
- Πού καταλήγεις από αυτήν και άλλες εμπειρίες;
- ποια θα μπορούσε να είναι μια ισορροπημένη οπτική η οποία λαμβάνει υπόψιν της όλες τις διαφορετικές προοπτικές;

Σχήμα 5. Τα βήματα του θεραπευτή στο σωκρατικό διάλογο.

3.5. Ενσυναίσθηση

Σε μετα-ανάλυση 47 μελετών, ο Bohart και συν. [5, 31], βρήκαν ότι η ενσυναίσθηση υπολογίζεται περίπου στο 4% της διακύμανσης του αποτελέσματος, γεγονός που αντανακλά μικρό-μεσαίο μέγεθος επίδρασης. Στην ίδια μετα-ανάλυση, η θεραπευτική συμμαχία βρέθηκε ότι υπολογίζεται στο 4% περίπου της διακύμανσης του αποτελέσματος. Η ενσυναίσθηση είναι διαφορετική από τη συμμαχία, γεγονός που υποστηρίζει την άποψη ότι η ενσυναίσθηση πρέπει να συνεχίσει να μετριέται και να αξιολογείται ανεξάρτητα. Εάν λοιπόν η εγκαθίδρυση ενσυναίσθησης, είναι πράγματι μια σημαντική προϋπόθεση της συμμαχίας, οι τεχνικές ενσυναίσθησης μάλλον είναι το ίδιο ζωτικές και σημαντικές, όσο άλλες τεχνικές που χρησιμοποιούνται από τους θεραπευτές. Η συμμαχία, στον τρόπο εργασίας μέσα στη συνεδρία, δεν αντιπροσωπεύει επαρκώς τη θεραπευτική σχέση στη ΓΣΘ [29]. Μια συχνά χρησιμοποιούμενη κλίμακα, για την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης του θεραπευτή και της θετικής οπτικής, είναι η Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI) [8]. Αυτή χρησιμοποιείται για να αξιολογήσει ο πελάτης την αντιλαμβανόμενη ενσυναίσθηση που επιδεικνύει ο θεραπευτής του. Η ποιότητα της σχέσης θεραπευτή-πελάτη αξιολογείται από τους ασθενείς με το Working Alliance Inventory (WAI) [10, 32].

4. Δυσκολίες στη θεραπευτική σχέση

Μερικές πιθανές δυσκολίες στη θεραπευτική σχέση, οι οποίες θεωρείται απαραίτητο να διερευνώνται στο πλαίσιο των πεποιθήσεων του θεραπευομένου, μπορεί να είναι η κατά σύστημα αργοπορία, οι εκρήξεις θυμού, η υπερβολική συμμόρφωση,

αλλά και η αντίσταση/μη συμμόρφωση, η παθητικότητα και η απελπισία, καθώς επίσης και τα αιτήματα για αλλαγή της συχνότητας των συνεδριών (αύξηση ή μείωση) [1,33, 34].

Σύμφωνα με την Persons (1989), η συμπεριφορά του θεραπευομένου στη σχέση με το θεραπευτή αντανακλά τη συμπεριφορά του στις υπόλοιπες διαπροσωπικές του σχέσεις, καθότι υπαγορεύεται από τις κεντρικές του πεποιθήσεις [1]. Η παραδοσιακή συμπεριφοριστική προσέγγιση όμως, υποστηρίζει ότι ο θεραπευόμενος πρέπει να είναι συνεργάσιμος για να πετύχει η θεραπεία. Αν όμως, τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο θεραπευόμενος απορρέουν από τις κεντρικές πεποιθήσεις του, οι οποίες ευθύνονται για τις υπόλοιπες δυσκολίες του, αυτό σημαίνει ότι ο θεραπευόμενος θα πρέπει να αναθεωρήσει αυτές τις πεποιθήσεις προκειμένου να βοηθηθεί μεταξύ άλλων, να ξεπεράσει το πρόβλημά του. Αν δεν έχει αποκαλυφθεί ακόμη η βασική πεποίθηση του ατόμου, τότε τα προβλήματα που θα ανακύψουν στη θεραπευτική σχέση μπορεί να βοηθήσουν στον εντοπισμό της.

Μια επιπλέον δυσκολία, που αξίζει να αναφερθεί, αποτελεί το γεγονός ότι πολλοί νέοι θεραπευτές χαρακτηρίζονται από υπέρμετρη φιλοδοξία όσον αφορά στον όγκο της δουλειάς που μπορεί να υλοποιηθεί σε μια συνεδρία, γεγονός που μπορεί να διαταράξει τη σχέση με το θεραπευόμενο [35]. Ο όρος όγκος δουλειάς, αναφέρεται στη μεγάλη προσπάθεια των νέων θεραπευτών να ολοκληρώσουν πολλά φύλλα εργασίας και τεχνικές που έχουν προετοιμάσει για κάθε συνεδρία, χωρίς όμως να τις πραγματοποιούν εις βάθος, ενώ ελλοχεύει και ο κίνδυνος -λόγω του αυξημένου τους άγχους- να παραλείψουν πολλές σημαντικές πληροφορίες που ανακύπτουν.

5. Διαταραχές και θεραπευτική σχέση

Παρακάτω θα αναφερθούν ορισμένα παραδείγματα διαταραχών καθώς και η σημασία που έχει η θεραπευτική σχέση για καθεμία από αυτές.

Το χτίσιμο ισχυρής θεραπευτικής σχέσης στη σχιζοφρένεια, συνιστά ένα δύσκολο εγχείρημα εξαιτίας της κλινικής εικόνας της εν λόγω διαταραχής [36]. Η ΓΣΘ προσανατολίζεται στις ειδικές πτυχές των εμπειριών του ασθενούς, προσπαθώντας να μάθει παραπάνω γι' αυτές, χωρίς να «προκαλεί» τις πεποιθήσεις του, και με ιδιαίτερη προσοχή ώστε να αποφεύγει τη σύγκρουση με τη ψυχωτική εμπειρία [10, 37, 39]. Η έρευνα των Goldsmith και συν. δείχνει σαφώς την αιτιώδη επίδραση της θεραπευτικής συμμαχίας στην έκβαση της ψυχοθεραπείας για την ψύχωση. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι, όταν υπάρχουν υψηλά επίπεδα θεραπευτικής συμμαχίας, η θεραπεία είναι ενεργητική, αλλά όταν τα επίπεδα αυτής είναι χαμηλά, τότε η θεραπεία είναι επιζήμια. Στην εν λόγω έρευνα διαφάνηκαν τρία βασικά ευρήματα: στις ψυχολογικές θεραπείες για την ψύχωση, (1) μια καλή θεραπευτική συμμαχία προκαλεί βελτίωση, (2) μια φτωχή θεραπευτική συμμαχία έχει αρνητικές επιπτώσεις και είναι βλαπτική, και (3) η βελτίωση της συμμαχίας επιφέρει ένα καλύτερο αποτέλεσμα [38, 39, 40].

Η μεταβλητή της εναισθησίας στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι η μοναδική μεταβλητή που με συνέπεια σχετίζεται με την αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας από τον ασθενή στις περισσότερες έρευνες [10, 37, 39]. Η εναισθησία συνιστά μια πολυδιάστατη δομή και ορίζεται ως η επίγνωση της ύπαρξης μιας ψυχικής διαταραχής, των συγκεκριμένων συμπτωμάτων που παρουσιάζονται, του τρόπου με τον οποίο αυτά επηρεάζουν τη διαταραχή, αλλά και ως η επίγνωση των κοινωνικών παρεπόμενων αυτής καθώς και της ανάγκης για θεραπεία. Η χαμηλή εναισθησία φάνηκε να συνδέεται με δυσκολίες στο σχηματισμό και στη διατήρηση δεσμών με άλλους. Τα χαμηλά επίπεδα εναισθησίας αποτελούν παράγοντα κινδύνου για τη μη συμμόρφωση στη θεραπεία, γεγονός που σχετίζεται -όπως είναι αναμενόμενο- με φτωχή κλινική έκβαση. Όμως, από την άλλη πλευρά, τα υψηλά επίπεδα εναισθησίας συνδέονται με κατάθλιψη, έλλειψη ελπίδας, μειωμένη αυτοεκτίμηση και αυτοκτονικές τάσεις, από τα οποία ο ασθενής ανακουφίζεται βραχυπρόθεσμα μέσω φαρμακευτικής αγωγής. Το προσωπικό στίγμα μπορεί να δράσει ως διαμεσολαβητής ανάμεσα στην εναισθησία και την έκβαση της θεραπείας [38, 41]. Προκειμένου να χτιστεί μια δυναμική θεραπευτική συμμαχία, απαιτείται όχι μόνο εναισθησία μέσω εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, αλλά και αντιμετώπιση του προσωπικού στίγματος. Το πρώτο βήμα στη διαδικασία εγκαθίδρυσης κινήτρου, είναι η ανάπτυξη καλής σχέσης διαμέσου έκφρασης σεβασμού, ειλικρίνειας, καθώς και κατάλληλου ενδιαφέροντος.

Οι μεταγνωσιακές διαδικασίες, ή η σκέψη για τη σκέψη, μπορεί να περιγράψουν ένα ευρύ φάσμα εσωτερικών και κοινωνικά καθοδηγούμενων γνωστικών πράξεων, που περιλαμβάνουν την ικανότητα για αναγνώριση και κατανόηση της ψυχικής και πνευματικής κατάστασης του ατόμου, αλλά και των άλλων. Ο Lysaker [42] περιγράφει πως οι μεταγνωσιακές ικανότητες λειτουργούν διαπροσωπικά, ως μια ικανότητα υπόθεσης σχετικά με τις ευχές και τα κίνητρα των άλλων και ως αναγνώριση των κοινωνικών ενδείξεων που προκαλούν ψυχολογικό πόνο, επιτρέποντας έτσι την αντιμετώπιση των κοινωνικών διλημάτων, όπως η διαπραγμάτευση μεταξύ των ευχών κάποιου και των

απαιτήσεων των άλλων. Έχει ευρέως καταδειχθεί ότι οι μεταγνωσιακές δυσλειτουργίες συνιστούν χαρακτηριστικό της σχιζοφρένειας, γεγονός που συνδέεται, τόσο με τα τρέχοντα όσο και με τα μελλοντικά ελλείμματα στη λειτουργικότητα.

Η μεταγνωσιακή ικανότητα, είναι η ικανότητα του ατόμου να έχει επίγνωση των σκέψεων και συναισθημάτων του, και αποτελεί βασική πυξίδα στην ερμηνεία κάποιων εμπειριών, όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις, για παράδειγμα η θεραπευτική σχέση. Τα άτομα, τα οποία δεν διαθέτουν σε ικανοποιητικό βαθμό την παραπάνω ιδιότητα, δεν μπορούν να περιγράψουν σκέψεις και συναισθήματα και δεν μπορούν να ανταποκριθούν στην επίλυση προβλημάτων. Η μέτρια μεταγνωσιακή ικανότητα συσχετίζεται με την ικανότητα περιγραφής σκέψεων και συναισθημάτων, αλλά και με την αποφυγή επίλυσης προβλημάτων στην πράξη, ενώ φαίνεται να προτιμώνται από το άτομο οι πιο παθητικές στρατηγικές, όπως ο ύπνος, η κατάχρηση αλκοόλ κτλ. Η υψηλή μεταγνωσιακή ικανότητα συσχετίζεται με την ικανότητα έκφρασης σκέψεων και συναισθημάτων και την επίλυση προβλημάτων στην πράξη. Η μεταγνωσιακή ικανότητα συσχετίζεται με καλή λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής του ατόμου και πιθανότατα με καλή θεραπευτική σχέση [43]. Η έρευνα για τον εντοπισμό των παραγόντων του πελάτη που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας έχει δείξει ότι, τα ελλείμματα στις μεταγνωσιακές ικανότητες και η αδύναμη θεραπευτική συμμαχία, σχετίζονται με φτωχότερα αποτελέσματα στη θεραπεία της σχιζοφρένειας [44]. Σκοπός της έρευνας των Davis και συν., ήταν η αξιολόγηση του εάν οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια, που είχαν και αυξημένη μεταγνωσιακή ικανότητα, εμφάνιζαν και ισχυρότερη θεραπευτική σχέση με τον ατομικό θεραπευτή τους σε 26 εβδομάδες ΓΣΘ. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν πως η αυξημένη μεταγνωσιακή ικανότητα αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα μιας ισχυρής θεραπευτικής σχέσης, αλλά δεν προβλέπει την ανάπτυξη αυτής μακροπρόθεσμα [45].

Η διπολική διαταραχή αποτελεί μια σοβαρή και επαναλαμβανόμενη διαταραχή.

Η επικράτησή της εκτιμάται περίπου στο 1.6-1.8%. Στην εν λόγω διαταραχή, υπάρχει αξιοσημείωτη συννοσηρότητα και θνησιμότητα, ενώ η επίδρασή της είναι διάχυτη στις περισσότερες εκφάνσεις της ζωής του ατόμου. Η σύγχρονη έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας προσανατολίζεται σε μια πραγματικότητα περισσότερο του «εδώ και τώρα», τονίζοντας την ενεργητική συμμετοχή του ασθενή.

Οι Weiss και συνεργάτες, προτείνουν ότι η σχέση μεταξύ συμμαχίας και αποτελέσματος στην κατάθλιψη, μάλλον είναι υψηλότερη συγκριτικά με τη σχιζοφρένεια, εξαιτίας της σημαντικότητας της κοινωνικής υποστήριξης και των διαπροσωπικών παραγόντων που υπάρχουν στην κατάθλιψη [41, 46]. Η κινητοποιητική συνέντευξη, φαίνεται ότι βελτιώνει την προσήλωση στη θεραπεία και κατά συνέπεια τη θεραπευτική σχέση στη διπολική διαταραχή.

Στη διπολική διαταραχή, οι περισσότερες μελέτες για τους μεταβλητούς παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν παράγοντες, όπως ο έλεγχος, η εναισθησία, η αυτο-αποτελεσματικότητα, η υποστήριξη της αυτονομίας, η αποδοχή της ασθένειας, η επικοινωνία μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενή, τα συνεργατικά μοντέλα φροντίδας και η κινητοποιητική συνέντευξη, τα οποία μπορούν να βοηθήσουν στην κατανόηση του πως η τήρηση της θεραπείας μπορεί να βελτιώσει τη θεραπευτική συμμα-

χία. Απαιτούνται επιπλέον έρευνες, προκειμένου να αξιολογηθούν, η χρησιμότητα των παρεμβάσεων που εφαρμόζονται σε διαφορετικές φάσεις της διαταραχής, τα στάδια της θεραπείας και οι ασθενείς με διαφορετικές εκφάνσεις της διπολικής διαταραχής, π.χ. διπολική ΙΙ, οι παράγοντες προσωπικότητας και οι συνυπάρχουσες διαταραχές. Η προώθηση της συμμόρφωσης στη θεραπεία μπορεί να ενσωματωθεί στη συνεργατική διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής, ώστε να βοηθήσει στη μείωση του κενού της αποτελεσματικότητας αλλά και τη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας που σχετίζεται με αυτή τη χρόνια ασθένεια [10, 47].

Ο ρόλος της απελπισίας στη διαμεσολάβηση της σχέσης μεταξύ κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού, είναι ένα από τα πρώτα και πιο σημαντικά ευρήματα της διεθνούς έρευνας, σχετικά με τη γνωστική λειτουργία και την αυτοκτονία. Έχει καταφανεί πόσο κρίσιμος είναι ο ρόλος της έλλειψης της αίσθησης της διαπροσωπικής σχέσης, ο οποίος συμβάλλει στον αυτοκτονικό ιδεασμό και την πρόθεση θανάτου [48]. Κατά συνέπεια, κρίνεται σκόπιμη πάντα η εγκαθίδρυση θεραπευτικής σχέσης, ώστε να αισθάνεται ο θεραπευόμενος την ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου, ασφάλειας και ειλικρίνειας, μιλώντας ανοιχτά για το θέμα, προς αποφυγή αποπειρών αυτοκτονίας. Το συμβόλαιο για την δέσμευση προς αποφυγή απόπειρας, αποτελεί επίσης ένα βασικό στοιχείο. Η κατανόηση και η αποδοχή από το θεραπευτή, του δικαιώματος του ασθενή να σκέφτεται την αυτοκτονικότητα, οδηγεί σε ανακούφιση του τελευταίου, μείωση της αβοηθητότητας, αλλά και σε δυνατότητα παρέμβασης από τον πρώτο [3, 41].

Πιο πρόσφατες έρευνες κατέδειξαν πόσο κρίσιμος είναι ο ρόλος της έλλειψης της αίσθησης της διαπροσωπικής σχέσης, ο οποίος συμβάλλει στον αυτοκτονικό ιδεασμό και την πρόθεση θανάτου [48].

Τα άτομα με χρόνιο μετατραυματικό στρες και κυρίως αυτά, τα οποία έχουν κακοποιηθεί, έχουν δυσκολία να αποδεχτούν το ρόλο του θεραπευόμενου. Θεωρούν ότι πρέπει να λύσουν μόνα τους τα προβλήματα και ότι είναι παντοδύναμα. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν μία γενικότερη δυσκολία να εμπιστευτούν ανθρώπους, κάτι που εκδηλώνεται και στη θεραπευτική σχέση. Παράλληλα, βιώνουν τους εαυτούς τους ως μόνιμα ευάλωτους και αδυνατούν να φανταστούν τον εαυτό τους να απεγκλωβίζεται από αυτή την κατάσταση. Κατά συνέπεια, η αποφυγή εγκαθίσταται ως ένας μόνιμος τρόπος αντιμετώπισης του φαύλου κύκλου της κακοποίησης [10, 50].

Ο θεραπευτής θα πρέπει να εξασφαλίσει την ασφάλεια των θεραπευμένων, διότι οποιαδήποτε επαφή με τον θύτη αυξάνει την πιθανότητα για νέα θυματοποίηση και εμποδίζει την αρχή της θεραπείας. Συνάγεται ότι, η έκθεση στις τραυματικές εμπειρίες δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί, όταν συνεχίζεται η κακοποίηση [51].

Η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης είναι πιθανώς πιο σημαντικό αλλά και πιο δύσκολο εγχείρημα σε χρόνιες διαταραχές προσωπικότητας, συγκριτικά με τις οξείες φάσεις συμπτωμάτων. Στις διαταραχές προσωπικότητας, οι αλλαγές πραγματοποιούνται με πιο αργό ρυθμό και είναι λιγότερο αισθητές και αντιληπτές. Γι' αυτό το λόγο, ο θεραπευτής απαιτείται να είναι εφοδιασμένος με υπομονή και επιμονή. Κάθε διαταραχή προσωπικότητας απαιτεί διαφορετική προσέγγιση, σύμφωνα με τις ιδιαίτερες δυσκολίες της, προκειμένου να εγκαθιδρυθεί η θεραπευτική σχέση. Προσοχή πρέπει να δοθεί στην ανάπτυξη

μοντέλων παρέμβασης, τα οποία θα στοχεύουν σε τροποποίηση πιθανών παραγόντων που ενοχοποιούνται για τη μη προσκόλληση του ασθενούς καθώς και τις μεταβλητές που σχετίζονται με την ασθένεια για βελτίωση της προσκόλλησης στη θεραπευτική συμμαχία. Η τελειοποίηση των μοντέλων αυτών, μέσω ελεγχόμενων αξιολογήσεων στον πραγματικό κόσμο, είναι δυνατόν να οδηγήσει στην ενοποίηση των συστημάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης [33, 52, 53, 54].

Οι ασθενείς, συχνά χρειάζονται κινητοποίηση, για να δεσμευτούν με τις δραστηριότητες για το σπίτι. Η κινητοποίηση του ασθενή συχνά υφίσταται μετά την υποχώρηση ενός οξέος επεισοδίου, γιατί υποχώρησαν και τα ανεπιθύμητα συναισθήματα (άγχος, θυμός) τα οποία έδρασαν ως κίνητρο για δράση. Επιπλέον, η διαταραχή προσωπικότητας από μόνη της συχνά αλληλεπιδρά με την εκτέλεση εργασιών. Ο αποφευκτικός ασθενής για παράδειγμα, μπορεί να σκεφτεί «η καταγραφή των σκέψεών μου είναι επίπονη», ο ναρκισσιστής ασθενής «είμαι πολύ καλός για αυτό το είδος εργασίας», ο παρανοειδής «οι σημειώσεις θα χρησιμοποιηθούν εναντίον μου» ή «ο θεραπευτής προσπαθεί να με χειραγωγήσει». Ο θεραπευτής πρέπει πάντα να έχει αυτές τις πιθανές «αντιστάσεις» στο μυαλό του [33, 53].

Στις πιθανές αιτίες της μη συνεργασίας, ο θεραπευτής πρέπει να αναλογίζεται ότι: 1) ο ασθενής ή εκείνος στερείται δεξιοτήτων συνεργασίας, 2) ο θεραπευτής υποτιμά το ρόλο των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων του ασθενή του, 3) οι πεποιθήσεις των σημαντικών άλλων μπορεί να εμποδίζουν την αλλαγή ή να ενδυναμώνουν τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές, 4) ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι η θεραπευτική συνεργασία θα καταστρέψει την προσωπικότητά του ή την αίσθηση εαυτού, 5) οι στόχοι της θεραπείας είναι μη ρεαλιστικοί, 6) ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι η θεραπεία είναι παθητική κ.α.

Οι ασθενείς με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας προτιμούν θεραπευτικές προσεγγίσεις δομημένες και εστιασμένες στο πρόβλημα και επιδιώκουν λιγότερο τη θεραπευτική σχέση. Κατά συνέπεια, δεν αποφεύγουμε να κάνουμε θεραπευτική σχέση, αλλά δουλεύουμε πιο πολύ με την επίλυση προβλημάτων [33, 53].

Στην Παρανοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας, η πιο αποτελεσματική προσέγγιση είναι ο θεραπευτής να αποδεχτεί τη δυσπιστία και καχυποψία του ασθενή μόλις γίνει εμφανής και προοδευτικά να δείξει έμπρακτη αξιοπιστία, από το να πείσει τον ασθενή να τον εμπιστευτεί αμέσως. Μια επιπλέον μέθοδος που δύναται να αυξήσει την άνεση του ασθενή, είναι το να αναλάβει περισσότερο έλεγχο από το συνηθισμένο σε σχέση με το περιεχόμενο και τη συχνότητα των συνεδριών αλλά και τις εργασίες για το σπίτι [33, 53].

Στην Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας, είναι σημαντικό να γνωστοποιήσει ο θεραπευτής τα όρια και την αναμενόμενη συμπεριφορά θεραπευτή και ασθενή, καθώς αυτοί οι ασθενείς έχουν φτωχή αίσθηση ορίων. Η θεραπευτική συνεργασία περιλαμβάνει αμοιβαία αποδοχή των θεραπευτικών στόχων, οι οποίοι πρέπει να εντάσσονται στο ρεπερτόριο των ασθενών. Επειδή η εγκαθίδρυση ισχυρής θεραπευτικής σχέσης συνιστά πρόκληση, προτείνεται να είναι συνέχεια στο επίκεντρο. Στην ΑΔΠ, ο θεραπευτής πρέπει να έχει στο μυαλό το ότι επιφορτίζεται με το μεγαλύτερο βάρος για τη θεραπευτική συμμαχία και συνεργασία (80-20 ή και 90-10), ενώ αυτή η ανισορροπία στην προσπάθεια τον οδηγεί συχνά σε στρες και εξουθένωση [33, 53].

Οι ασθενείς με Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας (ΑΔΠ) διατηρούν αρνητικές γνώσεις αναφορικά με τη θεραπευτική σχέση, όπως κάνουν και για τις άλλες σχέσεις τους. Η προσπάθεια από μέρους του θεραπευτή να αναγνωρίσει και να ελέγξει αυτές τις σκέψεις είναι απαραίτητη για την εγκαθίδρυση θεραπευτικής σχέσης. Οι εν λόγω ασθενείς πιστεύουν πως αν διεκδικήσουν τις επιθυμίες τους, το άλλο μέλος θα εγκαταλείψει τη σχέση. Κατά συνέπεια, είναι απρόθυμοι να δώσουν αρνητική ανατροφοδότηση στον θεραπευτή τους. Προτείνεται λοιπόν, στο τέλος των συνεδριών να συμπληρώνουν μια φόρμα ανατροφοδότησης του θεραπευτή, προκειμένου να ενθαρρυνθεί η διεκδικητικότητα τους στη θεραπεία [33, 53, 54]. Επιπροσθέτως, προσπαθούν συχνά να ελέγξουν το θεραπευτή τους στην αρχή της θεραπείας, αλλάζοντας ραντεβού, καθυστερώντας στην προσέλευσή τους, αγνοώντας τις δραστηριότητες για το σπίτι, με σκοπό να επιβεβαιώσουν την πεποίθησή τους ότι οι άλλοι θα τους κρίνουν. Εάν ο θεραπευτής επιδειξει υποστήριξη, φροντίδα και αποδοχή, οι ασθενείς με ΑΔΠ μπορούν πιο εύκολα να δημιουργήσουν σχέση μαζί του [33, 54].

Η συνεργασία στην Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας (ΕΔΠ) δεν πρέπει να επιδιώκεται να είναι 50-50. Επίσης, μια πλήρως κατευθυντική προσέγγιση μπορεί να προκαλέσει τρομερό άγχος σε αυτούς τους ασθενείς. Συν τοις άλλοις, ο θεραπευτής θα πρέπει να ορίσει ξεκάθαρα όρια της σχέσης, που του επιτρέπει η δεοντολογία του επαγγέλματός του να αναπτύξει με το θεραπευόμενο του, καθώς είναι πολύ πιθανό οι ασθενείς με ΕΔΠ να ερωτευθούν το θεραπευτή τους. Προτείνεται λοιπόν να μειωθεί στο ελάχιστο η σωματική επαφή με αυτούς τους ασθενείς (χειραφία, χτύπημα στην πλάτη κ.α.), ώστε να προφυλαχθεί η επαγγελματική θεραπευτική σχέση [33, 53].

Η έννοια της συνεργασίας και θεραπευτικής σχέσης εμπεριέχει το στοιχείο της ισότητας, κάτι που είναι ενοχλητικό και ξένο για τους ασθενείς με Ναρκισιστική Διαταραχή Προσωπικότητας (ΝΔΠ), καθώς διατηρούν την αίσθηση της υπεροχής προς τους άλλους, συμπεριλαμβανομένου του θεραπευτή τους, ενώ στερούνται και επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Οι ασθενείς με ΝΔΠ μπορεί να βλέπουν την θεραπεία ως απειλητική, και σκοπός του θεραπευτή είναι να τους βοηθήσει να κατανοήσουν ότι πρόκειται για μια διαδικασία αυτοβελτίωσης. Επιπλέον, καθώς οι ασθενείς με ΝΔΠ είναι συχνά επικριτικοί και προκλητικοί απέναντι στο θεραπευτή τους και είναι δύσκολο να εγκαθιδρυθεί θεραπευτική σχέση, προτείνεται και ο ίδιος ο θεραπευτής να ζητά βοήθεια, καθώς συχνά βιώνει αισθήματα ματαιώσης [33, 53].

Το στυλ προσκόλλησης, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο σχετίζονται με τον θεραπευτή τους οι ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (ΟΔΠ) είναι τόσο παθολογικό, που απαιτείται αρκετός χρόνος να ξεπεραστούν τα διαπροσωπικά εμπόδια και να χτιστεί θεραπευτική σχέση. Σε πρώτο επίπεδο, ο θεραπευτής πρέπει να διατηρήσει μια απόσταση με το θεραπευόμενο και δεν χρειάζεται να εμπλακεί έντονα στη θεραπεία της εκάστοτε κρίσης. Σε δεύτερο επίπεδο, ο θεραπευτής πρέπει να εμπλακεί ενεργητικά στην κρίση του ασθενή, σπάζοντας την απόσταση μεταξύ τους και κάνοντας την επανασύνδεση με ένα καλύτερο γονεϊκό πρότυπο μέσω της θεραπείας (reparenting). Η ανθρώπινη σύνδεση με τη συχνότητα των συνεδριών (1-2 εβδομαδιαίως) βοηθά τον ασθενή με ΟΔΠ να αναδομήσει τις πεποιθήσεις, ότι κανείς δε νοιάζεται για εκείνον και θα εγκαταλειφθεί. Ο θεραπευτής πρέπει επίσης

να ανεχτεί τα αρνητικά συναισθήματα θυμού και λύπης που του εξαπολύει ο ασθενής με ΟΔΠ. Επιπλέον, οι συγκεκριμένοι ασθενείς φοβούνται τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις και δυσκολεύονται να ανεχτούν αυτούς τους φόβους. Επομένως, ο θεραπευτής πρέπει να βρει την ισορροπία ανάμεσα στην απόσταση και την εγγύτητα, προσαρμόζοντάς τα στην εκάστοτε φάση της θεραπείας [54, 55].

6. Συζήτηση

Τα αποτελέσματα μετα-ανάλυσης των Martin και συν. [56], δείχνουν ότι η συνολική σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι μέτρια, αλλά σταθερή, ανεξάρτητα από τις πολλές μεταβλητές που επηρεάζουν αυτή τη σχέση. Επιπλέον, η σχέση της θεραπευτικής συμμαχίας με το θεραπευτικό αποτέλεσμα δεν φαίνεται να επηρεάζεται από άλλες μεταβλητές, όπως για παράδειγμα το είδος θεραπείας που ακολουθείται [56].

Παρά το γεγονός ότι η σχέση μεταξύ θεραπευτικής συμμαχίας και αποτελέσματος, έχει υποστηριχθεί με συνέπεια σε αρκετές μελέτες και μετα-αναλύσεις, οι γνώσεις για τον τρόπο με τον οποίο θεραπευόμενος και θεραπευτής συμβάλλουν σε αυτή τη σχέση είναι ελλιπείς. Επιβεβαιώνοντας προηγούμενες έρευνες, η μετα-ανάλυση των Del Re και συν. έδειξε ότι η μεταβλητότητα/διακύμανση στη συμμαχία από μέρους του θεραπευτή, φαίνεται να είναι πιο σημαντική από τη μεταβλητότητα των θεραπευομένων για τη βελτίωση της έκβασης της θεραπείας. Η σχέση αυτή παραμένει σημαντική, ακόμα και όταν ταυτόχρονα ελέγχονται αρκετές πιθανές συμμεταβλητές αυτής της σχέσης [57].

Η εναισθησία στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι η μοναδική μεταβλητή, η οποία με συνέπεια σχετίζεται με την αξιολόγηση του ασθενή της θεραπευτικής συμμαχίας στις περισσότερες έρευνες [37]. Η θεραπευτική σχέση, η οποία είναι προσανατολισμένη στο κίνητρο του ασθενή με σχιζοφρένεια (motive-oriented therapeutic relationship-MOTR), επιτρέπει στους θεραπευτές να προσαρμόζονται δυναμικά στις ανάγκες των ασθενών τους και να αποτρέπουν προβληματικές συμπεριφορές [58]. Η βάση για την αποτελεσματική γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία της σχιζοφρένειας, είναι η ανάπτυξη αμοιβαίου σεβασμού, εμπιστοσύνης, και μη επικριτικής στάσης στη θεραπευτική σχέση [33, 53]. Τα ελλείμματα στις μεταγνωστικές ικανότητες και η αδύναμη θεραπευτική συμμαχία σχετίζονται με φτωχότερα αποτελέσματα στη θεραπεία της σχιζοφρένειας [44]. Φαίνεται, λοιπόν, ότι θα μπορούσαν να σχεδιαστούν ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες, ώστε να συμβάλλουν στην ενίσχυση της αίσθησης του εαυτού και στην ενδυνάμωση των ικανοτήτων του σκέπτεσθαι επί της σκέψης. Συγκεκριμένα, εάν η μεταγνωστική ικανότητα νοείται ως μια ικανότητα που εκτείνεται κατά μήκος ενός συνεχούς από καλή σε περιορισμένη, η ψυχοθεραπεία μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξή της, μέσα από την εξάσκηση αυτών των δεξιοτήτων σε αυξανόμενο βαθμό πολυπλοκότητας. Η εξάσκηση αυτή μπορεί να είναι μια δύσκολη, συχνά ματαιωτική και επώδυνη διαδικασία, όμως είναι δυνατό να αναμένεται πρόοδος μέσω αυτής, δεδομένης της πλαστικότητας του ανθρώπινου εγκεφάλου [43].

Προς επίρρωση των προαναφερθέντων, μπορεί να υποστηριχθεί πως, τόσο τα πλεονεκτήματα μιας καλής θεραπευτικής σχέσης, όσο και τα μειονεκτήματα όταν αυτή εκλείπει, δεν

αφορούν μόνο στο θεραπευτή αλλά και στο θεραπευόμενο. Στα πλεονεκτήματα της ύπαρξης θεραπευτικής σχέσης θα μπορούσε να ενταχθεί η πρόοδος της θεραπείας και η σταθερότητα. Στον αντίποδα, η απουσία θεραπευτικής σχέσης συνεπάγεται στασιμότητα και σε πολλές περιπτώσεις λήξη της θεραπείας από τον θεραπευόμενο, καθώς αισθάνεται πως μέσα στη θεραπευτική συνεδρία δεν νιώθει κατανόηση, ενσυναίσθηση ή ακόμα και σεβασμό, αλλά αντίθετα επίκριση. Όταν ο θεραπευτής δεν πληροί τις προϋποθέσεις της θεραπευτικής σχέσης, το αποτέλεσμα συνοψίζεται ως έλλειψη κινητοποίησης και εμπλοκής στη θεραπεία από τον ασθενή.

Όσο ικανοποιητική και ολοκληρωμένη και αν καθίσταται η βιβλιογραφία, αναφορικά με τη θεραπευτική σχέση και τις τεχνικές που τη διέπουν, θα πρέπει να σημειωθεί πως πρόκειται για μια δυναμική διαδικασία διεκδικητικότητας μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Η εφαρμογή της διεκδικητικότητας λοιπόν, αναπόφευκτα ανήκει στον θεραπευτή, καθώς εκείνος είναι υπεύθυνος να καταστήσει σαφές ποιος έχει το ρόλο του θεραπευτή-εκπαιδευτή και ποιος είναι ο σκοπός του, και παράλληλα να προσαρμόσει τη διεκδικητικότητα στις πεποιθήσεις και δυνατότητες του πελάτη, ώστε ο τελευταίος να ανταποκριθεί επαρκώς. Χρειάζεται επομένως, η από κοινού απόφαση θεραπευτή και θεραπευόμενου, για το ποιες συμπεριφορές είναι κατάλληλες και ποιες χρήζουν τροποποίησης [8, 21]. Η εκπαίδευση στη διεκδικητικότητα, φαίνεται ότι συμβάλλει στη βελτίωση της θεραπευτικής σχέσης [23]. Ένας νέος θεραπευτής είναι πολύ πιθανό να συναντήσει προσκόμματα και ματαιώσεις σε αυτό το εγχείρημα, όπως και σε πληθώρα άλλων. Συνεπώς, κρίνεται σκόπιμη και επιβεβλημένη η παροχή εποπτείας σε νέους θεραπευτές. Πιο συγκεκριμένα, η εποπτεία στο έργο των νέων θεραπευτών θα δράσει ως καταλυτικός και επικουρικός παράγοντας στη δυναμική και όχι στείρα εφαρμογή των γνωσιακών συμπεριφοριστικών τεχνικών, και θα οδηγήσει στην εγκαθίδρυση θεραπευτικής σχέσης καθώς και στη βελτίωση αυτής. Ενίοτε, ένας πρωτόπειρος θεραπευτής, στην αγωνία του να εφαρμόσει σωστά τη ΓΣΘ ακολουθώντας δομή και ατζέντα, αγνοεί αθέλητα πως η εφαρμογή της ΓΣΘ πορεύεται άρρηκτα με τη θεραπευτική σχέση που διατρέχει το σύνολο της θεραπείας. Συνάγεται λοιπόν, πως ένας έμπειρος επόπτης θα μπορέσει να επισημάνει πιθανά λάθη, στην εφαρμογή της διεκδικητικότητας στην πορεία για εγκαθίδρυση θεραπευτικής σχέσης.

Εάν ο συνεργατικός εμπειρισμός ελέγχεται και αξιολογείται στο πλαίσιο κλινικών δοκιμών, είναι πιθανό ότι η ΓΣΘ θα επιδείκνυε μεγαλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα [8]. Απαιτείται και προτείνεται περαιτέρω έρευνα και δεδομένα για την ανατροφοδότηση του πελάτη, ως στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης. Δεδομένου ότι, στον ελληνικό χώρο εκλείπει πληθώρα ερευνητικών μελετών αναφορικά με τη θεραπευτική σχέση, προτείνεται η πραγματοποίηση ερευνητικής μελέτης σε ελληνικό κλινικό πληθυσμό, που θα αξιολογεί την επίδραση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης στη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία, και η οποία θα μπορούσε να τελεστεί στα κλινικά πλαίσια όπου εφαρμόζεται η ΓΣΘ.

The therapeutic relationship and alliance and their importance in cognitive behavioral therapy

Kamboli, G.^{1,2}, Rakitzi, S.^{1,2}

¹Institute of Behavior Research and Therapy

²Association for Cognitive Behavioural Studies

Correspondence: Georgia Kamboli, Association for Cognitive Behavioural Studies, Gladstonos 10, Kannigos Square, 10677, Athens, Greece.
E-mail: g_kamboli@hotmail.com,
Tel: +30 6989250250

Abstract

The therapeutic relationship in CBT is more than a condition for psychological intervention. It is a vital piece in support of effective work with the client. The available knowledge, theories, techniques and strategies are practically useless, if the therapists are unable to relate with their clients. Many therapeutic models expect the relationship of the therapist with the client to be the agent for change. If the therapist is able to be related to its client with a new way that appeals to an important feature of interpersonal reasoning or maintaining client pathology, then the way the client sees and interacts can be improved. Thus, the development and adoption of the therapeutic relationship forms a main feature of skilful practice of psychotherapy. The therapeutic relationship consists of the counseling skills, collaborative empiricism, guided discovery through Socratic questioning and the case formulation. These four features include many other properties and are in constant interaction. Cooperation is not always a characteristic that is shared 50-50 between therapist and patient but collaborative empiricism is a complicated and complex condition. This is because the needs of every patient are different depending on age and the problem encountered. The therapeutic alliance is a component of the therapeutic relationship that includes the development of therapeutic limits such as respect, trust, esteem and mutual sympathy, and agreement on treatment goals. Although the alliance is considered regardless of goal setting and its distinct characteristics, is considered as a part of the alliance. Although the relationship between therapeutic alliance and outcome has been strongly supported by studies and meta-analyses, the knowledge of how the patient and the therapist contribute in this relationship is incomplete. The most widely used psychometric tool is the Working Alliance Inventory (WAI), which has been developed to evaluate the therapeutic alliance. Patients may thereby feel more comfortable to trust, to depend, to trigger or support others through the development of a different relationship with the therapist. The question that remains is what we have as a scientific evidence to support these claims. Recent research data will be presented in relation to the importance of the therapeutic relationship in cognitive behavioral psychotherapy. Then there will be a more extensive reference to the therapeutic relationship in relation to certain individual disorders and clinical states, such as schizophrenia, personality disorders and suicidality. Finally, the overall findings will be critically discussed.

Key words: therapeutic relationship, therapeutic alliance, Socratic dialogue, empiricism

Βιβλιογραφία

- [1] Persons JB. Cognitive Therapy in practice: A case formulation approach. New York: W. W. Norton & Company, 1989.
- [2] Καλαντζή-Αζίζι Α. Οι σχέσεις θεραπευτού-πελάτη στις θεραπείες της συμπεριφοράς. Τετράδια Ψυχιατρικής, 1990; 30: 90-99.
- [3] Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press, 1979.
- [4] Orlinsky D, Grawe K, Parks B. Process and outcome in psychotherapy. Στο AE Bergin, & SL Garfield (Επιμ. Εκδ.), Handbook of psychotherapy and behavior change (σελ. 270-376). New York: John Wiley & Sons, 1994.
- [5] Θεοφίλου Π, Κατσάμπα Ε, Λίγρης Γ, Παπαμαθαίου Ζ, Χαρούλα Ντ. Η θεραπευτική σχέση στη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία- παράγοντες επίδρασης. Εργασία Α έτους, ΙΕΘΣ, 2015.
- [6] Kazantzis N, Cronin TJ, Norton PJ, Lai J, Hofmann SG. Reservations about the conclusions of the Interdivisional (APA Divisions 12 & 29) Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships: What do we know, what don't we know? J Clin Psychol, 2015; 71: 423-427.
- [7] Nocrross JC. (Ed.). Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (2nd ed.). New York: Oxford University Press, 2011.
- [8] Kazantzis N, Cronin TJ, Dattilio FM, Dobson KS. Using techniques via the therapeutic relationship. Cogn Behav Pract, 2013; 20: 385-389.
- [9] Horvath AO, Flückiger C, DelRe AC, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. Psychotherapy, 2011; 48: 9-16.
- [10] Ευθυμίου Κ, Μαυροειδή Α, Παυλάτου Ε, Καλαντζή Αζίζι Α. Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο ψυχοθεραπείας, 2014. Αθήνα: ΙΕΘΣ.
- [11] Gaston L, Marmar C. The California psychotherapy alliance scales. In: Horvath AO, Greenberg LS, eds. The Working Alliance: Theory, Research and Practice. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 1994: 85-108.
- [12] Alexander LB, Luborsky L. The penn helping alliance scales. In: Greenbergand LS, Pinsof WM, eds. The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook. NewYork, NY: Guilford Press, 1987: 325-366.
- [13] O'Malley SS, Suh CS, Strupp HH. The Vanderbilt psychotherapy process scale: are port on the scale development and a process-outcome study. J Consult Clin Psychol, 1983; 51: 581-586.
- [14] Horvath AO, Greenberg LS. The development of the working alliance inventory. In Greenbergand LS, Pins WM, eds. The Psycho-Therapeutic Process: A Research Handbook. NuevaYork, NY: Guilford Press, 1986: 529-556.
- [15] Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the working alliance inventory. J Couns Psychol, 1989; 36: 223-233.
- [16] Martin DJ, Garske JP, Davis KM. Relation of the Therapeutic alliance without come and other variables: a meta-analytic review. J Clin Consul Psychol, 2000; 68: 438-450.
- [17] Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychother Theor Res Pract, 1979; 16: 252-260.
- [18] Tracey TJ, Kokotovic AM. Factor structure of the working alliance inventory. Psychol Assess, 1989; 1: 207-210.
- [19] Καλαντζή-Αζίζι, Α. Αυτογνωσία και αυτοδιαχείριση - Γνωσιακή Συμπεριφοριστική προσέγγιση. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο, 2011.
- [20] Leahy LR. The therapeutic relationship in cognitive - behavioral therapy. Behav and Cogn Psych, 2008; 36: 769-777.
- [21] Χαρούλα Ντ. Ο Ρόλος της Ψυχοθεραπευτικής Σχέσης στη Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Προσέγγιση: Από την Αρχική Φάση της Κλινικής Εκτίμησης μέχρι την Τελική Φάση της Ψυχοθεραπευτικής Αλλαγής. Τετράδια Ψυχιατρικής, 2007; 98: 92-99.
- [22] Miller RW, Rollnick S. Κινητοποιητική συνέντευξη: Προετοιμάζοντας τους ανθρώπους για αλλαγή. Μετάφραση-Επιμέλεια: Κάκια Νικολάου. Δεύτερη έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 2010.
- [23] Αντωνίου Β, Ευθυμίου Κ, Μυλωνά Κ. Κοινωνικό άγχος, διεκδικητικότητα και κοινωνική φοβία. Ένα δομημένο ομαδικό πρόγραμμα γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας. Αθήνα: Εκδόσεις ΙΕΘΣ, 2015.
- [24] Markland D, Ryan RM, Tobin VJ, Rollnick S. Motivational interviewing and self-determination theory. J Soc Clin Psychology, 2005; 24(6): 811-831.
- [25] Kazantzis N, Freeman A, Fruzzetti AE, Persons JB, Smucker M. Unresolved issues regarding the therapeutic relationship element of collaborative empiricism in cognitive and behavioral therapies. An expert panel discussion at AACBT. Behav Change, 2013; 30: 1-11.
- [26] Kazantzis N, Tee JM, Dattilio FM, Dobson KS. How to develop collaborative empiricism in Cognitive Behavior Therapy: Conclusions from the C & BP Special Series. Cogn Behav Pract, 2013; 20(4): 455-460.
- [27] Moller AC, Ryan RM, Deci EL. Choice and ego-depletion: The moderating role of autonomy. Pers Soc Psychol Bull, 2006; 32: 1024-1036.
- [28] Tee J, Kazantzis N. Collaborative empiricism in cognitive therapy: A definition and theory for the relationship construct. Clin Psychol, 2011.
- [29] Cronin TJ, Lawrence KA, Taylor K, Norton PJ, Kazantzis N. Integrating between-session interventions (Homework) in therapy: The importance of the therapeutic relationship and cognitive case conceptualization. J Clin Psychol, 2015; 71(5): 439-450.
- [30] Kazantzis N, Fairburn CG, Padesky CA, Reinecke M, Teesson M. Unresolved issues regarding the research and practice of cognitive behavior therapy: The Case of Guided discovery using Socratic Questioning. Behav Change, 2014; 31: 1-17.
- [31] Bohart AC, Elliott R, Greenberg LS, & Watson JC. Empathy. In Nocrross JC, ed. Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients. New York: Oxford University Press, 2002: 89-108.
- [32] Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the working alliance inventory. J Couns Psychol, 1989; 36: 223-233.
- [33] Ευσταθίου Γ, Ευθυμίου Κ, Χαρούλα Ντ. Γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία διαταραχών προσωπικότητας. Θεωρία και ανάλυση κλινικών περιστατικών. Αθήνα: ΙΕΘΣ, 2014.
- [34] Beck AT, Freeman A. Cognitive therapy of personality disorders. New York: The Guilford Press, 1990.
- [35] Dobson JGD, Dobson KS. In-session structure and collaborative empiricism. Cogn Behav Pract, 2013; 20: 410-4.
- [36] Evans-Jones C, Peters E, Barker C. The therapeutic relationship in CBT for psychosis: client, therapist and therapy factors. Behav Cogn Psychother, 2009; 37: 527-540.
- [37] Lysaker PH, Davis LW, Buck KD, Outcalt S, Ringer JM. Negative symptoms and poor insight as predictors of the similarity between client and therapist ratings of therapeutic alliance in cognitive behavior therapy for patients with schizophrenia. J Nerv Ment Dis, 2011; 199: 191-195.
- [38] Kvirgic S, Cavelti M, Beck EM, Rusch N, Vauth R. Therapeutic alliance in schizophrenia: The role of recovery orientation, self-stigma, and insight. Psychiatry Res, 2013; 209: 15-20.
- [39] Ρακιτζή Σ, Γεωργιά Γ, Ευθυμίου Κ. Παρέμβαση στη σχιζοφρένεια βιολογική και γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση. Αθήνα: Ι.Ε.Θ.Σ., 2016.
- [40] Goldsmith LP, Lewis SW, Dunn G, Bentall RP. Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. Psychol Med, 2015; 45: 2365-2373.
- [41] Ευθυμίου Κ, Κακλαμάνη Γ, Καπνογιάννη Σ. Νικήστε την κατάθλιψη, ένα δομημένο πρόγραμμα γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας δομημένο κατά P.M. Lewinsohn, Αθήνα: ΙΕΘΣ, 2015.
- [42] Lysaker PH, Erickson MA, Ringer J, Buck KD, Semerani A, Caricione A, Dimaggio G. Metacognition in schizophrenia: the relationship of mastery to coping. Insight, self-esteem, social anxiety and various facets of neurocognition. Br J Clin Psychol, 2011; 50(4): 412-24.
- [43] Μπαντούνα Α, Lysaker PH, Ρακιτζή Σ. Νέες Ψυχοθεραπευτικές Προσεγγίσεις στη Σχιζοφρένεια: Ενισχύοντας την Ικανότητα για Μεταγνωσιακή Σκέψη. Γνωσ Συμπεριφ Έρευν Θεραπεία, 2015; 1(2): 95-103.
- [44] Lysaker PH, Shea AM, Buck KD, Dimaggio G, Nicolo G, Procacci M, Salvatore G, Rand KL. Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in schizophrenia spectrum disorders. Acta Psychiatr Scand, 2010; 122(5): 405-413.
- [45] Davis LW, Eicher AC, Lysaker PH. Metacognition as a predictor of therapeutic alliance over 26 weeks of psychotherapy in schizophrenia. Schizophr Res, 2011; 129: 85-90.
- [46] Weiss M, Gaston L, Propst A, Wisebord S, Zicherman V. The role of the alliance in the pharmacological treatment of depression. J Clin Psychiatry 1997; 58: 196-204.
- [47] Berk M, Berk L, Castle D. A collaborative approach to the treatment alliance in bipolar disorder. Bipolar Disorders, 2004; 6: 504-518.
- [48] Joiner TE. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005.
- [50] Maercker A. Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin: Springer, 2003.
- [51] Boos A. Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe, 2005.
- [52] Berk M, Berk L, Castle D. A collaborative approach to the treatment alliance in bipolar disorder. Bip Disorders, 2004; 6: 504-518.

[53] Beck AT, Freeman A, Davis DD. Cognitive Therapy of Personality Disorders, Second Edition. New York: The Guildford Press, 2004.

[54] Ευθυμίου Κ, Χαρίλα Ντ. Ψυχοθεραπευτική πράξη, μελέτη περιστατικών. Η εφαρμογή της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας σε 5 κλινικές περιπτώσεις. Αθήνα: ΙΕΘΣ, 2014.

[55] Sperry L. Cognitive Behavior Therapy of DSM-IV-TR Personality Disorders: 2nd Edition. New York: Routledge, 2006.

[56] Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with

outcome and other variables: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol, 2000; 68(3): 438-50.

[57] Del Re AC, Flückiger C, Horvath AO, Symonds D, Wampold BE. Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. Clin Psychol Rev, 2012; 32(7): 642-9.

[58] Westerman S, Cavelti M, Heibach E, Caspar F. Motive-oriented therapeutic relationship building for patients diagnosed with schizophrenia. Front Psychol, 2015; 6: 1294.

ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ: 08/07/2016 - ΕΓΙΝΕ ΑΠΟΔΕΚΤΗ: 31/10/2017

Η ενσυναίσθηση στη γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία: Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

Ρουσσίνου Στέλλα¹, Κουβαράκη Έλλη¹

¹ Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών

Αλληλογραφία: Στέλλα Ρουσσίνου, Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών, Γλάδστωνος 10, 10677, Αθήνα.

E-mail: sroussinou@hotmail.com, Τηλ: 6946235301

Περίληψη

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφορικά με την εκδήλωση της ενσυναίσθησης, στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης ως συστατικό της, αποτελώντας κατ' επέκταση και ένα από τα βασικά συστατικά στη διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής. Στην παρούσα εργασία, θα αποσαφηνιστούν οι ορισμοί της θεραπευτικής ενσυναίσθησης, όπως και συναφών εννοιών, της συμπαράστασης, της επικύρωσης συναισθήματος, της συμπόνιας. Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή ενός γνωσιακού-συμπεριφοριστικού μοντέλου για τη θεραπευτική ενσυναίσθηση, στο οποίο παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά στοιχεία, τα συστατικά της και οι δεξιότητες του θεραπευτή. Επίσης, παρουσιάζεται το νευρο-γνωστικό μοντέλο για την ενσυναίσθηση, σύμφωνα με το οποίο εντοπίζονται στον εγκέφαλο μηχανισμοί - κλειδιά μέσω των οποίων αναπτύσσεται η ενσυναίσθηση. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στην εκπαίδευση και εποπτεία, καθώς και στις γενικότερες προσεγγίσεις στη μέτρηση της θεραπευτικής ενσυναίσθησης και παρουσιάζονται κατευθύνσεις και προτάσεις για μελλοντικές έρευνες στον κλάδο αυτό. Υπάρχει η αναγκαιότητα περαιτέρω διερεύνησης και κατανόησης του τρόπου με τον οποίο αναπτύσσεται και λειτουργεί η θεραπευτική ενσυναίσθηση όσον αφορά τόσο στη θεραπευτική διαδικασία όσο και στο θεραπευτικό αποτέλεσμα στη γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία. Ζητήματα που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης αφορούν στον ορισμό της, στη νευροβιολογική της βάση, στη συσχέτιση μεταξύ των χαρακτηριστικών και των συστατικών της στοιχείων, στην ανάπτυξη και λειτουργία της κατά τη θεραπευτική διαδικασία και τη συμβολή της στο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Λέξεις κλειδιά: ενσυναίσθηση, γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία, θεραπευτική σχέση, ανασκόπηση

Ορισμός, ρόλος και εκδήλωση της θεραπευτικής ενσυναίσθησης στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης

Ο όρος “ενσυναίσθηση” έχει τις ρίζες του στην ελληνική λέξη “εμπάθεια” που απαρτίζεται από τα συνθετικά “εν” και “πάθος”, τα οποία αντίστοιχα σημαίνουν “μέσα σε” και “αίσθημα”. Προς το τέλος του 20ου αιώνα χρησιμοποιήθηκε από τους κοινωνικούς και εξελικτικούς κλάδους της ψυχολογίας με σκοπό να μελετηθεί επιστημονικά για να περιγράψει στην αγγλική γλώσσα το συναισθηματικό συντονισμό ανάμεσα σε ανθρώπους (1).

Η θεραπευτική ενσυναίσθηση έχει αναγνωριστεί ως ένας σημαντικός θεραπευτικός παράγοντας σε διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας. Ωστόσο, παρά την ευρέως αποδεκτή κλινική σημασία της, η ενσυναίσθηση είναι εννοιολογικά πολύπλοκη, και η σχέση της με άλλες ψυχοθεραπευτικές κατασκευές και με το θεραπευτικό αποτέλεσμα παραμένει εμπειρικά ασαφής. Πολλοί συγγραφείς έχουν προσδιορίσει την ενσυναίσθηση ως ένα από τα βασικά συστατικά για την θεραπευτική αλλαγή (2, 3). Σύμφωνα με μία μετανάλυση (4), η ενσυναίσθηση αντιπροσωπεύει μεταξύ 7-10% της διακύμανσης σε μελέτες αναφορικά με τη θεραπευτική έκβαση.

Ο Carl Rogers (2), περισσότερο από κάθε άλλο συγγραφέα, έχει συμβάλει στην ανάδειξη του ρόλου της ενσυναίσθησης κατά την ψυχοθεραπευτική διαδικασία και βάσισε την προσέγγισή του σε αυτή. Σύμφωνα με τον Rogers (5), η ενσυναίσθηση αφορά την ικανότητα και την προθυμία του θεραπευτή να κατανοήσει τις σκέψεις, τα αισθήματα και τους προβληματισμούς του πελάτη του μέσα από την οπτική του τελευταίου, να υιοθετήσει το δικό του πλαίσιο αναφοράς. Ο Rogers (2), προσθέτει την αναγκαιότητα να μπορεί ο θεραπευτής να επικοινωνεί στον πελάτη του κάτι από αυτή την κατανόηση.

Οι άλλοι θεραπευτικοί παράγοντες, τους οποίους ο Rogers όρισε ως σημαντικούς και συνυπάρχοντες με την ενσυναίσθηση για την κατανόηση του πελάτη είναι η ζεστασιά, η αποδοχή και η αυθεντικότητα του θεραπευτή απέναντι στον πελάτη του, σε όλα τα στάδια της θεραπείας. Οι προαναφερθέντες παράγοντες απαρτίζουν μεταξύ άλλων παραγόντων την αλληλεπίδραση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, όπως αυτή αναπτύσσεται ήδη από τα πρώτα στάδια της θεραπείας (6) και αποτελούν συστατικά στοιχεία της θεραπευτικής σχέσης και κατ' επέκταση της θεραπευτικής συμμαχίας (7). Τόσο η θε-

ραπευτική σχέση όσο και η θεραπευτική συμμαχία τείνουν να χρησιμοποιούνται στη βιβλιογραφία αλληλοεπικαλυπτόμενα. Ο όρος θεραπευτική σχέση αναφέρεται στη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο θεραπευτή και το θεραπευόμενο από την πρώτη στιγμή της συνεργασίας τους (7). Αφορά στη συνδιαλλαγή μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου που αναπτύσσεται με σκοπό το μοίρασμα απόψεων, πεποιθήσεων και συναισθημάτων σε μια προσπάθεια διευκόλυνσης της αλλαγής. Αυτή η σχέση χαρακτηρίζεται από μια ασφαλή, ανοιχτή, μη επικριτική ατμόσφαιρα που διαπνέεται από εμπιστοσύνη (8). Η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί έναν συνασπισμό που βασίζεται στη θεραπευτική σχέση και περιλαμβάνει τη συμβατότητα μεταξύ στρατηγικών και συνδιαλλαγών που διευκολύνουν την αλλαγή. Η συμμαχία αναπτύσσεται μέσα από τη θεραπευτική σχέση και απαρτίζεται από τις γνώσεις και τις δεξιότητες του θεραπευτή, την ανοιχτή συμφωνία για τους στόχους, τη συνεργασία στα έργα της θεραπείας, παράλληλα με την παροχή της κατάλληλης φροντίδας (8). Πρόκειται για ένα είδος συμμαχίας που αναπτύσσεται ανάμεσα στο θεραπευτή και το θεραπευόμενο με σκοπό την αντιμετώπιση του προβλήματος του τελευταίου (7), καθώς επίσης και την ασφαλή βάση πάνω στην οποία θα οικοδομηθεί η θεραπεία (8). Στην παρούσα εργασία, η θεραπευτική συμμαχία εξετάζεται ως αναπόσπαστο στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης. Η καλή και αρμονική σχέση με το θεραπευόμενο αποτελεί βασικό στοιχείο και της γνωσιακής - συμπεριφοριστικής θεραπείας. Η εδραίωση αυτού του είδους σχέσης σημαίνει ότι ο θεραπευόμενος αντιλαμβάνεται το θεραπευτή ως κάποιον που είναι συντονισμένος με τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Επίσης, βιώνει το θεραπευτή ως έναν άνθρωπο που δείχνει ενσυναίσθηση και κατανόηση, τον αποδέχεται με όλα τα μειονεκτήματά του (χωρίς αυτό να σημαίνει ότι συμφωνεί με όλες του τις σκέψεις και τα στοιχεία) και δεν είναι επικριτικός, μπορεί να επικοινωνήσει μαζί του χωρίς ο ίδιος να χρειάζεται να εξηγήσει με λεπτομέρειες πώς νιώθει ή τί σκέφτεται και θέλει και μπορεί να τον βοηθήσει (10). Η θεραπευτική σχέση φαίνεται να παίζει κρίσιμο ρόλο στη διαμόρφωση του τελικού θεραπευτικού αποτελέσματος (11) και αποτελεί σημαντικό κομμάτι της αλλαγής κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Ανεξαρτήτως θεωρητικής κατεύθυνσης, παράγοντες, όπως η ενσυναίσθηση, η ζεστασιά, η γνησιότητα του θεραπευτή (12), και η κατανόηση (13), επηρεάζουν τη στάση και τη συμπεριφορά του θεραπευτή κατά τη θεραπευτική διαδικασία και γι' αυτό είναι απαραίτητα συστατικά της θεραπείας και δεξιότητες κάθε καλού θεραπευτή. Ο Bordin (14) αναφέρει ως κύρια στοιχεία της θεραπευτικής συμμαχίας τη συμφωνία θεραπευτή και θεραπευόμενου για τους ευρύτερους στόχους - σκοπούς της θεραπείας, την από κοινού απόφαση για τις εργασίες που αναλαμβάνει ο θεραπευόμενος και τον συναισθηματικό δεσμό ανάμεσά τους. Υποστηρίζει ότι όταν ο θεραπευόμενος έχει καλή συμμαχία με το θεραπευτή, αντιμετωπίζει θετικότερα τις τεχνικές και τις παρεμβάσεις του τελευταίου, αλλά και αντίστροφα, όταν οι παρεμβάσεις του θεραπευτή είναι εύστοχες και αποτελεσματικές, ενισχύεται η εμπιστοσύνη του θεραπευόμενου και ισχυροποιείται η θεραπευτική συμμαχία. Η θεραπευτική συμμαχία δε θεωρείται από μόνη της θεραπευτική, αλλά είναι περισσότερο ένα στοιχείο που συμβάλλει στο να δεχτεί ο θεραπευόμενος πιο εύκολα τη θεραπεία. Η εγκαθίδρυση της αίσθησης του "εμείς", η εστίαση στον υποκειμενικό τρόπο βίωσης της πραγ-

ματικότητας από τον θεραπευόμενο, η επικέντρωση στο παρόν και η παροχή εποικοδομητικής κριτικής αποτελούν γενικές αρχές που διέπουν την εκδήλωση θεραπευτικής ενσυναίσθησης από τον θεραπευτή προς το θεραπευόμενο (15).

Στην επιστημονική κοινότητα δεν υπάρχει κοινά συμφωνημένος ορισμός της έννοιας της θεραπευτικής ενσυναίσθησης (4,16). Έχει περιγραφεί ως θεραπευτική στάση, χαρακτηριστικό προσωπικότητας, ακόμα και ως βιωματική διαδικασία, αντιληπτική δεξιότητα και μορφή επικοινωνίας. Οι περισσότεροι ορισμοί της θεραπευτικής ενσυναίσθησης στην ψυχοθεραπεία έχουν επικεντρωθεί στο γνωσιακό στοιχείο της κατανόησης της οπτικής του θεραπευόμενου (4). Σε αντιδιαστολή, ερευνητές της εξελικτικής θέωσης πραγματεύονται την ενσυναίσθηση ως συναισθηματική απάντηση. Ο Hoffman (17) περιγράφει την ενσυναίσθηση ως μια συναισθηματική απάντηση πιο αρμόζουσα στην κατάσταση κάποιου άλλου παρά του ίδιου του εαυτού. Οι Eisenberg και Fabes (18) αναφέρουν πως η ενσυναίσθηση είναι μια συναισθηματική απάντηση που πηγάζει από τη σύλληψη και την κατανόηση της συναισθηματικής κατάστασης του άλλου και η οποία είναι πολύ παρόμοια με τη συναισθηματική κατάσταση του άλλου, ή με το αίσθημα που θα ήταν αναμενόμενο να νιώθει. Τέλος, σύμφωνα με τους Beck και συν. (2), η θεραπευτική ενσυναίσθηση περιλαμβάνει την ικανότητα αποστασιοποίησης του θεραπευτή από τα αρνητικά αισθήματα του θεραπευόμενου για να κρατήσει την αντικειμενικότητα που χρειάζεται απέναντι στα προβλήματα του τελευταίου. Είναι πολύ σημαντικό να μπορέσει ο θεραπευτής να δει τον κόσμο μέσα από τα μάτια του θεραπευόμενου, διατηρώντας όμως ταυτόχρονα την αντικειμενικότητά του απέναντι στις δυσκολίες του και στον τρόπο που ο ίδιος ο θεραπευόμενος τις βιώνει και τις αντιλαμβάνεται.

Σημαντικό είναι να μην συγχέονται συγγενείς έννοιες με την ενσυναίσθηση, όπως η συμπαράσταση (sympathy), η συμπόνια (compassion) και η επικύρωση συναισθήματος (emotion validation). Οι Thwaites & Bennett-Levy (16) αναφέρουν πως ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και την συμπαράσταση, η διαφορά είναι πιο διακριτή. Στην ενσυναίσθηση, κεντρικό στοιχείο αποτελεί η κατανόηση των εμπειριών του άλλου, ενώ στη συμπαράσταση κεντρικό στοιχείο αποτελεί η προσέγγιση του ανθρώπου σε μία προσπάθεια να ανακουφιστεί ο πόνος του, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Gilbert (19). Η ενσυναίσθηση μπορεί να οδηγήσει στη συμπαράσταση, αλλά είναι χαρακτηριστικά διακριτή από αυτήν. Οι γνωσιακοί συμπεριφοριστικοί θεραπευτές πιο συχνά ασχολούνται με την συγγενή έννοια της ενσυναίσθησης, την επικύρωση συναισθήματος (20). Ο Leahy (20) περιγράφει την επικύρωση συναισθήματος ως την εύρεση της αλήθειας σε αυτά που νιώθουμε και σκεφτόμαστε και την θεωρεί ως ενδιάμεση γέφυρα ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και τη συμπόνια. Συγκεκριμένα, επιδεικνύοντας ενσυναίσθηση αναγνωρίζουμε το συναίσθημα του άλλου, ενώ εκφράζοντας συμπόνια, νιώθουμε μαζί με τον άλλο και για τον άλλο και νοιαζόμαστε για τον πόνο του, βιώνοντας κάποια από τα συναισθήματα του άλλου και προχωρώντας σε πράξεις για την ανακούφισή του.

Νευροβιολογική βάση της ενσυναίσθησης

Βάσει του νευρο-γνωστικού μοντέλου των Baron-Cohen (21) για την ενσυναίσθηση, εντοπίζονται στον εγκέφαλο μηχανισμοί - κλειδιά μέσω των οποίων αναπτύσσεται η ενσυναίσθη-

ση. Ένας τέτοιος μηχανισμός είναι ο “Ανιχνευτής Συναισθημάτων”, ο οποίος επιτρέπει στους ανθρώπους την αναγνώριση και αναπαράσταση συναισθηματικών καταστάσεων στους άλλους και στους ίδιους τους εαυτούς τους, αναφορικά με τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις (π.χ. “στενοχωριέμαι που υποφέρεis”). Ένας άλλος μηχανισμός - κλειδί είναι το “Σύστημα Ενσυναίσθησης”, που επιτρέπει στους ανθρώπους να αναπαριστούν νοερά γνωσιακές καταστάσεις του άλλου (π.χ. “ο θεραπευόμενός μου θεωρεί πως είναι ανάξιος”).

Οι Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg (22) αναφέρουν πως η ενσυναίσθηση αποτελείται από τρεις νευροανατομικές διαδικασίες: 1. Μια μμητική διαδικασία που αντανάκλα τα συναισθηματικά στοιχεία της σωματικής εμπειρίας του άλλου, μέσω εγκεφαλικής ενεργοποίησης που εδράζει στο μεταιχμιακό σύστημα. 2. Μια εννοιολογική λήψη της προοπτικής του άλλου, διαδικασία που εδράζει σε σημεία του προ-μετωπιαίου και του κροταφικού λοβού, και 3. Μια διαδικασία ρύθμισης του συναισθήματος που ενεργοποιείται για να καταπραΰνει την ταραχή που προκαλεί η δυσφορία και ο πόνος του άλλου, ώστε να ενεργοποιηθεί ο μηχανισμός της συμπόνιας και της παροχής βοήθειας, που πιθανά εδράζει σε σημεία του μετωπιαίου, προ-μετωπιαίου και του δεξιού πλευρικού φλοιού. Όπως αναφέρουν οι Vysocilova, Prasko & Slepecky (23), υπάρχει νευροβιολογική βάση της εμπειρίας της ενσυναίσθησης και συσχέτιση της ενεργοποίησης νευρικών δομών στον εγκέφαλο, όταν μοιραζόμαστε τα αισθήματα κάποιου άλλου, με την ενεργοποίηση των ίδιων κέντρων, όταν βιώνουμε αντίστοιχες εμπειρίες προσωπικά. Η ενεργοποίηση αυτή φαίνεται να λαμβάνει χώρα αυτόματα με τον εντοπισμό συγκεκριμένων εκφράσεων προσώπου, όπως έχει καταγραφεί από ηλεκτρομυογράφους προσώπου. Η μμητική πρακτική / τάση του αυτόματου συγχρονισμού μεταξύ δύο ανθρώπων, των προσωπικών τους εκφράσεων, της φωνητικής συχνότητας, των στάσεων σώματος και κινήσεων, μπορεί να ενεργοποιήσει αλλαγές στο κεντρικό και αυτόνομο νευρικό σύστημα και των δύο. Νευροεπιστημονικές και ψυχοφυσιολογικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί για τον πόνο και τον φόβο, με τη χρήση αξονικών τομογράφων και μηχανημάτων μέτρησης της αγωγιμότητας του δέρματος και του καρδιακού παλμού (1, 24) επικυρώνουν την ύπαρξη κοινών νευρικών αναπαραστάσεων ψυχοφυσιολογικών λειτουργιών που ενεργοποιούνται ανάμεσα σε ανθρώπους για τα δύο αυτά συναισθήματα, τόσο σε σωματικό, όσο και σε γνωσιακό / εννοιολογικό και συναισθηματικό επίπεδο. Αντίστοιχα, νευροεπιστημονικές μελέτες έχουν καταδείξει τον εντοπισμό συγκεκριμένων σημείων στον εγκέφαλο, όταν ενεργοποιούνται θετικά συναισθήματα και διεργασίες, όπως είναι αυτά της ενσυναίσθησης και της συμπόνιας (1).

Ρόλος και χρήση της ενσυναίσθησης στη γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία

Σύμφωνα με τους Vysocilova, Prasko & Slepecky (23), παραδοσιακά στη γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία αναφορικά με την θεραπευτική ενσυναίσθηση, ο ρόλος του θεραπευτή είναι να αντιλαμβάνεται και να αναγνωρίζει στοιχεία, όπως τη συναισθηματική έκφραση, συσχετισμούς ερεθισμάτων, μοτίβα συμπεριφοράς, γνωσιακά λάθη, παράλογες εικασίες, δυσλειτουργικά σχήματα, το αφηγηματικό περιεχόμενο γενικευμένων εικασιών, την οικογενειακή δομή, μύθους και περιβάλλον (2, 25, 26). Ο θεραπευτής επικεντρώνεται μαζί με τον θερα-

πυόμενο στο συνεργατικό εμπειρισμό στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης, με τον πρώτο να συντονίζει το θεραπευτικό του ύψος και τη θεραπευτική διαδικασία στις εξατομικευμένες ανάγκες του θεραπευόμενου και με τον δεύτερο να αναλαμβάνει ρόλο ενεργητικού πληροφοριοδότη. Επιπλέον, ο θεραπευτής εκδηλώνει θεραπευτική ενσυναίσθηση για να αναπτύξει και να διαμορφώσει έναν κατάλληλο, καίριο και αποτελεσματικό θεραπευτικό σχεδιασμό σε όλα τα στάδια της θεραπείας για το θεραπευόμενο και για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει (2,27,26). Ο γνωσιακός συμπεριφοριστικός θεραπευτής πρέπει ταυτόχρονα να ενσυναισθάνεται συμπτωματικά, αφηγηματικά και βιωματικά. Καλείται συνεχώς να συγκρίνει αυτό που ακούει με αυτό που βλέπει, αναζητώντας ασυμφωνίες μεταξύ συναισθηματικής έκφρασης και περιεχομένου της σκέψης, καθώς και να συγκρίνει αυτό που φαίνεται και λέγεται με εκείνο που λεγόταν και φαινόταν προωότερα κατά τη διάρκεια μίας συνεδρίας (22, 27). Σύμφωνα με τους Vysocilova, Prasko & Slepecky (23), ο θεραπευτής έρχεται σε επαφή με τη δική του αντίδραση στην εμπειρία του θεραπευόμενου και επεξεργάζεται τις δικές του επιθυμίες, φόβους, ανάγκες και αισθήματα. Είναι μάλλον απίθανη η κατανόηση του θεραπευόμενου, εάν απουσιάζει η συνθήκη της αυτεπίγνωσης.

Οι γνωσιακοί συμπεριφοριστικοί θεραπευτές θα συμφωνούσαν με τον Rogers για τη σημασία της ενσυναίσθησης στην παροχή βοήθειας των θεραπευόμενων. Επιπρόσθετα, οι γνωσιακοί συμπεριφοριστικοί θεραπευτές δεν θα έδιναν έμφαση μόνο στη συναισθηματική διάσταση της θεραπευτικής ενσυναίσθησης προς τους θεραπευόμενους, δείχνοντάς τους ότι καταλαβαίνουν πώς αισθάνονται, αλλά και τη γνωσιακή της διάσταση, δείχνοντάς τους ότι κατανοούν και την υποκείμενη φιλοσοφία τους, δηλαδή τις πεποιθήσεις και τους κανόνες πάνω στα οποία βασίζονται τα συναισθήματά τους (23).

Σύμφωνα με τους Greenberg και συνεργάτες (28), υπάρχει ανάγκη να επικεντρωθεί ο θεραπευτής στην κατανόηση περιεχομένου των εμπειριών, παρά των λέξεων. Οι πραγματικά ενσυναισθητικοί θεραπευτές δεν επαναλαμβάνουν επακριβώς τα λόγια του θεραπευόμενου, ούτε απλώς παραφράζουν το περιεχόμενο του λόγου του. Αντίθετα, κατανοούν τόσο τους γενικούς στόχους του θεραπευόμενου, όσο και την ρητή και άρρητη εμπειρία του, όπως αυτή εξελίσσεται σε κάθε στάδιο της θεραπείας. Σε κάποιο βαθμό, η ενσυναίσθηση περιλαμβάνει την κατανόηση σαφών, ασαφών και ασχημάτιστων νοημάτων που δεν είναι πάντα αποσαφηνισμένα από τον θεραπευόμενο και ο ίδιος έχει ανάγκη από καθοδήγηση για να αναγνωρίσει πώς νιώθει ή τι σκέφτεται. Ο θεραπευτής επικοινωνεί την κατανόησή του στον θεραπευόμενο για το υποκείμενο του βίωμα, και σταδιακά τον βοηθάει να μπορέσει εκείνος να επεξεργαστεί τα συναισθήματα, τις πεποιθήσεις, να εμβαθύνει στην εμπειρία του και να επιτύχει τους στόχους του (28, 16, 23).

Υπάρχουν θεραπευόμενοι που λόγω της φύσης της ψυχολογίας τους ενδέχεται να βιώσουν την έκφραση ενσυναίσθησης ως παρεμβατική, όπως είναι οι άνθρωποι με ψυχολογική συμπτωματολογία (29, 30). Επίσης, θεραπευόμενοι με διαταραχές προσωπικότητας που συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα στις σχέσεις τους, μπορεί να βιώσουν την έκφραση της ενσυναίσθησης ως πολύ κατευθυντική ή μη αυθεντική, αν δεν εκδηλωθεί στον κατάλληλο χρόνο και με τον κατάλληλο τρόπο (26, 31, 32). Τέλος, θεραπευόμενοι που βρίσκονται σε συνθήκες κρίσης, όπως είναι εκείνοι που εκδηλώνουν ενεργή

αυτοκτονικότητα, χρίζουν ειδικής θεραπευτικής αντιμετώπισης, ακόμα και ως προς την ενσυναίσθηση που εκφράζεται από τον θεραπευτή (2, 27). Συμπερασματικά, είναι σημαντικό ο θεραπευτής να γνωρίζει πότε, πώς και σε ποιο επίπεδο να απευθύνεται ενσυναισθητικά στον θεραπευόμενο και σε ποιες περιπτώσεις να το αποφεύγει.

Ο ρόλος της θεραπευτικής ενσυναίσθησης ως παράγοντα ενδυνάμωσης της θεραπευτικής σχέσης έχει αναφερθεί από πολλούς ερευνητές στην υπάρχουσα βιβλιογραφία (4, 23). Σύμφωνα με τη γνωσιακή - συμπεριφοριστική προσέγγιση, η κατάλληλη εκδήλωση ενσυναίσθησης από την πλευρά του θεραπευτή αναφέρεται στο βαθμό, στον οποίο θα κατανοήσει τη γνωστική και συναισθηματική κατάσταση του θεραπευόμενου και τον τρόπο και βαθμό ανταπόκρισης του θεραπευόμενου σε συγκεκριμένες καταστάσεις και συσχετίσεις. Η θεραπευτική ενσυναίσθηση περιλαμβάνει τα γνωσιακά και συναισθηματικά συστατικά της εμπειρίας του θεραπευόμενου και του θεραπευτή (2). Θεραπευτική ενσυναίσθηση υφίσταται, όταν ο θεραπευτής παρουσιάζει μια συναισθηματική κατάσταση αντίστοιχη με του θεραπευόμενου του. Η συναισθηματική αυτή κατάσταση του θεραπευτή δημιουργείται από την παρατήρηση / κατανόηση της συναισθηματικής κατάστασης του θεραπευόμενου και την επίγνωση του θεραπευτή πως η δική του συναισθηματική κατάσταση αποτελεί απόρροια της συναισθηματικής κατάστασης του θεραπευόμενου (23, 28).

Το Μοντέλο Θεραπευτικής Ενσυναίσθησης κατά Thwaites & Bennett-Levy

Στο συγκεκριμένο μοντέλο, στα πλαίσια της γνωσιακής - συμπεριφοριστικής θεραπείας, η θεραπευτική ενσυναίσθηση αντιμετωπίζεται ως πολυδιάστατη έννοια. Αναφορικά με την εκδήλωση της θεραπευτικής ενσυναίσθησης στη γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία, οι Thwaites & Bennett-Levy (16) πρότειναν ένα μοντέλο το οποίο ονόμασαν “Μοντέλο Θεραπευτικής Ενσυναίσθησης”. Οι συγγραφείς εντόπισαν στη βιβλιογραφία και πρότειναν ως βασικά, τέσσερα συστατικά που απαρτίζουν τη θεραπευτική ενσυναίσθηση: 1. Τον ενσυναισθητικό συντονισμό, 2. Την ενσυναισθητική στάση, 3. Τις δεξιότητες ενσυναισθητικής επικοινωνίας και 4. Την γνώση της ενσυναίσθησης.

1. Ο ενσυναισθητικός συντονισμός, περιλαμβάνει τα γνωσιακά, σωματικά και συναισθηματικά στοιχεία κατανόησης, ως μία αντιληπτική δεξιότητα του θεραπευτή στις λεπτές ενδείξεις και τις μη λεκτικές εκφράσεις του θεραπευόμενου για την εμπειρία του. Ο ενσυναισθητικός συντονισμός επιτρέπει στο θεραπευτή να παραμένει κάθε στιγμή συντονισμένος με τις εκτυλισσόμενες συναισθηματικές και γνωσιακές διεργασίες του θεραπευόμενου και με τους τρόπους επικοινωνίας του. Όπως αναφέρουν οι Bohart και συν. (4), ο ενσυναισθητικός συντονισμός επιτρέπει στο θεραπευτή να λειτουργεί μέσα από το εσωτερικό σημείο αναφοράς του θεραπευόμενου και να τον ακούει σαν να είναι αυτός ο ίδιος ο θεραπευόμενος. Επιτρέπει, επιπλέον, στο θεραπευτή να κατευθύνει την προσοχή του κατάλληλα, παραμένοντας ανοιχτός σε αυτό που εκτυλίσσεται με μη επικριτική στάση (16). Ο ενσυναισθητικός συντονισμός στη γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία επικεντρώνεται στην περιγραφή του προβλήματος, στη διατύπωση περίπτωσης και στο σχεδιασμό στρατηγικών θεραπευτικών παρεμβάσεων. Επιπρόσθετα, όπως αναφέρει ο Shamasundar (33), οι παρα-

πάνω ορισμοί υπογραμμίζουν τη δυνατότητα αναστοχασμού του θεραπευτή, δηλαδή να μπορεί να νιώσει και να νοηματοδοτήσει τις εμπειρίες του θεραπευόμενου, ανακαλώντας προσωπικές του αναμνήσεις και αναγνωρίζοντας τα δικά του συναισθήματα. Τα στοιχεία αυτά μπορεί να συντονίζονται με τις εναλλασσόμενες εσωτερικές καταστάσεις του θεραπευόμενου, ανά πάσα στιγμή εντός της θεραπευτικής συνεδρίας. Για παράδειγμα, όταν ο θεραπευόμενος βιώνει ενοχές, μπορεί ο θεραπευτής να χρειάζεται να φέρει στο νου του περιστάσεις, στις οποίες και εκείνος ένωσε κάποτε ενοχές. Υπό αυτή την έννοια, η ψυχοθεραπευτική διεργασία περιλαμβάνει από την πλευρά του θεραπευτή την χρήση του εαυτού του και τον αναστοχασμό του, ώστε να επεξεργαστεί και να κατανοήσει την εμπειρία του θεραπευόμενου (ενσυναισθητικός αναστοχασμός) (16).

2. Η ενσυναισθητική στάση, το γνήσιο ενδιαφέρον και η καλή προαίρεση του θεραπευτή για τον θεραπευόμενο. Από μόνες τους, οι δεξιότητες που προαναφέρθηκαν δεν αποτελούν εγγύηση για μια ενσυναισθητική θεραπευτική στάση. Η ενσυναισθητική στάση είναι σημαντικό να περιλαμβάνει χαρακτηριστικά, όπως τη γνήσια περιέργεια και το ενδιαφέρον, αλλά και την καλοπροαίρετη πρόθεση του θεραπευτή (16). Πολλοί θεραπευτές διαλέγουν το επάγγελμά τους, λόγω μιας προϋπάρχουσας, εγγενούς διάθεσης να βοηθούν άλλους ανθρώπους, οπότε η ενσυναισθητική τους στάση σε κάποιο βαθμό είναι ήδη αναπτυγμένη ακόμα και πριν ολοκληρώσουν την εκπαίδευσή τους. Παρά το γεγονός ότι αναπτυξιακοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό και ξεκάθαρο ρόλο στη δυνατότητα των ανθρώπων να συντονίζονται και να ανταποκρίνονται ενσυναισθητικά, υπάρχουν αποδείξεις που καταδεικνύουν τη δυνατότητα των θεραπευτών να αναπτύξουν περαιτέρω τις ενσυναισθητικές τους δεξιότητες, μέσα από την παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων (34).

3. Οι δεξιότητες ενσυναισθητικής επικοινωνίας εκφράζονται σωματικά και λεκτικά από τον θεραπευτή προς τον θεραπευόμενο. Κατά την εκδήλωσή τους, ο πρώτος επικοινωνεί ενεργητικά στο δεύτερο την κατανόησή του για τα προβλήματα και την εμπειρία που βιώνει, μέσω ενσυναισθητικών απαντήσεων, αναστοχασμών, ερωτήσεων, εικασιών και προτροπών. Χρησιμοποιούνται, επίσης, θεραπευτικές τεχνικές και η γλώσσα του σώματος, ο τόνος της φωνής, αλλά και το λεκτικό περιεχόμενο του θεραπευτή. Μέσω των δεξιοτήτων ενσυναισθητικής επικοινωνίας, ο θεραπευτής βοηθάει τον θεραπευόμενο να νοηματοδοτήσει την εμπειρία του, να την εκφράσει, προσφέροντάς του αποδοχή και επικυρώνοντας τα συναισθήματά του για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει στο πλαίσιο της προσωπικής του ιστορίας. Η ενσυναισθητική επικοινωνία αφορά τη διαφοροποίηση ανάμεσα στα αντιληπτικά και στα επικοινωνιακά μέρη της. Τα αντιληπτικά μέρη της ενσυναισθητικής επικοινωνίας αφορούν την ικανότητα του θεραπευτή να συντονίζεται στις μη λεκτικές συμπεριφορές του θεραπευόμενου. Τα επικοινωνιακά μέρη της σχετίζονται με την ικανότητά του να επικοινωνεί ενεργητικά την κατανόησή του στο θεραπευόμενο, αναφορικά με τη συναισθηματική εμπειρία και την οπτική του τελευταίου (4). Η επικοινωνία αυτή επιτυγχάνεται μέσω της χρήσης τόσο ενσυναισθητικών ερωτήσεων, όσο και με τη χρήση εικασιών και θεραπευτικών τεχνικών. Ενώ η γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία έχει την τάση να επικεντρώνεται

σε μικρότερο βαθμό στις μη λεκτικές δεξιότητες στις θεραπευτικές συνεδρίες, η ενσυναίσθηση μπορεί να επιδειχθεί τόσο μέσω της χρήσης μη λεκτικής συμπεριφοράς και τόνου φωνής, όσο και μέσω του ίδιου του περιεχομένου του λόγου, διευκολύνοντας τη δημιουργία περιβάλλοντος ασφάλειας, ζεστασίας, κατανόησης και αποδοχής (16).

4. Η γνώση της ενσυναίσθησης περιλαμβάνει δύο κατηγορίες, την άδηλη / διαδικαστική και την ρητή / δηλωτική. Οι δεξιότητες αυτές αποκτώνται ως μέρος της εκπαίδευσης του θεραπευτή συνδυαστικά με την προϋπάρχουσα ενσυναίσθητική του ικανότητα και εμπειρία και τη δυνατότητα αναστοχασμού. Η γνώση της ενσυναίσθησης που είναι ρητή / δηλωτική, όπως καταγράφεται και σε εποπτικές διαδικασίες εκπαίδευσης θεραπευτών (35, 23), αφορά στο θεραπευτή ως άνθρωπο και προσωπικότητα με προϋπάρχουσα ικανότητα και δυνατότητα επίδειξης ενσυναίσθησης, σε συνδυασμό με τις διαπροσωπικές και επαγγελματικές δεξιότητες, και τις γνώσεις που έχει αποκομίσει ως θεραπευτής. Η γνώση της ενσυναίσθησης που είναι διαδικαστική / άδηλη, αφορά στη μη συνειδητή επίγνωση των κανόνων και των διαδικασιών που καθοδηγούν το θεραπευτή, όταν εκφράζει ενσυναίσθηση προς το θεραπευόμενο (35). Η δηλωτική γνώση της ενσυναίσθησης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση μοτίβων και σε συσχετίσεις, γεγονός που επιτρέπει να εφαρμοστούν οι κατάλληλοι κανόνες μέσω των μηχανισμών της διαδικαστικής γνώσης (35).

Στο μοντέλο, ο θεραπευτής κάνει χρήση των γνωσιακών και συναισθηματικών στοιχείων της θεραπευτικής ενσυναίσθησης. Μέσω αυτών μπορεί να κατανοήσει και να περιγράψει το πρόβλημα του θεραπευόμενου, να διαμορφώσει τη γνωσιακή διατύπωση περίπτωσης με κατάλληλο τρόπο για τον κάθε θεραπευόμενο ξεχωριστά, ανάλογα με τις ανάγκες του, να σχεδιάσει το θεραπευτικό πλάνο και να εφαρμόσει τις κατάλληλες τεχνικές. Αναγνωρίζει, επίσης, τα σχήματα του εαυτού του, μέσω της διαδικασίας του αναστοχασμού, ώστε να μπορέσει να σχετιστεί αποτελεσματικά με τον θεραπευόμενο και να κατανοήσει την εμπειρία του με ενσυναίσθητικό τρόπο. Επιπλέον, χρησιμοποιεί τα τέσσερα συστατικά της θεραπευτικής ενσυναίσθησης που προαναφέρθηκαν. Ένα μέρος των δεξιοτήτων της ενσυναίσθητικής επικοινωνίας αποτελεί και η ίδια η γνωσιακή διατύπωση περίπτωσης. Η γνωσιακή διατύπωση αντιπροσωπεύει την θεραπευτική ενσυναίσθηση σε όλες τις εκφάνσεις της, καθώς οι θεραπευτές δείχνουν ότι κατανοούν την εσωτερική πραγματικότητα ή κοσμοθεωρία του θεραπευόμενου με μη επικριτικό τρόπο, μέσα από μία στάση αποδοχής. Ακόμα και οι τεχνικές δεξιότητες / γνώσεις που είναι εγγενείς στη γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία, όπως η σωκρατική μαιευτική, αλλά και η αναζήτηση ανατροφοδότησης από το θεραπευόμενο σε κάθε στάδιο της θεραπείας, αποτελούν δεξιότητες ενσυναίσθητικής επικοινωνίας (8). Τέλος, ο θεραπευτής δεν παραλείπει την υιοθέτηση της ενσυναίσθητικής στάσης, συστατικού απαραίτητου για την θεραπευτική πράξη και την καλή κλινική πρακτική, αξιοποιώντας τη δηλωτική και την διαδικαστική γνώση της ενσυναίσθησης, ως δεξιότητες που κατέχει εγγενώς ως άνθρωπος και έχει καλλιεργήσει περαιτέρω ως θεραπευτής. Στην καλή κλινική πρακτική, ένας ενσυναίσθητικός θεραπευτής είναι σε θέση να εκδηλώσει τα προαναφερόμενα χαρακτηριστικά και στοιχεία της θεραπευτικής ενσυναίσθησης με τον κατάλληλο τρόπο, στον κατάλληλο χρόνο και πλαίσιο (16).

Συμπερασματικά, αναφορικά με τη θεραπευτική ενσυναίσθηση στη γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία, οι Thwaites & Bennett-Levy (16) υπογραμμίζουν το ρόλο της: 1. Στη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης, 2. Στη λήψη πληροφοριών και τη διαδικασία αξιολόγησης, 3. Στη διαμόρφωση και παρουσίαση της γνωσιακής διατύπωσης περίπτωσης, 4. Στην εφαρμογή παραδοσιακών γνωσιακών - συμπεριφοριστικών τεχνικών, 5. Στη διατήρηση της θεραπευτικής σχέσης και 6. Ως παράγοντα θεραπευτικής αλλαγής.

Εκπαίδευση στη θεραπευτική ενσυναίσθηση

Έχει αποδειχθεί (16) πως ο θεραπευτής μπορεί να εκπαιδευτεί στην αναγνώριση της μη λεκτικής επικοινωνίας του θεραπευόμενου και στην ανταπόκρισή του σε αυτή. Στο πλαίσιο της γνωσιακής - συμπεριφοριστικής θεραπείας, η προσωπική βιοματική δουλειά, συνδυαστικά με τις δεξιότητες αναστοχασμού του θεραπευτή για τα δικά του σχήματα, δείχνουν να αποτελούν παράγοντες που ενισχύουν τη θεραπευτική ενσυναίσθηση. Ερευνητές του πεδίου έχουν αποφανθεί πως η θεραπευτική ενσυναίσθηση είναι προϊόν, τόσο της προσωπικότητας του θεραπευτή, όσο και της εξειδικευμένης γνώσης που αυτός λαμβάνει από την εκπαίδευσή του (35).

Οι Nerdrum και Ronnestad (34), έχουν καταδείξει πως κατόπιν παρακολούθησης εκπαιδευτικών προγραμμάτων στη θεραπευτική ενσυναίσθηση, οι ενσυναίσθητικές δεξιότητες των θεραπευτών βελτιώθηκαν. Οι θεραπευόμενοι αναγνώρισαν τη βελτίωση αυτή, και ειδικά στο επίπεδο των δεξιοτήτων ενσυναίσθητικής επικοινωνίας. Επίσης, παρατηρήθηκε βελτίωση και στη στάση τους απέναντι στη θεραπευτική διαδικασία.

Οι Vysocilova, Prasko και Slepecky (23), αναφέρουν πως πηγές εκμάθησης της θεραπευτικής ενσυναίσθησης αποτελούν, τόσο η εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία, όσο και η εποπτική διαδικασία. Οι νέοι και έμπειροι θεραπευτές μπορούν να καλλιεργήσουν και να βελτιώσουν τις θεραπευτικές τους δεξιότητες σχετικά με τη θεραπευτική ενσυναίσθηση, την επαύξηση της αυτογνωσίας τους, τον αναστοχασμό των προσωπικών τους σχημάτων και τον τρόπο με τον οποίο μπορεί αυτά να εμπλακούν στη θεραπεία. Υπογραμμίζεται ο ρόλος της βιοματικής εκπαίδευσης σε αντίστοιχα πλαίσια με σκοπό την απόκτηση και αύξηση θεραπευτικών δεξιοτήτων που σχετίζονται με τη θεραπευτική ενσυναίσθηση. Επιπλέον, κρίνεται σημαντικός ο ρόλος της προσωπικής θεραπείας του θεραπευτή, όταν εγείρονται ζητήματα δυσπροσαρμοστικών σχημάτων του, που πρέπει να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά, ώστε να μην εμπλακούν στην άσκηση της κλινικής του πρακτικής. Σχετικά με την εποπτική διαδικασία, προτείνεται από τους συγγραφείς η βιοματική εκμάθηση της θεραπευτικής ενσυναίσθησης εκ μέρους των εποπτών προς τους εποπτευόμενους, με τρόπο που να προσομοιάζει στη θεραπευτική διαδικασία, διατηρώντας τα χαρακτηριστικά της. Για παράδειγμα, ο επόπτης πρέπει να αποτελεί πρότυπο για τον εποπτευόμενο με τη δική του στάση και τον τρόπο επικοινωνίας προς τον εκπαιδευόμενο, αναφορικά με το πώς είναι καλό να αντιμετωπίζονται οι θεραπευόμενοι (ενσυναίσθητική στάση) (23, 35).

Όσον αφορά στην εκπαίδευση της θεραπευτικής ενσυναίσθησης, οι Thwaites και Bennett-Levy (16), αναγνωρίζουν την αξία της προσωπικής βιοματικής δουλειάς του θεραπευτή και της ανάπτυξης των διαπροσωπικών του δεξιοτήτων και των δεξιοτήτων του αναστοχασμού. Οι ίδιοι ερευνητές

αναφέρουν πως για διαφορετικά συστατικά της θεραπευτικής ενσυναίσθησης, μπορεί να απαιτούνται συγκεκριμένες εκπαιδευτικές στρατηγικές για τη μεγιστοποίηση των εκπαιδευτικών αποτελεσμάτων: για παράδειγμα, ενώ η δηλωτική γνώση για τη θεραπευτική ενσυναίσθηση, μέσω της μελέτης, μπορεί να προάγει τη γνώση της ενσυναίσθησης, από μόνη της δεν μπορεί να προάγει τις δεξιότητες ενσυναισθητικής επικοινωνίας και την ενσυναισθητική στάση. Η προσωπική ανάπτυξη του θεραπευτή φαίνεται να είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένη με την απόκτηση και τη βελτίωση ενσυναισθητικών δεξιοτήτων. Τέλος, η εφαρμογή των γνωσιακών και συμπεριφοριστικών τεχνικών από τον ίδιο το θεραπευτή στον εαυτό του, αναφορικά με την πρακτική του και συγκεκριμένα με τη θεραπευτική σχέση, ενθαρρύνεται ως μέσο ανάπτυξης των δεξιοτήτων αναστοχασμού.

Οι Bennett – Levy και Thwaites (35) πρότειναν ένα συγκεκριμένο μοντέλο με έμφαση στην εκπαίδευση, την εποπτεία και την αυτό-εποπτεία των θεραπευτών σε διαπροσωπικές δεξιότητες: ανέφεραν πως παράγοντες, όπως οι πεποιθήσεις και τα σχήματα των θεραπευτών, σε συνδυασμό με τις διαπροσωπικές τους δεξιότητες και τη δυνατότητα αναστοχασμού, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη θεραπευτικών δεξιοτήτων, όπως είναι η ενσυναίσθηση. Μερικές από τις προτεινόμενες τεχνικές για διδασκαλία περιλαμβάνουν την πρακτική αναστοχασμού, τη χρήση γνωσιακών - συμπεριφοριστικών τεχνικών αναφορικά με την δική τους κλινική πρακτική και την προσωπική τους εμπειρία από τη θεραπευτική διαδικασία, τη χρήση παιχιδιού ρόλων, τη χρήση ζωντανών απεικονιστικών τεχνικών ή πολυμέσων με επικέντρωση σε συγκεκριμένα στοιχεία των απεικονίσεων ανάλογα με τη δεξιότητα που χρειάζεται κάθε φορά να μάθουν, την πρακτική και την αναζήτηση ανατροφοδότησης (27). Τέλος, η εκπαίδευση σε τεχνικές αναγνώρισης συναισθήματος και εξωλεκτικών στοιχείων επικοινωνίας, αναφέρεται ως σημαντική για την εκμάθηση και βελτίωση των αντιληπτικών δεξιοτήτων των θεραπευτών (35).

Προσεγγίσεις στη μέτρηση της θεραπευτικής ενσυναίσθησης

Δεδομένης της απουσίας ενιαίου τρόπου κατανόησης της έννοιας της θεραπευτικής ενσυναίσθησης στην επιστημονική κοινότητα και του διαφορετικού τρόπου προσέγγισής της, ορισμού και μέτρησής της από ερευνητές, ακόμα δεν υπάρχουν αρκετά έγκυροι και αξιόπιστοι τρόποι αξιολόγησής της (36, 22, 28, 16). Τα αποτελέσματα της απόπειρας μέτρησής της από ερευνητές επί σειρά ετών, ήταν από αντιφατικά έως ασυνεπή σε σημείο να μειωθεί το ενδιαφέρον για τη μελέτη της για είκοσι περίπου χρόνια, μεταξύ της δεκαετίας του 1970 και του 1990 (36). Επίσης, υπήρχε δυσκολία σχεδιασμού μελέτης που να περιλαμβάνει οικολογική εγκυρότητα, καθώς λόγω δεοντολογίας δεν είναι εφικτή η δημιουργία της συνθήκης περιβάλλοντος πλήρως στερημένου της ενσυναίσθησης ως παράγοντα της θεραπευτικής διαδικασίας, γεγονός που θα συνιστούσε κακή κλινική πρακτική. Το πρόβλημα αυτό ξεπεράστηκε με τη διεξαγωγή ερευνών, στις οποίες ο θεραπευτής τηρούσε ουδέτερη θεραπευτική στάση στην ομάδα ελέγχου, σε αντιδιαστολή με την πειραματική ομάδα, στην οποία ο θεραπευτής τηρούσε ενσυναισθητική στάση (24).

Τα βασικά / παραδοσιακά εργαλεία μέτρησης της θεραπευτικής ενσυναίσθησης είναι τα ερωτηματολόγια που απευθύ-

νονται σε θεραπευόμενους, θεραπευτές και παρατηρητές της θεραπευτικής διαδικασίας, η εγκυρότητα των οποίων όμως είναι περιορισμένη και οι παράγοντες που υποτίθεται πως μετρούνται είναι συγκεχυμένοι, οι δε συσχετίσεις μεταξύ τους είναι συχνά αδύναμες, κυμαινόμενες και ασαφείς (36, 24, 28, 16). Μερικές από τις κλίμακες που έχουν χρησιμοποιηθεί στη μέτρηση της θεραπευτικής ενσυναίσθησης είναι οι ακόλουθες: 1. Barrett-Lennard Relationship Inventory (36), 2. Truax's Accurate Empathy Scale (38), 3. Lister's Scale (39), 4. Response Empathy Rating Scale (40), 5. Cognitive Therapy Scale (41) και Empathy Scale (42).

Πιο πρόσφατα, έρευνες έχουν διεξαχθεί με τη χρήση ψυχοφυσιολογικών εργαλείων, τα οποία μετρούν την αγωγιμότητα του δέρματος και του καρδιακού παλμού των συμμετεχόντων θεραπευτών και θεραπευόμενων και τη μεταξύ τους συμφωνία αναφορικά με τις διερευνώμενες ψυχοφυσιολογικές λειτουργίες, όταν τα αντιλαμβανόμενα επίπεδα ενσυναίσθησης μεταξύ τους ήταν υψηλά. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι το αποφευκτικό βλέμμα του κλινικού και η αποτυχία επικύρωσης των λεγομένων του θεραπευόμενου με εξωλεκτικό τρόπο επηρεάζουν τη συμφωνία στις μετρήσεις των ψυχοφυσιολογικών λειτουργιών τους, καθώς και τις αξιολογήσεις των ασθενών για την αντιλαμβανόμενη ενσυναίσθηση. Η αντιλαμβανόμενη συναισθηματική απόσταση του θεραπευτή από τους θεραπευόμενους έχει ως επίπτωση τη μειωμένη ψυχοφυσιολογική συμφωνία μεταξύ κλινικού και ασθενούς και χαμηλές υποκειμενικές μετρήσεις της αντιλαμβανόμενης ενσυναίσθησης από τον θεραπευόμενο (24).

Επίσης, μέσω της μεθόδου της βιολογικής επανατροφοδότησης που επιτρέπει τη χρήση ειδικών συσκευών, όπως οι ηλεκτρομυογράφοι, καταγράφονται με τη μορφή οπτικών ή ακουστικών σημάτων, οι εσωτερικές διεργασίες ενός ατόμου, όπως είναι η θερμοκρασία του δέρματός του και η συχνότητα της αναπνοής του είτε αυτές είναι φυσιολογικές, είτε είναι παθολογικές, με σκοπό την τροποποίηση ή τον έλεγχο των διεργασιών αυτών (23).

Τέλος, σύγχρονες νευροαπεικονιστικές μέθοδοι, όπως είναι η χρήση αξονικού τομογράφου, βοηθούν στον εντοπισμό θετικών και αρνητικών συναισθημάτων στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Επιπλέον, ανιχνεύουν το φαινόμενο του συναισθηματικού συντονισμού ανάμεσα σε δύο ή και περισσότερους ανθρώπους, όταν ενεργοποιούνται σε αυτούς ταυτόχρονα αισθήματα συμπόνιας και ενσυναίσθησης (1).

Σύμφωνα με την Judith Beck (27), ο θεραπευτής προτείνεται να μαγνητοφωνεί ή να βιντεοσκοπεί τις συνεδρίες και να ανατρέχει σε αυτές, είτε μόνος, είτε με συναδέλφους ή και με επόπτη, μία διαδικασία που συμβάλλει σε διεξοδικότερη ανάλυση και αποτελεσματικότερη αυτοπαρατήρηση, αναφορικά με τη δεξιότητα ενσυναίσθησης, ώστε να τη βελτιώσει. Επίσης, η χρήση ψυχομετρικών εργαλείων / τεστ και των υποκειμενικών αναφορών του ίδιου του θεραπευόμενου, αποτελεί ένδειξη ενσυναισθητικής στάσης του θεραπευτή και σεβασμού απέναντι στον ίδιο, όπως και η λήψη ανατροφοδότησης και η ενεργή του προσπάθεια να αντιμετωπίσει όποια προβλήματα εντοπίζει ή αναφέρει ο θεραπευόμενος. Αυτή η πρακτική ενδυναμώνει τη θεραπευτική σχέση και τη σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο.

Είναι κοινά παραδεκτό από την ερευνητική κοινότητα πως η χρήση ψυχοφυσιολογικών εργαλείων και νευροαπεικονιστι-

κών μεθόδων, ενέχει λιγότερους κινδύνους, αναφορικά με την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των μετρήσεων, σε σύγκριση με τα ερωτηματολόγια (1).

Προβληματισμοί αναφορικά με την εκδήλωση της θεραπευτικής ενσυναίσθησης

Μέσω της ενσυναίσθησης, ο θεραπευτής δείχνει στον θεραπευόμενο πως νοιάζεται για εκείνον και πως τον υπολογίζει, πως θέλει να τον καταλάβει και να προσπαθήσει να δει τον κόσμο μέσα από τα δικά του μάτια. Αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσά τους (2). Αν ο θεραπευτής δεν επιδεικνύει ενσυναίσθηση προς το θεραπευόμενο, δημιουργούνται προβλήματα στη θεραπευτική σχέση και στο συνεργατικό εμπειρισμό, καθώς ο θεραπευόμενος μπορεί να νιώσει ότι ο θεραπευτής δεν καταλαβαίνει τον τρόπο που σκέφτεται και αισθάνεται. Προβλήματα ενσυναίσθησης, ποιοτικά ή ποσοτικά, μπορούν και πρέπει να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται από τον θεραπευτή μέσω της αντίκρουσης και της αξιολόγησης των αισθημάτων του θεραπευόμενου και του θεραπευτή καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας (43).

Έρευνες (16, 35, 23, 22) αναφέρονται διεξοδικά στους προβληματισμούς που έχουν εντοπιστεί στη βιβλιογραφία αναφορικά με την εκδήλωση της θεραπευτικής ενσυναίσθησης με ακατάλληλο τρόπο, στη γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία. Είναι γεγονός ότι συγκριτικά με άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, η γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία επικεντρώνεται στη χρήση τεχνικών και στην επίτευξη στόχων με τρόπο που μπορεί να επηρεάσει το συναισθηματικό συντονισμό ιδιαίτερα των νέων θεραπευτών με τους θεραπευόμενους τους, ειδικά όταν αυτοί εκπαιδεύονται και προσπαθούν να μάθουν τα τεχνικά κομμάτια της χρήσης των τεχνικών και της θεραπείας. Σε αυτές τις περιπτώσεις η θεραπεία κινδυνεύει να βιωθεί από την πλευρά του θεραπευόμενου ως μια αποστασιοποιημένη και μηχανιστική διαδικασία.

Επιπλέον, όταν οι γνωσιακές και συμπεριφοριστικές τεχνικές εφαρμόζονται από το θεραπευτή με λανθασμένο τρόπο ή σε ακατάλληλη χρονική στιγμή ή φάση της θεραπείας, η θεραπευτική ενσυναίσθηση μπορεί να υπονομευθεί (16, 35, 23, 22). Συμπληρωματικά, οι γνωσιακές διατυπώσεις που βασίζονται σε συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η υποκειμενική εμπειρία του κάθε θεραπευόμενου εξατομικευμένα, μπορεί να οδηγήσουν το θεραπευτή σε τυποποιημένες ή και λανθασμένες ερμηνείες για την εμπειρία του θεραπευόμενου (16, 35, 23, 22).

Είναι, λοιπόν, σημαντικό ο θεραπευτής να λαμβάνει τη σωστή εκπαίδευση και να αναζητά εποπτική καθοδήγηση, προκειμένου να αποκτήσει και να εμπλουτίσει τις θεραπευτικές δεξιότητες που απαιτούνται αναφορικά με τη θεραπευτική ενσυναίσθηση, τόσο σε θεωρητικό, όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Παράγοντες όπως είναι η έλλειψη αυτογνωσίας, οι ελλείψεις διαπροσωπικές δεξιότητες και προσωπικά δυσλειτουργικά σχήματα, μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη θεραπευτική ενσυναίσθηση και να δυσχεράνουν τη θεραπευτική διαδικασία (16, 35, 23, 22). Συμπληρωματικά, γεγονότα ζωής και προβλήματα του θεραπευτή αποτελούν και αυτά παράγοντες ικανούς να επηρεάσουν αρνητικά τη θεραπευτική ενσυναίσθηση και το σύνολο της θεραπευτικής διαδικασίας (35).

Ο θεραπευτής είναι, επίσης, σημαντικό να λαμβάνει υπόψη τους διαφορετικούς τύπους προσωπικοτήτων, στους οποίους

απαιτούνται και διαφορετικές μορφές συναισθηματικού συντονισμού από τον ίδιο (6). Ο πραγματικά ενσυναισθητικός θεραπευτής είναι εκείνος που συντονίζεται συναισθηματικά κατάλληλα, ευέλικτα και ανάλογα με τις ανάγκες του θεραπευόμενου του, ως προς την ποσοτική και ποιοτική έκφραση της θεραπευτικής ενσυναίσθησης απέναντί του (16, 35, 23, 22).

Μελλοντικές ερευνητικές κατευθύνσεις

Οι πρόσφατες εννοιολογικές συλλήψεις της θεραπευτικής ενσυναίσθησης στο πλαίσιο της γνωσιακής - συμπεριφοριστικής προσέγγισης, παρέχουν στην ερευνητική και κλινική κοινότητα τη δυνατότητα βελτίωσης της κλινικής πρακτικής, της εκπαίδευσης, της εποπτικής καθοδήγησης και της έρευνας. Με δεδομένο τον κεντρικό ρόλο της θεραπευτικής ενσυναίσθησης στη θεραπευτική διαδικασία σε όλα της τα στάδια, είναι σημαντικό μελλοντικές έρευνες να διεξαχθούν προς αυτή την κατεύθυνση. Μολονότι έχει αναγνωριστεί η σημασία της θεραπευτικής ενσυναίσθησης ως σημαντικού θεραπευτικού παράγοντα (2), εξακολουθεί να παραμένει εννοιολογικά πολύπλοκη (16, 22, 28, 36).

Δεδομένου του ρόλου της θεραπευτικής ενσυναίσθησης στη γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία ως παράγοντα θεραπευτικής αλλαγής και αποτελέσματος, είναι σκόπιμο μελλοντικές έρευνες να επικεντρωθούν στη δημιουργία αξιόπιστων και έγκυρων εργαλείων μέτρησής της και των παραμέτρων της. Τα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά της θεραπευτικής ενσυναίσθησης, όπως και η μεταξύ τους συσχέτιση, τα επιμέρους στοιχεία της (όπως είναι το γνωσιακό και το συναισθηματικό κομμάτι), η κατάλληλη εκδήλωσή της και η σχέση της τόσο με τη θεραπευτική αλλαγή όσο και με το θεραπευτικό αποτέλεσμα στο πλαίσιο της γνωσιακής - συμπεριφοριστικής θεραπείας αποτελούν κατάλληλα πεδία μελλοντικών ερευνών (16, 35, 23, 22).

Αναμένονται σημαντικά αποτελέσματα από έρευνες που θα εμβαθύνουν στην κατανόηση και λειτουργία της θεραπευτικής ενσυναίσθησης από νευροβιολογική σκοπιά. Επιπλέον, με τη χρήση νευροαπεικονιστικών μεθόδων, είναι δυνατόν να λάβουμε δεδομένα που θα βοηθήσουν στην εννοιολογική της αποσαφήνιση και στην εμπειρική της ψυχοθεραπευτική κατασκευή (23, 1).

Σημαντική παραμένει η δημιουργία επιπρόσθετων εκπαιδευτικών προγραμμάτων στη θεραπευτική ενσυναίσθηση, καθώς και η επαρκής εποπτική καθοδήγηση των νέων θεραπευτών και η αξιολόγηση των προγραμμάτων αυτών (23, 36, 35).

Σύμφωνα με το Μοντέλο Θεραπευτικής Ενσυναίσθησης κατά Thwaites & Bennett-Levy (16) η θεραπευτική ενσυναίσθηση αντιμετωπίζεται ως πολυδιάστατη έννοια και συμπεριλαμβάνονται στοιχεία για τη φύση, τα χαρακτηριστικά και τα συστατικά της, την εκδήλωση και τον ρόλο της στη γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία. Για αυτό τον λόγο, αποτελεί ένα καλό εφαλτήριο, από το οποίο μελλοντικές έρευνες μπορούν να διερευνήσουν διεξοδικότερα τα ζητήματα του ορισμού και της μέτρησης της ενσυναίσθησης, καθώς και θέματα που αφορούν την εκπαίδευση των θεραπευτών για την ανάπτυξή της, ως σημαντική δεξιότητα στην κλινική πρακτική.

Από τη βιβλιογραφία προκύπτει πως σε διαφορετικά θεραπευτικά πλαίσια υπάρχει αναγκαιότητα εκδήλωσης διαφορετικών μορφών ενσυναισθητικής στάσης (6, 29, 30, 26, 31, 32, 2, 43) και μελλοντικές έρευνες μπορούν να στραφούν προς αυτή την

ερευνητική κατεύθυνση. Επιπλέον, θα ήταν σκόπιμο οι γνωστικοί - συμπεριφοριστές μελετητές να στραφούν στην έρευνα της θεραπευτικής ενσυναίσθησης σε πολυπολιτισμικά πλαίσια.

Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: A Literature Review

Roussinou, S.¹, Kouvaraki E.¹

¹ Association for Cognitive Behavioural Studies

Correspondence: Stella Roussinou, Association for Cognitive Behavioural Studies, Gladstonos 10, Kannigos Square, 10677, Athens, Greece.
E-mail: sroussinou@hotmail.com,
Tel: +30 6946235301

Abstract

The purpose of this review is to present the current knowledge on the role of therapeutic empathy, in the context of cognitive behavioural therapy. In doing so, we take into account current definitions of therapeutic empathy and of relative terms. We report its characteristics, components and neurobiological basis and we examine its role and use in cognitive behaviour therapy as a component of the therapeutic relationship, as well as a key facilitating factor, of the therapeutic outcome. According to an existing cognitive behavioural model of therapeutic empathy, there is a distinction between four elements of empathy: empathic attunement, empathic attitude / stance, empathic communication, empathy knowledge. The model highlights the person of the therapist, and self-reflection, in empathic responding. Furthermore, we present the existing tools for its measurement, as well as current training programs. Appropriate use of therapeutic empathy is of paramount importance and we state reflections with regards to this issue. Different empathic therapeutic styles constitute important factors in the therapeutic process and outcome. We make suggestions and proposals regarding future studies in this field. Alongside the development of efficacious measures and the design of training and supervision programs enhancing therapeutic empathy, there is a need to further investigate and understand the way in which it develops and functions within the therapeutic process as well as with regards to the therapeutic outcome.

Key words: empathy, cognitive behaviour therapy, therapeutic relationship, review

Βιβλιογραφία

[1] Singer T, Klimecki OM. Empathy and Compassion. *Curr Biol*, 2014; 24(18): 875-878.
[2] Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of Depression: A treatment manual. New York: Guilford Press, 1979.
[3] Rogers CR. On Becoming a Person: a therapist's view of psychotherapy. In: Thwaites R, Bennett-Levy J, eds. *Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit*. Behav Cogn Psychoth, 2007; 35: 591-612.

[4] Bohart A, Elliott R, Greenberg LS, Watson JC. Empathy. In: Norcross JC, ed. *Psychotherapy Relationships That Work*. New York: Oxford University Press, 2002; 89-108.
[5] Rogers CR. Client – centered therapy. In: Greenberg LS, Elliott R, Watson JC, Bohart AC, eds. *Empathy. Psychotherapy*, 2001; 38(4): 380-384.
[6] Καλπάζογλου Θ, Χαρούλα Ν. Γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία: Επιδροές και θεραπευτικά εργαλεία. Στο: Μαλικιώση-Λοΐζου Μ. (Επιμ. Έκδ.). *Συμβουλευτική Ψυχολογία: Σύγχρονες Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Ατραπός, 2007; 97-126.
[7] Σταλάκας Α, Μέρτινα Α. Η θεραπευτική συμμαχία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2004.
[8] Kazantzis N, Dattilio FM, Dobson KS. *The therapeutic relationship in cognitive behavioral therapy*. New York- London: The Guildford Press, 2017.
[9] Bowlby JA. *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books, 1988.
[10] Καλαντζή-Αζίζι Α, Αγγελίη Κ, Ευσταθίου Γ. (2002). *Αυτογνωσία και Αυτοδιαχείριση: γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2002.
[11] Χαρούλα Ν. Ο Ρόλος της ψυχοθεραπευτικής σχέσης στη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Προσέγγιση: Από την Αρχική Φάση της Κλινικής Εκτίμησης μέχρι την Τελική Φάση της Ψυχοθεραπευτικής Αλλαγής. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 2007; 98: 92-99.
[12] Μπουλουγούρη Γ. *Μεταβίβαση και Θεραπευτική Σχέση*. Στο Μπουλουγούρη Γ, επίμ. εκδ. *Θέματα Γνωσιακής και Συμπεριφοριστικής Θεραπείας, Β' Τόμος*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1998; 45-68.
[13] Καλπάζογλου Θ. *Γνωσιακή –Συμπεριφοριστική Θεραπεία*. Στο: Ασημάκης Π, επιμ. εκδ. *Σύγχρονες Ψυχοθεραπείες στην Ελλάδα*. Αθήνα: University of Indianapolis, 1999.
[14] Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1979; 16: 252-60.
[15] Safran JD, Muran JC. *Negotiating the Therapeutic Alliance: a relational treatment guide*. In: Thwaites R, Bennett-Levy J, eds. *Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit*. Behav Cogn Psychoth, 2007; 35: 591-612.
[16] Thwaites R, Bennett-Levy J. *Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit*. Behav Cogn Psychoth, 2007; 35: 591-612.
[17] Hoffman ML. *Empathy and Moral Development: implications for caring and justice*. In: Thwaites R, Bennett-Levy, J, eds. *Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit*. Behav Cogn Psychoth, 2007; 35: 591-612.
[18] Eisenberg N, Fabes RA. *Prosocial development*. In: Thwaites R, Bennett-Levy J, eds. *Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit*. Behav Cogn Psychoth, 2007; 35: 591-612.
[19] Gilbert P. *Compassion and cruelty: a biopsychosocial approach*. In: Thwaites R, Bennett-Levy J, eds. *Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit*. Behav Cogn Psychoth, 2007; 35: 591-612.
[20] Leahy RL. *A social-cognitive model of validation*. In: Thwaites R, Bennett-Levy J, eds. *Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit*. Behav Cogn Psychoth, 2007; 35: 591-612.
[21] Baron-Cohen S. *The empathizing system: a revision of the 1994 model of the mindreading system*. In: Thwaites R, Bennett-Levy J, eds. *Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit*. Behav Cogn Psychoth, 2007; 35: 591-612.
[22] Elliott R, Bohart AC, Watson JC, Greenberg LS. *Empathy*. A.P.A., 2011; 48(1): 43-49.
[23] Vysocilova J, Prasko J, Slepecky M. *Empathy in cognitive behavioral therapy and supervision*. *Activ Nerv Super*, 2011; 53(2): 72-83.
[24] Marci CD, Orr SP. *The Effect of Emotional Distance on Psychophysiological Concordance and Perceived Empathy Between Patient and Interviewer*. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 2006; 31(2): 115-129.
[25] Leahy RL. *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. In: Vysocilova J, Prasko J, Slepecky M, eds. *Empathy in cognitive behavioral therapy and supervision*. *Activ Nerv Super*, 2011; 53(2): 72-83.
[26] Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York- London: The Guildford Press, 2003.
[27] Beck JS. *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York- London: The Guildford Press, 1995.
[28] Greenberg LS, Elliott R, Watson JC, Bohart AC. *Empathy. Psychotherapy*, 2001; 38(4): 380-384.
[29] Evans-Jones C, Peters E, Barker C. *The Therapeutic Relationship in CBT for Psychosis: Client, Therapist and Therapy Factors*. *Behav Cogn Psychoth*, 2009; 37: 527-540.

- [30] McLeod HJ, Dean FP, Hogbin B. Changing staff attitudes and empathy for working with people with psychosis. *Behav Cogn Psychoth*, 2002; 30: 459-470.
- [31] Hoffart A, Versland S, Sexton H. Self-Understanding, Empathy, Guided Discovery, and Schema Belief in Schema-Focused Cognitive Therapy of Personality Problems: A Process-Outcome Study. *Cognitive Ther Res*, 2002; 26(2): 199-219.
- [32] Arntz A, van Gerderen H. Schema therapy for borderline personality disorder. JohnWiley & Sons Ltd, 2009.
- [33] Shamasundar C. Understanding empathy and related phenomena. In: Thwaites R, Bennett-Levy, J, eds. *Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit*. *Behav Cogn Psychoth*, 2007; 35: 591-612.
- [34] Nerdrum P, Ronnestad, MH. Changes in Therapists' Conceptualization and Practice of Therapy Following Empathy Training. *The Clinical Supervisor*, 2004; 22(2): 37-61.
- [35] Bennett-Levy J, Thwaites R. Self and self-reflection in the therapeutic relationship: A conceptual map and practical strategies for the training, supervision and self-supervision of interpersonal skills. Research Gate. Publisher: Routledge, 2007; Ch. 12, 255-281.
- [36] Duan C, Hill CE. The Current State of Empathy Research. *J Couns Psychol*, 1996; 43(3): 261-274.
- [37] Barrett-Lennard GT. Dimensions of therapist response as casual factors in therapeutic change. In: Marci CD, Orr SP, eds. *The Effect of Emotional Distance on Psychophysiological Concordance and Perceived Empathy Between Patient and Interviewer*. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 2006; 31(2): 115-129.
- [38] Truax, CB, & Carkhuff, RR. Toward effective counseling and psychotherapy: Training and Practice. In: Duan C, Hill CE, eds. *The Current State of Empathy Research*. *J Couns Psychol*, 1996; 43(3): 261-274.
- [39] Hargrove, DS. Verbal interaction analysis of empathic and nonempathic responses of therapists. In: Duan C, Hill CE, eds. *The Current State of Empathy Research*. *J Couns Psychol*, 1996; 43(3): 261-274.
- [40] Elliott R, Filipovich H, Harrigan L, Gaynor J, Reimschuessel C, Zapadka JK. Measuring response empathy: The development of a multi-component rating scale. In: Greenberg LS, Elliott R, Watson JC, Bohart AC, eds. *Empathy*. *Psychotherapy*, 2001; 38(4): 380-384.
- [41] Young JE, Beck AT. Cognitive Therapy Scale. In: Thwaites R, Bennett-Levy J, eds. *Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit*. *Behav Cogn Psychoth*, 2007; 35: 591-612.
- [42] Burns, DB, Auerbach A. Therapeutic empathy in cognitive-behavioural therapy: does it really make a difference? In: Thwaites R, Bennett-Levy J, eds. *Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit*. *Behav Cogn Psychoth*, 2007; 35: 591-612.
- [43] Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press, 1976.

ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ: 01/03/2017 - ΕΓΙΝΕ ΑΠΟΔΕΚΤΗ: 23/11/2017

Το παιχνίδι και ο ρόλος του στη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία

Συντήλα Ιωάννα¹, Αγγελή Κατερίνα¹

¹ Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Αλληλογραφία: Ιωάννα Συντήλα, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Αιόλου 102, 10564, Αθήνα.

E-mail: jsintila@hotmail.com, Τηλ: 6946270 814

Περίληψη

Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι να περιγράψει τον ρόλο και την χρησιμότητα του παιχνιδιού και των τεχνικών της παιγνιοθεραπείας (ΠΘ) στη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία (ΓΣΘ) παιδιών και εφήβων, καθώς και να παρουσιάσει τον τρόπο με τον οποίο γίνεται ο συνδυασμός των δύο μορφών θεραπείας και τα προγράμματα που έχουν αναπτυχθεί και εφαρμοστεί κάτω από αυτή τη συλλογιστική. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε αναζήτηση άρθρων, με ηλεκτρονική πρόσβαση από τις βιβλιοθήκες του πανεπιστημίου της Οξφόρδης, καθώς και βιβλίων και διπλωματικών εργασιών σχετικών με το θέμα, με πρόσβαση από τη βιβλιοθήκη «Κωνσταντίνος Ευθυμίου» του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το παιχνίδι καθίσταται απαραίτητο στη δουλειά με τα παιδιά και τους εφήβους και η γνωσιακή συμπεριφοριστική παιγνιοθεραπεία (ΓΣΠΘ) αποτελεί αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση για μια πληθώρα διαταραχών της παιδικής κι εφηβικής ηλικίας. Αναπτυξιακά κατάλληλα για κάθε ηλικία παιχνίδια και τεχνικές παιχνιδιού εντάσσονται σε όλα τα στάδια της θεραπείας, συμβάλλοντας στην δημιουργία και εγκαθίδρυση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης, στην αποτελεσματικότερη ψυχοεκπαίδευση των συμμετεχόντων, στην γνωσιακή αναδόμηση δυσλειτουργικών πεποιθήσεων και στην εκπαίδευση σε απαραίτητες κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες. Δομημένα προγράμματα ΓΣΠΘ πρόληψης κι αντιμετώπισης ψυχολογικών δυσκολιών σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο παρέχουν ένα χρήσιμο εργαλείο στα χέρια των ειδικών που δουλεύουν με παιδιά, εφήβους και τις οικογένειές τους.

Λέξεις κλειδιά: παιχνίδι, παιγνιοθεραπεία, γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία, θεραπευτικά προγράμματα, παιδιά, έφηβοι

Εισαγωγή

Η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία (ΓΣΘ) είναι μια επιστημονικά τεκμηριωμένη θεραπεία με ένα ευρύ φάσμα εφαρμογών (1). Στηρίζεται στην βασική αρχή ότι τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές του ατόμου καθορίζονται από τον τρόπο που σκέφτεται και βάσει του οποίου δομεί τον κόσμο. Οι σκέψεις του βασίζονται στα σχήματα, δηλαδή στα συμπεράσματα στα οποία έχει καταλήξει από προηγούμενες εμπειρίες αλλά και από γονεϊκές και κοινωνικές επιδράσεις. Λανθασμένη μάθηση και λανθασμένα συμπεράσματα για τον εαυτό, τους άλλους και το μέλλον θεωρείται ότι συμβάλλουν στη δημιουργία ή διατήρηση κι επιδείνωση των ψυχολογικών δυσκολιών (2,3). Η συγκεκριμένη μορφή θεραπείας είναι δομημένη, κατευθυντική και συχνά βραχύχρονη. Εστιάζει στη διόρθωση των δυσλειτουργικών σκέψεων και των αρνητικών συμπεριφορών, ώστε το άτομο να ανακτήσει την λειτουργικότητά του (4). Ωστόσο, η εφαρμογή των ΓΣ τεχνικών και πρωτοκόλλων, όπως εφαρμόζονται στους ενήλικες, δεν θα μπορούσαν να εφαρμοστούν σε παιδιά κι εφήβους χωρίς τροποποιήσεις. Τόσο στην περίπτωση μικρότερων παιδιών που δεν έχουν ακόμα ανε-

πτυγμένες γλωσσικές και γνωστικές ικανότητες, όσο και στην περίπτωση μεγαλύτερων παιδιών και εφήβων που δεν έχουν ιδιαίτερο κίνητρο για να κατανοήσουν και να συνεργαστούν με τις ΓΣ τεχνικές (π.χ. δεν επιθυμούν να κάνουν τις εργασίες για το σπίτι, αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες, έχουν μειωμένο εύρος προσοχής και η συνεδρία πραγματοποιείται μετά από μια κουραστική ημέρα στο σχολείο), είναι αναγκαία η αναπτυξιακά κατάλληλη προσαρμογή των ΓΣ πρωτοκόλλων (5). Η παιγνιοθεραπεία (ΠΘ), που αποτελεί μια θεραπευτική παρέμβαση με υπόβαθρο από διάφορες ψυχολογικές θεωρίες και είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη ανά τα χρόνια για την αποτελεσματικότητά της σε παιδιά και εφήβους (6), μπορεί να συνδυαστεί με τις ΓΣ τεχνικές και δίνει λύση στο ανωτέρω πρόβλημα.

Η σημασία του παιχνιδιού στη θεραπευτική προσέγγιση παιδιών

Το παιχνίδι αποτελεί αναπόσπαστη δραστηριότητα της καθημερινότητας των παιδιών και η σημασία του στη ζωή τους είναι σημαντική. Συμβάλει στη γνωστική, συναισθηματική,

κινητική και κοινωνική τους ανάπτυξη (7). Αποτελεί τη «φυσική» τους γλώσσα, το μόνο και πιο ισχυρό μέσο που έχουν από πολύ μικρή ηλικία για να εκφράσουν τι σκέφτονται και τι αισθάνονται. Μέσω του παιχνιδιού τα παιδιά μαθαίνουν, πειραματίζονται, ευχαριστιούνται, απογοητεύονται και ανακαλύπτουν τον εαυτό τους και τον κόσμο γύρω τους. Ωριμάζουν και γίνονται υπεύθυνα. Μοιράζονται ρόλους και ευθύνες, επιλύουν προβλήματα, σχεδιάζουν ιστορίες και προσποιούνται πως είναι κάποιος άλλος, αναπτύσσοντας, έτσι, έμμεσα την ικανότητα της ενσυναίσθησης (5,7).

Το να αποδώσει κανείς μ' έναν και μοναδικό ορισμό όλες τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά που απαρτίζουν το παιχνίδι καθίσταται αρκετά δύσκολο. Ανά τα χρόνια, παρατηρούμε να θεωρείται μεταξύ άλλων μέσο αφομοίωσης των γνώσεων-εμπειριών (8), μέσο γνώσης κι ανάπτυξης (9) και τρόπος έκφρασης συναισθημάτων και εμπειριών (10).

Οι μορφές του παιχνιδιού (π.χ. φυσικό παιχνίδι, συμβολικό παιχνίδι, παιχνίδι προσποίησης ρόλων, παιχνίδι με κανόνες) και η εξέλιξή του είναι ανάλογα της ανάπτυξης των παιδιών, ούτως ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της εκάστοτε ηλικιακής κατηγορίας. Ακόμα όμως και παιδιά διαφορετικών ηλικιών και διαφορετικής κουλτούρας μπορούν να επικοινωνήσουν μέσω του παιχνιδιού, ξεπερνώντας εθνικές, γλωσσικές και άλλες διαφορές.(5)

Σύμφωνα με την Drewes (5), το παιχνίδι, από μόνο του, έχει θεραπευτικές ιδιότητες, ενώ σε συνδυασμό με αποτελεσματικές θεραπευτικές μεθόδους γίνεται ένας εν δυνάμει παράγοντας αλλαγής στη θεραπεία παιδιών και εφήβων. Η ΠΘ ορίζεται ως «η συστηματική χρήση ενός θεωρητικού μοντέλου για την εγκαθίδρυση μιας διαπροσωπικής διαδικασίας, στην οποία οι εκπαιδευμένοι παιγνιοθεραπευτές χρησιμοποιούν τις θεραπευτικές ιδιότητες του παιχνιδιού για να βοηθήσουν τους πελάτες να προλάβουν ή να επιλύσουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και να επιτύχουν τη βέλτιστη ανάπτυξη κι εξέλιξη» (11).

Ο Schaefer (12) υποστηρίζει ότι το παιχνίδι αποτελείται από πολλές συγκεκριμένες πανίσχυρες ιδιότητες, αν και αυτές δεν είναι πάντα ορατές (Πίνακας 1). Η κατανόηση αυτών ως μέσων αλλαγής βοηθάει τον θεραπευτή να επιτελέσει πιο αποτελεσματικά το ρόλο του και πάντα ανάλογα με τις θεραπευτικές ανάγκες κάθε παιδιού (13). Σύμφωνα με τον Schaefer (12), αυτές οι θεραπευτικές ιδιότητες ή θεραπευτικοί μηχανισμοί του παιχνιδιού είναι 25. Στους σημαντικότερους αυτών, περιλαμβάνονται η αυτοέκφραση (παιδιά 2-10 χρονών που συχνά δυσκολεύονται να εκφράσουν λεκτικά τις σκέψεις τους και τα συναισθήματά τους επικοινωνούν το βίωμά τους μέσω του παιχνιδιού), η πρόσβαση στο ασυνείδητο (ασυνείδητες επιθυμίες και παρορμήσεις των παιδιών μπορούν μέσω των κατάλληλα επιλεγμένων από τον θεραπευτή υλικών και παιχνιδιών να αποκαλυφθούν), η διευκόλυνση της μάθησης [το παιχνίδι διατηρεί το ενδιαφέρον και την προσοχή των παιδιών, με αποτέλεσμα να διευκολύνει τη μάθηση περισσότερο προσαρμοστικών σκέψεων και συμπεριφορών, όπως κοινωνικών δεξιοτήτων, ιδίως όταν τα παιδιά εμπλέκονται σε αυτό πιο ενεργά (χρήση ιστοριών - αφηγήσεων, κούκλων, παιχνιδιών ρόλων)], η ψυχοκάθαρση (με την επαναλαμβανόμενη αναπαράσταση, μέσω του παιχνιδιού, τραυματικών και στρεσογόνων καταστάσεων, το παιδί αποκτά δύναμη και έλεγχο στη διαχείρισή τους), η μείωση του στρες (stress-inoculation) -το παιδί παίζει με

κούκλες το επερχόμενο στρεσογόνο γεγονός (π.χ. γέννηση αδερφού, έναρξη σχολείου, μετακόμιση) και εξοικειώνεται με αυτό, ξέρει τι να περιμένει και μαθαίνει τρόπους αντιμετώπισης του στρες, η αντικατάσταση μιας μη επιθυμητής/αρνητικής αντίδρασης με μια επιθυμητή/θετική αντίδραση (counter-conditioning) –για παράδειγμα το παιδί παίζοντας σκοτεινό δωμάτιο μπορεί να μειώσει το φόβο του για το σκοτάδι ή παίζοντας παιχνίδι ρόλων με νοσοκομειακά – ιατρικά υλικά (κάνοντας υποθετική ένεση σε μια κούκλα) μπορεί να μειώσει το άγχος του για το νοσοκομείο ή τις ενέσεις, η προαγωγή του θετικού συναισθήματος (η εμπλοκή στο παιχνίδι συμβάλει σε αυξημένη αίσθηση ευεξίας και μείωση άγχους ή καταθλιπτικού αισθήματος), η ενίσχυση της σχέσης και του δεσμού μεταξύ γονέα και παιδιού (ο γονέας συμμετέχει στη συνεδρία και διδάσκεται τρόπους να παίζει με το παιδί, ώστε να δημιουργούν και να βιώνουν θετικές εμπειρίες μεταξύ τους), η ανάπτυξη ηθικής κρίσης (όχι απλών κανόνων που μπαίνουν από τους ενήλικες), η ανάπτυξη της ικανότητας της ενσυναίσθησης και η ενίσχυση της επάρκειας και της αίσθησης εαυτού (12).

Σύντομη ιστορική αναδρομή

Για πρώτη φορά, το παιχνίδι χρησιμοποιήθηκε ως θεραπευτικό μέσο την δεκαετία του 1920 από την Hermione Hug-Hellmuth (14) και στη συνέχεια από θεραπευτές ψυχαναλυτικής προσέγγισης, όπως την Anna Freud, την Margaret Lowenfeld και την Melanie Klein (14, 15). Την ίδια περίοδο, η Virginia Axline, επηρεασμένη από την προσωποκεντρική προσέγγιση του Carl Rogers, δημοσιεύει τη δουλειά της πάνω στην παιδοκεντρική παιγνιοθεραπεία και την αποτελεσματικότητά της (5). Οι Louise Guerney και Garry Landreth συνεχίζουν τη διάδοση της παιδοκεντρικής παιγνιοθεραπείας, ενώ ο Clark Moustakas προσπαθεί να ενσωματώσει τις αρχές της υπαρξιακής θεωρίας στη δουλειά με τα παιδιά κι ασχολείται με τη σχέση του παιγνιοθεραπευτή και του παιδιού (relationship play therapy) (7). Εν συνεχεία, ο Violet Oaklander αναπτύσσει τη βασισμένη στην gestalt παιγνιοθεραπεία (gestalt-based play therapy), οι Bernard και Louise Guerney αναπτύσσουν την «υλική ή θυγατρική θεραπεία» (filial therapy), διδάσκοντας στους γονείς να χρησιμοποιούν την παιγνιοθεραπεία στο σπίτι και η Susan Knell χρησιμοποιεί ευρέως τον συνδυασμό της ΓΣΘ με την ΠΘ σε παιδιά κι εφήβους (7). Η παιγνιοθεραπεία, όπως γίνεται φανερό, δεν έχει διαμορφωθεί από μια μοναδική προσέγγιση, αλλά περιλαμβάνει στοιχεία από πολλές προσεγγίσεις και θεωρητικές απόψεις.

Παραδοσιακά λοιπόν, η ΠΘ είχε επίκεντρο το παιδί και ήταν μη κατευθυντική (16). Πλέον όμως, δεν είναι πάντα μη κατευθυντική (π.χ. ο θεραπευτής εξίσου με το παιδί επιλέγει τα υλικά και τις δραστηριότητες), ενώ συμπεριλαμβάνει στη διαδικασία τους γονείς, αλλά και άλλα μέσα, πέραν των παραδοσιακών, όπως το δράμα, τη μουσική, το χορό, την ποίηση και υλικά όπως η άμμος κ.ο.κ. (15). Η ΓΣΠΘ, με τη μορφή που έχει σήμερα, είναι δομημένη, κατευθυντική και προανατολισμένη στο στόχο (ο θεραπευτής θέτει τους στόχους μαζί με τους γονείς και το παιδί κι ακολούθως γονείς και θεραπευτής βοηθούν το παιδί να τους πετύχει). Περιλαμβάνει εμπειρικά τεκμηριωμένες ΓΣ τεχνικές που παρουσιάζονται στο παιδί μέσω παιχνιδιού και επιτρέπει τον εμπειρικό έλεγχο των θεραπευτικών αποτελεσμάτων (17).

Διευκολύνει την επικοινωνία:

- Αυτοέκφραση (Self-Expression)
- Πρόσβαση στο ασυνείδητο (Access the Unconscious)
- Διευκόλυνση μάθησης – Άμεση διδασκαλία (Facilitates Learning)
- Έμμεση διδασκαλία (μέσω ιστοριών/μεταφορών) (Metaphorical Insight)

Προάγει την συναισθηματική ευεξία:

- Ψυχοκάθαρση (μέσω εκδραμάτισης) (Abreaction)
- Κάθαρση (Catharsis) (κλάμα, σπάσιμο μπαλονιών, χτύπημα πηλού ή κούκλας)
- Εξύψωση (Sublimation)
- Αντικατάσταση μιας μη επιθυμητής με μια θετική αντίδραση σε μια κατάσταση (Counterconditioning)
- Μείωση του στρες (Stress Inoculation)
- Διέξοδο στη φαντασία (Fantasy Compensation)
- Απόσπαση (Distraction)
- Φυσική υγεία (Physical Health) (το γέλιο ως αντίδοτο στο στρες)

Ενισχύει τις κοινωνικές σχέσεις:

- Θεραπευτική σχέση (Alliance Formation)
- Δεσμός (Attachment) (μεταξύ γονέα και παιδιού)
- Ενσυναίσθηση (Empathy)
- Ενίσχυση φιλικών σχέσεων (Relationship Enhancement)
- Συμπεριφοριστική πρόβα (Behavioral Rehearsal)

Αυξάνει τις «προσωπικές δυνάμεις»:

- Αίσθηση Δύναμης / Ελέγχου (Power/Control)
- Αίσθηση επάρκειας (Competence)
- Επίλυση προβλημάτων (Creative Problem Solving)
- Ηθική ανάπτυξη (Moral Judgment)
- Αυτορρύθμιση (Self-Control)
- Αυτοεκτίμηση (Sense of Self)
- Έλεγχος πραγματικότητας (Reality Testing)
- Επιτάχυνση ανάπτυξης (Accelerated Development)

Πίνακας 1. Κύριες θεραπευτικές ιδιότητες του παιχνιδιού**Υλικό και Μέθοδοι**

Για την αναζήτηση των άρθρων της παρούσας εργασίας, πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονική αναζήτηση μέσω της ηλεκτρονικής τοποθεσίας των βιβλιοθηκών του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης¹. Οι όροι-λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση ήταν: cognitive behavioral therapy, play therapy, play therapy techniques, cognitive behavioral play therapy, therapeutic programs. Για τον σκοπό της παρούσας ανασκόπησης επιλέχθηκαν αγγλόφωνα άρθρα που δημοσιεύθηκαν τα τελευταία 60 χρόνια κι εστίαζαν στον συνδυασμό των δύο μορφών θεραπείας –της ΠΘ και της ΓΣΘ- για την αντιμετώπιση διάφορων ψυχολογικών διαταραχών. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση βιβλίων και διπλωματικών εργασιών στην βιβλιοθήκη “Κωνσταντίνος Ευθυμίου” του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς. Οι όροι-λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση στα αγγλικά χρησιμοποιήθηκαν και στα ελληνικά (γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία, παιγνοθεραπεία, τεχνικές παιγνοθεραπείας, γνωσιακή συμπεριφοριστική παιγνοθεραπεία, θεραπευτικά προγράμματα).

Ευρήματα**Η χρήση του παιχνιδιού στη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία**

Η θεραπεία με τη χρήση παιχνιδιού έχει πολλά να προσφέρει στην αυξανόμενη χρήση των επιστημονικά τεκμηριωμένων ΓΣ θεραπειών και αμφίδρομα η ΓΣΘ έχει να προσφέρει στη θεραπεία μέσω παιχνιδιού. Το παιχνίδι βοηθάει το ΓΣ θεραπευτή να αποκτήσει πρακτικές δεξιότητες και τεχνικές, ώστε να επικοινωνεί με τα παιδιά με το φυσικό τους μέσο έκφρασης και να τα βοηθάει να εμπλέκονται στην θεραπεία και να διατηρούν την προσοχή τους, όταν η διαδικασία δεν είναι τόσο δελεαστική και ενδιαφέρουσα γι' αυτά (π.χ. στο στάδιο της ψυχοεκπαίδευσης). Επιπρόσθετα, συμβάλλει στην δημιουργία και διατήρηση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης, καθώς μέσω του παιχνιδιού, τόσο τα μικρότερα παιδιά που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά λεκτικά, όσο και τα μεγαλύτερα που δείχνουν αντίσταση στη θεραπευτική διαδικασία, νιώθουν άνετα και ότι βρίσκονται σ' ένα ασφαλές πλαίσιο, στο οποίο μπορούν να εκφραστούν και να είναι ο εαυτός τους (18). Η ΓΣΘ από την πλευρά της παρέχει

¹ http://solo.bodleian.ox.ac.uk/primo_library/libweb/action/search.do

μια ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση που επιτρέπει τη γενίκευση των δεξιοτήτων που αποκτώνται και σε άλλα πλαίσια εκτός θεραπείας. Συμβάλλει στην αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με τη ρύθμιση του συναισθήματος, την αυτοεκτίμηση, την επίλυση προβλημάτων, καθώς και ελλειμμάτων στις κοινωνικές δεξιότητες (5).

Η ενσωμάτωση του παιχνιδιού στη ΓΣΘ, μέσω αναπτυξιακά κατάλληλων για κάθε παιδί παιχνιδιών, έχει βρεθεί να είναι αποτελεσματική για την αντιμετώπιση μιας πλειάδας διαταραχών, κυρίως για παιδιά προσχολικής ηλικίας (17), αλλά και για μεγαλύτερα παιδιά, μέχρι 12 ετών. Στην περίπτωση των εφήβων, σαφώς υπάρχουν ΓΣ τεχνικές που ενσωματώνουν το παιχνίδι, αλλά δεν είναι τόσο απαραίτητες σε όλα τα στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας, όσο στην περίπτωση παιδιών 4-12 ετών².

Τρόπος συγκερασμού ΓΣΘ με ΠΘ

Το παιχνίδι εντάσσεται στην ΓΣΘ παιδιών σε όλα τα στάδια. Στο αρχικό στάδιο, οι γονείς, κατόπιν συνάντησης και κατευθυντήριων οδηγιών με τον γνωσιακό συμπεριφοριστικό παιγνοθεραπευτή, προετοιμάζουν το παιδί για τη θεραπεία. Σε επόμενο στάδιο ακολουθεί η διαγνωστική αξιολόγηση των προβλημάτων που παρουσιάζει το παιδί, μέσω της παρατήρησης του παιδιού, συνέντευξης με τους γονείς, ερωτηματολογίων συμπλήρωσης από τους γονείς, αυτοσυμπληρούμενων ημιτελών προτάσεων από τα παιδιά (sentence completion tests) (19) και για μικρότερα παιδιά πιο απλές ημιτελείς προτάσεις, που παρουσιάζονται στα νήπια με κούκλες, δίνοντάς τους το παράδειγμα του πώς να απαντήσουν (puppet sentence completion task) (19). Επόμενο στάδιο, το «μεσαίο στάδιο», περιλαμβάνει τον θεραπευτικό σχεδιασμό - παρέμβαση, με στόχο την αύξηση του αυτοελέγχου του παιδιού, της αίσθησης επάρκειας και της εκμάθησης πιο λειτουργικών αντιδράσεων σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Επιπρόσθετα, πραγματοποιούνται γενίκευση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων και πρόληψη υποτροπής. Στο τελικό στάδιο γονείς και παιδί προετοιμάζονται για τον τερματισμό της θεραπείας (20).

Η βασική δομή της ΓΣΘ με τον συγκερασμό της με την ΠΘ παραμένει αμετάβλητη, αλλά τροποποιούνται οι τρόποι ολοκλήρωσης κάθε θεραπευτικού σταδίου (4, 5, 7, 17) (Πίνακας 2).

Στο στάδιο της ψυχοεκπαίδευσης, αντί των λεκτικών-αναγνωστικών μεθόδων, μπορούν να χρησιμοποιηθούν: α) κούκλες, με τη βοήθεια των οποίων ο θεραπευτής απεικονίζει τις απαραίτητες πληροφορίες, β) κάρτες με σύντομες περιγραφές αντί ενός φυλλαδίου, γ) κάρτες με φωτογραφίες ή ζωγραφιές που απεικονίζουν συμπτώματα, ώστε τα παιδιά να μάθουν να αναγνωρίζουν ποια από αυτά βιώνουν και δ) θεραπευτικές ιστορίες που περιγράφουν συμπτώματα και τρόπους αντιμετώπισης (5).

Η εκπαίδευση στην αναγνώριση κι έκφραση συναισθημάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί με διάφορα παιχνίδια, όπως:

α) το «παιχνίδι λέξεων με συναισθήματα» (the feeling word game), στο οποίο ο θεραπευτής μαζί με το παιδί φτιάχνουν φύλλα με συναισθήματα –σε κάθε φύλλο αναγράφεται κι από ένα συναίσθημα- και φτιάχνουν ιστορίες, τοποθετώντας πάνω σε κάθε φύλλο χαρτιού μια ή περισσότερες μάρκες, ανάλογα με το αν το συγκεκριμένο συναίσθημα που απεικονίζεται ή είναι γραμμένο στο φύλλο παρουσιάζεται στην ιστορία που αφηγούνται και σε τι ποσοστό (21).

β) το «χρωμάτισε τη ζωή σου» (color-your-life), στο οποίο ο θεραπευτής ζητάει από το παιδί να φτιάξει ζευγάρια χρωμάτων-συναισθημάτων κι έπειτα να ζωγραφίσει σ' ένα λευκό χαρτί την πορεία της ζωής του με τα χρώματα που θεωρεί ότι υπάρχουν σ' αυτήν (21).

Κατά το στάδιο της γνωσιακής αναδόμησης, η επεξήγηση της σύνδεσης σκέψεων – συναισθημάτων – συμπεριφορών μπορεί να πραγματοποιηθεί με δραστηριότητες, όπως: α) ντόμινο (dominoes) τοποθετημένα σε κύκλο (δείχνοντας την επίδραση του ενός που πέφτει και ρίχνει όλα τα υπόλοιπα), β) με τη χρήση σκοινιού που το κρατούν τοποθετημένοι σε τρίγωνο τρεις έφηβοι ή ένας έφηβος, ένα μέλος της οικογένειας και ο θεραπευτής. Κάθε άτομο κρατά 2 κομμάτια σκοινιού που συνδέουν το άτομο με το μέλος που βρίσκεται στα δεξιά του και στα αριστερά του. Ένας συμμετέχων δηλώνει μια δυσλειτουργική σκέψη και τραβάει το σκοινί στα δεξιά του, το οποίο προκαλεί τη δήλωση ενός δυσάρεστου συναισθήματος που προέρχεται από την δυσλειτουργική σκέψη. Ακολουθεί το τραβήγμα του σκοινιού από τον δεύτερο συμμετέχοντα στον τρίτο, ο οποίος πρέπει να κατονομάσει μια αντίστοιχη του συναισθήματος συμπεριφορά (5), γ) μέσω της μεθόδου «lose your bruise» (22), με τη χρήση σπαθιού και ασπίδας. Ο θεραπευτής πετάει μπάλες στο παιδί και ταυτόχρονα εκφωνεί αρνητικές δηλώσεις προερχόμενες από το ίδιο το παιδί (π.χ. σ' ένα παιδί που λέει ότι είναι χαζό (negative self-talk), ο θεραπευτής πετώντας τη μπάλα του λέει «είμαι χαζός»). Το παιδί πρέπει να αποκρούσει τις μπάλες με την ασπίδα και το ξίφος, λέγοντας στην θέση των αρνητικών δηλώσεων άλλες θετικές (π.χ. «είμαι καλός στα μαθηματικά», όχι απαραίτητα το ακριβώς αντίθετο της αρχικής δήλωσης του παιδιού). Με τον τρόπο αυτό, χρησιμοποιώντας το νου και το σώμα, τα παιδιά εξωτερικεύουν τις σκέψεις τους και νιώθουν πιο δυνατά. Διδάσκονται επίσης πώς η άμυνα (ασπίδα) παρέχει καλύτερη προστασία από την επίθεση (σπαθί – ξίφος). Η συγκεκριμένη τεχνική μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε πολλές περιπτώσεις, όπως στο άγχος (π.χ. «ίσως πάρω 100 στο τεστ» αντί «πρέπει να πάρω 100 στο τεστ») και σε περιπτώσεις κακοποίησης που το παιδί πιστεύει τα ψέματα που του είπε ο δράστης (π.χ. «δεν έκανα κάτι κακό» ή «δεν είναι δικό μου λάθος», αντί «εγώ φταίω, είναι δικό μου λάθος»), δ) με την τεχνική της «καυτής καρέκλας» (hot seat) (5), παρόμοιας με την τεχνική «lose your bruise», στην οποία ένα παιδί από την ομάδα κάθεται στην «καυτή καρέκλα», ενώ τα υπόλοιπα παιδιά της ομάδας του φωνάζουν αρνητικές σκέψεις. Το παιδί στην «καυτή καρέκλα» πρέπει αμέσως να απαντάει με θετικές σκέψεις. Ένα άλλο μέλος της ομάδας παίρνει το ρόλο του προπονητή, που βοηθά το παιδί στην καυτή καρέκλα να απαντήσει, ε) με τη χρήση διαδραστικών μεταφορών ή ιστοριών, οι οποίες μπορούν να διδάξουν λειτουργικούς τρόπους σκέψης. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η μεταφορά: «καλός-κακός προπονητής» (5), στην οποία τα παιδιά δηλώνουν ποιος είναι ο αγαπημένος τους αθλητής και απαντούν στην ερώτηση αν ο συγκεκριμένος αθλητής παίζει κάθε φορά το ίδιο καλά. Ακολουθούν ερωτήσεις για το τι πιστεύει το παιδί ότι θα έλεγε στον αθλητή ένας κακός προπονητής σε μια άσχημη εμφάνιση και το τι θα του έλεγε ένας καλός προπονητής και οι απαντήσεις καταγράφονται σε αντίστοιχες καρτέλες. Μετά την καταγραφή, εξηγείται στο παιδί ότι μέσα στο κεφάλι του υπάρχει μια φωνή (όπως του προπονητή) που του μιλάει κατ'

² Αναλυτικότερη αναφορά γίνεται παρακάτω, στο κομμάτι «Θεραπευτικά προγράμματα»

Αρχικό στάδιο -προετοιμασία παιδιού για τη θεραπεία	Στάδιο αξιολόγησης προβλημάτων (διάγνωση – διαφοροδιάγνωση)	Στάδιο ψυχο-εκπαίδευσης	Στάδιο γνωσιακής αναδόμησης	Στάδιο εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες και στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων	Συστηματική απευαισθητοποίηση - Διαχείριση θυμού	Εκπαίδευση στη χαλάρωση/ Διαφραγματική αναπνοή
Χρήση παραμυθιών – ιστοριών από τους γονείς για την προετοιμασία του παιδιού για τη θεραπεία	Συμπλήρωση ημιτελών προτάσεων από τα παιδιά (sentence completion tests και puppet sentence completion tasks)	Χρήση κούκλων, οι οποίες εξιστορούν τις απαραίτητες πληροφορίες	Χρήση ντόμινο (dominoes) τοποθετημένων σε κύκλο, για εξήγηση της σύνδεσης σκέψη-συναίσθημα-συμπεριφορά	Παιχνίδι «coring fish», κάρτες ψαριών που το παιδί ψαρεύει και στην πίσω πλευρά τους έχουν λειτουργικούς και δυσλειτουργικών τρόπους αντιμετώπισης καταστάσεων - προβλημάτων	Παιχνίδι και ζωγραφική για εκδρομάτιση φοβικών ή στρεσογόνων καταστάσεων:α) τέρατα με καπέλα (Party huts on monsters), β) ζωγραφιά εφιάλτη (draw your bad dream)	Χρήση σαπουνόφουσκας (για να δημιουργήσει μια μεγάλη σαπουνόφουσκας το παιδί προτρέπεται να εισπνεύσει από τη μύτη και να εκπνεύσει πολύ αργά από το στόμα)
	Ζωγραφική (ανθρώπου, οικογένειας, δέντρου)	Χρήση καρτών με σύντομες περιγραφές, αντί φυλλαδίου	Χρήση σκιοινιού που το τραβάει ο ένας κι επηρεάζει τους διπλανούς, για εξήγηση της σύνδεσης σκέψη-συναίσθημα-συμπεριφορά	Χρήση κουνιόθεατρου, όπου οι κούκλες αναπαράγουν παρόμοια προβλήματα με αυτά που αντιμετωπίζει το παιδί και δείχνουν πιθανούς τρόπους αντιμετώπισης	Ιστορίες με τους αγαπημένους ήρωες των παιδιών να αντιμετωπίζουν αντίστοιχες δυσκολίες με αυτές του παιδιού- ταύτιση κι ενθάρρυνση του παιδιού να τους μιμηθεί	Μπουρμπούληθρες σε ποτήρι (το παιδί καλείται να εισπνεύσει από τη μύτη και να εκπνεύσει με καλαμάκι από το στόμα μέσα σ' ένα ποτήρι με νερό ώστε να μην δημιουργηθούν μπουρμπούληθρες
	Ομόκεντροι κύκλοι (το παιδί τοποθετείται στον κεντρικό κύκλο και συμπληρώνει στους υπόλοιπους ποια άτομα νιώθει κοντά του)	Χρήση εικόνων (ζωγραφίες ή φωτογραφίες), για απεικόνιση των συμπτωμάτων	Μέθοδος «lose your bruise»- χρήση σπαθιού κι ασπίδας για απόκρουση μπαλών-αρνητικών σκέψεων	Χρήση παραμυθιών που εξιστορούν αντίστοιχες καταστάσεις με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπο το παιδί και τρόπους που ο ήρωας τις επιλύει	«Τα μπαλόνια της οργής», για σωστή έκφραση του θυμού	
		Χρήση ιστοριών, που περιγράφουν συμπτώματα και τρόπους αντιμετώπισης	Τεχνική «καντής καρέκλας» (hot seat), όποιος κάθεται στην οποία πρέπει να απαντά σε αρνητικές σκέψεις που του εκφωνούν οι υπόλοιποι με άλλες θετικές	Το Δελτίο Ειδήσεων (το παιδί ως ειδικός σε δελτίο ειδήσεων απαντά και βρίσκει λύσεις σε θέματα που το απασχολούν)	«Το τρελό παιχνίδι», παιχνίδι με τουβλάκια, στο οποίο το παιδί κατασκευάζει πύργο με τούβλα καθένα από τα οποία αντιπροσωπεύει μια κατάσταση που το έχει θυμώσει κι έπειτα ρίχνει τον πύργο	
		Ψυχοεκπαίδευση συναισθημάτων με χρήση παιχνιδιών: α) παιχνίδι λέξεων με συναισθήματα (The feeling word game) β) χρωματίζοντας τη ζωή σου (Colour-your-life)	Χρήση διαδραστικών ιστοριών – μεταφορών, όπως ο «καλός – κακός προπονητής», για εκπαίδευση σε πιο λειτουργικούς τρόπους σκέψης			

Πίνακας 2. Τρόποι ένταξης του παιχνιδιού στα στάδια της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας παιδιών κι εφήβων

αντίστοιχο τρόπο και ανάλογα με τις δηλώσεις που κάνει (θετικές – αρνητικές) τον κάνει να νιώθει και διαφορετικά, ζ) με το «βάρη και μπαλόνια», (weights and balloons) (21), παιχνίδι στο οποίο ο θεραπευτής καλεί το παιδί να απαριθμήσει αρνητικές σκέψεις του και για κάθε μια από αυτές του δίνει να κρατήσει κάτι βαρύ (τουβλάκια, πέτρες κ.τ.λ.), εξηγώντας πως οι αρνητικές σκέψεις τελικά επηρεάζουν το συναίσθημα. Στη συνέχεια, επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία, με το παιδί να απαριθμεί θετικές σκέψεις κι ο θεραπευτής να του δίνει κάτι ελαφρύ (π.χ. μπαλόνια).

Δεξιότητες αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων και στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων μπορούν να διδαχθούν στα παιδιά μέσω παιχνιδιών και δραστηριοτήτων. Ένα τέτοιο παιχνίδι είναι το «coping fish» (4), το οποίο αποτελείται από χάρτινες εικόνες ψαριών με μαγνήτες στο στόμα, που στην πίσω τους όψη έχουν εικόνες παιδιών που εμπλέκονται σε στρατηγικές αντιμετώπισης (άλλες χρήσιμες, άλλες όχι), συνοδευόμενες και από το όνομα της κάθε στρατηγικής. Τα παιδιά προτρέπονται «να πάνε για ψάρεμα» και να αποφασίσουν αν θα κρατήσουν τα ψάρια που πιάνουν ή όχι, προσπαθώντας ταυτόχρονα να μην ξαναπιάνουν τα ψάρια που άφησαν, ανάλογα με το αν η στρατηγική που είναι εγγεγραμμένη πίσω από κάθε ψάρι τα κάνει να αισθάνονται καλύτερα ή χειρότερα.

Η συστηματική απευαισθητοποίηση μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση παιχνιδιών και ευχάριστων δραστηριοτήτων, καθώς το παιχνίδι μπορεί να βοηθήσει στην αποσύνδεση του ερεθίσματος από τις δυσλειτουργικές απαντήσεις. Τα παιδιά μέσω του παιχνιδιού και της ζωγραφικής εκδραματίζουν καταστάσεις, αποκτώντας έλεγχο σε αυτές. Επίσης, οι ιστορίες με θέματα και ήρωες που τα παιδιά μπορούν να ταυτιστούν, τα βοηθάει να μην νιώθουν μόνα (καθώς κι άλλοι έχουν αισθανθεί και βιώσει τα ίδια μ' εκείνα) και τους δίνει ιδέες για τρόπους αντιμετώπισης προβλημάτων (17).

Η αναγνώριση του θυμού ως ενός συνηθισμένου κι αποδεκτού συναισθήματος και η εκμάθηση κατάλληλων τρόπων έκφρασής του (λεκτικά ή/και κιναισθητικά) μπορούν να πραγματοποιηθούν με τη χρήση παιχνιδιών όπως τα «μπαλόνια της οργής» (balloons of anger) και το «τρελό παιχνίδι» (the mad game) (21)³.

Θεραπευτικά προγράμματα

Ορισμένα από τα πιο γνωστά θεραπευτικά προγράμματα που συνδυάζουν την ΠΘ με την ΓΣΘ παρουσιάζονται παρακάτω. Στο παρόν άρθρο έχουν ταξινομηθεί βάσει των διαταραχών στις οποίες στοχεύει η δράση τους, είτε προληπτικά είτε θεραπευτικά.

Συναισθηματικές / αγχώδεις διαταραχές

1) Το πρόγραμμα Friends (23), αποτελεί το κυρίαρχο και πλέον χρησιμοποιούμενο σήμερα πρόγραμμα πρόληψης άγχους, βοηθώντας τα παιδιά, 6 έως 11 ετών, και τους εφήβους, 12 έως 16 ετών, να αντιμετωπίσουν συναισθήματα φόβου, ανησυχίας και κατάθλιψης. Διδάσκονται γνωσιακές και συναισθηματικές δεξιότητες και ενισχύουν την αυτοπεποίθηση και την συναισθηματική ανθεκτικότητά τους (24). Στην Ελλάδα το αντίστοιχο

πρόγραμμα έχει αναπτυχθεί από τις Ψύλλου και Ζαφειροπούλου και λέγεται «Τα Φιλαράκια» (25). Αργότερα, το πρόγραμμα τροποποιήθηκε ώστε να απευθύνεται προληπτικά και σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, 4 έως 6 ετών (25). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το έχει αναγνωρίσει ως το μόνο εμπειρικά τεκμηριωμένο πρόγραμμα, αποτελεσματικό στη μείωση του άγχους, ως μια παγκόσμια και στοχευμένη παρέμβαση (27). Περιλαμβάνει 10 συνεδρίες με το παιδί, 2 αναμνηστικές συνεδρίες και 4 συνεδρίες με τους γονείς⁴. Η λέξη «friends» είναι ένα ακρώνυμο που περιλαμβάνει τα αρχικά των βασικών βημάτων που πρέπει να θυμούνται τα παιδιά [F: Feelings (talk about your feelings and care about other people's feelings); R: Relax (remember to relax. Have a quiet time); I: I can do it! (I can try my best!); E: Encourage (explore solutions and coping step plans); N: Now reward yourself! You've done your best! ; D: Don't forget to practice; S: Smile! Stay calm and talk to your support networks] (26). Η αποτελεσματικότητα του παρόντος ομαδικού προγράμματος έχει αποδειχθεί ερευνητικά (24).

2) Το πρόγραμμα «Cool kids» (28) αναπτύχθηκε και εφαρμόζεται από το Πανεπιστήμιο Macquarie της Αυστραλίας από το 1993. Διδάσκει στα παιδιά και στους γονείς τους πώς να διαχειρίζονται καλύτερα το άγχος. Απευθύνεται σε παιδιά και εφήβους, ηλικίας 7 έως 17 ετών και μπορεί να εφαρμοστεί είτε σε ατομικό είτε σε ομαδικό επίπεδο. Περιλαμβάνει 12 μονώρες (ατομικές) ή δίωρες (ομαδικές) συνεδρίες, στην διάρκεια των οποίων πραγματοποιείται ψυχοεκπαίδευση, γνωσιακή αναδόμηση, γονεϊκές δεξιότητες, έκθεση, εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες και βελτίωση των στρατηγικών αντιμετώπισης δυσκολιών (29). Έχουν αναπτυχθεί διάφορες εκδοχές του παρόντος προγράμματος, όπως αυτή μέσω ίντερνετ, τηλεφώνου ή cd rom για εξ' αποστάσεως παρακολούθηση, ενώ έχει μεταφραστεί και σε άλλες γλώσσες εκτός της Αγγλικής. Πολλές μελέτες τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος, με τουλάχιστον μια να δείχνει τη διατήρηση των θετικών αποτελεσμάτων ένα χρόνο μετά το τέλος της παρέμβασης (30).

Εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς Διαχείριση θυμού – επιθετικότητας – διαταραχής διαγωγής:

1) Το πρόγραμμα «Coping Power» (31), απευθύνεται σε παιδιά που μεταβαίνουν από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο και εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά. Από τα δύο κύρια συστατικά μέρη του προγράμματος, το πρώτο εφαρμόζεται στους γονείς ή/και στους δασκάλους και περιλαμβάνει εκπαίδευση σε συμπεριφοριστικές τεχνικές και το δεύτερο εφαρμόζεται στα παιδιά με εκπαίδευση σε ΓΣ τεχνικές, χρησιμοποιώντας δομημένες τεχνικές παιχνιδιού, όπως κούκλες, παιχνίδια ρόλων κ.α.. Διαρκεί 18 μήνες, με εβδομαδιαίες ομαδικές συναντήσεις. Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος έχει βρεθεί σε περιπτώσεις χρήσης ουσιών και παραβατικότητας, με διατήρηση των θεραπευτικών αποτελεσματικών ένα χρόνο μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης (31, 32).

2) Το πρόγραμμα «Getting along and keeping cool» (33) αποτελεί ένα ομαδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης και εξάσκησης σε

³ Για περισσότερες τεχνικές και δημιουργικές παρεμβάσεις βλέπε: Hall, Kaduson, Schaefer (21) και στο Favourite therapeutic activities for children and teens (52).

⁴ Το πρόγραμμα Friends, αποτελεί μετεξέλιξη του προγράμματος Coping Cat, που δημιουργήθηκε από τον Philip Kendall (37), στο πανεπιστήμιο Temple της Φιλαδέλφειας ΗΠΑ. Στην Αυστραλία το ίδιο πρόγραμμα μετονομάστηκε σε coping koalas, ενώ στον Καναδά σε coping bears.

δεξιότητες με στόχο τον έλεγχο της επιθετικότητας σε νέους. Αναπτύχθηκε και εφαρμόζεται από το Κέντρο Κλινικών Παρεμβάσεων της Δυτικής Αυστραλίας, ενώ το υλικό του προγράμματος διατίθεται ελεύθερα από το Κέντρο. Περιλαμβάνει 8 ομαδικές συνεδρίες, μετά το πέρας των οποίων, στις περιπτώσεις που τα παρουσιαζόμενα προβλήματα είναι πιο περιπλεγμένα, μπορούν να ακολουθήσουν και ατομικές συνεδρίες. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα βασίζεται στο ΓΣ μοντέλο του Novaco (34) για τον θυμό και την επιθετικότητα. Τα κύρια συστατικά του προγράμματος παρέχονται μέσω ψυχοεκπαίδευσης, αυτοπαρατήρησης, ομαδικών συζητήσεων, φυλλαδίων, βίντεο και παιχνιδιών ρόλων. Το πρόγραμμα έχει δοκιμαστεί σε εννιάχρονα αγόρια, στο σχολικό περιβάλλον τους. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε για να στηρίξει την αποτελεσματικότητά του, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες, στην ολοκλήρωση του προγράμματος, είχαν μειώσει τις επιθετικές τους αντιδράσεις απέναντι σε προκλητικά για εκείνους γεγονότα κι ένιωθαν καλύτερα με τις αντιδράσεις τους (35).

3) Η θεραπεία αλληλεπίδρασης παιδιού – γονέα (Parent Child Interaction Therapy - PCIT) (36) για την αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς σε παιδιά ηλικίας 2-8 ετών, ενσωματώνει προσεγγίσεις ενδυνάμωσης της σχέσης με συμπεριφορικές προσεγγίσεις. Περιλαμβάνει δύο φάσεις, μια κατευθυνόμενη από το παιδί, που έχει ως στόχο την ενίσχυση του δεσμού γονέα – παιδιού, αυξάνοντας την «θετική γονεϊκότητα» και βελτιώνοντας τις κοινωνικές δεξιότητες του παιδιού και μια φάση κατευθυνόμενη από τους γονείς, η οποία εστιάζει στην βελτίωση των γονεϊκών προσδοκιών, στην ικανότητά τους να θέτουν όρια, στην συνεπή και δίκαιη πειθαρχία και στην μείωση της μη υπακοής ή άλλων αρνητικών συμπεριφορών του παιδιού. Η κατά μέσο όρο διάρκεια του προγράμματος είναι 13 συνεδρίες. Η αποτελεσματικότητά του έχει βρεθεί σε αρκετές έρευνες (37), με διατήρηση των θετικών αποτελεσμάτων μέχρι και 6 χρόνια μετά το τέλος της παρέμβασης (38) και με γενίκευση των αποτελεσμάτων και στο σχολικό περιβάλλον, όσον αφορά τα προβλήματα διαγωγής (39).

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα:

Το πρόγραμμα «Kids Together» (40) είναι ένα ομαδικό πρόγραμμα εννέα δώρων συνεδριών για παιδιά ηλικίας 5-16 ετών, με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα. Επιστρατεύονται σε αυτό η χρήση κούκλων, πηλού, ιστοριών και άλλων μέσων τέχνης, για την εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες. Η αποτελεσματικότητά του έχει εξεταστεί και επιβεβαιωθεί και στην αντιμετώπιση κοινωνικών, συναισθηματικών και συμπεριφοριστικών δυσκολιών σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 5-18 ετών (41).

Διαταραχή μετατραυματικού στρες – τραύμα – σεξουαλική κακοποίηση:

1) Το «Game – Based CBT Group Program» (42, 43) αποτελεί μια ομαδική θεραπευτική παρέμβαση για παιδιά και εφήβους που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά. Συνδυάζει αρχές της εστιασμένης στο τραύμα ΓΣΘ με την ΠΘ και την ομαδική θεραπεία. Τα δομημένα παιχνίδια που περιλαμβάνει εστιάζουν στην εκμάθηση και απόκτηση κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων, ώστε να βοηθήσουν τα παιδιά να αντιμετωπίσουν τις τραυματικές αντιδράσεις, προβλήματα στη συμπε-

ριφορά και άλλα αρνητικά συμπτώματα (όπως κατάθλιψη, άγχος, χαμηλή αυτοεκτίμηση). Το ομαδικό πρόγραμμα ολοκληρώνεται εντός 12 συνεδριών, αλλά δύναται να εφαρμοστεί και σε ατομικό επίπεδο (σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 4-17 ετών), ώστε να καλύψει τις εξατομικευμένες ανάγκες κάθε παιδιού (44). Το πρόγραμμα έχει βρεθεί να είναι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της μετατραυματικής διαταραχής στρες, του άγχους, της κατάθλιψης, αλλά και εξωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς (όπως διάσπαση προσοχής, υπερκινητικότητα, επιθετικότητα) (43,45).

2) Η «Trauma Focused Play Therapy» (46) αποτελεί ακόμα μια θεραπεία που προέρχεται από τον συνδυασμό στοιχείων της ΠΘ με τη ΓΣΘ, για την αντιμετώπιση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Σε αυτή, προσεκτικά επιλεγμένα παιχνίδια λειτουργούν ως σύμβολα της τραυματικής εμπειρίας, μέσω των οποίων τα παιδιά την εκδραματίζουν. Απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 5-17 ετών και τους γονείς τους και περιλαμβάνει 12 δομημένες εβδομαδιαίες συνεδρίες, στις οποίες τα παιδιά περνούν από τρεις φάσεις, α) εγκαθίδρυση ασφάλειας, β) εστίαση στο τραυματικό υλικό και επεξεργασία αυτού, γ) κοινωνική επανασύνδεση και προσανατολισμό στο μέλλον. Ωστόσο, δεν έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες για να στηρίξουν την επιστημονική τεκμηρίωση της μεθόδου (47).

Εκπαίδευση στην γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία:

«Το κυνήγι του θησαυρού» (48), αποτελεί το πρώτο ηλεκτρονικό παιχνίδι γνωσιακής συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης, που στοχεύει στην εξοικείωση των παιδιών ηλικίας 9-12 ετών με τις βασικές αρχές της ΓΣΘ. Δημιουργήθηκε από το Πανεπιστήμιο της Ζυρίχης το 2008 και στα ελληνικά μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε από το Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς. Περιλαμβάνει μια εισαγωγή, 5 ενότητες – παιχνίδια και μια τελική επαναληπτική ενότητα, οι οποίες βαθμιαία εισάγουν τα παιδιά στις βασικές αρχές του ΓΣ μοντέλου και τα εξοικειώνουν με αυτές. Τα παιδιά μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τα συναισθήματα, να συνδέουν σκέψεις με συναισθήματα και συμπεριφορές, να διαχωρίζουν θετικές από αρνητικές σκέψεις και να βρίσκουν εναλλακτικές σκέψεις για τις αρνητικές. Έχει πραγματοποιηθεί μια πρώτη αξιολόγηση της χρησιμότητάς του (πilotικού χαρακτήρα έρευνα), μετά τη προσαρμογή του στα Ελληνικά, η οποία έδειξε θετικά αποτελέσματα (το παιχνίδι βρέθηκε βοηθητικό για την επεξήγηση των ΓΣ εννοιών, για την αύξηση του κινήτρου του παιδιού και τη συνεργασία του και για την ενδυνάμωση της θεραπευτικής σχέσης) (48). Τα παρόντα ευρήματα είναι παρεμφερή με την έρευνα που διεξήγαγε η Brezinka, δημιουργός του παιχνιδιού (49). Διατίθεται δωρεάν σε ψυχοθεραπευτές παιδιών και εφήβων, που έχουν παρακολουθήσει ένα ειδικό σεμινάριο εξοικείωσης με αυτό. Είναι επίσης διαθέσιμο στην Αγγλική, Γερμανική και Ολλανδική γλώσσα.

Συζήτηση

Εστιάζοντας στις διαφορετικές πτυχές του παιχνιδιού (μέσο επικοινωνίας, συναισθηματικής ευεξίας, κοινωνικής αλληλεπίδρασης και ενίσχυσης της αίσθησης εαυτού) (13), καταλαβαίνει κανείς πολύ πιο συνειδητά τη σημασία του στη ζωή και την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών. Το παιχνίδι βοηθάει τους γονείς (όπως και τους θεραπευτές) να καλύπτουν τις βασικές ανάγκες των παιδιών, όπως της ενσυναίσθησης, της

ξεστασιάς, της κατανόησης, της προστασίας και της καθοδήγησης (50). Ένας γονέας που έχει την ικανότητα να μοιράζεται στιγμές απόλαυσης με το παιδί του, ώστε εκείνο να νιώθει ότι αυτός που αγαπά (ο γονέας) απολαμβάνει να βρίσκεται μαζί του και το αποδέχεται γι' αυτό ακριβώς που είναι (και κατ' αναλογία ένας θεραπευτής που μπορεί να μοιραστεί ανάλογες στιγμές με τους θεραπευόμενούς του) συμβάλλει στη διαδικασία ανάπτυξης και αλλαγής (50). Η δε ικανότητα για χαρά και παιχνίδι μαθαίνεται στα παιδιά κι η μάθηση αυτή εξαρτάται από την ικανότητα των γονέων να βιώνουν χαρά και να τη μοιράζονται με τα παιδιά τους (51) (ικανότητα που και οι γονείς μπορούν να διδαχτούν στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαδικασίας). Επομένως, θεωρούμε ιδιαίτερα βοηθητική τη δυνατότητα ένταξης του παιχνιδιού στη ΓΣΘ, κυρίως για παιδιά ηλικίας 4-12 ετών. Αποτέλεσμα αυτής της ένταξης-συνδυασμού είναι η ΓΣΠΘ. Η τελευταία αποτελεί έναν τρόπο να καλυφθούν οι αναπτυξιακές ανάγκες της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, εμπλέκοντας παιδιά και εφήβους δημιουργικά στην ψυχοθεραπεία. Μέσω του παιχνιδιού, η γνωσιακή αλλαγή επιτυγχάνεται με έμμεσο τρόπο, ενώ πιο λειτουργικές συμπεριφορές εντάσσονται στο ρεπερτόριο των παιδιών. Οι δραστηριότητες που βασίζονται στο παιχνίδι χρησιμοποιούνται ως εργαλεία για την εκμάθηση απαραίτητων δεξιοτήτων και στρατηγικών αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων. Επιπλέον, μέσω του παιχνιδιού, οι ανωτέρω δεξιότητες και στρατηγικές παρουσιάζονται με πιο ελκυστικό και ευχάριστο τρόπο, με αποτέλεσμα να διευκολύνεται η εκμάθηση και η εμπέδωση αυτών. Τόσο στην περίπτωση των παιδιών όσο και στην περίπτωση των εφήβων, ο συγκερασμός των δυο ειδών ψυχοθεραπείας (ΓΣΘ και ΠΘ) στοχεύει στην καλύτερη συμμετοχή/εμπλοκή τους στη θεραπεία και στην αύξηση του κινήτρου τους γι' αυτή. Ο τρόπος με τον οποίο όμως το παιχνίδι εντάσσεται στη ΓΣΘ παιδιών κι εφήβων παρουσιάζει διαφορές ανάλογα με την ηλικία των συμμετεχόντων. Τα μικρότερα παιδιά χρειάζονται δραστηριότητες που περιλαμβάνουν λιγότερο γράψιμο ή λεκτική έκφραση, ενώ μεγαλύτερα παιδιά κι έφηβοι ανταποκρίνονται καλύτερα σε γραπτές ή λεκτικές δραστηριότητες. Η χρήση υλικών, όπως κούκλες, μαριονέτες, πηλός, άμμος, μπαλόνια, πλαστελίνη, μπορεί να φανεί παιδική στους εφήβους, ενώ τα μικρότερα παιδιά είναι εξοικειωμένα με αυτά τα υλικά, δεδομένης της παρουσίας τους στην καθημερινότητά τους. Σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις, οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται τροποποιούνται και προσαρμόζονται στο αναπτυξιακό και ηλικιακό στάδιο κάθε παιδιού. Υπάρχουν όμως και τεχνικές και δραστηριότητες που θεωρούνται ελκυστικές σε όλες τις ηλικίες, χωρίς σημαντικές τροποποιήσεις (σχέδιο-ζωγραφιά, εικόνες για περιγραφή συμπτωμάτων, παιχνίδια ρόλων, εκδραματίσεις).

Μια σειρά από ομαδικά ή/και ατομικά προγράμματα ΓΣΠΘ, που χρησιμοποιούνται στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό για την πρόληψη και αντιμετώπιση ψυχολογικών δυσκολιών, έχουν ερευνηθεί και στηρίζονται από επιστημονικά δεδομένα. Κάποια προγράμματα όμως, όπως η εστιασμένη στο τραύμα ΠΘ ή το κνήγι του θησαυρού, παρότι υποσχόμενα και με ενθαρρυντικά στο παρόν ευρήματα, στερούνται επαρκών ερευνητικών στοιχείων τεκμηρίωσης της αποτελεσματικότητάς τους.

Το πρόγραμμα Friends είναι από τα λίγα που, με κατάλληλες τροποποιήσεις, απευθύνεται στο μεγαλύτερο ηλικιακό εύρος συμμετεχόντων (4-16 ετών). Ωστόσο, κάποια άλλα προγράμματα, όπως τα προγράμματα για την διαχείριση κι αντιμετώπι-

ση της επιθετικότητας, απευθύνονται κυρίως σε εφήβους.

Επιπρόσθετα, ενδιαφέρον παρουσιάζει να δούμε ποια από αυτά τα προγράμματα μπορούν να εφαρμοστούν, με κατάλληλες τροποποιήσεις, και σε παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού. Για την θεραπεία αλληλεπίδρασης παιδιού-γονέα (PCIT), έχει πραγματοποιηθεί έρευνα που δείχνει την επιτυχή προσαρμογή του προγράμματος στον συγκεκριμένο πληθυσμό (53), ενώ αντίστοιχες έρευνες φαίνεται να μην έχουν πραγματοποιηθεί για τα υπόλοιπα προγράμματα που παρουσιάστηκαν.

Επομένως, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να στραφούν στην ανάπτυξη περισσότερων θεραπευτικών προγραμμάτων ΓΣΠΘ, που να απευθύνονται σε μεγαλύτερο ηλικιακό εύρος παιδιών και σε μεγαλύτερο εύρος διαταραχών. Όσα περισσότερα παιχνίδια και τεχνικές παιχνιδιού διαθέτει ένας ΓΣΘ θεραπευτής, τόσο πιθανότερο είναι να διαλέξει το κατάλληλο παιχνίδι ή την κατάλληλη τεχνική για να βοηθήσει το παιδί λαμβάνοντας υπόψη τις εξατομικευμένες ανάγκες του.

Playing and its role in Cognitive Behavioral Therapy

Syntila, I. ¹, Aggeli, K. ¹

¹Institute of Behavior Research and Therapy

Correspondence: Ioanna Syntila, Institute of Behavior Research and Therapy, Aioulou str. 102, 10564, Athens.
E-mail: jsyntila@hotmail.com,
Tel: +30 6946270814

Abstract

Background: The integration of cognitive and behavioral strategies with play therapy techniques leads to the existence of a new sort of therapy, cognitive behavioral play therapy (CBPT). This therapy is structured, goal-oriented, collaborative with the child/teen and their families and can be guided by both child and therapist. **Objective:** The aim of this study is to describe the role and the utility of play in cognitive and behavioral psychotherapy of children and teenagers, to analyze the way in which the components of both therapies are blended and to present some of the most known individual or group psychotherapeutic programs in the field of cognitive and behavioral play therapy. **Method:** We identified published reports using electronic database searches and reference lists of published studies and reviews. **Keyword searches** were conducted (specifically, cognitive behavioral therapy, play therapy, play therapy techniques, cognitive behavioral play therapy, therapeutic programs). **Results:** CBPT is a developmentally flexible treatment for young children and teenagers. It doesn't expect much regarding verbalizations by the child and mostly relies on experiential approaches, which is very helpful in cases of unmotivated children, younger children (who can't express themselves verbally) or children that lack the developmental ability to understand traditional CBT techniques. The core structure of cognitive behavioral

therapy remains unmodified as play and play techniques are incorporated in it, but there are changes in the ways in which every stage is completed. With the use of dolls, figures and art materials (play in general), cognitive change is communicated indirectly and more adaptive behaviors can be introduced to the child or teenager. Modeling, role playing, acting out, coping skills, generalization of the therapeutic gains and relapse prevention are important components of CBPT. Structured cognitive and behavioral play therapy programs for prevention and treatment of psychological problems (such as sexual abuse, trauma, anxiety disorders, aggression, emotional regulation, social skills development), at individual or group level, provide a useful tool for experts who work with children, adolescents and their families. Discussion: The power of play is fundamental not only in the therapeutic process, but generally in children's life and development. It offers joy, expression of feelings, communication, social interaction, competence and sense of self. CBPT has been successful in addressing issues connected to a variety of problems. However, some of its therapeutic programs lack the research data that are needed or are designed to address to specific child age categories, which may be the field of future research.

Key words: play, play therapy, cognitive behavioral therapy, cognitive behavioral play therapy, child, teenager

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά την επόπριά μου, Κατερίνα Αγγελή, για όλη τη βοήθεια, γνώση και στήριξη που μου παρείχε, καθώς και το Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς για όλη τη γνώση, εκπαίδευση και κλινική εμπειρία που μου έχει δώσει. Τέλος, τη συνάδερφο και φίλη Ηδύλη Καματερού για την συμβολή της στην ηλεκτρονική πρόσβαση κι αναζήτηση στις βιβλιοθήκες του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης.

Βιβλιογραφία

[1] Beck JS. Cognitive Therapy: Basics and Beyond, 1995.
 [2] Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International University Press, 1976.
 [3] Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression: A treatment manual. New York: Guilford Press, 1979.
 [4] Knell S. Cognitive-behavioral play therapy. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1993. Στο Drewes AA. Integrating Play Therapy and Cognitive- Behavioral Therapy. Mining Report, 2009.
 [5] Drewes AA. Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques. NY: Wiley & Sons, 2009.
 [6] Wilson K, Ryan V. Play Therapy: A non-directive approach for children and adolescents. Second Edition. Elsevier, 2005.
 [7] Homeyer LE, Morrison MO. Play therapy. Practice, issues and trends. Am J Play. By the Board of Trustees of the University of Illinois, 2008.
 [8] Piaget J. Play, dreams and imitation. New York: W.W. Norton., 1962. Διαθέσιμο από: <http://jordanbpeterson.com/Psy230H/docs/2014/03Piaget.pdf>
 [9] Vygotsky L. The Role of Play in Development (pp. 92-104). In Mind in Society. (Trans. M. Cole). Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978. Available at: https://www.colorado.edu/physics/phys4810/phys4810_fa08/4810_readings/vygot_chap7.pdf
 [10] Winnicott D. Playing and reality. Routledge Classics, London and New York, 1971.
 [11] Association for Play Therapy (2008). Διαθέσιμο στο: <http://www.a4pt.org/?page=ClarifyingUseofPT>

[12] Schaefer CE. Curative factors in play therapy. J Prof Couns, 1999; 14 (1): 7-16.
 [13] Schaefer CE, Drewes AA. The therapeutic powers of play: 20 core agents of change. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, 2014.
 [14] Cerio J. Introduction to the special issue. J Prof Couns, 1999; 14 (1).
 [15] Blundon NJ, Scaefar CE. Play Therapy: Basic Concepts and Practices, in Foundations of Play Therapy, 2nd Ed. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, 2011; 3-14.
 [16] Bromfield RN. "Psychoanalytic play therapy." Foundations of play therapy. 2003; 1-13
 [17] Knell SM. Cognitive-behavioral play therapy. J Clin Child Psychol. 1998; 27(1): 28-33.
 [18] Haworth MR. Child psychotherapy: Practice and theory. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1964.
 [19] Knell SM. Puppet sentence completion task. Unpublished manuscript (1992). In Knell SM. Cognitive behavioral play therapy. Rowman & Littlefield publishers, inc. 1993; 95. Διαθέσιμο στο: <https://books.google.gr/books?id=eqLxEaSJp08C&pg=PA95&lpq=PA95&dq=puppet+sentence+completion+task+knell+1992&source>.
 [20] Knell SM, Dasari M. Cognitive – behavioral play therapy for children with anxiety and phobias. In Kaduson HG & Schaefer CE. Short-term play therapy for children. 2nd ed. The Guilford Press. NY. 2006; 22-59. Διαθέσιμο στο: <https://books.google.gr/books?id=wPREoqORGUQC&pg=PA22&dq=Cognitive+%E2%80%93+behavioral+play+therapy+for+children+with+anxiety+and+phobias>.
 [21] Hall TM, Kaduson HG, Schaefer CE. Fifteen effective play therapy techniques. Professional Psychology: Res Pract. 2002; 33 (6): 515-522.
 [22] Goodyear-Brown P. Play therapy technique: Lose your bruise. Διαθέσιμο στο: <http://utahplaytherapy.org/lose-bruise/>.
 [23] Barrett PM. Friends for Life Program – Group Leader's Workbook for Children (4th edn). Brisbane: Australian Academy Press, 2004. In Pahl KM, Barrett PM. Preventing anxiety and promoting social and emotional strength in preschool children: A universal evaluation of the Fun FRIENDS Program. Adv Sch Ment Health Prom. 2010; 3 (3).
 [24] Short AL, Barrett PM, Fox TL. Evaluating the FRIENDS Program: A cognitive behavioral group treatment for anxious children and their parents. J Clin Child Psychol. 2001; 30 (4): 525-535.
 [25] Ψύλλου Ρ, Ζαφειροπούλου Μ. Τα Φιλαράκια: Πώς να αντιμετωπίσουμε τα αρνητικά συναισθήματά μας. Πεδίο, Αθήνα, 2012.
 [26] Pahl KM, Barrett PM. Preventing anxiety and promoting social and emotional strength in preschool children: A universal evaluation of the Fun FRIENDS Program. Adv Sch Ment Health Prom. 2010; 3 (3).
 [27] World Health Organization. Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary Report. Part IV. Preventing mental disorders, Geneva, 2004; 42. Available at: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
 [28] Lyneham HJ, Schniering CA, Hudson JL, Rapee RM. The cool kids program – adolescent version. Macquarie University Anxiety Research Unit, Sydney, 2005. In Cunningham MJ, Wuthrich VM, Rapee RM, Lyneham HJ, Schniering CA and Hudson JL. The Cool Teens CD-ROM for anxiety disorders in adolescents: A pilot case series. Eur Child Adoles Psychiatry, 2009; 18 (2).
 [29] Cunningham MJ, Wuthrich VM, Rapee RM, Lyneham HJ, Schniering CA, Hudson JL. The Cool Teens CD-ROM for anxiety disorders in adolescents: A pilot case series. Eur Child Adoles Psychiatry, 2009; 18 (2).
 [30] Rapee RM. Group treatment of children with anxiety disorders: outcome and predictors of treatment response. Aust J Psychol, 2000; 52: 125-129.
 [31] Lochman JE, Wells KC, Murray M. The Coping Power program: Preventive intervention at the middle school transition. In Tolan P, Szapocznik J, Sambrano S (Eds.). Preventing youth substance abuse: Science-based programs for children and adolescents. American Psychological Association: Washington, DC. xiii, 265 pp. <http://dx.doi.org/10.1037/11488-008>, 2007; 185-210.
 [32] Lochman JE, Wells KC. Effectiveness of the Coping Power Program and of Classroom intervention with aggressive children: outcomes at a 1-Year Follow-up. Behav Ther, 2003; 34: 493-515.
 [33] Ανώθυμο, <http://www.cci.health.wa.gov.au/docs/Keeping-Cool.pdf> Centre for clinical interventions
 [34] Novaco RW. Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment. Lexington, MA: DC Heath, 1975. In Novaco RW, Renwick SJ. Anger Management. Common Language for Psychotherapy (clp) Procedures. Διαθέσιμο στο: www.commonlanguagepsychotherapy.org
 [35] Dwivedi K, Gupta A. "Keeping cool": anger management through group work. Support Learn, 2000; 15 (2).
 [36] Querido JG, Bearss K, Eyberg SM. Parent /child interaction therapy. Chapter 5, 2002. In Patterson T, Kaslow FW. (Eds). Comprehensive handbook of psychotherapy. 2. Cognitive-behavioral approaches. Wiley, 2002.

- [37] Eyberg SM, Funderburk BW, Hembree-Kigin TL, McNeil CB, Querido J, Hood KK. Parent-child interaction therapy with behavior problem children: one and two year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behav Ther*, 2001; 23 (4).
- [38] Hood K, Eyberg S. Outcomes of Parent-child Interaction Therapy: Mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *J Clin Child Adoles Psychol*, 2003; 32: 412-429. In Drewes AA. *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques*. NY: Wiley & Sons, 2009.
- [39] McNeil CB, Eyberg S, Eisenst TH, Newcomb K, Funderburk B. Parent-child interaction therapy with behavior problem children: Generalization of treatment effects to the school setting. *J Clin Child Psychol*, 1991; 20 (2): 140-151.
- [40] Hansen S, Meissler K, Ovens R. Kids together: A group play therapy model for children with ADHD symptomology. *J Child Adolesc Group Ther*, 2000; 10(4): 191-211. In Drewes AA. *Integrating play therapy and cognitive-behavioral therapy*. Clinical Editor Paris Goodyear-Brown, LCSW, RPT-S, 2009.
- [41] Hansen S. Kids Together Child and Adolescent Group Therapy Program: Evaluating a Therapeutic Change Process. A dissertation presented to faculty of the Fordham University Graduate School of Social Service, 2013. Umi number:3560671. Διαθέσιμο από: ProQuest LLC
- [42] Springer C, Misurell JR. Game-based cognitive-behavioral therapy: A model for elementary school aged survivors of child sexual abuse, 2013. Διαθέσιμο στο: <http://www.lianalowenstein.com/artProfGBCBT.pdf>
- [43] Misurell JR, Springer C, Tryon W. Game-based Cognitive – Behavioral Therapy (GB-CBT) group program for children who have experienced sexual abuse: A preliminary investigation. *J Child Sex Abuse*, 2011; 20(1): 14-36.
- [44] Springer C, Misurell JR. Game-based Cognitive-Behavioral Therapy Individual Model for Child Sexual Abuse. *Internat J Play Ther*, 2012; 21 (4): 188-201.
- [45] Springer C, Misurell JR. Game-based cognitive-behavioral therapy (GB-CBT): An innovative group treatment program for children who have been sexually abused. *J Child Adolesc Trauma*, 2010; 3: 163–180. In Misurell JR, Springer C, Tryon WW. *Game-based cognitive-behavioral therapy (GB-CBT) group program for children who have experienced sexual abuse: a preliminary investigation*. *J Child Sex Abuse*, 2011; 20: 14-36.
- [46] Gil E. *Helping abused and traumatized children*. New York: Guilford, 2006. Διαθέσιμο στο: <http://www.cebc4cw.org/program/trauma-focused-integrated-play-therapy/detailed>
- [47] Ανώνυμος. Keeping cool...Start at School: Program Profile. Διαθέσιμο στο <http://www.crimesolutions.gov/ProgramDetails.aspx?ID=392>
- [48] Σοφιανοπούλου Κ, Σοφιανοπούλου Α, Καλαντζή Αζίζι Α. Η Εφαρμογή σε θεραπευτικό πλαίσιο του ηλεκτρονικού θεραπευτικού παιχνιδιού για παιδιά “Το κνήγι του θησαυρού”. *Γνωσιακή-συμπεριφοριστική έρευνα και θεραπεία*, 2015; 1(2): 61-69.
- [49] Brezinka V. Computer games supporting cognitive behavior therapy in children. *CI Child Psychol and Psych*, 2014; 19(1):100-110. Available from www.treasurehunt.uzh
- [50] Lockwood G, Shaw I. Schema Therapy and the Role of Joy and Play. In *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research and Practice*, 1st Ed. John Wiley & Sons, Ltd., 2012.
- [51] Schore A. Affect Dysregulation and Disorders of the Self. New York: W.W. Norton, 2003. In Lockwood G, Shaw I. *Schema Therapy and the Role of Joy and Play*. In *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research and Practice*, 1st Ed. John Wiley & Sons, Ltd., 2012.
- [52] Lowenstein L. Favorite therapeutic activities for children and teens: Practitioners share their most effective interventions, MSW, Champion Pres, 2008.
- [53] Solomon M, Ono M, Timmer SG, Goodlin-Jones B. The effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for families of children on the autism spectrum. *J Autism Dev Disord*, 2008, 38(9): 1767-1776. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5519301/>

ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ: 22/02/2016 - ΕΓΙΝΕ ΑΠΟΔΕΚΤΗ: 16/11/2017

Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στην ενήλικη ζωή.

Προκόπη Ακριβή¹, Πεχλιβανίδης Αρτέμιος¹

¹ Α Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ: Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Αλληλογραφία: Προκόπη Ακριβή, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ: Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Βασιλίσσης Σοφίας 72-74, Αθήνα, 11528.

E-mail: vrokopri@hotmail.com, τηλ: 2107289254, 6937155151

Περίληψη

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) ενηλίκων αποτελεί μια κλινική οντότητα, η οποία επηρεάζει τη ζωή του πάσχοντος σε πολλαπλά επίπεδα. Συγκριτικά με τη ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία, η ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή έχει διερευνηθεί σε μικρότερο βαθμό τόσο προς την αιτιοπαθογένεια και διαγνωστική της αξιολόγηση, όσο και ως προς τη φαρμακευτική και ψυχοκοινωνική αντιμετώπισή της. Η πολυπλοκότητα του κλινικού συνδρόμου και η συχνή συνύπαρξη του με τις διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, τις αγχώδεις και τις συναισθηματικές διαταραχές και την κατάχρηση ουσιών δυσχεραίνει τη διάγνωση και θεραπεία. Η διάγνωση βασίζεται στη συστηματική αξιολόγηση της παρουσίας και επίπτωσης των συμπτωμάτων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, στην επίδρασή της τουλάχιστον σε δύο σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας και στην έναρξη των συμπτωμάτων στην παιδική ηλικία. Διαφοροδιαγιγνώσκεται, κυρίως, από τη διπολική διαταραχή και την οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

Ως φαρμακευτική θεραπεία πρώτης επιλογής θεωρούνται οι διεγέρτες του ΚΝΣ (μεθυλφαινιδάτη, δεξαμεταμίνη) και η ατομοξετίνη και ως δεύτερης ορισμένα αντικαταθλιπτικά. Ωστόσο, η φαρμακευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ ενηλίκων περιορίζει τα πυρηνικά συμπτώματα της ασθένειας σε ποσοστό 50% ή και λιγότερο. Οι μαρτυρίες των ασθενών, για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητα τους, ώθησαν στην ανάπτυξη διαφόρων τύπων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.

Στο παρόν άρθρο, μετά από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, συνοψίζονται οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, οι οποίες διαθέτουν μετρήσιμα αποτελέσματα (προ- μετά της παρέμβασης) και είναι γνωσιακού- συμπεριφορικού τύπου, οι οποίες εφαρμόζονται τόσο σε ατομικό, όσο και σε ομαδικό επίπεδο. Στο σύνολο τους, οι παρεμβάσεις έχουν καθορισμένη δομή και συγκεκριμένο αριθμό συνεδριών. Γενικότερα, οι υπάρχουσες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ ενηλίκων είναι οι εξής: Ψυχοεκπαίδευση, Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία, Καθοδήγηση (Coaching), Διαλεκτική- Συμπεριφορική θεραπεία (DBT), Ενσυνειδητότητα (Mindfulness). Το σύνολο των παρεμβάσεων εμφάνισαν θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των πυρηνικών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, καθώς και ως προς την αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οι ομαδικές παρεμβάσεις Γνωσιακού - τύπου μπορεί να θεωρηθούν ως πρώτη επιλογή, αφού συνδυάζουν αυξημένη αποτελεσματικότητα και είναι οικονομικά συμφέρουσες. Ωστόσο, είναι αναγκαία η διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών για τη γενίκευση των αποτελεσμάτων και τη βελτίωση της ποιότητας των υπάρχουσών παρεμβάσεων με τη διασφάλιση καλύτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

Λέξεις κλειδιά: διαταραχή ελλειμματικής προσοχής (ΔΕΠΥ), ενήλικες, θεραπεία

1. Εισαγωγή

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) κατά DSM5 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD)[1] ή Υπερκινητική Διαταραχή κατά ICD-10 (Hyperkinetic Disorder, HD)[2], στην ενήλικη ζωή είναι μια διάγνωση που προσφάτως αναγνωρίστηκε[3]. Η αναγκαιότητα της καλύτερης κατανόησης της ΔΕΠΥ ενηλίκων ώθησε τη διεξαγωγή ερευνών τόσο ως προς το κομμάτι της αιτιοπαθογένειας, της επιλογής της κατάλληλης διαγνωστικής αξιολόγησης, όσο και της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η θεραπευτική

αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ είναι πολυεπίπεδη με πρώτη επιλογή τη φαρμακοθεραπεία ως μέσο για την αντιμετώπιση των πυρηνικών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ[4]. Ωστόσο, η επιβάρυνση της νόσου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, τα ελλείμματα που αυτή προκαλεί σε σημαντικές δεξιότητες για τη ζωή και η μη αντιμετώπιση ασθενών με ανθεκτικά συμπτώματα οδήγησε στη συμπληρωματική χρήση ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων[5]. Στο παρόν κείμενο γίνεται αναφορά στις συνηθέστερες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

1.1. Κλινικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ ενηλίκων

Η ΔΕΠΥ είναι μια από τις συχνότερες ψυχιατρικές διαταραχές στην παιδική ηλικία[6]. Ενώ, η ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία έχει μελετηθεί εκτενώς, μειωμένη βαρύτητα έχει δοθεί στην ενήλικη ζωή, μολονότι τα μισά από αυτά τα παιδιά θα φέρουν τα συμπτώματα της διαταραχής και τη λειτουργική επιβάρυνση της καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους[7].

Η επίπτωση της ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή εμφανίζει μεγάλη διακύμανση (2-5 %), ανάλογα με τη μεθοδολογία της μελέτης και τον πληθυσμό, στον οποίο αναφέρεται[8,9]. Σε προοπτική μελέτη 119 νεαρών ενηλίκων, ηλικίας 19 ετών, με έναρξη ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία, ενώ τα συμπτώματα είχαν παρουσιάσει ύφεση στην ενηλικίωση, στο 90% των περιπτώσεων, η λειτουργικότητα παρέμενε επηρεασμένη[10].

Τα κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή κατά DSM-V[1], ανάλογα με τα συμπτώματα που προεξάρχουν, διακρίνουν τρεις υπότυπους της ΔΕΠΥ: Τον απρόσεκτο τύπο, τον υπερδραστήριο-παρορμητικό τύπο και το συνδυασμένο τύπο. Τα ICD-10[2] κριτήρια για την Υπερκινητική Διαταραχή (ΥΔ), όπως ορίζονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) προσδιορίζουν ένα υποσύνολο πιο βαριά πασχόντων ασθενών που πληρούν τα κριτήρια του συνδυασμένου τύπου κατά DSM5. Παράλληλα, τα κριτήρια του ICD-10 δεν δέχονται την ύπαρξη συννοσηροτήτων (όπως αγχώδεις διαταραχές ή κατάθλιψη).

Η κλινική εικόνα της ΔΕΠΥ ενηλίκων χαρακτηρίζεται από το υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας, με συχνότερες τις συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές, τις διαταραχές προσωπικότητας και τις αναπτυξιακές διαταραχές[11,12]. Επίσης, οι ενήλικες με ΔΕΠΥ εμφανίζουν παραβατική συμπεριφορά πιο συχνά σε σύγκριση με τους υγιείς ενήλικες, ενώ η διάγνωση της νόσου αυξάνεται στα ψυχιατρικά ιδρύματα των φυλακών[13]. Τέλος, η συννοσηρότητα με κατάχρηση ουσιών απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, λόγω των υψηλών ποσοστών εμφάνισης ΔΕΠΥ σε τέτοιους πληθυσμούς[14]. Το αλκοόλ και η κάνναβη, αποτελούν τις συχνότερα χρησιμοποιούμενες ουσίες και ακολουθούν η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες[15].

Οι προγνωστικοί παράγοντες για τη συνέχιση της συμπτωματολογίας ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή αναφέρονται στην ύπαρξη του συνδυασμένου τύπου της ΔΕΠΥ στην παιδική ζωή, στην ένταση των συμπτωμάτων, στη συννοσηρότητα (κυρίως με διαταραχές της διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές της επικοινωνίας) και στο οικογενειακό ιστορικό ΔΕΠΥ. Επίσης, οι ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και η ψυχοπαθολογία των γονέων ενυπάρχουν στους προγνωστικούς παράγοντες[16].

1.2. Διαγνωστική αξιολόγηση

Η διάγνωση της ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή είναι πολύπλοκο εγχείρημα, ειδικά αν δεν έχει τεθεί κατά την παιδική ηλικία. Βασίζεται σε συστηματική αξιολόγηση της παρουσίας και επίπτωσης των συμπτωμάτων, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και όχι σε απλή κλινική εντύπωση, που σχηματίζεται κατά τη διάρκεια μίας συνεδρίας. Για να τεθεί η διάγνωση αξιολογείται η έναρξη των συμπτωμάτων κατά την παιδική ηλικία, τα τρέχοντα συμπτώματα της ΔΕΠΥ καθώς και η παρουσία και η επίπτωσή τους σε δύο τουλάχιστον μείζονες τομείς της λειτουργικότητας (σχολείο, σπίτι, εργασία, διαπροσωπικές σχέσεις). Η αξιολόγηση βασίζεται κυρίως στις αυτοαναφο-

ρές των ασθενών και συμπληρωματικά στις πληροφορίες συγγενών, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο. Επίσης, σημαντική είναι η αξιολόγηση της συννοσηρότητας, στην περίπτωση που υφίσταται.

Ως κύριο εργαλείο αξιολόγησης συνίσταται η χρήση μιας δομημένης διαγνωστικής συνέντευξης, όπως η Διαγνωστική Συνέντευξη της ΔΕΠΥ για το DSM-IV-TR[17] και η Conners Adult ADHD (CAADID)[18]. Μια εναλλακτική υπό εξέλιξη είναι η Διαγνωστική Συνέντευξη για τη ΔΕΠΥ σε ενήλικες (DIVA)[19].

Εκτός από τις διαγνωστικές συνεντεύξεις, στις περισσότερες χρησιμοποιούμενες κλίμακες αξιολόγησης περιλαμβάνονται: η Κλίμακα Αξιολόγησης για ΔΕΠΥ (που βασίζεται στα κριτήρια του DSM-IV-TR)[20], καθώς και η Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης Συμπτωμάτων ΔΕΠΥ του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 6 θεμάτων (ASRS)[21]. Άλλα διαθέσιμα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς είναι η Brown ADD Scale Diagnostic Form (BADDS)[22], η οποία μετρά μόνο συμπεριφορές που άπτονται στην εκτελεστική λειτουργία και στην απροσεξία, η Conners Adult ADHD Rating Scale που περιλαμβάνει τα DSM-IV-TR κριτήρια και έχει διαφορετικές εκδοχές για τους ασθενείς και για τους σημαντικούς άλλους (CAARS) [23] και η Wender Utah Rating Scale (WURS)[24] που περιλαμβάνει επίσης συμπτώματα άλλων διαταραχών, τα οποία συχνά συνυπάρχουν με τη ΔΕΠΥ. Δεν υπάρχουν νευροβιολογικές ή νευροψυχολογικές δοκιμασίες για τη ΔΕΠΥ με επαρκή ευαισθησία και ειδικότητα ώστε να χρησιμοποιηθούν ως μεμονωμένες διαγνωστικές δοκιμασίες[25].

1.3. Αιτιολογικοί παράγοντες

Στην αιτιοπαθογένεια της ΔΕΠΥ εμπλέκονται κυρίως γενετικοί, περιβαλλοντικοί και νευροβιολογικοί παράγοντες. Στις μελέτες οικογενειών, οι συγγενείς πρώτου βαθμού εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής σε σχέση με το γενικό πληθυσμό[26]. Επιπλέον, μελέτες διδύμων που παρακολουθούν την πορεία της διαταραχής σε διάφορα αναπτυξιακά στάδια, υποστηρίζουν πως το συνεχές των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της ζωής είναι το αποτέλεσμα κοινών γενετικών επιδράσεων[27].

Οι συχνότεροι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου, που σχετίζονται με την εμφάνιση της ΔΕΠΥ είναι η ενδομήτρια έκθεση σε αλκοόλ, κάπνισμα, ναρκωτικά, υψηλή αρτηριακή πίεση και στρες της μητέρας κατά την κύηση, καθώς και η προωρότητα και το χαμηλό βάρος γέννησης[28,29]. Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι η έκθεση του εμβρύου στη νικοτίνη κατά την κύηση αντανάκλα γενετικές επιδράσεις και όχι η απ' ευθείας τοξική δράση της νικοτίνης ή άλλων συστατικών του τσιγάρου[30].

Επίσης, νευροψυχολογικές, νευροφυσιολογικές και νευροαναπτυξιακές μελέτες αποδίδουν τα βασικά συστατικά του συνδρόμου τόσο στα παιδιά, όσο και στους ενήλικες σε εγκεφαλικές δυσλειτουργίες[31].

1.4. Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα της ΔΕΠΥ στους ενήλικες διαφοροποιείται από αυτή των παιδιών. Το σύμπτωμα της υπερκινητικότητας στους ενήλικες εκδηλώνεται είτε ως εσωτερικό αίσθημα ανησυχίας και αδυναμίας χαλάρωσης, είτε με νευρικές κινήσεις, υπερβολική ομιλία, αδυναμία παραμονής για μεγάλο χρονι-

κό διάστημα σε μία θέση ακόμη κι αν αυτό είναι απαραίτητο (π.χ. σινεμά, συνέδρια, εκκλησία κ.λπ.). Σε πολλές περιπτώσεις, η ανάγκη της διαχείρισης της ανησυχίας και της εσωτερικής έντασης οδηγεί τα άτομα στην κατάχρηση ουσιών.

Η απροσεξία στους ενήλικες εκδηλώνεται με εύκολη διάσπαση της προσοχής, αποδιοργάνωση, καθυστερήσεις σε ραντεβού, εύκολο αίσθημα ανίας, ανάγκη για αλλαγές, δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, ευαισθησία στο στρες και αδυναμία συνολικής θεώρησης των πραγμάτων.

Αναφορικά με την παρορμητικότητα, οι ενήλικες εμφανίζονται ανυπόμονοι, ενεργούν χωρίς να σκέφτονται ή ακολουθώντας κυρίως το συναίσθημα, σπαταλούν χρήματα απερίσκεπτα, αλλάζουν συχνά εργασίες ή ερωτικούς συντρόφους. Χαρακτηριστικό, είναι επίσης ότι η κλινική έκφραση της ΔΕΠΥ επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τη συννοσηρότητα της με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Μια επιπλέον διαφοροποίηση σε σχέση με τα παιδιά είναι ότι οι ενήλικες με ΔΕΠΥ βιώνουν συχνά συναισθηματικές μεταπτώσεις, καθώς και παροδικές εκρήξεις θυμού[32].

1.5. Θεραπεία

Η πολυεπίπεδη θεραπευτική προσέγγιση της ΔΕΠΥ και των συννοσηρών καταστάσεων είναι αναγκαίο να εφαρμόζεται και στους ενήλικες[33]. Θα πρέπει να συμμετέχει όχι μόνο ο ασθενής αλλά, όπου αυτό είναι δυνατόν, ο (η) σύντροφος, η οικογένεια και οι στενοί συγγενείς του. Η προσέγγιση αυτή συνήθως περιλαμβάνει ψυχοεκπαίδευση, φαρμακευτική αντιμετώπιση και ειδικά σχεδιασμένες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις[4].

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή, όπως και στην παιδική ηλικία, γίνεται κυρίως με διεγέρτες του ΚΝΣ (μεθυλφαινιδάτη, δεσαξεταμίνη), των οποίων η αποτελεσματικότητα είναι επαρκώς τεκμηριωμένη[34,35]. Επίσης, η ατομοξετίνη θεωρείται ως θεραπεία δεύτερης επιλογής για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ[36] καθώς και η βουπροπιόνη, η βενλαφαξίνη, η μοδαφινίλη και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουν φανεί αποτελεσματικά[37].

2. ΜΕΘΟΔΟΣ

Το παρόν κείμενο συνοψίζει τις υπάρχουσες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ ενηλίκων. Προκειμένου να εντοπιστούν οι υπάρχουσες έρευνες που αφορούν στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ ενηλίκων ανασκοπήθηκαν οι βάσεις δεδομένων PubMed, PsycINFO, Psych Index και Google Scholar με τη χρήση των λέξεων κλειδιών: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), adults, treatment [OR] psychotherapy [OR] psychotherapeutic interventions [OR] psychosocial interventions. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν μόνο οι αγγλόφωνες έρευνες που είχαν μετρήσιμα αποτελέσματα προ και μετά την παρέμβαση.

Κατόπιν, συνοψίστηκαν τα εξής χαρακτηριστικά των ερευνών: θεραπευτικό πλαίσιο (αριθμός συμμετεχόντων, αριθμός συνεδριών, διάρκεια παρέμβασης), επίπεδο παρέμβασης (ατομικό, ομαδικό), τύπος παρέμβασης (γνωσιακή- συμπεριφορική, διαλεκτική- συμπεριφορική, καθοδήγηση, ψυχοεκπαίδευση, ενσυνειδητότητα). Επίσης, διαπιστώθηκε το σχέδιο της έρευνας (τυχαίοποιημένη με ομάδα ελέγχου, σύγκριση

προ και μετά την παρέμβαση) και η αποτελεσματικότητα της κάθε παρέμβασης (μείωση των πυρηνικών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, του άγχους, κατάθλιψης), προ και μετά την εφαρμογή της.

3. ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψαν δέκα οκτώ μελέτες, οι οποίες είχαν μετρήσιμα αποτελέσματα, δέκα εκ των οποίων στο σχεδιασμό τους χρησιμοποίησαν ομάδα ελέγχου[38-47]. Οι δώδεκα από αυτές ήταν ομαδικές παρεμβάσεις με αριθμό τεσσάρων ως δέκα συμμετεχόντων ανά ομάδα [38-43, 47-53] και οι έξι ήταν ατομικές παρεμβάσεις[44-47, 54-55]. Η πλειοψηφία των παρεμβάσεων ήταν γνωσιακού- συμπεριφορικού τύπου. Επίσης, υπήρχαν παρεμβάσεις με στόχο τη ψυχοεκπαίδευση, την εκπαίδευση στην ενσυνειδητότητα και την επίλυση προβλήματος.

3.1. Ομαδικές θεραπείες (Πίνακες 1, 2)

Ψυχοεκπαίδευση

Στην παρέμβαση των Wiggins et al. (1999)[38] συμμετείχαν εννέα ασθενείς, οι οποίοι παρακολούθησαν 4 συνεδρίες ψυχοεκπαίδευσης. Η πρώτη συνεδρία εστιαζόταν στην παρουσίαση των βασικών χαρακτηριστικών της ΔΕΠΥ. Η δεύτερη αφορούσε στη διαχείριση του χρόνου και στον καθορισμό στόχων. Η τρίτη περιλάμβανε την ολοκλήρωση έργου και η τέταρτη την ιεράρχηση στόχων και τη δόμηση ενός κατά το δυνατόν, λιγότερο διασπαστικού περιβάλλοντος. Η ομάδα παρέμβασης εμφάνισε βελτίωση στα πυρηνικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ (υπερκινητικότητα και απροσεξία) και στη συναισθηματική σταθερότητα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Γνωσιακό πρόγραμμα αποκατάστασης (remediation program)

Οι Stevenson et al. (2002)[41] σχεδίασαν μια βραχεία παρέμβαση (διάρκειας 8 εβδομάδων) εστιασμένη στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, βασισμένη στις αρχές της γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας και της καθοδήγησης (coaching). Το πρόγραμμα στόχευε στην ανάπτυξη των οργανωτικών δεξιοτήτων, στη διαχείριση της παρόρμησης και του θυμού και στην ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης. Στην παρέμβαση υπήρχαν πρόσωπα αναφοράς, που οι ασθενείς μπορούσαν να απευθυνθούν στα μεσοδιαστήματα των συνεδριών για να συζητήσουν απορίες τους, σχετικά με τις εργασίες για το σπίτι. Οι ασθενείς ανέφεραν βελτίωση τόσο των οργανωτικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης όσο και της διαχείρισης της παρόρμησης και του θυμού σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Οι θετικές αλλαγές διατηρήθηκαν μετά από 2 μήνες και μετά από ένα χρόνο, όπως διαπιστώθηκε από την αξιολόγηση που έγινε.

Διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία

Η διαλεκτική- συμπεριφορική θεραπεία είναι ένα είδος γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας, που αρχικά σχεδιάστηκε για ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, και περιλαμβάνει συνδυασμό δεξιοτήτων προσανατολισμένων στην αλλαγή (change-oriented skills) και στην αποδοχή (acceptance-oriented skills) από τη γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία, καθώς και δεξιότητες ενσυνειδητότητας (mindfulness). Μολονότι, η ΔΕΠΥ διαφέρει από την οριακή

Πίνακας 1. Δομή & Θεματολογία των Ομαδικών Θεραπειών για τη ΔΕΠΥ ενηλίκων (Philipsen, 2012) [67]				
	Ψυχοεκπαίδευση	Πρόγραμμα αποκατάστασης	Διαλεκτική- συμπεριφορική θεραπεία	ΓΣΘ
	Wiggins et al. (1999)	Stevenson et al. (2002)	Hesslinger et al. (2002), Philipsen et al. (2007), Hirvikoski et al. (2011)	Bramham et al. (2008)
Πλαίσιο	4 εβδομαδιαίες συνεδρίες	8 εβδομαδιαίες συνεδρίες 2ωρες	13-14 εβδομαδιαίες συνεδρίες 2 χ 50 λεπτά έκαστη	3 ολόημερα σεμινάρια, 1/ μήνα, 6 συνεδρίες
Εργασίες/ ασκήσεις	+	+	+	+
Εγχειρίδιο για θεραπευτές	-	+	+	+
Έντυπο υλικό για τους θεραπευόμενους	+	+	+	+
Θεματολογία συνεδριών	1. Εισαγωγή & βασικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ 2. Καθορισμός στόχων & διαχείριση χρόνου, 3. Ολοκλήρωση έργου, 4. Οργάνωση του περιβάλλοντα χώρου & προτεραιότητες	1. Κινητοποίηση, 2. Συγκέντρωση, 3. Ακρόαση, 4. Παρορμητικότητα, 5. Οργάνωση, 6. Διαχείριση Θυμού, 7. Αυτοεκτίμηση	1. Εισαγωγή, συμφωνία, 2-3. Νευροβιολογία/ ενσυνειδητότητα, 4. Έλεγχος του χάους, 5-6. Δυσλειτουργική συμπεριφορά/ ανάλυση συμπεριφοράς, 7. Ρύθμιση συναισθήματος, 8. Κατάθλιψη/ φ.α., 9. Έλεγχος της παρόρμησης, 10. Διαχείριση άγχους, 11. Εξάρτηση/ κατάχρηση, 12. ΔΕΠΥ & σχέσεις/ αυτοσεβασμός, 13. Χρήση παρελθούσης εμπειρίας	1. Ψυχοεκπαίδευση, 2. Θυμός & ενόχληση, 3. Συναισθήματα & ΔΕΠΥ, 4. Δεξιότητες για το σχετίζεσθαι, 5. Διαχείριση χρόνου & επίλυση προβλήματος, 6. Μέλλον με ΔΕΠΥ
ΓΣΘ: γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία, +: περιλαμβάνεται στη μελέτη, -: δεν περιλαμβάνεται στη μελέτη				

διαταραχή της προσωπικότητας και οι δυο ασθένειες σχετίζονται με διαταραχές του συναισθήματος, παρορμητικότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση και δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις[56].

Οι Philipsen et al. (2007)[49] χρησιμοποίησαν τη διαλεκτική- συμπεριφορική θεραπεία, ειδικά προσαρμοσμένη για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ ενηλίκων. Η θεραπεία περιλαμβάνει 13 εβδομαδιαίες δίωρες ομαδικές συνεδρίες με τις εξής θεματικές: ψυχοεκπαίδευση, νευροβιολογία της ΔΕΠΥ και εκπαίδευση στην ενσυνειδητότητα, οργανωτικές δεξιότητες, δυσλειτουργική συμπεριφορά/ ανάλυση συμπεριφοράς, έλεγχος της παρόρμησης και του στρες, χρήση ουσιών και αυτοεκτίμηση. Συμμετείχαν 72 ασθενείς με διάγνωση ΔΕΠΥ. Αξιολογήθηκαν τα συμπτώματα πριν και μετά την παρέμβαση με τη χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς (BDI, SCL-90, self- reported health status). Οι συμμετέχοντες εμφάνισαν μείωση στη συμπτωματολογία.

Επίσης, οι Hirvikoski et al (2011)[40], ανέφεραν ότι η ομάδα ασθενών, που συμμετείχε στη διαλεκτική- συμπεριφορική θεραπεία, παρουσίασε μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ σε

σχέση με την ομάδα που συμμετείχε σε μια μέτρια δομημένη συζήτηση. Ωστόσο, δεν εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές και στις δύο ομάδες αναφορικά με το άγχος, την κατάθλιψη, τα προβλήματα ύπνου και τη γενικότερη λειτουργικότητά τους. Αντίστοιχα θετικά αποτελέσματα στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ διαπιστώθηκαν μετά την παρέμβαση των Hesslinger et al. (2002)[48] που βασίστηκε στη διαλεκτική- συμπεριφορική θεραπεία. Στην παρέμβαση συμμετείχαν 8 ασθενείς, οι οποίοι παρακολούθησαν 13 συνεδρίες, διάρκειας 2 ωρών η καθεμία.

Ομαδική αποκατάσταση βασισμένη στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία

Οι Bramham et al. (2009)[42] ανέπτυξαν μια βραχεία, γνωσιακού- συμπεριφορικού τύπου παρέμβαση (6 συνεδρίες, που πραγματοποιήθηκαν σε 3 ολόημερα σεμινάρια, 1 κάθε μήνα) και την εφάρμοσαν σε 61 φαρμακευτικά σταθεροποιημένους ασθενείς, με ομάδα ελέγχου, ασθενείς που λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή και βρισκόνταν σε λίστα αναμονής.

Στη θεματολογία των σεμιναρίων περιλαμβάνονταν: ψυχοεκ-

Πίνακας 2. Δομή & Θεματολογία των Ομαδικών Θεραπειών για τη ΔΕΠΥ ενηλίκων (Philipsen, 2012)[67]

	Ομαδική αποκατάσταση βασισμένη στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία	Εκπαίδευση στην ενσυνειδητότητα	Μεταγνωσιακή θεραπεία	Λογική & αποκατάσταση (Reasoning & Rehabilitation)
	Virta et al. (2008)	Zylowska et al. (2008)	Solanto et al. (2008, 2010)	Emilsson et al. (2011); Young et al. (2012)
Πλαίσιο	10-11 εβδομαδιαίες συνεδρίες, 1,5- 2 ώρες έκαστη, ενδιάμεσο διάλλειμα	8 εβδομαδιαίες συνεδρίες, 2,2 ώρες έκαστη	12 εβδομαδιαίες συνεδρίες, 2 ώρες έκαστη, ενδιάμεσο διάλλειμα	15, 2 φορές/ εβδομάδα συνεδρίες, 50 λεπτά έκαστη, ενδιάμεσο διάλλειμα
Εργασίες/ ασκήσεις	+	+ ημερήσια εξάσκηση στην ενσυνειδητότητα	+	+
Εγχειρίδιο για θεραπευτές	+	+	+	+
Έντυπο υλικό για τους θεραπευόμενους	+	?	+	+
Θεματολογία συνεδριών	1. Εισαγωγή, 2. Νευροβιολογία, φ.α, κινητοποίηση, 3. Κινητοποίηση & έναρξη δραστηριοτήτων, 4. Οργάνωση, 5. Προσοχή, 6. Ρύθμιση συναισθήματος, 7. Μνήμη, 8. Επικοινωνία, 9. Παρορμητικότητα & συννοσηρότητα, 10. Αυτοεκτίμηση, 11. Συμπεράσματα	1-8. Ψυχοεκπαίδευση για ΔΕΠΥ, ενσυνειδητότητα, διαλογισμός	1. Παροχή πληροφοριών & ψυχοεκπαίδευση, 2-6. Διαχείριση χρόνου & δραστηριότητας, 7-9. Εφαρμογή & διατήρηση των συστημάτων οργάνωσης, 10-11. Σχεδιασμός, σύνοψη & ενίσχυση για τη συνέχεια της προόδου	1. Νευρογνωσιακή θεματολογία, 2. Επίλυση προβλήματος, 3. Συναισθηματική αυτορρύθμιση, 4. Κοινωνικές δεξιότητες, 5. Κριτική σκέψη
+: περιλαμβάνεται στη μελέτη, -: δεν περιλαμβάνεται στη μελέτη, ?: δεν αναφέρεται στη μελέτη				

παίδευση για τη ΔΕΠΥ, διαχείριση συναισθηματικών αντιδράσεων, δεξιότητες για το σχετίζεσθαι, διαχείριση χρόνου και επίλυσης προβλήματος, προβολή στο μέλλον της ζωής με τη ΔΕΠΥ. Οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης εμφάνισαν καλύτερη γνώση για τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, βελτίωση της αυτό-εκτίμησης και αυτό-αποτελεσματικότητας σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Και οι δύο ομάδες εμφάνισαν μείωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης.

Επίσης, οι Virta et al. (2008)[50] σχεδίασαν ένα γνωσιακό-συμπεριφορικό πρόγραμμα που στόχευε στην ενημέρωση των ασθενών για τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ ενηλίκων κατά DSM-IV και Brown και στην αποτελεσματικότερη διαχείριση τους. Οι θεματικές αφορούσαν τη νευροβιολογία και φαρμακολογία, την κινητοποίηση και την έναρξη δραστηριοτήτων, την οργάνωση, την προσοχή, τη ρύθμιση συναισθήματος, τη μνήμη, τις πληροφορίες για σημαντικούς άλλους/επικοινωνία, την παρορμητικότητα, τη συννοσηρότητα, την παροχή ομαδικής στήριξης και την αυτοεκτίμηση. Στο πρόγραμμα συμπεριλήφθηκαν 29 ενήλικες με ΔΕΠΥ, οι οποίοι

συμμετείχαν σε 10-12 εβδομαδιαίες συνεδρίες διάρκειας 90-120 λεπτών. Οι συμμετέχοντες εμφάνισαν σημαντική μείωση των συμπτωμάτων (BADDS και SCL-90).

Μεταγνωσιακή θεραπεία

Οι Solanto et al. (2010, 2008)[39,52] ανέπτυξαν ένα μοντέλο ειδικά στοχευμένο στο πρόβλημα της διαχείρισης του χρόνου και στη γενικότερη οργάνωση και το σχεδιασμό της καθημερινότητας του ατόμου, το οποίο ονόμασαν μεταγνωσιακή θεραπεία. Βασίζεται στις αρχές της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και στοχεύει στην ανάπτυξη των εκτελεστικών λειτουργιών και της ικανότητας αυτοδιαχείρισης. Θεωρητικά πλαισιώνεται από τις υπάρχουσες νευροψυχολογικές θεωρίες για τη ΔΕΠΥ ενηλίκων. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάγκη επανάληψης των δεξιοτήτων προκειμένου να αυτοματοποιηθούν και στην υιοθέτηση λειτουργικότερων προτύπων συμπεριφοράς.

Η πρώτη μελέτη που διεξήγαγαν ήταν μια παρέμβαση χωρίς ομάδα ελέγχου[52]. Η δεύτερη παρέμβαση σχεδιάστηκε με

ομάδα ελέγχου, στην οποία συμμετείχαν 30 ενήλικες, οι οποίοι παρακολούθησαν 8-12 δίωρες εβδομαδιαίες συνεδρίες. Οι συμμετέχοντες εμφάνισαν σημαντική μείωση των συμπτωμάτων απροσεξίας (CAARS και BADDS) και σημαντική βελτίωση στη διαχείριση του χρόνου και στις δεξιότητες οργάνωσης και σχεδιασμού[39].

Ομαδική εκπαίδευση στην ενσυνειδητότητα (mindfulness)

Η ενσυνειδητότητα ορίζεται ως η στιγμή προς στιγμή μη κριτική επίγνωση[57]. Συνδέεται με ένα στάδιο του διαλογισμού «ανοιχτή επίγνωση», κατά το οποίο το άτομο βρίσκεται σε εγρήγορση, οι αισθήσεις του είναι ενεργοποιημένες, αλλά συνειδητά επιλέγει να μην εμπλακεί νοητικά, να μην κρίνει και να μην αναγνωρίσει οποιοδήποτε ερέθισμα τις ενεργοποιεί[58]. Η πρακτική της ενσυνειδητότητας ξεκινάει από την παρατήρηση του σώματος και επικέντρωση της ενημερότητας σε αυτό με τρόπο μη κριτικό. Ο Daniel Siegel (2007)[59] χαρακτηριστικά αναφέρει ότι η ικανότητα να παρατηρεί κάποιος το σώμα του είναι η έκτη αίσθηση προκειμένου να ρυθμίσει το στρες ή τη λειτουργία του σώματος. Το επόμενο βήμα για την απόκτηση ενσυνειδητότητας αφορά στην παρατήρηση του νου, να είναι ενήμερος, δηλαδή, για τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Στα θιβετιανά ο διαλογισμός σημαίνει εξοικείωση. Το νόημα δεν είναι το άτομο να μπλοκάρει τις σκέψεις του, αλλά να μην τους επιτρέπει να εισβάλλουν στο μυαλό του. Με το διαλογισμό τα άτομα εξοικειώνονται με ένα νέο τρόπο διαχείρισης των σκέψεων[58]. Η ικανότητα να παρατηρεί κάποιος το μυαλό του είναι η έβδομη αίσθηση, η οποία ενισχύει την προσοχή και συνεισφέρει στην ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης[59]. Το τελευταίο στάδιο αφορά στην αποδοχή και την παρατήρηση της σχέσης του ατόμου με τον εαυτό του, καθώς και με την κατάσταση στην οποία βρίσκεται με άλλους[59]. Η ικανότητα να παρατηρεί κάποιος τις σχέσεις είναι η όγδοη αίσθηση που ενισχύει τις δεξιότητες επικοινωνίας, την αίσθηση ότι το άτομο αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου συνόλου και την αποδοχή του εαυτού[59].

Οι Zylowska et al. (2008)[51] σχεδίασαν το παρόν πρόγραμμα με στόχο τη βελτίωση της προσοχής και τη μείωση της διάσπασης καθώς και τη ρύθμιση του συναισθήματος μέσω του διαλογισμού, βασισμένο κυρίως στην ενσυνειδητότητα. Το πρόγραμμα περιελάμβανε 8 εβδομαδιαίες, 2,5ώρες συνεδρίες ψυχοεκπαίδευσης για τη συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ και διαλογισμού σε συνδυασμό με την προώθηση της καθημερινής συστηματικής άσκησης. Στα αποτελέσματα του αναφέρονται η μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και η αύξηση του ελέγχου της παρορμητικότητας. Ακόμη, διαπιστώθηκε βελτίωση της ικανότητας της προσοχής. Ωστόσο, απαιτείται η διεξαγωγή περαιτέρω μελετών για την αύξηση της εγκυρότητας των αποτελεσμάτων και της ικανότητας γενίκευσής τους.

Λογική & αποκατάσταση (Reasoning & Rehabilitation)

Το πρόγραμμα λογικής και αποκατάστασης για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ ενηλίκων βασίστηκε σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης, που αρχικά χρησιμοποιήθηκε στα σωφρονιστικά ιδρύματα και του οποίου η αποτελεσματικότητα είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη για τους αντίστοιχους πληθυσμούς[60]. Το πρόγραμμα λογικής και αποκατάστασης είναι

μια δομημένη παρέμβαση που στοχεύει στη μείωση των πυρηνικών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ και στη βελτίωση κοινωνικών και οργανωτικών δεξιοτήτων. Αποτελείται από πέντε κυρίως ενότητες: νευρογνωστική (στρατηγικές για βελτίωση της προσοχής, της μνήμης, έλεγχος της παρορμητικότητας και σχεδιασμός), επίλυση προβλήματος, συναισθηματική αυτορρύθμιση, κοινωνικές δεξιότητες και κριτική σκέψη[43,53].

Στην παρέμβαση συμμετείχαν 15 φαρμακευτικά σταθεροποιημένοι ασθενείς, οι οποίοι παρακολουθούσαν δύο εβδομαδιαίες ομαδικές συνεδρίες και μια ατομική ενισχυτική συνάντηση καθοδήγησης (coaching). Η ομάδα παρέμβασης εμφάνισε σημαντική μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, που έλαβε αποκλειστικά φαρμακευτική αγωγή. Επίσης, κατά την τρίμηνη επανεξέταση μετά το τέλος του προγράμματος, οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης εμφάνισαν μείωση στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και σημαντική βελτίωση στην κοινωνική λειτουργικότητα και στο συναισθηματικό έλεγχο[43].

Το ίδιο πρόγραμμα παρέμβασης λογικής και αποκατάστασης (R&R2 ADHD) εφαρμόστηκε από τους Young et al. (2012) [53] σε 31 ασθενείς με διαταραχή προσωπικότητας και συννοσηρότητα με ΔΕΠΥ, που βρίσκονταν σε σωφρονιστικό ίδρυμα. Το 76% των συμμετεχόντων ολοκλήρωσε το πρόγραμμα παρέμβασης με μέση βελτίωση των συμπεριφορών επιθετικότητας, της ικανότητας επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων, του συναισθηματικού ελέγχου και της γενικότερης κοινωνικής λειτουργικότητας σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου που έλαβε αποκλειστικά φαρμακευτική αγωγή.

3. 2 ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ (Πίνακας 3)

Γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία προσαρμοσμένη στη γνωσιακή θεραπεία του McDermott για τη ΔΕΠΥ ενηλίκων

Οι Wilens et al. (2001)[37] διεξήγαγαν μια αναδρομική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 26 ασθενείς, οι οποίοι λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, αλλά εμφάνιζαν μειωμένη ανταπόκριση σε αυτή λόγω ανθεκτικής συμπτωματολογίας και συννοσηρότητας. Οι ασθενείς συμμετείχαν σε γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία προσαρμοσμένη στις ανάγκες των ασθενών με ΔΕΠΥ ενηλίκων, κατά McDermott (2000)[61]. Η παρέμβαση στόχευε στην αντιμετώπιση των πυρηνικών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ (απροσεξία, υπερδραστικότητα, παρορμητικότητα) και στα συνοδά προβλήματα των ενηλίκων ασθενών με ΔΕΠΥ. Με τη συμμετοχή τους στην παρέμβαση εμφάνισαν σημαντική βελτίωση τόσο στα πυρηνικά συμπτώματα, όσο και στο άγχος και στην κατάθλιψη. Το άρθρο των Wilens et al. (2001)[37] ήταν το πρώτο που έδωσε έμφαση στην αναγκαιότητα της ύπαρξης ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με ανθεκτικά συμπτώματα στη φαρμακευτική αγωγή.

Γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία

Οι ατομικές παρεμβάσεις γνωσιακού- συμπεριφορικού τύπου έχουν συγκεκριμένη δομή. Αρχικά, ξεκινούν με μια εισαγωγή ψυχοεκπαιδευτικού χαρακτήρα για το τι είναι η ΔΕΠΥ ενηλίκων. Στη συνέχεια, οι συνεδρίες περιλαμβάνουν συγκεκριμένες θεματικές που αφορούν στη συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ ενηλίκων: οργάνωση και σχεδιασμός, διαχείριση της διάσπασης και της αναβλητικότητας, διαχείριση του θυμού,

Πίνακας 3. Δομή & Θεματολογία των Ατομικών Θεραπειών για τη ΔΕΠΥ ενηλίκων (Philipsen, 2012)⁶⁷

ΓΣΘ προσαρμοσμένη στη ΓΘ του McDermott για τη ΔΕΠΥ ενηλίκων	ΓΣΘ			Θεραπεία επικεντρωμένη στην επίλυση προβλήματος	
	<i>Wilens et al. (1999)</i>	<i>Rostain and Ramsay (2006)</i>	<i>Safren et al. (2005, 2010)</i>	<i>Virta et al. (2010)</i>	<i>Weiss et al. (2006)</i>
Πλαίσιο	Τουλάχιστον 1 μήνα	16 50λεπτες, εβδομαδιαίες συνεδρίες για τουλάχιστον 6 μήνες,	12 50λεπτες, εβδομαδιαίες συνεδρίες για 15 εβδομάδες το περισσότερο	10 60λεπτες, εβδομαδιαίες συνεδρίες,	9 συνεδρίες
Εργασίες/ ασκήσεις	?	?	+	+	?
Εγχειρίδιο για θεραπευτές	-	Διατύπωση θεωρητικού πλαισίου (δημοσίευση 2008)	+	+	+
Έντυπο υλικό για τους θεραπευόμενους	?	?	+	+	?
Θεματολογία συνεδριών	Προσαρμογή της γνωσιακής θεραπείας κατά McDermott: τροποποίηση γνωσιών & ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων διαχείρισης	Ψυχοεκπαίδευση, διαμόρφωση θεωρητικού πλαισίου βάσει αναγκών θεραπευόμενου, ανασκόπηση δεξιοτήτων διαχείρισης, γνωσιακή & συμπεριφορική τροποποίηση δυσλειτουργικών σχημάτων/ χρήση προσωπικών προτερημάτων & υποστηρικτικού πλαισίου	1-4: Ψυχοεκπαίδευση, οργάνωση & σχεδιασμός, 5-7: διαχείριση της διάσπασης, γνωσιακή αναδόμηση, προαιρετικά: διαχείριση θυμού, αναβλητικότητα, δεξιότητες επικοινωνίας	1.Στόχοι & συμπτώματα, 2. Προσοχή, 3. Κινητοποίηση, 4. Οργάνωση & σχεδιασμός, 5. Διαχείριση άγχους & χαλάρωση, 6. Αυτοεκτίμηση 7. Κατ' επιλογή θεραπευόμενου θέμα, 8. Σημασία συνέχειας προσπάθειας, τερατισμός	Κύρια προβλήματα ασθενών με ΔΕΠΥ ενηλίκων: οικονομικά, σχέσεις, εργασία, γονεϊκός ρόλος
ΓΣΘ: γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία, ΓΘ: γνωσιακή θεραπεία, +: περιλαμβάνεται στη μελέτη, -: δεν περιλαμβάνεται στη μελέτη, ?: δεν αναφέρεται στη μελέτη					

του άγχους και της κατάθλιψης, δεξιότητες επικοινωνίας, δυσλειτουργικές πεποιθήσεις. Επίσης, περιλαμβάνεται συγκεκριμένο εγχειρίδιο για τους θεραπευτές και τους θεραπευόμενους. Στις παρεμβάσεις δίνεται έμφαση στις ασκήσεις για το σπίτι και στην αναγκαιότητα της επανάληψης προκειμένου να εδραιωθούν οι νέες δεξιότητες.

Οι Rostein et al. (2006)[55] μελέτησαν το αποτέλεσμα συνδυασμού φαρμακευτικής αγωγής και ατομικής γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας (προσαρμογή της γνωσιακής θεραπείας κατά McDermott για τη ΔΕΠΥ ενηλίκων). Στη θεραπεία συμμετείχαν 43 ασθενείς, οι οποίοι ανέφεραν βελτίωση των πυρηνικών και συννοσηρών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ και της γενικότερης λειτουργικότητας. Στη μελέτη των Safren et al. (2005)[44], η ομάδα παρέμβασης αποτελούνταν από ασθενείς με ανθεκτικά συμπτώματα ΔΕΠΥ, οι οποίοι λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή και συμμετείχαν σε πρόγραμμα ατομικής γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας (10 συνεδρίες για τουλάχιστον 15 εβδομάδες) και η ομάδα ελέγχου έλαβε αποκλειστικά φαρμακευτική αγωγή. Οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης ανέφεραν βελτίωση της γενικό-

τερους λειτουργίας τους, σε μεγαλύτερο βαθμό, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Η βελτίωση εντοπίστηκε κυρίως στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, στο άγχος και την κατάθλιψη.

Επίσης, οι ίδιοι ερευνητές πραγματοποίησαν τυχαιοποιημένη μελέτη και συνέκριναν τη γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία με τεχνικές χαλάρωσης σε συνδυασμό με παροχή εκπαίδευσης για τη ΔΕΠΥ. Εκείνοι που συμμετείχαν στη γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία παρουσίασαν μείωση στη συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ (67%) και διατήρηση της βελτίωσης μετά από ένα έτος σε σχέση με την ομάδα που έλαβε την τεχνική χαλάρωσης (33%)[45].

Στη μελέτη που διεξήγαγε η Virta et al. (2010)[46] συνέκρινε τη γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία (10 εβδομαδιαίες συνεδρίες) με την νευροψυχολογική εκπαίδευση, μέσω υπολογιστή, για τις επιτελικές λειτουργίες, την αυτοπεποίθηση και τη μνήμη εργασίας (20 συνεδρίες) και με ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι ασθενείς που συμμετείχαν στη γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία εμφάνισαν σε μεγαλύτερο βαθμό μείωση των πυρηνικών και συννοσηρών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ (BADDS και SCL-90), αλλά δεν εμ-

φάνισαν βελτίωση στην καταθλιπτική συμπτωματολογία και στην κοινωνική λειτουργικότητα (Q-LES-Q). Ωστόσο, η ερμηνεία των αποτελεσμάτων είναι αμφιλεγόμενη καθώς παρεμβάλλονται συγχρητικοί παράγοντες (περιορισμένος αριθμός ασθενών, διαφορά στη διάρκεια των 2 παρεμβάσεων).

Καθοδήγηση (coaching)

Η καθοδήγηση (coaching) είναι μια αρκετά διαδεδομένη μορφή παρέμβασης για ενήλικες με ΔΕΠΥ, παρόλο που η εμπειρική της τεκμηρίωση δεν είναι επαρκής. Οι Zwart και Kallemeyn (2001)[62] ανέφεραν ότι η εφαρμογή της καθοδήγησης μεταξύ ομοίων (peer coaching intervention) που εφαρμόστηκε σε μια ομάδα φοιτητών με ΔΕΠΥ και δυσκολίες μάθησης βελτίωσε το κίνητρο, την ικανότητα διαχείρισης χρόνου, την προετοιμασία στα διαγωνίσματα, την αυτό-αποτελεσματικότητα και μείωσε σημαντικά το επίπεδο άγχους. Επίσης, οι Swartz και Proctor (2005)[63] εφάρμοσαν εξατομικευμένη καθοδήγηση σε φοιτητές με ΔΕΠΥ και εντόπισαν ότι ο συνδυασμός μακροπρόθεσμων και βραχυπρόθεσμων εβδομαδιαίων στόχων, το σύστημα ανταμοιβών και συνεπειών στο πλαίσιο μιας 'φιλικής' αλληλεπίδρασης πελάτη-εκπαιδευτή (coach) είναι ιδιαίτερος αποτελεσματικός. Επίσης, η καθοδήγηση έχει φανεί αποτελεσματική ως μέρος μιας πολυεπίπεδης θεραπευτικής αντιμετώπισης των ατόμων με ΔΕΠΥ. Οι Stevenson et al. (2003)[64] αξιολογήσαν ατομικές συνεδρίες καθοδήγησης (υπενθύμιση της συμμετοχής στις συνεδρίες, το να κρατούν σημειώσεις οι θεραπευόμενοι, συζήτηση για τα προβλήματα με τις εργασίες κλπ) για να ενισχύσουν την αποτελεσματικότητα της εκμάθησης δεξιοτήτων, που γινόταν στο πλαίσιο ομαδικής παρέμβασης. Η ομάδα παρέμβασης εμφάνισε θετικά αποτελέσματα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, που αποτελούνταν από άτομα που βρισκόταν σε λίστα αναμονής και δεν λάμβαναν καμία παρέμβαση.

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ΔΕΠΥ ενηλίκων συνιστά ένα σύνδρομο με σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή του ατόμου, επηρεάζοντας τη λειτουργικότητα του τόσο στις διαπροσωπικές του σχέσεις, όσο και στον εργασιακό τομέα[65]. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή είναι πολυεπίπεδη. Αναφορικά με τη φαρμακευτική αντιμετώπιση, οι πολυάριθμες τυχαίοποιημένες μελέτες τεκμηριώνουν επαρκέστερα την επιλογή της φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ σε σύγκριση με τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, που εμφανίζουν μεθοδολογικά ελλείμματα και μεγάλο βαθμού μεθοδολογική ανομοιογένεια[5]. Ωστόσο, το σύνολο των επίσημων οδηγιών για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ ενηλίκων συμφωνεί στην αναγκαιότητα της ύπαρξης κάποιας μορφής ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, κυρίως λαμβάνοντας υπόψη την ικανοποίηση του ασθενούς και τη φαινομενική εγκυρότητα[5]. Από τη μεταανάλυση των Linderkamp και Lauth (2001)[66], οι οποίοι συνέκριναν την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ ενηλίκων με την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων προέκυψε ότι οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις εμφάνισαν υψηλότερο δείκτη αποτελεσματικότητας σε σχέση με τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Για την καλύτερη κατανόηση του ευρήματος αυτού, πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι εξαιτίας της διαφοράς στη μεθοδολογία των ερευνών των φαρμακευ-

τικών παρεμβάσεων (τυχαίοποιημένες με ομάδα ελέγχου) σε σύγκριση με τις ψυχοθεραπευτικές (μετρήσεις προ και μετά την παρέμβαση- και μόνο 4 με ομάδα ελέγχου) δεν είναι δυνατό να συγκριθεί η αποτελεσματικότητά των φαρμακευτικών παρεμβάσεων σε σχέση με τις ψυχοθεραπευτικές. Παρόλα αυτά, οι 4 μελέτες που χρησιμοποίησαν ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και είχαν ομάδα ελέγχου εμφάνισαν εξίσου υψηλό δείκτη αποτελεσματικότητας ($d = 0,85$), με όσες δεν είχαν ομάδα ελέγχου. Εξαιτίας του περιορισμένου αριθμού των ερευνών, αυτό δεν μπορεί να θεωρηθεί ένα γενικεύσιμο αποτέλεσμα, αλλά δείχνει μια θετική τάση για την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων[66].

Από την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων με μετρήσιμα αποτελέσματα για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ ενηλίκων είναι γνωσιακού- συμπεριφορικού τύπου παρεμβάσεις που εφαρμόζονται τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο. Στο σύνολο τους οι παρεμβάσεις έχουν καθορισμένη δομή και συγκεκριμένο αριθμό συνεδριών. Ο αριθμός των συνεδριών των ομαδικών παρεμβάσεων κυμαίνεται μεταξύ 3-15 συνεδριών διάρκειας 1,5- 2,5 ωρών. Αντιστοίχως, οι ατομικές παρεμβάσεις πραγματοποιούνται σε 9- 16 πενήντάλεπτες συνεδρίες. Αναφορικά με τη δομή των παρεμβάσεων, στο σύνολό τους ξεκινούν με μια εισαγωγή ψυχοεκπαιδευτικού χαρακτήρα για το τι είναι η ΔΕΠΥ ενηλίκων. Στη συνέχεια, οι συνεδρίες περιλαμβάνουν συγκεκριμένες θεματικές που αφορούν στη συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ ενηλίκων: οργάνωση και σχεδιασμός, διαχείριση της διάσπασης και της αναβλητικότητας, διαχείριση του θυμού, του άγχους και της κατάθλιψης, δεξιότητες επικοινωνίας και τροποποίηση δυσλειτουργικών πεποιθήσεων. Επίσης, σε αρκετές παρεμβάσεις περιλαμβάνεται συγκεκριμένο εγχειρίδιο για τους θεραπευτές και τους θεραπευόμενους. Στις παρεμβάσεις δίνεται έμφαση στις ασκήσεις για το σπίτι και στην αναγκαιότητα της επανάληψης προκειμένου να εδραιωθούν οι νέες δεξιότητες.

Το σύνολο των γνωσιακών- συμπεριφορικών παρεμβάσεων που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη είχαν θετικό αντίκτυπο στην αντιμετώπιση των πυρηνικών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ. Επίσης, θετικά ευρήματα βρέθηκαν και στην αντιμετώπιση συνοδών συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης και στη γενικότερη λειτουργικότητα των ασθενών. Οι δομημένες, ομαδικές παρεμβάσεις γνωσιακού- συμπεριφορικού τύπου εμφανίζουν υψηλότερη αποτελεσματικότητα σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου (υποστηρικτικού τύπου θεραπεία, ομάδες συζήτησης). Επίσης, λόγω του ότι οι ομαδικές παρεμβάσεις γνωσιακού- συμπεριφορικού τύπου είναι ταυτόχρονα αποτελεσματικές και οικονομικά συμφέρουσες θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως πρώτη επιλογή για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ ενηλίκων σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις[34,65]. Ωστόσο, σε ασθενείς με ανθεκτική συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ παραμένει αποτελεσματικότερος ο συνδυασμός φαρμακευτικής θεραπείας και ψυχοθεραπείας[37].

Η διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών και η συμπερίληψη μεγαλύτερου αριθμού ασθενών θα συνεισφέρει στη γενίκευση των αποτελεσμάτων και στη βελτίωση της ποιότητας των υπαρχουσών παρεμβάσεων με τη διασφάλιση καλύτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Από την άλλη, η ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων με ενιαία μεθοδολογική προ-

σέγγιση προσκρούει στην εν γένει ανάγκη για εξατομικευμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις, καθώς η ΔΕΠΥ ενηλίκων εμφανίζει υψηλή συννοσηρότητα (συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές, κατάχρηση ουσιών κ.α.)[67].

Psychosocial interventions in adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

Prokopi, A.¹, Pehlivanidis, A.¹

¹ Department of Cognitive Psychotherapy, National and Kapodistrian University of Athens, Eginition Hospital

Correspondence: Prokopi Akrivi

Department of Cognitive Psychotherapy,
National and Kapodistrian University of
Athens, Eginition Hospital,
72-74 Vasilisis Sofias St., 11528 Athens, Greece
E-mail: vprokopi@hotmail.com,
Tel: +30 2107289254, +30 6937155151

Abstract

Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) constitutes a valid diagnosis, which influences the life of the person, who suffers from it on multiple levels. As compared to ADHD in children, adult ADHD is not as extensively explored with regard to its causes and diagnostic assessment as its pharmaceutical and psychosocial treatment. The complexity of the clinical syndrome and its frequent comorbidity with impulse control disorders, anxiety disorders, affective disorders and substance abuse render its diagnosis and treatment a difficult task. Nonetheless, in any case, the diagnosis is given after a systematic evaluation revealing the occurrence and persistence of particular symptoms throughout one's life, their substantial impact on at least two areas of functioning and the emergence of the illness during one's childhood. Differential diagnosis of adult ADHD primarily involves the exclusion of bipolar disorder and borderline personality disorder.

Concerning the pharmacotherapy of adult ADHD, stimulants of the Central Nervous System (CNS)- methylphenidate, dexamphetamine- and atomoxetine represent the first line of treatment; while anti-depressants the second-line. First and foremost, it is considered important to treat the comorbid disorders and subsequently the specific symptoms of ADHD. However, pharmaceutical therapy for adult ADHD succeeds in alleviating the core symptoms of the illness only by 50% or less. Consistent with this, and in tandem with patient reports on the difficulties they face on daily basis, pressures were exerted for the development of psychosocial interventions.

This manuscript provides an overview of psychotherapeutic approaches and results of studies evaluating programs developed to treat adults with ADHD. The most commonly used psychosocial interventions for the treatment of adult ADHD are psychoeducation, cognitive behavioural therapy, coaching and the provision of help for managing daily activities. Since CBT-based group programs are deemed both effective

and cost effective, they should be recommended as first-line psychotherapeutic treatment. Further research is needed in order to achieve greater generalization of results, building up on the quality of existing psychosocial interventions and providing a higher level of efficacy.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), adults, treatment.

Βιβλιογραφία

- [1] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). United States: American Psychiatric Association, 2013.
- [2] World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases (ICD-10). Geneva, Switzerland: WHO, 1993.
- [3] Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugue M, Carpentier PJ et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, 2010;10:67.
- [4] Πεγλιβανίδης Α, Σπυροπούλου Α, Γαλανόπουλος Α, Παπαρησήτου ΧΑ, Παπαδημητρίου ΓΝ. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους ενήλικες. Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2012; 29(5):562-576.
- [5] Seixas M, Weiss M, Möller U. Systematic review of national and international guidelines on attention-deficit hyperactivity disorder. *J. Psychopharmacol*, 2012; 26(6):753-765.
- [6] Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*, 2007; 164(6):942-948.
- [7] Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*, 2006; 36(2):159-165.
- [8] Simon V, Czobor P, Balint S, Meszaros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 2009; 194(3):204-211.
- [9] Fayyad J, de Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, De Girolamo G, Haro JM, Karam EG, Lara C, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*, 2007; 190:402-409.
- [10] Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*, 2000; 157(5):816-818.
- [11] Kessler RC. Comorbidity patterns in a community sample of adults with ADHD: results from the National Comorbidity Survey Replication. APA, 2007. 160th Annual Meeting.
- [12] Kooij JJS, Ackerlin LP, Buitelaar JK. Functioning, comorbidity and treatment of 141 adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at a Psychiatric Outpatients' Department. [Dutch]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2001; 145(31):1498-1501.
- [13] Foley HA, Carlton CO, Howell RJ. The relationship of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder to juvenile delinquency: legal implications. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 1996; 24(3):333-345.
- [14] Upadhyaya HP. Substance use disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: implications for treatment and the role of the primary care physician. *Primary care companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 2008; 10(3):211-221.
- [15] Sullivan MA, Rudnik-Levin F. Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Diagnostic and therapeutic considerations. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2001; 931:251-270.
- [16] Lara C, Fayyad J, de Graaf R, Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M, Demyttenaere K, de Girolamo G, Haro JM, Jin R, et al. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biol Psychiatry*, 2009; 65(1):46-54.
- [17] DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Reid R. ADHD Rating Scale-IV. Checklists, Norms and Clinical Interpretation. New York: The Guilford Press, 1998.
- [18] Epstein JN, Johnson DE, Conners CK. CAADID. The Conner's Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV. MHS Inc, 2001.
- [19] Diva Foundation. Diagnostic interview for ADHD in adults. Available from <http://www.divacenter.eu/DIVA.aspx>

- [20] Barkley RA. Barkley Adult ADHD Rating Scale – IV (BAARS-IV). A Paperback Original, 2011.
- [21] Kessler RC, Adler L, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Howes MJ, Jin R, Scnik K, Spencer T, et al. The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*, 2005; 35(2):245-256.
- [22] Brown TE: Brown Attention-Deficit Disorder Scales. Manual San Antonio: The Psychological Corporation, 1996.
- [23] Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. Conners Adult ADHD Rating Scales (CAARS). Technical Manual New York: Multi Health Systems Inc, 1999.
- [24] Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 1993; 150(6):885-890.
- [25] McLean A, Dowson J, Toone B, Young S, Bazanis E, Robbins T, Sahakian B. Characteristic neurocognitive profile associated with adult attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychol Med*, 2004; 34(4):681-692.
- [26] Faraone SV, Biederman J, Monuteaux MC. Toward guidelines for pedigree selection in genetic studies of attention deficit hyperactivity disorder. *Genetic epidemiology*, 2000; 18(1):1-16.
- [27] Larsson JO, Larsson H, Lichtenstein P. Genetic and environmental contributions to stability and change of ADHD symptoms between 8 and 13 years of age: a longitudinal twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004; 43(10):1267-1275.
- [28] Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J. Further evidence of an association between attention-deficit/hyperactivity disorder and cigarette smoking. Findings from a high-risk sample of siblings. *Am J Addict*, 1997; 6(3):205-217.
- [29] Thapar A, Rice F, Hay D, Boivin J, Langley K, van den Bree M, Rutter M, Harold G. Prenatal smoking might not cause attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence from a novel design. *Biol Psychiatry*, 2009; 66(8):722-727.
- [30] Faraone SV, Doyle AE, Knoerzer JA. Heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Economics of Neuroscience*, 2001; 3(5):54-57.
- [31] Seidman LJ, Valera EM, Makris N. Structural brain imaging of attention deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 2005; 57(11):1263-1272.
- [32] Asherson P. Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert review of neurotherapeutics*, 2005; 5(4):525-539.
- [33] Murphy K. Psychosocial treatments for ADHD in teens and adults. A practice-friendly review. *J Clin Psychol*, 2005; 61:607-619.
- [34] NICE. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2008.
- [35] Banaschewski T, Coghill D, Santosh P, Zuddas A, Asherson P, Buitelaar J, Danckaerts M, Döpfner M, Faraone SV, Rothenberger A, et al. Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2006; 15(8):476-495.
- [36] Adler LA, Spencer T, Brown TE, Holdnack J, Saylor K, Schuh K, Trzepacz PT, Williams DW, Kelsey D. Once-daily atomoxetine for adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a 6-month, double-blind trial. *J Clin Psychopharmacol*, 2009; 29(1):44-50.
- [37] Wilens TE, Spencer TJ, Biederman J et al. A review of the pharmacotherapy of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J. Atten. Disord.*, 2001; 5(4):189-202.
- [38] Wiggins D, Singh K, Getz HD, Hutchins DE. Effects of brief group intervention for adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Ment Health Couns*, 1999; 21:82-93.
- [39] Solanto MV, Marks DJ, Wasserstein J et al. Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *Am. J. Psychiatry*, 2010; 167(8): 958-968.
- [40] Hirvikoski T, Waaler E, Alfredsson J et al. Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: results from a randomized controlled trial. *Behav. Res. Ther*, 2011; 49(3):175-185.
- [41] Stevenson CS, Whitmont S, Bornholt L, Livesey D, Stevenson RJ. A cognitive remediation programme for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 2002; 36(5): 610-616.
- [42] Bramham J, Young S, Bickerdike A, Spain D, McCartan D, Xenitidis K. Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *J. Atten. Disord.*, 2009; 12(5):434-441.
- [43] Emilsson B, Gudjonsson G, Sigurdsson JF et al. Cognitive behaviour therapy in education-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 2011; 11:116.
- [44] Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav. Res. Ther.*, 2005; 43(7):831-842.
- [45] Safren SA, Sprich S, Mimiaga MJ et al. Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2010; 304(8):875-880.
- [46] Virta M, Salakari A, Anttila M et al. Short cognitive behavioral therapy and cognitive training for adults with ADHD – a randomized controlled pilot study. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.*, 2010; 6:443-453.
- [47] Weiss M, Hechtman L. Adult ADHD Research Group. A randomized double-blind trial of paroxetine and/or dextroamphetamine and problem-focused therapy for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J. Clin. Psychiatry* 2006; 67(4):611-619.
- [48] Hesslinger B, Tebartz van Elst L, Nyberg E et al. Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults – a pilot study using a structured skills training program. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*, 2002; 252(4):177-184.
- [49] Philippen A, Richter H, Peters J et al. Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder: results of an open multicentre study. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2007; 195(12):1013-1019.
- [50] Virta M, Vedenpää A, Gronroos N et al. Adults with ADHD benefit from cognitive behaviorally oriented group rehabilitation: a study of 29 participants. *J. Atten. Disord.*, 2008; 12(3):218-226.
- [51] Zylowska L, Ackerman DL, Yang MH et al. Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: a feasibility study. *J. Atten. Disord.*, 2008; 11(6):737-746.
- [52] Solanto MV, Marks DJ, Mitchell KJ, Wasserstein J, Kofman MD. Development of a new psychosocial treatment for adult ADHD. *J. Atten. Disord.*, 2008; 11(6):728-736.
- [53] Young S, Hopkin G, Perkins D, Farr C, Doidge A, Gudjonsson G. A controlled trial of a cognitive skills program for personality-disordered offenders. *J. Atten. Disord*, 2012.
- [54] Wilens TE, McDermott SP, Biederman J, Abrantes A, Haheesy A, Spencer TJ. Cognitive therapy in the treatment of adults with ADHD: a systematic chart review of 26 cases. *J. Cogn. Psychother.*, 1999; 13:215-226.
- [55] Rostain AL, Ramsay JR. A combined treatment approach for adults with ADHD – results of an open study of 43 patients. *J. Atten. Disord*, 2006; 10(2):150-159.
- [56] Linehan MM. Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Res. Monogr.*, 1993; 137:201-216.
- [57] Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to face Stress, Pain, and Illness. New York: Delacourte, 1990.
- [58] Goleman D. Destructive Emotions. How can we overcome them? A scientific Dialogue with the Dalai Lama. New York: Bantam Dell. A division of Random House, Inc., 2003.
- [59] Siegel DJ. The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being. Well Being press, 2007.
- [60] Tong LS, Farrington DP. How effective is the “Reasoning and Rehabilitation” programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries. *Psychology, Crime and Law*, 2006; 12(Suppl 1):3-24.
- [61] McDermott SP. Cognitive therapy in adults with attention deficit/hyperactivity disorder. In: Brown T, ed. Attention Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults. American Psychiatric Press, 2000: 569-606.
- [62] Zwart LM, Kellemy LM. Peer-based coaching for college students with ADHD and learning disabilities. *J. Postsecondary Euc. Disabil.*, 2001; 15:1-15.
- [63] Swartz SL, Prevatt F, Proctor BE. A coaching intervention for college students with attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychol. Sch.*, 2005; 42:647-656.
- [64] Stevenson CS, Stevenson RJ, Whitmont S. A self-directed psychosocial intervention with minimal therapist contact for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Clin. Psychol. Psychother.*, 2003; 10-101.
- [65] Murphy KR, Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 1996; 37:401.
- [66] Linderkamp F, Lauth G. The efficacy of pharmacological versus psychotherapeutic therapies in adults with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): An empirical meta-analysis. (English version of) *Verhaltenstherapie*, 2001; 229-238.
- [67] Philippen A. Psychotherapy in adult attention deficit hyperactivity disorder: implications for treatment and research *Expert Rev. Neurother.*, 2012; 12(10):1217-1225.

Το μοντέλο Good Lives και η ενσωμάτωσή του στα θεραπευτικά προγράμματα για σεξουαλικούς παραβάτες

Ματσακά Άντζελα¹, Ρακιτζή Σταυρούλα²

¹Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών

²Ιδιώτης

Αλληλογραφία: Ματσακά Άντζελα, Μαραθόνος 3, 15343, Αθήνα.

E-mail: antzimats@yahoo.gr, τηλ: 6974430301

Περίληψη

Οι σεξουαλικοί παραβάτες αποτελούν μια ετερόκλητη κλινική ομάδα, με εύρος ελλειμμάτων σε γνωσιακό και κοινωνικό επίπεδο. Η πλειοψηφία των προγραμμάτων παρέμβασης για τη σεξουαλική παραβατικότητα που εφαρμόζονται ως τις μέρες μας, χαρακτηρίζεται από την κυρίαρχη εστίαση στη διαχείριση της υποτροπής. Το μοντέλο Good Lives συνιστά ένα σύγχρονο θεωρητικό πλαίσιο για την επανένταξη των σεξουαλικών παραβατών, που αυξάνει συνεχώς σε δημοτικότητα. Δίνει έμφαση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων, εκπληρώνοντας ένα διπλό στόχο: τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου και τη διαμόρφωση ενός Καλού Πλάνου Ζωής, που θα προσφέρει ικανοποίηση στο άτομο. Το μοντέλο παρέχει αιτιολογικές υποθέσεις για την έναρξη και συντήρηση της παραβατικότητας και θέτει στόχους θεραπείας για την εφαρμογή Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων. Οι πρώτες έρευνες δείχνουν ότι το μοντέλο Good Lives αυξάνει το κίνητρο συμμετοχής στις θεραπευτικές διαδικασίες και τη δέσμευση στη θεραπεία, θεμελιώδεις προϋποθέσεις για την επιτυχία των θεραπευτικών προγραμμάτων για το συγκεκριμένο πληθυσμό. Στο παρόν άρθρο παρουσιάζονται οι στόχοι των προγραμμάτων παρέμβασης, που ενσωματώνουν τις αρχές του μοντέλου Good Lives, ο τρόπος σχεδιασμού της παρέμβασης και το περιεχόμενό της. Θίγονται ακόμη πρακτικά ζητήματα, που είναι απαραίτητο να ληφθούν υπόψη κατά την υλοποίηση της παρέμβασης. Αναλύεται η παρουσία της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας στα διαφορετικά στάδια της παρέμβασης και η συνακόλουθη ενίσχυση που προσφέρει η εφαρμογή Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών τεχνικών στην εμπειρική τεκμηρίωση του μοντέλου. Συζητώνται τέλος τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του μοντέλου Good Lives και διατυπώνονται προτάσεις για την περαιτέρω εμπειρική στήριξη της αποτελεσματικότητας του στην κλινική πράξη.

Λέξεις κλειδιά: σεξουαλικοί παραβάτες, μοντέλο Good Lives, ενσωμάτωση, Γνωσιακές Συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις, αποτελεσματικότητα

1. Η ψυχοπαθολογία των σεξουαλικών παραβατών: διαγνωστικά ζητήματα και αναδρομή στην ερευνητική δραστηριότητα

Οι σεξουαλικές αποκλίσεις εισάγονται για πρώτη φορά στο DSM-III ως ψυχοσεξουαλικές διαταραχές. Συναντώνται στο DSM-IV-TR κάτω από την κατηγορία «παραφυλίες», ενώ στο DSM-V [1] γίνεται για πρώτη φορά διάκριση μεταξύ παραφυλίας και παραφυλικής διαταραχής. Η πρώτη κατηγορία παραφυλικών διαταραχών του πιο πρόσφατου διαγνωστικού εγχειριδίου DSM-V αναφέρεται σε σεξουαλικές προτιμήσεις με ανώμαλη δραστηριότητα και περιλαμβάνει τις διαταραχές ηδονοβλεψίας, επιδειξιμανίας, εφραψιομανίας, μαζοχισμού και σαδισμού. Η δεύτερη κατηγορία θέτει ως κριτήριο τις προτιμήσεις με ανώμαλο στόχο και περιλαμβάνει τις διαταραχές

παιδοφιλίας, φετιχισμού και παρενδυσίας. Οι συγγραφείς του εγχειριδίου αναφέρουν ως ενδεικτικό περιορισμό ότι οι κατηγορίες διαταραχών που περιλαμβάνονται στις παραφυλίες είναι περιορισμένες. Πράγματι, η παρατήρηση αυτή συνάδει με τις εμπειρίες θεωρητικών, ερευνητών και κλινικών, οι οποίοι θεωρούν ότι τα κριτήρια και οι κατηγορίες του DSM δεν διευκολύνουν τη σαφή κατηγοριοποίηση των σεξουαλικών παραβατών και δεν περιγράφουν την πολυπλοκότητα ή το εύρος των συνοδών προβλημάτων τους [2-3].

Τα αποκλίνοντα σεξουαλικά ενδιαφέροντα και η σεξουαλική κακοποίηση πιο ειδικά, ενυπάρχουν στην ανθρώπινη ιστορία, σε όλες τις κοινωνίες από τα αρχαία χρόνια. Παρ'όλα αυτά, τα σεξουαλικά εγκλήματα εμφανίστηκαν στο προσκήνιο επιτακτικά κατά τη δεκαετία του 1980 [4]. Από το χρονικό αυτό σημείο

και έπειτα, σημαντικός όγκος ερευνών είχε στόχο την εκτίμηση της ατομικής παθολογίας των σεξουαλικών παραβατών με τη χρήση εργαλείων αξιολόγησης της προσωπικότητας, όπως το MMPI. Παρ'όλα αυτά, οι έρευνες που χρησιμοποιούσαν το εργαλείο αυτό, φαίνεται πως δεν κατέληξαν σε κάποιου είδους σαφή διαφοροποίηση των σεξουαλικών παραβατών από άλλους πληθυσμούς [5]. Με το πέρασμα των ετών, η ερευνητική δραστηριότητα στράφηκε στην αξιολόγηση συνηθισμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας που μπορούν να συνδεθούν με ψυχικές διαταραχές. Έτσι, με βάση το μοντέλο του Eysenck [6] για την προσωπικότητα και το Μοντέλο των Πέντε Παραγόντων [7], διενεργήθηκαν έρευνες που ανέδειξαν διαφορές σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των μοντέλων [8-9].

Με την αύξηση της δημοτικότητας των συμπεριφορικών προσεγγίσεων κατά τις δεκαετίες 1970 και 1980, μεγάλο μέρος του ενδιαφέροντος μετατοπίστηκε στη μελέτη των παραγόντων που σχετίζονται με την υποτροπή. Η έρευνα σε αυτή τη φάση αφορούσε κυρίως τον εντοπισμό των παραγόντων επικινδυνότητας που είναι στατικοί. Οι δυναμικοί παράγοντες που αναφέρονται στην προσπάθεια κάλυψης προσωπικών αναγκών του ατόμου, είχαν μελετηθεί λιγότερο εκτενώς και αναδείχθηκαν σε σημείο ενδιαφέροντος μόλις με την εμφάνιση και εξέλιξη νέων μοντέλων, όπως αυτό του Marshall [10] και του Ward [11]. Ως τότε, ποικιλία συμπεριφοριστικών θεραπευτικών προγραμμάτων για τους σεξουαλικούς παραβάτες και προγραμμαμάτων, που συνδύαζαν το Γνωσιακό Συμπεριφοριστικό Μοντέλο με την Προσέγγιση για την Πρόληψη Υποτροπής, είχαν εφαρμοστεί κατά κόρον στις ΗΠΑ. Έθεταν ωστόσο στόχους, που περιορίζονταν κυρίως στους παράγοντες επικινδυνότητας, με μια εμφανή απουσία στήριξης ενός συνεκτικού αιτιολογικού μοντέλου που θα αναδείκνυε το σύνολο των προβληματικών τομέων που συντελούν στην παραβατικότητα [12].

Παράλληλα, στο πλαίσιο της διερεύνησης των χαρακτηριστικών των ατόμων που διαπράττουν σεξουαλικά εγκλήματα, διεξήχθησαν έρευνες σχετικά με το οικογενειακό περιβάλλον και τις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας στις οικογένειες καταγωγής τους. Η σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική βία είναι συχνά ευρήματα στην οικογενειακή ζωή των σεξουαλικών παραβατών [13-14]. Σε πρόσφατη έρευνα, οι Sheldon & Howitt [15] εξέτασαν τα χαρακτηριστικά της παιδικής ηλικίας σε τρεις ομάδες παιδόφιλων. Τα ευρήματα έδειξαν ότι περίπου το 40% όλων των παραβατών παρουσίαζε συναισθηματικές δυσκολίες κατά την παιδική ηλικία ή προβλήματα συμπεριφοράς. Οι μισοί παραβάτες ανέφεραν εμπειρίες ιδρυματοποίησης σε σωφρονιστικούς φορείς, ενώ τα ποσοστά σωματικής κακοποίησης ήταν ασυνήθιστα υψηλά (άνω του 60%). Τέλος, πολλοί είχαν βιώσει παραμέληση των γονέων και απόντες φροντιστές, ενώ δύο ομάδες παραβατών είχαν πέσει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης. Φαίνεται ωστόσο ότι ένα ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης δεν αποτελεί επαρκή, ούτε απαραίτητη συνθήκη για τη διάπραξη σεξουαλικών εγκλημάτων στην ενήλικη ζωή. Ένα ακόμη θέμα που περιπλέκει την εικόνα της παθολογίας των ατόμων αυτών είναι η παρουσία συνοδών διαταραχών, οι οποίες εμφανίζονται σε σημαντικά ποσοστά σεξουαλικών παραβατών [16]. Μελέτες αναφέρουν την ύπαρξη αγχωδών διαταραχών, άλλων κατηγοριών παραφιλικών διαταραχών, διαταραχών διάθεσης [2], αλλά και της ΔΕΠ-Υ [17] και μορφών σεξουαλικής δυσλειτουργίας [18]. Ένα συστηματικό εύρημα συννοσηρότητας αποτελεί όμως και η παρουσία διαταραχών

προσωπικότητας [19], με πιο συχνές την αντικοινωνική, την οριακή και τη ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας. Τα χαρακτηριστικά στοιχεία δυσχεραίνουν τη θεραπεία των σεξουαλικών παραβατών, οι οποίοι θεωρούνται στις περιπτώσεις αυτές ως έντονα ανθιστάμενοι στη θεραπεία [20].

Η πλειοψηφία των ερευνών που διενεργούνται στις μέρες μας, εστιάζεται σε συγκεκριμένους πληθυσμούς και ειδικότερα σε άρρενες που είναι βιαστές ή παιδόφιλοι, ενώ ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον αναδύεται σταδιακά για τους σεξουαλικούς παραβάτες του διαδικτύου και τους ανήλικους σεξουαλικούς παραβάτες [21]. Ωστόσο, δεν πρέπει να παραλειφθεί και η κατηγορία των γυναικών στον πληθυσμό αυτό, παρά το γεγονός ότι η αναλογία σεξουαλικών εγκλημάτων ανδρών θυτών προς τα εγκλήματα των γυναικών, βρίσκεται κάπου στο 20 προς 1 [22]. Οι γυναίκες θύτες παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες με τους άνδρες θύτες, όπως γνωσιακές διαστρεβλώσεις, ελλείμματα στην ενσυναίσθηση, δυσκολίες στις σχέσεις και ελλειμματικές στρατηγικές αντιμετώπισης [23]. Παρουσιάζουν όμως κι ιδιαιτερότητες, αφού αναφέρουν συχνότερα ιστορικά σεξουαλικής θυματοποίησης, ενώ προβαίνουν σε εγκληματικές πράξεις με άλλους άνδρες συνεργούς και διαπράττουν λιγότερους βιασμούς σε σύγκριση με τους άνδρες [24].

Η σύγχρονη τάση στη μελέτη της ψυχοπαθολογίας των σεξουαλικών παραβατών εντοπίζεται στην περιγραφή της κλινικής τους εικόνας και των διαφορετικών ελλειμμάτων που παρουσιάζουν σε γνωσιακό και κοινωνικό επίπεδο. Το εύρημα των ελλιών κοινωνικών δεξιοτήτων και σχέσεων αναδεικνύεται σε αρκετές έρευνες, όπως σε εκείνες για τους σεξουαλικούς παραβάτες του διαδικτύου. Περίπου το ένα τέταρτο αυτών αναφέρει ως κίνητρο τα κοινωνικά οφέλη που αποκομίζει από την εμπλοκή του στην παιδική πορνογραφία και την αίσθηση της αποδοχής από την ομάδα των υπόλοιπων χρηστών [15].

Η εστίαση στα γνωσιακά χαρακτηριστικά οδήγησε στην καταγραφή δυσλειτουργικών γνωσιών, όπως εκείνων που αφορούν την άρνηση του εγκλήματος ή την υποτίμηση της σημασίας του, την εκλογίκευση της πράξης και το αυτονόητο δικαίωμα [3]. Οι κλινικές συνεντεύξεις αποκαλύπτουν ακόμη διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις σχετικά με τη σεξουαλικότητα, για παράδειγμα ότι «τα προκλητικά ρούχα μια γυναίκας αποτελούν σεξουαλική πρόσκληση» [25]. Ακόμη εντοπίζονται βαθύτερες πυρηνικές πεποιθήσεις και σχήματα με διαστρεβλωμένο περιεχόμενο, όπως: «τα παιδιά είναι σεξουαλικά όντα» [26-27]. Σε μια έρευνα [28] χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του Jounq [29] για τη μελέτη των σχημάτων που συναντώνται συχνότερα σε βιαστές και θύτες παιδικής κακοποίησης. Τα συνηθέστερα από αυτά ήταν σχήματα συναισθηματικής αποστέρευσης, εγκατάλειψης, ελαττωματικότητας, καχυποψίας και αυτοθυσίας. Οι γνωσιακές διαστρεβλώσεις θεωρούνται γνωσιακοί παράγοντες ευαισθησίας που προστατεύουν την αυτοεικόνα του παραβάτη [30] και διαδραματίζουν κομβικό ρόλο στη δικαιολόγηση της εγκληματικής πράξης, αλλά όχι στην αρχική τέλεσή της. Θεωρείται επίσης ότι αντανακλούν τις διαστρεβλωμένες εμπειρίες και τα σενάρια των πρώιμων εμπειριών των θυτών [31] και πολύ συχνά δεν γίνονται αντιληπτές από τους παραβάτες ως κοινωνικά ανεπιθύμητες.

Άλλα βασικά χαρακτηριστικά που συνθέτουν την ψυχοπαθολογία των σεξουαλικών παραβατών είναι η ελλειμματική ενσυναίσθηση, που παρατηρείται εντονότερα στους βιαστές και τους θύτες κακοποίησης παιδιών και συσχετίζεται θετικά με

γνωσιακές διαστρεβλώσεις [32], η δυσκολία στην ανάπτυξη συντροφικότητας και οικειότητας με άλλα πρόσωπα [33] και τα ελλείμματα στην ανάπτυξη και χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης των καθημερινών προκλήσεων [34]. Ακόμη, οι παραβάτες αυτού του τύπου παρουσιάζουν δυσκολίες στην αυτορύθμιση και ειδικότερα στον έλεγχο των συναισθημάτων και των πράξεών τους [35]. Φαίνεται έτσι ότι οι θύτες σεξουαλικών εγκλημάτων αποτελούν μια ετερόκλητη κλινική ομάδα, με σύνθετα προβλήματα που λειτουργούν επιβαρυντικά, τόσο στην πορεία προς την εκδίωξη της εγκληματικής συμπεριφοράς, όσο και στη θεραπεία και κοινωνική επανένταξή τους.

Το εύρος των δυσκολιών που παρουσιάζουν οι σεξουαλικοί παραβάτες οδήγησε στη διεύρυνση και στον εμπλουτισμό των θεραπευτικών προγραμμάτων. Αυτά πλέον ενσωματώνουν τη θέσπιση θεραπευτικών στόχων που αφορούν δεξιότητες διαχείρισης των καθημερινών προκλήσεων, αλλά και τη σχεδίαση ενός εμπειριστατωμένου πλάνου ζωής που θα προσφέρει ικανοποίηση στο άτομο [36]. Ο σχεδιασμός των παραπάνω προγραμμάτων βασίστηκε σε μοντέλα που προτείνουν υποθέσεις σχετικά με την πορεία του ατόμου προς το έγκλημα, αλλά και σχετικά με την πορεία προς την επανάληψη της εγκληματικής πράξης. Τα Μοντέλα Πορείας όπως ονομάζονται, περιλαμβάνουν την αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων που αναφέρθηκαν παραπάνω, οι οποίοι αποτελούν στατικά ή δυναμικά χαρακτηριστικά του παραβάτη. Συνδέονται με πρακτικές εφαρμογές και παρεμβάσεις στους προβληματικούς τομείς που οι εμπνευστές τους θεωρούν ότι εμπλέκονται στην εγκληματογένεση και τη συντήρησή της [3].

Ένα από τα πιο σύγχρονα μοντέλα είναι αυτό του Ward και των συνεργατών του (Good Lives Model) [37], το οποίο ξεκινώντας από ένα θεωρητικό πλαίσιο για την ικανοποίηση των βασικών ανθρώπινων αναγκών, προτείνει μια πιθανή πορεία προς την τέλεση του εγκλήματος. Το μοντέλο έχει οδηγήσει στη διαμόρφωση μιας θεραπευτικής προσέγγισης για τους σεξουαλικούς παραβάτες, η οποία συνεχώς κερδίζει έδαφος [11, 38].

2. Το Μοντέλο “Good Lives”

Το Good Lives Model (GLM) αναπτύχθηκε από τον Ward και τους συνεργάτες του [37, 39] και εκφράζει μια σύγχρονη προσέγγιση για την επανένταξη των θυτών σεξουαλικών εγκλημάτων. Διαμορφώθηκε ως απάντηση στους περιορισμούς του παραδοσιακού μοντέλου της Πρόληψης Υποτροπής, δίνοντας έμφαση στην ανάπτυξη και αξιοποίηση των δυνατών σημείων των παραβατών, αντί στην αποκλειστική διαχείριση παραγόντων κινδύνου ή στην αντιμετώπιση των ποικίλων ελλειμμάτων τους.

Το μοντέλο εφαρμόζεται συμπληρωματικά στην προσέγγιση RNR (Risk, Need, Responsivity) των Bonta και Andrews [40], με στόχο να ενισχύσει την αποτελεσματικότητά της μέσω της αύξησης κινήτρου εμπλοκής και δέσμευσης του ατόμου στη θεραπεία. Οι δύο προσεγγίσεις θεωρούνται αλληλοσυνδεόμενα μοντέλα για την επανένταξη των παραβατών και παρέχουν το θεωρητικό πλαίσιο, τους τομείς και τους στόχους παρέμβασης για την εφαρμογή γνωσιακών συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων.

Το Μοντέλο Good Lives έχει τις ρίζες του στις έννοιες της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των ανθρώπινων δικαιωμάτων γενικότερα, προτάσσει το δικαίωμα στην αυτονομία και εμπεριέχει μια θετική οπτική της θεραπευτικής προσέγγισης των σεξουαλικών παραβατών [41]. Θεμέλιος λίθος του GLM είναι

οι 11 κατηγορίες βασικών πρωτογενών αγαθών που όλοι οι άνθρωποι επιδιώκουν να αποκτήσουν στη ζωή τους. Τα βασικά πρωτογενή αγαθά είναι η ζωή, η γνώση, η επιτυχία στην ψυχαγωγία, η επιτυχία στην εργασία, η επιτυχία στην αυτονομία, η εσωτερική γαλήνη, το σχετιζέσθαι (οι στενές σχέσεις), ο κοινοτισμός, η πνευματικότητα, η ευτυχία και η δημιουργικότητα. Οι δημιουργοί του μοντέλου θεωρούν ότι υπάρχουν ατομικές διαφορές στη σημασία που δίνεται σε κάθε πρωτογενές αγαθό, και ότι αυτές αντανακλούν και τις διαφορές στις αξίες και τις προτεραιότητες ζωής.

Ως προς τις αιτιολογικές υποθέσεις του GLM σχετικά με το πέρασμα στην εγκληματική πράξη, αυτές αναπτύσσονται γύρω από την ιδέα των δευτερογενών αγαθών. Έτσι, οι διάφοροι τρόποι και τα μέσα με τα οποία οι άνθρωποι επιδιώκουν τα πρωτογενή αγαθά αντιπροσωπεύουν τα δευτερογενή ή συντελεστικά αγαθά [42]. Αυτά μπορεί να είναι λειτουργικά και υγιή, ή όπως στην περίπτωση των θυτών κακοποίησης, εγκληματογόνα. Τότε, τα δευτερογενή αγαθά ισοδυναμούν με δυναμικούς παράγοντες κινδύνου [43]. Στο πλαίσιο των γενικών παραδοχών του μοντέλου θεωρείται ότι όλοι οι άνθρωποι ακολουθούν ένα Καλό Πλάνο Ζωής (Good Life Plan) όσο στοιχειώδες ή ελλιπές κι αν είναι, το οποίο περιλαμβάνει τις πυρηνικές αξίες των ατόμων. Όταν τα δευτερογενή αγαθά του ατόμου είναι δυσλειτουργικά, τότε το πλάνο ζωής του ατόμου είναι ελαττωματικό. Για την περαιτέρω ενίσχυση της αιτιολογικής βάσης του μοντέλου, οι εμπνευστές του υιοθέτησαν τις υποθέσεις της Ενοποιημένης Θεωρίας για τη Σεξουαλική Παραβατικότητα (Integrated Theory of Sexual Offending) [44]. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η σεξουαλική παραβατικότητα προκύπτει από την αλληλεπίδραση βιολογικών, περιβαλλοντικών και νευροψυχολογικών παραγόντων. Η αλληλεπίδραση βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων επιδρά στη νευροψυχολογική λειτουργία του ατόμου, οδηγώντας στην εγκαθίδρυση τριών αλληλένδετων νευροψυχολογικών συστημάτων: του συναισθηματικού συστήματος/ συστήματος κινήτρων, του συστήματος αντίληψης και μνήμης και του συστήματος επιλογής δράσης και ελέγχου. Τα προβλήματα στα παραπάνω συστήματα οδηγούν στην εμφάνιση των τυπικών ομάδων προβλημάτων στους σεξουαλικούς παραβάτες (γνωσιακές διαστρεβλώσεις, ελλείμματα στην ενσυναίσθηση, κοινωνικές δυσκολίες και αποκλίνουσα σεξουαλική διέγερση). Οι συνέπειες της παραβατικότητας με τη σειρά τους ενισχύουν την ευαλωτότητα των ατόμων, μέσα από την επίδραση με το περιβάλλον και την ψυχολογική λειτουργία, οδηγώντας στη συντήρηση της παραβατικής συμπεριφοράς.

Από τις παραπάνω θεωρητικές παραδοχές του GLM, γενικές και αιτιολογικές, προκύπτουν και οι βασικοί στόχοι της θεραπείας των σεξουαλικών παραβατών. Πρωταρχικοί στόχοι είναι να εκπαιδευτεί το άτομο στην απόκτηση των πρωτογενών αγαθών με μη επιβλαβείς τρόπους, να αντιμετωπίσει τα ελαττώματα του πλάνου ζωής του και να διαχειριστεί αποτελεσματικά τις πιθανότητες υποτροπής, με την απόκτηση νέων δεξιοτήτων αυτοελέγχου και αυτορύθμισης [45].

3. Η ενσωμάτωση του Μοντέλου Good Lives σε θεραπευτικά προγράμματα για τη Σεξουαλική Παραβατικότητα

Το GLM παρέχει μια λεπτομερή θεωρητική βάση, με κλινικές προεκτάσεις και θεραπευτικούς στόχους, που μπορούν να δουλευτούν στην πράξη με δομημένα μοντέλα που χαιρούν

ερευνητικής στήριξης, όπως η Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία.

Αν και η δημοτικότητα του Μοντέλου Good Lives αυξάνεται διαρκώς και το μοντέλο έχει χρησιμοποιηθεί σε πολυάριθμα θεραπευτικά προγράμματα σεξουαλικών παραβατών διεθνώς [46], έχουν παρατηρηθεί σημαντικές παραλλαγές στην πρακτική εφαρμογή των παραδοχών του. Οι Willis, Yates, Gannon και Ward [47] παρέχουν μια εμπειριστατωμένη παρουσίαση των βημάτων ενσωμάτωσης των βασικών αρχών του GLM σε θεραπευτικά προγράμματα για σεξουαλικούς παραβάτες. Παρουσιάζουν μια σειρά από κατευθυντήριες, που συνάδουν με τη φιλοσοφία του GLM και την προσέγγιση RNR. Αυτές αφορούν τους στόχους του θεραπευτικού προγράμματος, τη διαδικασία αξιολόγησης των θεραπευόμενων, το σχεδιασμό της παρέμβασης, το περιεχόμενο της παρέμβασης και την τελική της εφαρμογή.

Η παρέμβαση αφορά κυρίως τη θεραπεία σε ομάδα, καθώς τα θεραπευτικά προγράμματα συνήθως υλοποιούνται σε φυλακές ή σε κοινοτικές δομές, αν και δεν αποκλείεται η προσαρμογή των κατευθυντήριων σε ατομικά προγράμματα παρέμβασης.

3.1. Στόχοι Προγράμματος Παρέμβασης

Το GLM διαφέρει σημαντικά στη στοχοθεσία από την κλασική και συστηματικά εφαρμοσμένη προσέγγιση της Πρόληψης Υποτροπής. Σύμφωνα με το μοντέλο, η αποκλειστική έμφαση που δινόταν στα ελλείμματα και στη διαχείριση των παραγόντων υποτροπής ενδεχομένως να είναι ανεπαρκής για να κινητοποιήσει τους παραβάτες να δεσμευτούν στη θεραπεία. Ο κεντρικός στόχος του προγράμματος επανένταξης πρέπει να είναι διπλός: να εκπαιδευτούν οι συμμετέχοντες στο να διαμορφώσουν μια ικανοποιητική ζωή για εκείνους και παράλληλα να απέχουν από την παραβατικότητα. Ο δυαδικός αυτός στόχος είναι απαραίτητο να εξηγηθεί σαφώς στους θεραπευόμενους και να παρουσιαστεί η θεραπεία ως μια διαδικασία βελτίωσης της ζωής τους. Η θετική αυτή αλλαγή θα επιτευχθεί με τη διασαφήνιση των πρωτογενών αγαθών, που επιθυμούν να αποκτήσουν, αλλά και με τον καθορισμό των τρόπων με τους οποίους μπορούν να τα αποκτήσουν επιτυχώς. Σε γενικές γραμμές, η θεραπεία πρέπει να ιδωθεί ως ένα σύνολο τεχνικών, που έχουν στόχο περισσότερο να προσθέσουν δεξιότητες στο άτομο, παρά να αφαιρέσουν προβληματικά στοιχεία [48]. Για να εξασφαλίσουν οι φορείς παρέμβασης ότι το παραπάνω πλάνο γίνεται κατανοητό και ότι οι θεραπευόμενοι θα αναπτύξουν το κίνητρο να δεσμευτούν στη διαδικασία, είναι σημαντικό η γλώσσα και η έκφραση που χρησιμοποιείται να είναι θετική, να μην επικεντρώνεται στα ελλείμματα και να μην ευνοεί ετικέτες που στιγματίζουν τα άτομα. Αυτή η θετική έκφραση πρέπει να χαρακτηρίζει και το όνομα του προγράμματος, το σύμβολο και τη διατύπωση των θεραπευτικών στόχων. Οι στόχοι της ομάδας και οι κανόνες λειτουργίας προτείνεται να θεσπίζονται συνεργατικά και να διατυπώνονται γραπτώς με την μορφή μιας λίστας κανόνων, ώστε να ενισχύεται ο συνεργατικός εμπειρισμός και να αυξάνεται εξαρχής το κίνητρο εμπλοκής στις ομαδικές διαδικασίες.

3.2. Σχεδιασμός της Παρέμβασης

Μετά την αξιολόγηση, προτείνεται να προγραμματίζεται μια ατομική συνεδρία ανατροφοδότησης, κατά την οποία ο θεραπευτής βεβαιώνεται ότι έχει εξάγει ορθά τα δυνατά σημεία του πελάτη, τα πρωτογενή αγαθά που θεωρεί σημαντικά και

τον τρόπο που η επιδίωξή τους σχετίζεται με την παραβατικότητα. Η αξιολόγηση επιτυγχάνεται με τη χρήση δομημένων συνεντεύξεων GLM, που σύμφωνα με έρευνες παρουσιάζουν ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες [45], αλλά και με διαθέσιμα ερωτηματολόγια, όπως το Personal Concerns Inventory [49] και το Quality of Life Inventory [50]. Ακολούθως, ο θεραπευτής συζητά με τον πελάτη τη διατύπωση περίπτωσης που έχει διαμορφώσει. Γίνεται τότε μια μορφή ψυχοεκπαίδευσης, συζητώνται οι βασικές αρχές του μοντέλου Good Lives, ενώ διασαφηνίζεται και ο διπλός στόχος της θεραπείας. Η στοχοθέτηση γίνεται συνεργατικά και ο πελάτης ενθαρρύνεται να συμμετέχει ενεργά σε όλα τα στάδια της παρέμβασης.

Το πλάνο σχεδιασμού της παρέμβασης είναι εξατομικευμένο και περιλαμβάνει υποστόχους. Σχεδιάζεται ένα πρόγραμμα που εκπαιδεύει το άτομο στην απόκτηση δεξιοτήτων, με τη βοήθεια των οποίων θα είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει κοινωνικά αποδεκτά μέσα για την επιδίωξη των αγαθών, που επιθυμεί. Ένα συνηθισμένο πρωτογενές αγαθό, στο οποίο οι σεξουαλικοί παραβάτες αποδίδουν μεγάλη σημασία είναι το σχετιζέσθαι, με την έννοια των στενών σχέσεων [51]. Σχεδιάζεται έτσι ένα πρόγραμμα με στόχους την απόκτηση σχέσεων, και τίθενται στόχοι όπως να κάνει το άτομο φίλιες, να συνάψει ρομαντικές σχέσεις, να ενισχύσει οικογενειακούς δεσμούς κλπ. Ένας ακόμη υποστόχος είναι η αντιμετώπιση των εγκληματογόνων μέσων στα οποία συνήθιζε να καταφεύγει το άτομο. Τέτοια μέσα μπορεί να είναι η χρήση του σεξ ως στρατηγική αντιμετώπισης, η υπερβολική ενασχόληση με το σεξ ή η αποκλίνουσα σεξουαλική διέγερση.

Οι πελάτες, αφού αναγνωρίσουν τα προβλήματα που τους έχει προκαλέσει η χρήση των δυσλειτουργικών στρατηγικών, τα συνδέουν με τα ελαττώματα στο πλάνο ζωής τους και αποκτούν μια συνολική εικόνα του προβλήματος στο εδώ και τώρα.

3.3. Περιεχόμενο της Παρέμβασης

Ως κατά βάση θεωρητικό πλαίσιο, το μοντέλο Good Lives δεν υπαγορεύει συγκεκριμένο περιεχόμενο για την παρέμβαση, ούτε έχει οδηγήσει στη συγγραφή κάποιου εγχειριδίου με πρωτόκολλο γενικής εφαρμογής. Και αυτό διότι οι εμπνευστές του θεωρούν ότι η φιλοσοφία του μοντέλου δεν συνάδει με τη χρήση ενός άκαμπτου εγχειριδίου θεραπείας. Παρ'όλ'αυτά συμφωνούν στην αναγκαιότητα ύπαρξης κάποιας δομής στην εφαρμογή της παρέμβασης και παρέχουν έναν δομημένο οδηγό, που μπορεί να προσαρμοστεί στις ιδιαίτερες ανάγκες των θεραπευόμενων. Ο οδηγός αυτός περιέχει γενικούς στόχους και προτάσεις για δραστηριότητες, στρατηγικές και παρεμβάσεις που μπορούν να οδηγήσουν σε ουσιαστική αλλαγή [47]. Οι γενικοί στόχοι εκφράζονται με τη μορφή ενότητων (modules) και η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει ενότητες που αφορούν τις σχέσεις και τη συντροφικότητα, τη γενική αυτορύθμιση, τη σεξουαλική αυτορύθμιση, και άλλα. Στο εσωτερικό των ενότητων εμπεριέχονται βασικά θέματα προς εξεργασία, όπως η παρορμητικότητα, η χρήση του σεξ ως στρατηγική αντιμετώπισης και οι υγιείς και μη υγιείς σχέσεις.

Οι ενότητες που προγραμματίζονται για την παρέμβαση, που θα ακολουθήσει, εμπεριέχουν και στόχους που απορρέουν από την προσέγγιση RNR, όπως είναι η ρύθμιση του συναισθήματος, η αυτορύθμιση, οι κοινωνικές δεξιότητες, οι δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και η επαναρύθμιση της σεξουαλικής διέγερσης. Μια πιθανή ενότητα που μπορεί να αποτελέσει μέρος της παρέμβασης, έχει ως κεντρικό στόχο να κατανοήσει το

άτομο το έγκλημα, με τη βοήθεια μιας απλοποιημένης διατύπωσης περίπτωσης βασισμένης στο GLM και να αναδομήσει πεποιθήσεις, που υποστηρίζουν το έγκλημα. Το πρωτογενές αγαθό που προάγεται με το στόχο αυτό είναι η γνώση, ενώ τεχνικές και δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται, είναι η αναγνώριση προβλημάτων στο πλαίσιο ζωής και ο εντοπισμός των δυσλειτουργικών σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών που οδήγησαν στην εγκληματική πράξη. Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης, ως ξεχωριστής ενότητας με στόχο την κατανόηση της επίδρασης της εγκληματικής πράξης στο θύμα και συνολικότερα την κατανόηση της θέσης των άλλων. Η ανάπτυξη ενσυναίσθησης μπορεί να οδηγήσει στην ανάληψη ευθύνης για την πράξη, στην αποδοχή του κακού που έχει συντελεστεί στο θύμα και τελικά στην αναζήτηση κάποιας μορφής συγχώρεσης [52].

Οι γνωσιακές συμπεριφοριστικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται, εφαρμόζονται στο πλαίσιο της φιλοσοφίας του GLM για την επιδίωξη των πρωτογενών αγαθών. Αυτό συμβαίνει και για ένα εξαιρετικά σημαντικό συστατικό μέρος της θεραπείας, που είναι η αντιμετώπιση της αποκλίνουσας σεξουαλικής διέγερσης. Συνγνά, ο στόχος αυτός αποτελεί προτεραιότητα για τα άτομα, που παρουσιάζουν σοβαρά αποκλίνουσα σεξουαλική διέγερση ως παράγοντα κινδύνου, καθώς μετα-αναλύσεις έχουν δείξει ότι τα αποκλίνοντα σεξουαλικά ενδιαφέροντα συστηματικά προβλέπουν την υποτροπή [53]. Η Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία προσφέρει τεχνικές για τη θεραπεία τροποποίησης των ερεθισμάτων, που προκαλούν σεξουαλική διέγερση.

Η τελική ενότητα της παρέμβασης αφορά την καθοδήγηση των ατόμων στο να διαμορφώσουν και να υλοποιήσουν ένα μακροπρόθεσμο καλό πλάνο ζωής. Το πλάνο ζωής περιλαμβάνει λεπτομερή σχέδια για την απόκτηση των πρωτογενών αγαθών με ρεαλιστικούς, λειτουργικούς και υγιείς τρόπους, ασύμβατους με μελλοντική παραβατικότητα. Για να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητα των στόχων, πρέπει να ληφθούν υπόψη οι συνθήκες και ο χώρος διαβίωσης, οι όροι αποφυλάκισης, η εργασία και η κοινωνική υποστήριξη, διαθέσιμα στο άτομο. Τέλος, το πλάνο ζωής εμπεριέχει προσχεδιασμένες στρατηγικές έτοιμες για υλοποίηση στην περίπτωση πιθανού κινδύνου υποτροπής. Διαμορφώνεται ένα πλάνο διαχείρισης των παραγόντων κινδύνου ως τμήμα ενός ευρύτερου πλάνου αυτορύθμισης, για το οποίο ενημερώνονται οι φορείς επιτήρησης στην κοινότητα. Η επιτήρηση μετά την αποφυλάκιση αποκτά ως εκ τούτου τη μορφή υποστήριξης, με σκοπό την εποπτεία για την εφαρμογή των στρατηγικών αυτορύθμισης και τη διασφάλιση της επιδίωξης των πρωτογενών αγαθών στο πλαίσιο του νέου Καλού Πλάνου Ζωής.

3.4. Υλοποίηση της Παρέμβασης: Πρακτικά ζητήματα

Οι φορείς παρέμβασης είναι απαραίτητο να εναρμονίζονται με τις ηθικές παραδοχές του GLM και να κατανοούν ότι οι σεξουαλικοί παραβάτες είναι άνθρωποι σαν όλους τους άλλους. Η στάση αυτή περιλαμβάνει το σεβασμό στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικής κουλτούρας του ατόμου, αλλά και η επίδειξη θετικών χαρακτηριστικών από την πλευρά των θεραπευτών στην επαφή τους με τους θεραπευόμενους. Κάθε εχθρικότητα, αντιπαράθεση και ετικετοποίηση του ατόμου είναι αντίθετη και ασύμβατη με τις αρχές του μοντέλου και δεν αντιπροσωπεύουν μέσα, που προάγουν την αλλαγή. Όλοι όσοι

εμπλέκονται στην θεραπεία θα πρέπει να σέβονται και να ενισχύουν την αυτονομία και την ατομικότητα των πελατών, τηρώντας μια συνεργατική προσέγγιση σε όλες τις φάσεις της παρέμβασης.

Η θεραπεία με τους σεξουαλικούς παραβάτες αναμφισβήτητα ενέχει ποικίλες προκλήσεις για τους θεραπευτές, οι οποίοι καλούνται να αναπτύξουν μια θεραπευτική συμμαχία με ανθρώπους που έχουν προκαλέσει βλάβη και πόνο σε άλλα άτομα, συχνά δε και σε παιδιά [11]. Είναι επιτακτική ανάγκη να αναπτύξουν οι θεραπευτές επίγνωση των προσωπικών, ηθικών και άλλων ειδών αρνητικών στάσεων, που ενεργοποιούνται κατά την επαφή τους με αυτούς τους θεραπευόμενους [52]. Η εποπτεία γίνεται έτσι αναντίρροπη συνθήκη, που βοηθά το θεραπευτή στη διαχείριση συναισθημάτων θυμού και άγχους, που μπορεί να προκύψουν και να σταθούν εμπόδια στη θεραπευτική σχέση. Μπορεί επίσης να αποφορτίσει το θεραπευτή και να επαναφέρει την εστίαση της θεραπείας στη θετική θεώρηση της αλλαγής που επιδιώκεται. Γενικά, η υιοθέτηση της προσέγγισης Good Lives μεταφράζεται στο ότι όλοι οι εμπλεκόμενοι στη θεραπεία των σεξουαλικών παραβατών αποδέχονται τον παραβάτη ως έναν άνθρωπο σαν όλους τους άλλους, ο οποίος ως ανθρώπινο ον διαθέτει την δυνατότητα να πράξει τόσο το καλό, όσο και το κακό. Βρίσκεται δε στη θεραπεία, με σκοπό να αλλάξει τους παράγοντες στη ζωή του, που ευνόησαν τη διάπραξη επιβλαβών για τους άλλους πράξεων.

Οι αρχές του GLM δεν περιορίζονται στο χώρο των συνεδριών, αλλά γενικεύονται σε ολόκληρο το περιβάλλον στο οποίο διενεργείται η παρέμβαση, στο σύνολο του σφραγιστικού ιδρύματος ή του κοινοτικού φορέα. Για το σκοπό αυτό, διασφαλίζεται η ευαισθητοποίηση και η ενεργητική εμπλοκή όλων των μελών της ομάδας και διαφόρων ειδικοτήτων, όπως των σφραγιστικών υπαλλήλων, του νοσηλευτικού προσωπικού και των υπαλλήλων θεραπευτικών δραστηριοτήτων. Όλοι οι παραπάνω ειδικοί πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι στις αρχές του GLM και να στηρίζουν το άτομο στην υλοποίηση του πλάνου ζωής του.

4. Η Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία μέσα στις παρεμβάσεις GLM

Εξετάζοντας τη μορφή που έχει πάρει στις μέρες μας το GLM στην πρακτική του εφαρμογή, γίνεται σαφής ο συνδυασμός των θεωρητικών αρχών του μοντέλου με τη Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία, όπως την γνωρίζουμε στην πράξη. Όπως προαναφέρθηκε, η αξιολόγηση έχει στόχο τη διατύπωση περίπτωσης για κάθε παραβάτη χωριστά, από την οποία απορρέει το εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο. Ακολουθεί ψυχοεκπαίδευση για το μοντέλο και η διατύπωση περίπτωσης ανακοινώνεται στο θεραπευόμενο. Η στοχοθεσία γίνεται συνεργατικά με το θεραπευόμενο και η διατύπωση περίπτωσης επανελέγχεται τακτικά στην πορεία της θεραπείας και αναπροσαρμόζεται.

Στο κύριο μέρος της παρέμβασης, η εφαρμογή Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών τεχνικών αντιπροσωπεύει άλλωστε το κυρίαρχο πρακτικό οπλοστάσιο των θεραπευτών. Αναφορικά με τις γνωσιακές διαστρεβλώσεις, γίνεται γνωσιακή αναδόμηση των πεποιθήσεων, που υποστηρίζουν την παραβατική συμπεριφορά, ενώ για να αντιμετωπιστούν τα ελλείμματα στην ενσυναίσθηση αναλύονται οι συνέπειες της πράξης στο θύμα και γίνεται επανεκπαίδευση στην ενσυναίσθηση. Οι κοινωνικές

δυσκολίες αποκαθίστανται με εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες και για τη βελτίωση των συναισθηματικών προβλημάτων παρέχεται εκπαίδευση στη ρύθμιση του συναισθήματος. Τέλος, εφαρμόζεται επαναρύθμιση της σεξουαλικής διέγερσης για την αποκλίνουσα σεξουαλική διέγερση και ο θεραπευόμενος καθοδηγείται στην κατασκευή υγιών σεξουαλικών αναπαραστάσεων. Η παρέμβαση περιλαμβάνει ακόμη την εξάσκηση στην επίλυση προβλημάτων της καθημερινής ζωής, τη μίμηση του θεραπευτή ως προτύπου λειτουργικότητας και την πρόληψη υποτροπής, μέσα από την εξάσκηση διαχείρισης καθημερινών καταστάσεων υψηλού κινδύνου.

Το GLM είναι διαμορφωμένο έτσι, ώστε να παρέχει στη Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία το υπόβαθρο στόχων, πάνω στο οποίο θα εφαρμοστούν οι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποδεδειγμένες επιτυχείς Γνωσιακές Συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις. Ο συνδυασμός αυτός στη θεραπεία οδηγεί στην ενίσχυση της αυτονομίας του ατόμου, στην ανάληψη ευθύνης για τη ζωή και τις πράξεις του και σε μια καλύτερη αυτογνωσία σε σχέση με πράξεις του παρελθόντος.

5. Η αποτελεσματικότητα του μοντέλου

Δεδομένου ότι το GLM πρωτοδιατυπώθηκε στην αρχική του μορφή πριν περίπου μια δεκαετία [37] και εξελίχθηκε σημαντικά για να εφαρμοστεί στην πράξη, η ερευνητική δραστηριότητα, που καταπιάνεται με την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του μοντέλου, βρίσκεται σε αρχικά στάδια. Μόλις πριν λίγα χρόνια, έγιναν διαθέσιμα ένα πρωτόκολλο αξιολόγησης [45], ο οδηγός για το θεραπευτή [54] και το βιβλίο εργασιών για το θεραπευόμενο [43], ορόσημα τα οποία προώθησαν σημαντικά την υιοθέτηση του μοντέλου GLM-C (GLM Comprehensive) από αρκετούς φορείς παρέμβασης. Το μοντέλο ακολουθεί τις αρχές της εμπειρικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας, που είναι η εξασφάλιση αποδείξεων για την αποτελεσματικότητα σε αυστηρά ελεγχόμενες συνθήκες και κάτω από συνθήκες κλινικής πράξης, η αξιολόγηση του σκοπού της θεραπείας και η ύπαρξη εγχειριδίου για την ψυχοθεραπεία [55]. Παρά την πρόσφατη εμφάνισή του, το μοντέλο φαίνεται να βρίσκεται στις τρεις πρώτες προσεγγίσεις επιλογής για το ένα τρίτο των προγραμμάτων παρέμβασης για ενήλικες και έφηβους σεξουαλικούς παραβάτες της Βόρειας Αμερικής και για παραπάνω από τα μισά προγράμματα του Καναδά [46]. Σύμφωνα με έρευνες, το μοντέλο Good Lives μπορεί να ενισχύσει τη δέσμευση των ατόμων στους στόχους της παρέμβασης και να μειώσει τα ποσοστά διακοπής της θεραπείας [56]. Σε σύγκριση με προγράμματα που χρησιμοποιούν την παραδοσιακή προσέγγιση Πρόληψης Υποτροπής, τα προγράμματα που ενσωματώνουν τις αρχές του, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ολοκλήρωσης της θεραπείας. Ακόμη και στην περίπτωση προγράμματος με πληθυσμό σεξουαλικών παραβατών, που είχαν διαγνωστεί με ψυχικές διαταραχές, φάνηκε ότι όλοι οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν τη θεραπεία [57]. Η εστίαση σε στόχους μέσα από τις ενότητες και στο κέρδος για τη ζωή του πελάτη φαίνεται να ενισχύει το κίνητρο για συμμετοχή στη θεραπεία, που αποτελεί παράγοντα υψηλής σημαντικότητας για τα συγκεκριμένα προγράμματα [58, 65]. Ο προσανατολισμός στο μέλλον και στα θετικά στοιχεία που προάγει το GLM αναφέρθηκαν από τους θεραπευόμενους και τους συντονιστές και σε άλλη έρευνα [70], ωστόσο στην περίπτωση αυτή δεν βρέθηκαν διαφορές στην αποτελεσματικότητα του μοντέλου

Good Lives σε σύγκριση με το κλασικό μοντέλο της Πρόληψης Υποτροπής, ως προς την επιτευχθείσα αλλαγή στους τομείς όπου είχαν τεθεί στόχοι και στα ποσοστά αποχώρησης.

Αν και σταδιακά αυξάνονται οι έρευνες, που στηρίζουν την αποτελεσματικότητα του GLM, η ασυνέπεια στην ενσωμάτωση των αρχών του μοντέλου στα διάφορα προγράμματα δεν επιτρέπει την απρόσκοπτη διεξαγωγή ερευνών για να διαπιστωθεί με σαφήνεια αν η αυξημένη τήρηση των αρχών συνδέεται και με αυξημένη αποτελεσματικότητα. Μια έρευνα που μελέτησε 13 θεραπευτικά προγράμματα στη Βόρειο Αμερική ανέδειξε ότι κάποια προγράμματα υιοθετούσαν το GLM ως πρόσθετο, με την εισαγωγή στο πρόγραμμα κάποιας από τις ενότητες του μοντέλου. Άλλα, το ενσωμάτωναν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό σε διαφορετικά σημεία του προγράμματος (πχ. στην υλοποίηση αλλά όχι στο σχεδιασμό και τους στόχους της παρέμβασης) [71]. Η έλλειψη συνέπειας στην ενσωμάτωση του GLM δυσχεραίνει τη συγκριτική μελέτη της αποτελεσματικότητας προγραμμάτων που επιλέγουν διαφορετικές προσεγγίσεις παρέμβασης.

Είναι αναμφισβήτητο απαραίτητο στο μέλλον να ενταχθούν στις μελέτες αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που προτείνει το GLM, αναμνηστικές αξιολογήσεις μετά το πέρας της παρέμβασης (στους τρεις μήνες, έξι μήνες και ένα έτος). Άλλωστε, πρόκειται για ένα πρόγραμμα αποκατάστασης, μετά την παρέμβαση του οποίου απαιτείται επιτήρηση των ατόμων αυτών. Συνεπώς, οι φορείς επιτήρησης μπορούν να αξιοποιηθούν εύκολα ως πηγές των απαραίτητων πληροφοριών για τις έρευνες με επανεκτίμηση. Οι αναμνηστικές αξιολογήσεις θα δώσουν τις πρώτες πληροφορίες για τη διατήρηση των αποτελεσμάτων της παρέμβασης. Θα είναι ωφέλιμο να εξεταστούν, τόσο η υλοποίηση του λειτουργικού πλάνου ζωής που σχεδιάστηκε σε συνεργασία με τον θεραπευόμενο, όσο και η αυτοδιεύθυνση των ατόμων και τα ποσοστά υποτροπής.

6. Συζήτηση

Το μοντέλο Good Lives είναι ένα σύγχρονο θεωρητικό πλαίσιο που συνδυάζεται με την εφαρμογή της προσέγγισης RNR και τη χρήση τεχνικών Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας. Εφόσον ενσωματωθεί ορθά στα προγράμματα παρέμβασης για τους σεξουαλικούς παραβάτες, μπορεί να ενισχύσει την αποτελεσματικότητά τους [57].

Η θεραπεία των σεξουαλικών παραβατών θέτει ιδιαίτερες προκλήσεις στους θεραπευτές εξαιτίας των πολυάριθμων ελλειμμάτων και δυσκολιών σε ποικίλους τομείς που παρουσιάζουν αυτοί οι θεραπευόμενοι. Η παρουσία συνοδών διαταραχών προσωπικότητας και διαταραχών ψυχικής υγείας, όπως διαταραχών διάθεσης, αγχωδών διαταραχών και άλλων παραφιλικών διαταραχών, περιπλέκει την κλινική τους εικόνα. Τα ερευνητικά δεδομένα γνωστοποιούν ότι σε πολλές περιπτώσεις προϋπάρχουν εμπόδια στην αλλαγή, που αν δεν αξιολογηθούν ορθά, παρεμποδίζουν κάθε μορφή παρέμβασης. Ένα πρόγραμμα επανένταξης με τις αρχές του GLM, πρέπει να συμπεριλάβει στο συνολικό θεραπευτικό πλάνο την αντιμετώπιση των συνοδών διαταραχών (συννοσηρότητας), ως μέρος της ολότητας που συνιστά ο θεραπευόμενος. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να προγραμματιστεί θεραπεία της διαταραχής πριν ή μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης και να συνυπολογιστεί η ανάγκη για λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

Το μοντέλο Good Lives προάγει μια θετική μορφή παρέμβα-

σης που στηρίζεται στις δυνατότητες των ατόμων και σέβεται τα δικαιώματά τους. Αντιτίθεται στα περιοριστικά και τιμωρητικά στυλ παρέμβασης που τείνουν να χαρακτηρίζουν τα εγχειρήματα κοινωνικής σωφρονιστικής πολιτικής και προσβύει ότι μια παρέμβαση που εφοδιάζει τους παραβάτες με δεξιότητες να ζήσουν μια ικανοποιητική ζωή, μπορεί να διασφαλίσει μια σημαντική μείωση της πιθανότητας να υποτροπιάσουν. Είναι ολιστικό και αρκετά ολοκληρωμένο ως προς τη διατύπωση. Παρουσιάζει γενικές θεωρητικές υποθέσεις και αρχές, αιτιολογικές υποθέσεις για την παραβατικότητα, αλλά και πρακτικές εφαρμογές με τη μορφή γενικών στόχων στο πλαίσιο θεραπευτικών ενότητων.

Συμπορεύεται στην πράξη με την ήδη δοκιμασμένη προσέγγιση RNR και είναι σχεδιασμένο να ταιριάζει σε δομημένες θεραπείες και ειδικότερα με τη Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία. Η άρρηκτη σύνδεση του GLM με τη Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία στην πράξη, του προσθέτει σε κύρος και ενισχύει τις πιθανότητες της πρακτικής αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που προτείνει. Βασικά στοιχεία της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας στην εφαρμογή του μοντέλου είναι η διατύπωση περίπτωσης, που οδηγεί στη διαμόρφωση εξατομικευμένου πλάνου παρέμβασης, ο συνεχής εμπειρισμός σε όλα τα στάδια και η ψυχοεκπαίδευση. Οι γνωσιακές και συμπεριφοριστικές τεχνικές αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας. Ως μοντέλο που συνδυάζεται με τη Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία, το GLM ακολουθεί τις αρχές της εμπειρικά τεκμηριωμένης ψυχοθεραπείας, δεδομένου ότι παρέχει αποδείξεις για την αποτελεσματικότητά του σε αυστηρά ελεγχόμενες συνθήκες και κάτω από συνθήκες κλινικής πράξης, προσφέροντας αξιολόγηση του σκοπού της θεραπείας και περιλαμβάνοντας εγχειρίδιο για την ψυχοθεραπεία [66].

Επιπρόσθετα πλεονεκτήματα του μοντέλου είναι ότι μπορεί να εφαρμοστεί σε ομάδα, ατομικό πρόγραμμα ή με δυάδα θεραπευόμενων. Το ομαδικό πρόγραμμα είναι κυλιόμενο, παρέχοντας στους θεραπευόμενους τη δυνατότητα να συμμετάσχουν σε ενότητες που ταιριάζουν στις ατομικές τους ανάγκες. Μπορεί με το σχεδιασμό αυτό να καλύψει μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων. Οι πρώτες έρευνες δείχνουν ότι αυξάνει τη δέσμευση των παραβατών στη θεραπεία και ενισχύει το κίνητρο ενεργής εμπλοκής, οδηγώντας σε μείωση των ποσοστών αποχώρησης από τη θεραπεία [67, 54]. Η εστίαση σε θετικά στοιχεία και δυνατότητες το έχει καταστήσει δημοφιλές, παρά τη σχετικά πρόσφατη εμφάνισή του στο χώρο της επανένταξης σεξουαλικών παραβατών.

Παρά τα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το μοντέλο, αναγνωρίζεται ότι υπάρχουν εξωτερικοί παράγοντες που είναι πιθανό να δυσχεράνουν την εφαρμογή των αρχών του μοντέλου, όπως οι περιορισμένοι πόροι και τα νομικά κωλύματα [47]. Η εφαρμογή του μοντέλου προϋποθέτει την εκπαίδευση όλων των μελών της ομάδας παρέμβασης, γεγονός που απαιτεί χρόνο και χρήματα. Ακόμη, οι αρνητικές στάσεις της κοινότητας απέναντι στους σεξουαλικούς παραβάτες λειτουργούν παρακωλυτικά στη δυνατότητα του ατόμου να υλοποιήσει το πλάνο ζωής του ως πολίτης [59]. Ένα πρόγραμμα επανένταξης με τη φιλοσοφία του GLM ενδεχομένως να μην εναρμονίζεται αρκετά με την πραγματικότητα στην κοινωνία, η οποία είναι ότι ο συγκεκριμένος πληθυσμός αντιμετωπίζει αντικειμενικές δυσκολίες στην καθημερινότητά του. Η κοινωνική απομόνωση

και ο στιγματισμός αποτελούν τυπικό κομμάτι μιας ζωής ως σεσημασμένου σεξουαλικού παραβάτη. Κατά συνέπεια, η υλοποίηση του καλού πλάνου ζωής -που αποτελεί θεμέλιο λίθο του μοντέλου- σαμποτάρεται σε κάποιο βαθμό εκ των προτέρων από τους περιορισμούς της κοινωνικής πραγματικότητας.

Μια κριτική που έχει δεχθεί το GLM είναι ότι δεν παρουσιάζει σημαντικές καινοτομίες, καθότι οι προτάσεις του δεν προσθέτουν νέα πρακτικά δεδομένα σε αυτά που ήδη έχουν υλοποιηθεί στο πλαίσιο του μοντέλου Risk-Need-Responsivity [40]. Οι υποστηρικτές του RNR θεωρούν ότι ο έλεγχος της υποτροπής πρέπει να γίνεται άμεσα, με τη διαχείριση των δυναμικών παραγόντων κινδύνου και ότι το μοντέλο Good Lives δίνει υπερβολική έμφαση στην αυτοπραγμάτωση του παραβάτη, σε βάρος της πρόληψης υποτροπής.

Τέλος, οι Willis et al. [47] αναφέρουν ότι στην περίπτωση που οι αρχές του GLM δεν ενσωματωθούν ορθά σε ένα πρόγραμμα παρέμβασης, αυτό μπορεί όχι απλά να οδηγήσει σε μη αποτελεσματική θεραπεία, αλλά σε υψηλότερα ποσοστά υποτροπών. Από μόνη της αυτή η δήλωση έρχεται σε αντιπαράθεση με την ευελιξία την οποία αποπνέει το μοντέλο και την επιθυμία να αφήσει στους κλινικούς το χώρο να ενσωματώσουν τη φιλοσοφία του μοντέλου στην παρέμβασή τους κατά το δοκούν. Είναι προφανές ότι η πρόσφατη έκδοση του οδηγού για το θεραπευτή και του βιβλίου για το θεραπευόμενο, αποσκοπεί στη σταδιακή δόμηση της πρακτικής εφαρμογής στην κλινική πράξη. Επιχειρείται ταυτόχρονα να ελεγχθεί το φαινόμενο του να ενσωματώνεται το μοντέλο με διάφορες παραλλαγές.

Η περαιτέρω ενίσχυση στη δόμηση της πρακτικής εφαρμογής θα δημιουργήσει πρόσφορο έδαφος για τη διεξαγωγή ερευνών αποτελεσματικότητας, που τόσο έχει ανάγκη το GLM για να ενισχύσει την εμπειρική του στήριξη, αλλά και για να αναδείξει το τι ιδιαίτερο έχει να προσφέρει στη θεραπεία και επανένταξη των σεξουαλικών παραβατών.

The «Good Lives» Model and its integration in therapy programs for sex offenders

Matsaka, A. ¹, Rakitzi, S. ²

¹ Association for Cognitive Behavioural Studies

² Private practise

Correspondence: Angela Matsaka, Marathonos 3, 15343, Athens
E-mail: antzimats@yahoo.gr,
Tel: +30 697 4430301

Abstract

Sex offenders constitute a diverse clinical group, with a wide range of cognitive, as well as social deficits. The majority of the relevant intervention programs, which have been implemented to date, is characterized by a prevalent emphasis on relapse prevention. The Good Lives Model is a modern theoretical framework for sex offenders' rehabilitation that is becoming increasingly popular. The model is premised on skills building, in pursuance of fulfilling a dual goal: risk factors management, combined with the formulation of a Good Life Plan for the offender, that can offer fulfillment

and gratification. Special value is placed on self-regulation enhancement, in cultivating the offender's capacity to satisfy primary goods in socially acceptable ways. The Good Lives Model (GLM) contains etiological underpinnings concerning the onset and maintenance of offending and sets therapy goals for the implementation of Cognitive-Behavioral interventions. Preliminary research suggests that the model motivates clients to participate in treatment and enhances their engagement to the whole process, which are fundamental conditions for the success of treatment programs for this particular population. It has been noted that there is significant variation in the operationalisation of the GLM, which undermines the capacity of conducting research, evaluating the model's efficacy. For this reason, its creators provide comprehensive guidelines for the successful integration of the GLM into treatment programs combining Risk-Need-Responsivity principles and a Cognitive-Behavioral approach. This article presents the treatment aims such programs entail and strive to fulfill. Treatment planning and intervention content are demonstrated and practical issues that arise during therapy delivery and must be taken into account are discussed. The strong presence of Cognitive-Behavioral Therapy in programs integrating the GLM is analyzed. Furthermore, enhancement of the GLM's empirical support by the implementation of Cognitive Behavioral techniques is acknowledged. Cognitive restructuring, social skills training, empathy retraining, and arousal reconditioning are just few indicative means used to address typical difficulties sex offenders present. In the Discussion section, the strengths and vulnerabilities of the model are considered and suggestions are made, regarding further empirical support for the model's efficacy in clinical practice. Proper integration of the GLM will surely boost future research, with the imperative inclusion of follow-up measures, testing therapy effects in time. Given the challenges arising from sex offenders' complex clinical profiles, intervention programs integrating the GLM show significant potential in meeting their various needs and in guiding them in the process of living a satisfying, offense-free life.

Key words: sex offenders, Good Lives Model, integration, Cognitive Behavioral interventions, efficacy.

Βιβλιογραφία

- [1] American Psychiatric Association. DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. American Psychiatric Publications Incorporated, 2013.
- [2] Marshall WL. Diagnostic problems with sexual offenders. In Marshall WL, Fernandez YM, Marshall LE, Serran GA, editors. *Sexual offender treatment: Controversial Issues*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2005.
- [3] Marshall WL, Marshall LE, Serran GA, Fernandez YM. *Treating Sexual Offenders: An Integrated Approach*. Routledge, 2006.
- [4] Marshall WL, Anderson D, Fernandez Y. *Cognitive Behavioural Treatment of Sexual Offenders*. Wiley & Sons, 2000.
- [5] Levin SM, Stava L. Personality characteristics of sex offenders: A review. *Arch Sex Behav*. 1987 Feb; 16(1):57-79.
- [6] Eysenck HJ. Personality and sexual adjustment. *Br J Psychiatry*. 1971 Jun; 118(547):593-608.
- [7] McCrae RR., Costa PT. Comparison of EPI and Psychoticism scales with measures of the five factor model of personality. *Pers Individ Dif*. 1985; 6:587-97.
- [8] Wilson GD, Cox DN. Personality of paedophile club members. *Pers Individ Dif*. 1983; 4(3):323-329.
- [9] Fagan PJ, Wise TN, Schmidt CW, Ponticas Y, Marshall RD, Costa PT Jr. A comparison of the five-factor personality dimensions in males with sexual dysfunction and males with paraphilia. *J Pers Assess*. 1991; 57:434-48. doi: 10.1207/s15327752jpa5703_4
- [10] Marshall WL, Marshall LE. The origins of sexual offending. *Trauma Violence Abuse*. 2000; 1: 250-63.
- [11] Ward T. Good Lives and the rehabilitation of offenders: Promises and problems. *Aggress Violent Beh*. 2002; 7:513-28.
- [12] Marques JK, Weideranders M, Day DM., Nelson C, Van Ommeren A. Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final Results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sex Abuse*. 2005 Jan; 17(1):79-107.
- [13] Studer LH, Aylwn, AS. Pedophilia: The problem with diagnosis and limitations of CBT in treatment. *Med Hypotheses*. 2006; 67(4):774-81.
- [14] Craissati J, Beech A. The role of developmental variables in identifying sex offenders likely to fail in the community: An enhanced risk prediction model. *Child Abuse Negl*. 2006 Apr; 30(4):327-39.
- [15] Sheldon K, Howitt D. *Sex Offenders and the Internet*. Wiley-Blackwell, 2007.
- [16] Levenson JS. Reliability of sexually violent predator civil commitment criteria. *Law Hum Behav*. 2004 Aug; 28(4):357-68.
- [17] Kafka MP, Hennen J. A DSM-IV Axis 1 comorbidity study of males (n=120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sex Abuse*. 2002 Oct; 14(4):349-66.
- [18] Bownes IT. Sexual and relationship dysfunction in sexual offenders. *J Sex Marital Ther*. 1993 Dec; 8(2):157-65.
- [19] Sjöstedt G, Grann M, Langström N, Fazel S. Psychiatric morbidity among sexual offenders. Paper presented at the International Interdisciplinary Conference of Psychology and Law; 2003. Edinburgh, UK.
- [20] Hare RD. *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R): Second edition technical manual*. Toronto: Multi- Health Systems, 2003.
- [21] Caldwell MF. What we do not know about juvenile sexual reoffense risk. *Child Maltreat*. 2002 Nov; 7 (4):291-302. doi: 10.1177/107755902237260
- [22] Cortoni F, Hanson RK, Coache ME. Les délinquantes sexuelles: Prévalence et récidive. *Rev intern crim pol techn*. 2009; 42:319-336.
- [23] Denov M, Cortoni F. Women who sexually abuse children. In Hilarski C, Wodarski JS, editors. *Comprehensive mental health practice with sex offenders and their families* Binghamton, NY: The Haworth Press, 2006.
- [24] Nathan P, Ward T. Females who sexually abuse children: Assessment and treatment issues. *Psychiatry, Psychol & L*. 2001; 8:44-55.
- [25] Gannon TA, Polaschek DLL. Do child molesters deliberately fake good on cognitive distortion questionnaires? An information processing-based investigation. *Sex Abuse*. 2005 Apr; 17(2):183-200. doi: 10.1177/107906320501700208
- [26] Sheldon K. A new type of sex offender? *Forensic Update*. 2004 Oct; 79:24-31.
- [27] Friendship C, Mann RE., Beech AR. The Prison-Based Sex Offender Treatment Programme - An Evaluation. Research, Development and Statistics Directorate: Research Findings No. 205. London: HMSO, 2003.
- [28] Serran GA, Looman J, Dickie I. The role of schemas in sexual offending. Paper presented at: The 23rd Annual Research and Treatment of Sexual Abuses; 2004. Albuquerque, NM.
- [29] Joung JE, Brown G. *Young Schema Questionnaire: Special Edition*. New York: Guilford Press, 2001.
- [30] Ward T, Siegert R. Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective. *Psychol Crime Law*. 2002 Dec; 9:319-51.
- [31] Howitt D. *Paedophiles and sexual offences against children*. Chichester: Wiley, 1995.
- [32] Fernandez YM., Marshall WL. Victim empathy, social self-esteem and psychopathy in rapists. *Sex Abuse*. 2003 Jan; 15(1):11-26.
- [33] Smallbone SW. Attachment insecurity as a predisposing and precipitating factor for sexual offending by young people. In Marshall WL, Fernandez YM, Marshall LE, Serran GA, editors. *Sexual offender treatment: Controversial Issues*. Chichester, UK: John Wiley and Sons, 2005.
- [34] Serran GA, Firestone P, Marshall WL, Moulden H. Changes in coping following treatment: Application to sexual offenders programs. *Prof Psychol-Res Pr*. 2004; 34:368-74.
- [35] Ward T, Hudson SM. A self-regulation model of relapse prevention. In Laws DR, Hudson SM, Ward, T, editors. *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2000.
- [36] Marshall WL, Laws DR. A brief history of behavioral and cognitive-behavioral approaches to sexual offender treatment: Part 2. The modern era. *Sex Abuse*. 2003 Apr; 15(2):93-120.
- [37] Ward T, Stewart CA. The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Prof Psychol-Res Pr*. 2003 Aug; 34(4):353-60.

- [38] Laws DR, Ward T. Desistance from sexual offending: Alternatives to throwing away the keys. New York, NY: Guilford Press, 2011.
- [39] Ward T, Maruna S. Rehabilitation: Beyond the risk assessment paradigm. London, UK: Routledge, 2007.
- [40] Andrews DA, Bonta J, Wormith JS. The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Crim Justice Behav.* 2011 Jan; 38(7):735-55. doi: 10.1177/0093854811406356
- [41] Ward T, Fortune CA. The Good Lives Model: A strength-based approach to offender rehabilitation. In Polizzi D, Braswell M, Draper M, editors. *Humanistic Approaches to Corrections and Offender Treatment*. Carolina Academic Press, 2014.
- [42] Ward T, Vess J, Gannon T, Collier R. Risk Management or Goods Promotion: The Relationship between Approach and Avoidance Goals in the Treatment of Sex Offenders. *Aggress Violent Beh.* 2006; 11:378-93.
- [43] Yates PM, Prescott DS. Preventing sexual re-offending: A workbook for building a better life. Brandon, VT: Safer Society Press, 2011.
- [44] Ward T, Beech A. An integrated theory of sexual offending. *Aggress Violent Beh.* 2006 Jan; 11(1):44-63.
- [45] Yates PM, Kingston DA, Ward T. The Self-Regulation Model of the Offence and re-offence process: A guide to assessment and treatment planning using the integrated Good Lives/Self-Regulation Model of sexual offending. Victoria, British Columbia, Canada: Pacific Psychological Assessment Corporation, 2009.
- [46] McGrath RJ, Cumming GF, Burchard BL, Zeoli S, Ellerby L. Current Practices and Emerging Trends in Sexual Abuser Management. The Safer Society 2009 North American Survey. Brandon, VT: The Safer Society Foundation, 2010.
- [47] Willis GM, Yates PM., Gannon TA, Ward T. How to Integrate the Good Lives Model Into Treatment Programs for Sexual Offending: An Introduction and Overview. *Sex Abuse.* 2013 Apr; 25(2):123-42. doi: 10.1177/1079063212452618
- [48] Ward T, Mann RE, Gannon TA. The Good Lives Model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggress Violent Beh.* 2007; 12:87-107.
- [49] Sellen JL, McMurran M, Cox WM, Theodosi E, Klinger E. The personal concerns inventory (Offender Adaption): Measuring and enhancing motivation to change. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2006 Jun; 50(3):294-305.
- [50] Frisch MB, Cornell J, Villanueva M, Retzlaff PJ. Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychol Assessment.* 1992; 4:92-101.
- [51] Willis GM., Ward T. Striving for a good life: The Good Lives Model applied to released child molesters. *J Sex Aggress.* 2011; 17:290-303.
- [52] Ward T, Brown M. The Good Lives Model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychol Crime Law.* 2004 Sep; 10(3):243-57.
- [53] Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *J Consult Clin Psych.* 2005; 73:1154-1163. doi:10.1037/0022-006X.73.6.1154
- [54] Yates PM, Prescott DS, Ward T. Applying the Good Lives and Self-Regulation Models to sex offender treatment: A practical guide for clinicians. Brandon, VT: Safer Society Press, 2010.
- [55] Roder V, Müller D. Psychotherapie der Schizophrenie. *Spec Psych.* 2008; 1:26-28.
- [56] Simons DA, McCullar B, Tyler C. Evaluation of the Good Lives Model approach to treatment planning. Paper presented at: The 25th Annual Association for the Treatment of Sexual Abusers Research and Treatment Conference; 2006. Chicago, IL.
- [57] Gannon TA, King T, Miles H, Lockerbie L, Willis GM. Good Lives Sexual Offender treatment for mentally disordered offenders. *BJFP.* 2011; 13(3):153-68. doi:10.1108/14636641111157805
- [58] Yates PM. Using the Good Lives Model to motivate sexual offenders to participate in treatment. In Prescott, DS, editor. *Building motivation to change in sexual offenders*. Brandon, VT: Safer Society Press, 2009.
- [59] Willis GM, Ward T, Levenson JS. The Good Lives Model (GLM): An evaluation of GLM operationalization in north american treatment programs. *Sex Abuse.* 2014 Feb; 26(1):58-81. doi: 10.1177/1079063213478202

ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ: 08/02/2015 - ΕΓΙΝΕ ΑΠΟΔΕΚΤΗ: 21/07/2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Το περιοδικό «Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Έρευνα & Θεραπεία» απέστειλε τα υποβληθέντα άρθρα του δεύτερου και τρίτου τόμου στους ακόλουθους κριτές, τους οποίους ευχαριστεί για την συνεργασία τους.

Αγγελή Κ., Γιαννοπούλου Ι., Ευσταθίου, Γ., Ζαφειροπούλου Μ., Μαλογιάννης Ι., Μυτσκίδου Π., Παπαγεωργίου Β., Παπασταμάτης Κ., Σίμος Γρ., Χαρίλα Ντ., Χατζηασλάνης Α.

Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Έρευνα & Θεραπεία

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Οι παρακάτω οδηγίες πρέπει να εφαρμόζονται επακριβώς από τους συγγραφείς πριν από την υποβολή των άρθρων. Σε αντίθετη περίπτωση, τα άρθρα θα επιστρέφονται στους συγγραφείς χωρίς να κριθούν. Όλα τα άρθρα που υποβάλλονται για δημοσίευση υπόκεινται σε κρίση από δύο ανεξάρτητους κριτές. Η τελική κρίση για τη δημοσίευση των άρθρων εναπόκειται στο Διευθυντή Σύνταξης. Τα άρθρα πρέπει να είναι γραμμένα σε σωστή ελληνική γλώσσα, όπως αυτή χρησιμοποιείται σήμερα στο γραπτό λόγο. Όλα τα άρθρα, τα οποία υποβάλλονται για δημοσίευση στο περιοδικό, δεν θα πρέπει να έχουν υποβληθεί ταυτόχρονα και σε άλλο περιοδικό για κρίση, ενώ δεν θα πρέπει να έχουν δημοσιευθεί προηγουμένως, εκτός με τη μορφή περίληψης (Abstract). Ιδιαίτερη προσοχή θα δίδεται στην πρωτοτυπία της έρευνας και την πρακτική εφαρμογή των ευρημάτων.

Περιεχόμενο

Το περιοδικό «Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Έρευνα & Θεραπεία» (ΓΣΕ&Θ) αποτελεί το ειδικό επιστημονικό περιοδικό της γνωσιακής - συμπεριφοριστικής θεραπείας στην Ελλάδα. Στο περιοδικό δημοσιεύονται, σε τακτικά διαστήματα, μεταξύ άλλων: θεωρητικά, ερευνητικά, εφαρμοσμένα και προσανατολισμένα στην πράξη πρωτότυπα άρθρα, καθώς και μελέτες περιπτώσεων. Τα λεπτομερή Abstracts που γράφονται στην αγγλική γλώσσα συμβάλλουν στη προώθηση της διεθνούς αποδοχής της ελληνικής έρευνας στην γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία. Επιπλέον το περιοδικό αποτελεί την επίσημη έκδοση για το κλινικό τμήμα εκπαίδευσης και κατάρτισης (Ι.Ε.Θ.Σ.), καθώς και για την επιστημονική εταιρεία (Ε.Ε.Ε.Σ) στον τομέα της έρευνας και θεραπείας της συμπεριφοράς. Το περιοδικό έτσι αποτελεί πλέον ένα σημαντικό φόρουμ για την περαιτέρω ανάπτυξη της συγκεκριμένης ψυχοθεραπευτικής κατεύθυνσης και ανήκει στις σταθερές βιβλιογραφικές πηγές που χρησιμοποιούν οι έλληνες ειδικοί που εργάζονται σε αυτή την ψυχοθεραπευτική κατεύθυνση.

Το ΓΣΕ&Θ εκδίδει:

1. Άρθρα σύνταξης: Σύντομα άρθρα ανασκόπησης σε επίκαιρα και αμφιλεγόμενα θέματα, που γράφονται με προτροπή της συντακτικής επιτροπής. Όταν εκφράζουν συλλογικά τη σύνταξη του περιοδικού είναι ανυπόγραφα. Στις άλλες περιπτώσεις είναι ενυπόγραφα.
2. Ανασκοπήσεις: Ολοκληρωμένες αναλύσεις θεμάτων, στις οποίες υπογραμμίζονται ιδιαίτερα οι σύγχρονες απόψεις.
3. Ερευνητικές εργασίες: από τον χώρο της γνωσιακής - συμπεριφοριστικής θεραπείας και των συγγενών της πεδίων.
4. Σύντομες αναφορές: μια σύντομη αναφορά σε μια καινοτόμο τεχνική ή παρέμβαση που μπορεί να είναι λιγότερο επακριβής από μια ερευνητική αναφορά.
5. Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις (case studies): Γίνονται δεκτά άρθρα εφ' όσον αφορούν περιπτώσεις θεραπειών στις οποίες έχει ακολουθηθεί μια νέα θεραπευτική μέθοδος με τεκμηριωμένο αποτέλεσμα. Επίσης γίνονται δεκτές αναφορές σε γενικές κλινικές εμπειρίες.
6. Επίκαιρα θέματα: Σύντομη περιγραφή των τελευταίων απόψεων σε συγκεκριμένο θέμα.
7. Πρακτικά: Σεμιναρίων, στρογγυλών τραπεζών, συμποσίων, συνεδρίων, από όλους τους τομείς της Κλινικής Ψυχολογίας, της Ψυχιατρικής και των συγγενών πεδίων. Μονογραφίες με θέματα από τους ίδιους τομείς θα δημοσιεύονται σαν επιφυλλίδες, αφού επιλεγούν από επιτροπή ειδικών για το θέμα.
8. Γράμματα προς της σύνταξη - Αλληλογραφία: Το ΓΣΕ&Θ ενθαρρύνει την υποβολή επώνυμων αναλύσεων και περιλήψεων, επίκαιρων ανασκοπήσεων συγγραμμάτων και άρθρων από συζητήσεις, και ανασκοπήσεις βιβλίων, παρατηρήσεων και προτάσεων σχετικά με την ύλη του, πληροφορίες και εμπειρίες από κέντρα εκπαίδευσης και γενικά από την άσκηση της ΓΣΘ.

Ηθική δεοντολογία

Η έρευνα που πραγματοποιείται στον άνθρωπο ή στα ζώα πρέπει να ακολουθεί τις αρχές της διακήρυξης του Ελσίνκι, ενώ για την κλινική έρευνα θα πρέπει να αναφέρεται ότι έχει εγκριθεί από την αντίστοιχη επιτροπή του Νοσοκομείου και έχει υπάρξει έγγραφη συγκατάθεση των εθελοντών. Για δεδομένα που έχουν δημοσιευθεί προηγουμένως με οποιοδήποτε τρόπο, θα πρέπει να υπάρχει η έγγραφη άδεια του εκδότη, προκειμένου να αναδημοσιευθούν. Αντίγραφα των επιστολών της αλληλογραφίας θα πρέπει να επισυνάπτονται. Στην περίπτωση που αυτό δεν γίνει, τότε θα θεωρηθεί ότι πρόκειται για διπλή δημοσίευση. Το ίδιο συμβαίνει και σε περίπτωση που δημοσιευθούν έστω και μικρά μέρη προηγούμενης δημοσιευμένης εργασίας από άλλους συγγραφείς, χωρίς να αναφέρεται η δημοσίευση αυτή. Η κλοπή δεδομένων από άλλους συγγραφείς θεωρείται παράπτωμα.

Υποβολή των άρθρων

Η υποβολή των άρθρων θα πρέπει να γίνεται αποκλειστικά ηλεκτρονικά προς τη βοηθό σύνταξης του περιοδικού «Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Έρευνα & Θεραπεία» Αναστασία Σοφριανοπούλου, στη διεύθυνση cbrrt@ibrt.gr.

Προτιμάται η συγγραφή του κειμένου στο πρόγραμμα Microsoft Word. Οι γραφικές παραστάσεις, φωτογραφίες και οι έγχρωμες εικόνες θα πρέπει να αποστέλλονται μαζί με το άρθρο σε ξεχωριστά αρχεία. Σε όλες τις περιπτώσεις υποβολής εργασιών, θα πρέπει να υπάρχει συμπληρωμένη μία συνοδευτική επιστολή, η οποία βρίσκεται στην ιστοθέση <http://ibrt.gr/edu/cbrrt> στην οποία αναγράφονται λεπτομέρειες σχετικά με το όνομα, τη διεύθυνση, το τηλέφωνο, το fax και το e-mail, του συγγραφέα με τον οποίο θα γίνεται η αλληλογραφία.

Προετοιμασία του χειρογράφου

Τα άρθρα δεν θα πρέπει να ξεπερνούν τις 3000 λέξεις, πλην των ανασκοπήσεων (6000 λέξεις), των ενδιαφερουσών περιπτώσεων (2000 λέξεις) και των επιστολών προς τη σύνταξη (400 λέξεις). Στον μέγιστο αριθμό λέξεων δεν συμπεριλαμβάνονται η βιβλιογραφία, η οποία δεν πρέπει να ξεπερνά τις 60 παραπομπές, και οι πίνακες. Τα άρθρα πρέπει να δακτυλογραφούνται σε γραμματσοσειρά Times New Roman, μέγεθος χαρακτήρων 12, και διπλό διάστημα, με περιθώρια δεξιά και αριστερά 2,5 cm. Κάθε άρθρο πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής επιμέρους τμήματα: σελίδα τίτλου, ελληνική περίληψη, εισαγωγή, υλικό και μέθοδοι, ευρήματα, συζήτηση, ευχαριστίες, κατάλογος με τις βιβλιογραφικές παραπομπές, πίνακες, λεζάντες των εικόνων και αγγλική περίληψη. Οι συγγραφείς οφείλουν να κρατούν αντίγραφο ολόκληρου του άρθρου, το οποίο υποβάλλουν.

Σελίδα τίτλου

Ο κύριος τίτλος του άρθρου πρέπει να είναι σύντομος. Ακολουθεί το πλήρες ονοματεπώνυμο των συγγραφέων, η κλινική ή το εργαστήριο από όπου προέρχεται η εργασία, το ίδρυμα, η πόλη, ο ταχυδρομικός κώδικας, το τηλέφωνο, το fax και το e-mail, καθώς και το όνομα με τα στοιχεία επικοινωνίας του συγγραφέα με τον οποίο θα γίνεται η αλληλογραφία.

Ελληνική – Αγγλική περίληψη

Η περίληψη πρέπει να είναι γραμμένη με τη μορφή μιας παραγράφου και να μην υπερβαίνει τις 200 - 250 λέξεις. Θα πρέπει να είναι περιεκτική και να αναφέρει τους κύριους σκοπούς της εργασίας, τη μεθοδολογία, τα αποτελέσματα και τα κύρια συμπεράσματα. Η περίληψη αναγράφεται σε χωριστή σελίδα και στο κάτω μέρος της σελίδας, χωριστά από την περίληψη, αναγράφονται 3-5 λέξεις κλειδιά. Η αγγλική περίληψη έκτασης 400 λέξεων υποβάλλεται επίσης σε ξεχωριστή σελίδα και ακολουθεί τις οδηγίες που αναφέρθηκαν πιο πάνω για την ελληνική περίληψη. Στο κάτω μέρος της σελίδας αναφέρονται στην Αγγλική, οι λέξεις κλειδιά, τα ονόματα των συγγραφέων, ο υπεύθυνος συγγραφέας για την αλληλογραφία και το κέντρο από όπου προέρχεται η εργασία.

Υλικό και μέθοδοι

Περιγράφονται ευκρινώς οι ομάδες ατόμων ή πειραματοζώων που μελετήθηκαν και τα κύρια χαρακτηριστικά τους. Αναλύεται, επίσης, με λεπτομέρειες ο σχεδιασμός της μελέτης και τυχόν πρωτόκολλα που εφαρμόστηκαν. Περιγράφεται, ακόμη, η κύρια μεθοδολογία στην οποία βασίστηκε η εξαγωγή των αποτελεσμάτων.

Ευρήματα

Τα ευρήματα αναφέρονται αναλυτικά με τη μορφή κειμένου και συνοδεύονται, εάν κρίνεται αναγκαίο, από πίνακες ή/και εικόνες. Εάν τα αποτελέσματα αναφέρονται σε πίνακες με τη μορφή αριθμών, να αποφεύγεται η επανάληψη των αριθμών στο κείμενο, εκτός εάν αυτό κρίνεται απολύτως απαραίτητο.

Συζήτηση

Η συζήτηση πρέπει να είναι περιεκτική και να περιορίζεται στην αξιολόγηση της σημασίας των ευρημάτων. Οι βιβλιογραφικές αναφορές θα πρέπει να είναι σχετικές, και χρησιμοποιούνται προκειμένου να υποβοηθήσουν στην αξιολόγηση των ευρημάτων και στη στήριξη των συμπερασμάτων.

Βιβλιογραφικές παραπομπές

Οι συγγραφείς είναι υπεύθυνοι για την ακρίβεια των βιβλιογραφικών παραπομπών. Όλες οι βιβλιογραφικές παραπομπές του κειμένου πρέπει να αναγράφονται στον κατάλογο των βιβλιογραφικών παραπομπών στο τέλος του άρθρου. Ακολουθείται το βιβλιογραφικό σύστημα Vancouver, <http://www.library.uq.edu.au/training/citation/vancouver.pdf>.

Οι βιβλιογραφικές παραπομπές πρέπει να είναι αριθμημένες, όπως ακριβώς και στο κείμενο, ενώ οι τίτλοι των περιοδικών θα πρέπει να αναγράφονται χρησιμοποιώντας τις συντομίες από το Index Medicus (<ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljweb.pdf>).

Οι βιβλιογραφικές παραπομπές αριθμούνται με αύξοντα αριθμό, ανάλογα με τη σειρά εμφάνισής τους στο κείμενο. Αναφέρονται τα ονόματα όλων των συγγραφέων. Στο βιβλιογραφικό πίνακα περιλαμβάνονται μόνον οι βιβλιογραφικές παραπομπές που υπάρχουν στο κείμενο. Ο βιβλιογραφικός κατάλογος συντάσσεται με αύξοντα αριθμό, όπως στα ακόλουθα παραδείγματα:

- [1] Beck AT. Thinking and depression: II. Theory and therapy. Arch Gen Psychiatry, 1964; 10: 561-571 (άρθρο περιοδικού).
- [2] Larsen E, Elliot B. Fatigue in major depression. Psychiatriki 2007, (Suppl 1):S143-S144 (παράρτημα περιοδικού)
- [3] Ferguson KE. Shaping. In: O'Donohue W, Fisher JE, & Hayes SC, eds. Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in You Practice. New Jersey: John Wiley & Sons, 2003:374-383(κεφάλαιο βιβλίου).
- [4] Moorey S, Greer S. Cognitive behaviour therapy for people with cancer. 1st ed. Oxford: Oxford University Press, 2002 (βιβλίο).
- [5] Silverstone A, Leman H, Stark J. Attempted suicide by drug-overdose. Paper presented at 2nd Congress on Suicide behaviour, 4-6 May 2002. Rome, Abstracts Book, pp 212-213 (παρουσίαση σε συνέδριο - τόμος πρακτικών)

[6] Dorland's Medical Dictionary for Health Consumers (2007). Elsevier (Cited 19 Februar 2011) Available from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Positive+reinforcement> (ιστοσελίδα)

[7] Papavasiliou K.A., Kirkos J.M., Potoupnis M.E., Sarris I.K., Sayegh F.E., Dimitriou C., Kapetanos.G.A. The incidence of indolent Secondary Hyperparathyroidism (SH) among postmenopausal women suffering from Knee Osteoarthritis (KOA). A prospective study. Έγινε αποδεκτό προς δημοσίευση στο: J Bone Joint Surg Br Proceedings.

Στην περίπτωση που αναφέρονται μη δημοσιευμένα δεδομένα, θα πρέπει αυτό να αναγράφεται σε παρένθεση (αδημοσίευτα δεδομένα). Επίσης, σε περιπτώσεις που οι συγγραφείς αναφέρονται σε προσωπικές επικοινωνίες με άλλους ερευνητές, αυτό θα αναγράφεται σε παρένθεση (R.G. Edwards, προσωπική επικοινωνία). Οι παραπάνω περιπτώσεις θα αναφέρονται στο κείμενο και όχι στον κατάλογο των βιβλιογραφικών αναφορών.

Πίνακες και εικόνες

Οι πίνακες δακτυλογραφούνται σε χωριστή σελίδα σε διπλό διάστημα όπως και το κείμενο και αριθμούνται κατά σειρά με αραβικούς αριθμούς. Οι πίνακες πρέπει να είναι αρκετά επεξηγηματικοί, ούτως ώστε να μπορούν να δώσουν πληροφορίες χωρίς να είναι απαραίτητο να αναρρέξει κανείς στο κείμενο. Σπανιότερα χρησιμοποιούμενες συντομογραφίες και σύμβολα χρειάζεται να επεξηγούνται. Επίσης, οι εικόνες, είτε πρόκειται για διαγράμματα είτε για φωτογραφίες, υποβάλλονται σε ξεχωριστή σελίδα και πρέπει να έχουν απόλυτη ευκρίνεια. Όλα τα σύμβολα που υπάρχουν στις εικόνες πρέπει να εξηγούνται στις λεζάντες. Οι εικόνες και οι πίνακες πρέπει να αριθμούνται με τη σειρά που τοποθετούνται στο κείμενο.

Ευχαριστίες

Οι ευχαριστίες παρατίθενται σε ξεχωριστό τμήμα στο τέλος του άρθρου και δεν συμπεριλαμβάνονται στην πρώτη σελίδα του τίτλου ως υποσημείωση στον τίτλο ή οπουδήποτε αλλού. Εάν έχει υπάρξει επιχορήγηση, να αναφέρεται το όνομα οποιουδήποτε χορηγού της έρευνας που περιέχεται στην εργασία, μαζί με το ποσό της επιχορήγησης.

Copyright

Για άρθρα που θα δημοσιευθούν στο περιοδικό, είναι υποχρεωτική η από τους συγγραφείς μεταφορά των δικαιωμάτων στο περιοδικό «Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Έρευνα & Θεραπεία». Το έγγραφο συγκατάθεσης βρίσκεται στον ιστότοπο <http://ibr.gr/edu/cbrt>.