

Αποτελεσματικότητα της εστιασμένης στο τραύμα γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας παιδιών και εφήβων και εφαρμογή της στην περίπτωση των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων

Βασιλική Γιωτσίδη¹, Θεοδώρα Αναστασίου^{1,2}

¹ Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών

² Ινστιτούτο Έρευνας & Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Αλληλογραφία: Θεοδώρα Αναστασίου, Email: th.anastasiou@panteion.gr

Περίληψη

Η εστιασμένη στο τραύμα γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία (trauma-focused cognitive behavioral therapy – TF-CBT) έχει αναγνωριστεί ως μία από τις πλέον κατάλληλες και αποτελεσματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις για παιδιά και εφήβους που πάσχουν από μετατραυματική διαταραχή στρες (post-traumatic stress disorder – PTSD). Οι ασυνόδευτοι ανήλικοι πρόσφυγες (unaccompanied refugee minors – URM) αποτελούν μία ομάδα με αυξημένο κίνδυνο ευαλωτότητας στην εκδήλωση διαταραχής μετατραυματικού στρες, καθώς έρχονται αντιμέτωποι με πολλούς στρεσογόνους παράγοντες και βιώνουν πολλαπλά τραυματικά γεγονότα, σε σύγκριση με ανήλικους που δεν έχουν την προσφυγική εμπειρία ή ανήλικους πρόσφυγες που συνοδεύονται. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιαστούν οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες που αφορούν την αποτελεσματικότητα του μοντέλου TF-CBT στη διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία σε παιδιά και εφήβους, καταλήγοντας στις μελέτες αξιολόγησης του μοντέλου στην περίπτωση των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων. Με βάση τα αποτελέσματα, παρατηρείται σημαντικό ερευνητικό κενό στην περίπτωση του συγκεκριμένου πληθυσμού. Στο πλαίσιο αυτό, παρουσιάζονται αναλυτικά οι μελέτες που αφορούν την προσαρμογή του θεραπευτικού πρωτοκόλλου στη συγκεκριμένη ομάδα, σύμφωνα με τις οποίες η TF-CBT αποτελεί μια υποσχόμενη θεραπευτική προσέγγιση για τη μείωση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες και την καλύτερη προσαρμογή των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων στη χώρα υποδοχής. Σε συνέχεια των εμπειρικών δεδομένων, κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω έρευνα με τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες μεγαλύτερου δείγματος και μετα-παρακολούθηση, προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα του μοντέλου TF-CBT στον πληθυσμό των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων.

Λέξεις-κλειδιά: Εστιασμένη στο τραύμα γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία, TF-CBT, εμπειρικά τεκμηριωμένη θεραπεία, ψυχικό τραύμα, ασυνόδευτοι ανήλικοι πρόσφυγες, URM

1. Εισαγωγή

Ο αριθμός του προσφυγικού πληθυσμού ανήλθε παγκοσμίως σε 48 εκατομμύρια στο τέλος του 2020, ενώ είχε φτάσει στα 26,6 εκατομμύρια έως τα μέσα του 2021 [1]. Συνολικά, 183.600 αιτούντες άσυλο ήταν ανήλικοι και ποσοστό 13% εξ αυτών, δηλαδή 23.200 παιδιά, ήταν ασυνόδευτα ή παιδιά που είχαν χωριστεί από τους γονείς τους κατά τη διάρκεια της μεταναστευτικής διαδρομής [1]. Η Ελλάδα βρίσκεται μεταξύ των κύριων χωρών προορισμού των αιτούντων άσυλο [2]. Κατά το έτος 2021, ο

εκτιμώμενος αριθμός των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων στην Ελλάδα ήταν 2.279 παιδιά, τα οποία προέρχονταν κυρίως από το Αφγανιστάν, το Πακιστάν, τη Συρία, το Κονγκό, τη Σομαλία και το Ιράκ [2].

Οι θεραπευτικές ανάγκες των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων (unaccompanied refugee minors – URM), όπως αποκαλούνται διεθνώς, είναι ιδιαίτερα αυξημένες. Ωστόσο, παρατηρείται σημαντικό έλλειμμα στην επιλογή και αξιοποίηση συγκεκριμένων θεραπευτικών μοντέλων και κλινικών παρεμβάσεων για

αυτόν τον πληθυσμό, ο οποίος μάλιστα προέρχεται από ποικίλα πολιτισμικά περιβάλλοντα [3, 4]. Μία σημαντική δυσκολία έγκειται στο γεγονός ότι οι ασυνόδευτοι ανήλικοι πρόσφυγες βρίσκονται στη χώρα υποδοχής σε καθεστώς προσωρινής, ή πιο μακροχρόνιας φιλοξενίας, είτε διαβιούν σε άτυπες και επισφαλείς συνθήκες στέγασης (π.χ. συγκατοίκηση με άλλους σε διαμερίσματα, αστεγία), ενώ αλλάζουν συχνά τόπο διαμονής [2]. Ως εκ τούτου, η θεραπευτική πρακτική διαφοροποιείται με βάση το πλαίσιο εφαρμογής, το οποίο πρόκειται συνήθως για δομές φιλοξενίας ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων, προσφυγικούς καταυλισμούς, ή το σχολικό περιβάλλον [5]. Δεδομένων αυτών των ανομοιογενών συνθηκών, δίνεται έμφαση, κυρίως, στην κάλυψη των βασικών αναγκών των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων, όπως είναι η διαμονή ή η σχολική φοίτηση, ενώ η θεραπευτική παρέμβαση περιορίζεται στην ψυχιατρική παρακολούθηση και τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, με αποτέλεσμα να παραγνωρίζεται θεραπευτικά το πιθανό ψυχικό τραύμα [3].

Οι ασυνόδευτοι ανήλικοι πρόσφυγες αποτελούν μία ομάδα ευάλωτη στην ψυχολογική καταπόνηση, με υψηλή σοβαρότητα συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, ποσοστό πάνω από 97% θεωρούνται ψυχικά τραυματισμένοι, ενώ ένα ποσοστό 20-54% εμφανίζουν αυξημένα συμπτώματα μετατραυματικού στρες [6-13]. Σύμφωνα με το DSM-5 [14], η μετατραυματική διαταραχή στρες (post-traumatic stress disorder – PTSD) μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα που έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα, ή έχουν υπάρξει μάρτυρες τραυματικών γεγονότων (π.χ. φυσική καταστροφή, σοβαρό ατύχημα, πόλεμο, σεξουαλική κακοποίηση), ή έχουν απειληθεί με θάνατο, σεξουαλική βία, ή σοβαρό τραυματισμό. Στην περίπτωση των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων, συνήθως δεν περιγράφονται μεμονωμένα, αλλά πολλαπλά και διαφόρων τύπων τραυματικά γεγονότα, τα οποία είναι στατιστικώς σημαντικά περισσότερα σε σύγκριση με αντίστοιχες εμπειρίες σε ανήλικους μη πρόσφυγες, ή ανήλικους πρόσφυγες που συνοδεύονται [15-18]. Επίσης, οι ασυνόδευτοι ανήλικοι πρόσφυγες έρχονται αντιμέτωποι με πολλούς διαφορετικούς στρεσογόνους παράγοντες, τόσο εντός της χώρας προέλευσης (π.χ. βία, απειλές, τραυματικές απώλειες) όσο και κατά την πορεία μετακίνησής τους προς έναν πιο ασφαλή τόπο (π.χ. εμπειρία αποχωρισμού από το οικείο πλαίσιο αναφοράς), καθώς και εντός της χώρας υποδοχής (π.χ. συνθήκες διαβίωσης, αναμονή ασύλου). Συνεπώς, η μετακίνηση αφορά μια δυναμική διαδικασία με εμπειρίες πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την άφιξη στη χώρα υποδοχής, οι οποίες δύνανται να επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο βίωσης του τραύματος και την αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας.

Στο πλαίσιο αυτό, οι ασυνόδευτοι ανήλικοι πρόσφυγες δεν χαρακτηρίζονται απαραίτητα από το τραύμα. Υπάρχουν πολλές μαρτυρίες για την ψυχική ανθεκτικότητά τους απέναντι στις τραυματικές εμπειρίες [17, 19]. Τα παιδιά επιδεικνύουν, ευρύτερα, διάφορους τρόπους αντιμετώπισης της σοβαρής αντιξοότητας [20]. Παρόλο που πολλά παιδιά εμφανίζουν μετατραυματικά συμπτώματα (post-traumatic stress symptoms – PTSS) και προσκολλώνται στους γονείς σε έντονα στρεσογόνες καταστάσεις, τα περισσότερα από αυτά σταδιακά αναρρώνουν, εφόσον υπάρξουν διαθέσιμοι ψυχολογικοί και κοινωνικοί πόροι [5, 8]. Στην περίπτωση των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων, ωστόσο, αφενός η τραυματική εμπειρία αποχωρισμού

από τα σημαντικά πρόσωπα (significant others), όπως είναι οι γονείς, και αφετέρου η απουσία της οικογένειας ως ρυθμιστή του στρες γενικότερα, αλλά και ειδικότερα στα πλαίσια της μετανάστευσης, καθιστούν τον πληθυσμό αυτό πιο ευάλωτο και αυξάνουν τον κίνδυνο για μετατραυματική διαταραχή στρες, η οποία πολλές φορές ορίζεται και ως περιπεπλεγμένη (complex PTSD) [8].

Το περιπεπλεγμένο ή σύνθετο PTSD, περιλαμβάνει συμπτώματα συναισθηματικής απορρύθμισης, αρνητική αντίληψη εαυτού, αποσύνδεση, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και ριψοκίνδυνες συμπεριφορές [21], και αφορά τις περιπτώσεις ατόμων που έχουν βιώσει χρόνιο, συνήθως, διαπροσωπικό τραύμα. Η κύρια διαφορά μεταξύ του PTSD και του σύνθετου ή περιπεπλεγμένου PTSD είναι ότι το πρώτο σχετίζεται γενικά με ένα μεμονωμένο τραυματικό συμβάν ή μια σειρά γεγονότων που συνέβησαν σε σύντομο χρονικό διάστημα, ενώ το σύνθετο ή περιπεπλεγμένο PTSD σχετίζεται με σωρεία τραυματικών γεγονότων που συνέβησαν επανειλημμένα για εκτεταμένη χρονική περίοδο [22]. Μία τέτοια συνθήκη κρίνεται καθοριστική για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση θεραπευτικών παρεμβάσεων στην ομάδα παιδιών και εφήβων που είναι ασυνόδευτοι πρόσφυγες.

Μεταξύ των ιδιαίτερα υποσχόμενων θεραπευτικών προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση της μετατραυματικής διαταραχής στρες στα παιδιά και τους εφήβους είναι η εστιασμένη στο τραύμα γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία (trauma-focused cognitive behavioral therapy – TF-CBT) [22]. Παρόλο που έχουν διενεργηθεί μελέτες αποτελεσματικότητας του συγκεκριμένου μοντέλου σε διάφορες χώρες και πολιτισμικά πλαίσια [23-27], καμία σχετική έρευνα δεν έχει πραγματοποιηθεί έως σήμερα στην Ελλάδα, παρά το γεγονός ότι η χώρα αποτελεί ενδιαμέσο σταθμό και βρίσκεται μεταξύ των κύριων χωρών προορισμού των αιτούντων άσυλο, υποδεχόμενη πολλούς ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες [2]. Η Ελλάδα, ως χώρα διέλευσης κυρίως, παρουσιάζει ορισμένες επιπρόσθετες ιδιαιτερότητες δεδομένου του ευρύτερου κοινωνικο-οικονομικού πλαισίου (π.χ. περικοπές των τελευταίων ετών στον χώρο της υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης) και των ειδικών συνθηκών στο σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (π.χ. έλλειψη εξειδικευμένων θεραπειών, διερμηνέων, κοινών κατευθυντήριων γραμμών στην αξιολόγηση και τη θεραπεία στη συγκεκριμένη ομάδα). Επομένως, ο καθορισμός ενός κατάλληλου μοντέλου ψυχολογικής παρέμβασης για τον πληθυσμό των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων, που εκδηλώνουν μετατραυματικά συμπτώματα, θεωρείται κρίσιμης σημασίας.

1.1. Εστιασμένη στο τραύμα γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία (TF-CBT)

Η εστιασμένη στο τραύμα γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία (TF-CBT) αποτελεί ένα δομημένο, βραχείας διάρκειας θεραπευτικό μοντέλο (12-20 συνεδριών), το οποίο αναπτύχθηκε αρχικά στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής από τους Cohen, Mannarino και Deblinger (2006) [22]. Το μοντέλο, το οποίο εφαρμόζεται ξεχωριστά στο ίδιο το παιδί και στον/στη φροντιστή του, δίνει έμφαση στη συναισθηματική αυτορρύθμιση των παιδιών, ενώ παράλληλα η θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται είναι κεντρικής σημασίας. Έως σήμερα, το TF-CBT έχει εφαρμοστεί και αξιολογηθεί εμπειρικά σε παιδιά και εφήβους, ηλικίας 3 έως

18 ετών, τα οποία έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση, ενώ έχει επίσης εφαρμοστεί σε παιδιά που έχουν αντιμετωπίσει και άλλους τύπους τραυματικών γεγονότων (π.χ. φυσικές καταστροφές). Πρωταρχικός στόχος του καινοτόμου αυτού μοντέλου είναι η μείωση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες.

Το μοντέλο TF-CBT περιλαμβάνει μια σειρά από συγκεκριμένες ενότητες (βλ. παρακάτω Πίνακας Ι), οι οποίες είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να απευθύνονται σε πολλούς διαφορετικούς τομείς όπου τα παιδιά είναι πιθανό να δυσκολεύονται, όπως είναι τυχόν συναισθηματικά, γνωστικά, διαπροσωπικά, οικογενειακά και συμπεριφορικά προβλήματα που σχετίζονται με το τραύμα. Παρόλο που παρουσιάζονται ως ξεχωριστές και ευδιάκριτες οντότητες για εκπαιδευτικούς σκοπούς, στη θεραπευτική πράξη οι επιμέρους ενότητες «χτίζονται» και συνδέονται μεταξύ τους σε μια δυναμική ανάπτυξης δεξιοτήτων, οι οποίες επιτρέπουν σταδιακά τη βελτιστοποίηση της αφήγησης του τραύματος και της έκθεσης *in vivo* σε οτιδήποτε θυμίζει το τραύμα. Για παράδειγμα, εισάγεται στη θεραπεία πρώτα η χαλάρωση, καθώς και άλλες δεξιότητες ευόδωσης της συναισθηματικής ρύθμισης,

πριν από τη δημιουργία της αφήγησης του τραύματος, επειδή οι πρώτες βοηθούν τα παιδιά να νιώσουν περισσότερη ασφάλεια, προκειμένου στη συνέχεια να μιλήσουν για την τραυματική τους ιστορία.

Από την άλλη, το θεραπευτικό πρωτόκολλο TF-CBT είναι ευέλικτο, καθώς η κλινική αξιολόγηση κάθε παιδιού είναι εκείνη που θα καθορίσει ποια ενότητα θα εισαχθεί και πότε, σε ποια θα δοθεί έμφαση και πόσος χρόνος θα αφιερωθεί σε κάθε ενότητα, ξεχωριστά. Παραδείγματος χάριν, παιδιά με περιπεπλεγμένο τραύμα μπορεί να χρειαστούν περισσότερες συνεδρίες έως ότου κατακτήσουν τη δυνατότητα συναισθηματικής ρύθμισης, προτού περάσουν στη γνωσιακή αντιμετώπιση του τραύματος. Έτσι, οι θεραπευτές καλούνται να σχεδιάσουν ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο, το οποίο να προσφέρεται με τρόπο, ένταση και διάρκεια που να ταιριάζει στις προσωπικές ανάγκες κάθε παιδιού. Αυτή η ευελιξία στην αλληλουχία των επιμέρους ενότητων συνάδει με το ευρύτερο σκεπτικό του μοντέλου TF-CBT, με την προϋπόθεση ότι όλες οι ενότητες εφαρμόζονται σε κάποιο σημείο της θεραπευτικής διαδικασίας, χωρίς καμία να παραλείπεται.

Πίνακας Ι. Περιεχόμενο εβδομαδιαίων διπλών συνεδριών (ξεχωριστά με παιδί και φροντιστή) σύμφωνα με το πρωτόκολλο TF-CBT των Cohen και συνεργατών [22]

Ενότητα	Θέμα και περιγραφή
Ψυχοεκπαίδευση	
1	Ψυχοεκπαίδευση σχετική με το τραύμα και τα συμπτώματά του, ενημέρωση για τη θεραπεία TF-CBT, φυσιολογικοποίηση των συμπτωμάτων. Στη συνεδρία που αφορά τον/τη φροντιστή, εκτός της ψυχοεκπαίδευσης, περιλαμβάνεται η εκμάθηση θετικών γονικών δεξιοτήτων (π.χ. έπαινος, επιλεκτική προσοχή, επιλεκτική αγνόηση, στρατηγικές διαχείρισης έκτακτων καταστάσεων).
Τεχνικές χαλάρωσης	
2	Πληροφόρηση σχετικά με τη χαλάρωση, επίδειξη και πρακτική εξάσκηση τεχνικών χαλάρωσης (π.χ. προοδευτική μυϊκή χαλάρωση ή/και ελεγχόμενη αναπνοή).
Συναισθηματική ρύθμιση	
3	Επεξήγηση της σημασίας της συναισθηματικής αυτορρύθμισης, αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων, βαθμολόγηση της έντασής τους, διαχείριση επώδυνων συναισθημάτων, εκπαίδευση σε στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων.
Γνωστική επεξεργασία Ι	
4	Παρουσίαση της γνωσιακής τριάδας, αναγνώριση δυσλειτουργικών σκέψεων στην καθημερινότητα, παραγωγή πιο ρεαλιστικών και βοηθητικών σκέψεων.
Αφήγηση τραύματος	
5-8	Λήψη απόφασης για τη μορφή της αφήγησης, περιγραφή του τρόπου αντίληψης της τραυματικής εμπειρίας συμπεριλαμβανομένης της χειρότερης στιγμής, ανάγνωση της αφήγησης με τη διερεύνηση και προσθήκη σχετικών σκέψεων και συναισθημάτων.
Γνωστική επεξεργασία ΙΙ	
9	Εξερεύνηση και διόρθωση γνωσιακών λαθών που αφορούν την τραυματική εμπειρία (π.χ. γνωσίες ενοχής).
Έκθεση <i>in vivo</i>	
10	Εφαρμόζεται στην περίπτωση των παιδιών που αποφεύγουν καταστάσεις /αντικείμενα /μέρη και οτιδήποτε άλλο μπορεί να λειτουργεί ως υπενθύμιση του τραύματος, παρότι είναι πλέον ασφαλές, γεγονός που παρεμβαίνει στην καθημερινή λειτουργικότητά τους. Ανάπτυξη εξατομικευμένου πλάνου έκθεσης με ιεράρχηση βαθμού δυσκολίας. Εάν κριθεί απαραίτητο, δίνονται οδηγίες στον/στη φροντιστή, ώστε να συμμετέχει στην έκθεση ως συν-θεραπευτής.
Κοινή συνεδρία παιδιού & φροντιστή	
11	Προετοιμασία παιδιού και φροντιστή για κοινή συνεδρία, μοίρασμα της αφήγησης του τραύματος, απάντηση ερωτημάτων, αύξηση επικοινωνίας.
Ενίσχυση ασφάλειας και μελλοντικών δεξιοτήτων	
12	Ανάπτυξη αισθήματος ασφάλειας μέσω δημιουργίας ενός εξατομικευμένου πλάνου ασφάλειας και εκπαίδευσης σε συγκεκριμένες δεξιότητες ασφάλειας.

2. Μέθοδος

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε αναζήτηση των σχετικών δημοσιευμένων άρθρων στη διεθνή ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed. Η αναζήτηση αφορούσε τα τελευταία δεκαέξι έτη, και συγκεκριμένα τη χρονική περίοδο από το 2006, έτος δημοσίευσης του θεραπευτικού πρωτοκόλλου TF-CBT, μέχρι και τον Ιούνιο 2022. Συμπεριλήφθηκαν, ωστόσο, κατ' εξαίρεση και οι δύο μελέτες των δημιουργών του θεραπευτικού πρωτοκόλλου, των Cohen και συνεργατών, από τα προηγούμενα έτη 2004 και 2005 [28, 29], καθώς θεωρήθηκε ότι αποτελούν προπαρασκευαστική προσπάθεια για την εμπειρική τεκμηρίωση του μοντέλου. Η ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε με χρήση του όρου «Trauma-focused cognitive behavioral therapy», καθώς και της συντομογραφίας του (TF-CBT). Ακολούθως, με την προσθήκη του όρου «unaccompanied refugee minors» έγινε περαιτέρω αναζήτηση των σχετικών μελετών που αφορούν τον πληθυσμό των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων. Η αναζήτηση περιορίστηκε σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές (randomized controlled trials – RCTs) και σε άρθρα δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα. Επιπλέον κριτήρια επιλογής των άρθρων που συμπεριλήφθηκαν, αποτέλεσαν ο βαθμός συσχέτισης με το βασικό θέμα της ανασκόπησης, η αναφορά των υπό μελέτη λέξεων-κλειδιών στον τίτλο του άρθρου, καθώς και ο πληθυσμός ενδιαφέροντος (παιδιά και έφηβοι έως 18 ετών). Από τα συνολικά 70 δημοσιευμένα άρθρα που βρέθηκαν αρχικά, 21 άρθρα πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια (βλ. παρακάτω Πίνακας II). Όσον αφορά δε την εφαρμογή του μοντέλου TF-CBT ευρύτερα στον πληθυσμό των παιδιών προσφύγων, βρέθηκε μία τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη [30], ενώ ειδικότερα τους ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες αφορούσαν δύο τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες με προ-έλεγχο και μετα-έλεγχο [31, 32].

Από τα υπόλοιπα άρθρα που δεν συμπεριλήφθηκαν, 15 από αυτά δεν αφορούσαν το μοντέλο TF-CBT, αλλά αντίθετα παραλλαγές της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως τη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία μέσω της γραφής (cognitive behavioral writing therapy), τη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία βαθμιαίας φροντίδας (stepped care CBT), την αναπτυξιακά προσαρμοσμένη γνωσιακή θεραπεία (developmentally adapted cognitive therapy) και άλλες. Δέκα άρθρα δεν αφορούσαν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, αλλά πρωτόκολλα ερευνών (study protocols), πιλοτικές μελέτες (pilot studies), μελέτες με προ-έλεγχο και μετα-έλεγχο (pre- and post-test) και άλλου τύπου ερευνητικό σχεδιασμό. Δεκαοκτώ άρθρα δεν επικεντρώνονταν στην αποτελεσματικότητα του μοντέλου TF-CBT, αλλά διερευνούσαν περισσότερο άλλες επιμέρους διαστάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας σε σχέση με την έκβαση της θεραπείας, όπως τη θεραπευτική σχέση, την αφήγηση τραύματος, τη διάρκεια της θεραπείας, τις γονικές δυσπροσαρμοστικές μετατραυματικές γνωσίες, και άλλους παράγοντες. Επίσης, σε έξι έρευνες το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από ενήλικες και όχι από παιδιά και εφήβους. Στο σημείο αυτό είναι σκόπιμο να αναφερθεί ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι επαρκέστερες όταν διασφαλίζεται η δέσμευση της ευρύτερης οικογένειας. Συγκεκριμένα, στην περίπτωση του TF-CBT, τα παιδιά των οποίων οι γονείς έλαβαν TF-CBT (με ή χωρίς τη συμμετοχή του ίδιου του παιδιού στη θεραπεία) παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση, τόσο στα καταθλιπτικά συμπτώματα όσο και

στα συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής στρες [33]. Η παρούσα ανασκόπηση, ωστόσο, εστιάζει στις παρεμβάσεις που αφορούν τον πληθυσμό των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων, με την παρουσία ή μη ενός ενήλικα που έχει τον ρόλο του/της φροντιστή.

Στις έρευνες της συγκεκριμένης ανασκόπησης, η εστιασμένη στο τραύμα γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία συγκρίθηκε ως προς την αποτελεσματικότητα με ομάδες ελέγχου που δεν λάμβαναν καμία παρέμβαση, όπως είναι η ομάδα σε λίστα αναμονής (waiting list – WL), αλλά και με ομάδες που έλαβαν τη συνήθη θεραπεία (treatment as usual – TAU), ή άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η συνήθης θεραπεία περιλαμβάνει κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της παροχής υποστήριξης και συμβουλευτικής ή/και φαρμακευτικής αγωγής για προβλήματα ψυχικής υγείας [23, 25, 34, 35]. Ως βασικό κριτήριο αποτελεσματικότητας ορίστηκε η μείωση ή η εξάλειψη των σχετικών συμπτωμάτων της διαταραχής μετατραυματικού στρες, βάσει ψυχομετρικών κλιμάκων που χορηγούνταν πριν και μετά την παρέμβαση, καθώς και κατά τη φάση μετα-παρακολούθησης (follow up). Σε όλες τις έρευνες που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα μελέτη, το συγκεκριμένο κριτήριο αποτελεσματικότητας υπήρξε κοινό. Ωστόσο, δεν παρατηρείται ομοιογένεια στα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, ούτε και σε άλλους κλινικούς δείκτες, πέραν των συμπτωμάτων PTSD, οι οποίοι εξετάζονταν κάθε φορά συμπληρωματικά προκειμένου να οριστεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης, όπως ήταν τα συνοδά συμπτώματα ψυχοκοινωνικών δυσκολιών, κατάθλιψη, άγχους, διέγερσης, αποσύνδεσης, προβλημάτων συμπεριφοράς, αισθήματος ντροπής και σχετικών με την κακοποίηση πεποιθήσεων και αποδόσεων αιτιότητας, καθώς και τη γενικότερη λειτουργικότητα του ατόμου.

3. Ευρήματα

3.1. Αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού μοντέλου TF-CBT

Συνολικότερα, η έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας για τη διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία σε παιδιά και εφήβους βρίσκεται σε άνθιση τα τελευταία χρόνια. Στην παρούσα ανασκόπηση, από τις 23 μελέτες που παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα II (21 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες και δύο προγενέστερες μελέτες των Cohen και συνεργατών), οι οποίες αφορούν την εστιασμένη στο τραύμα γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία σε παιδιά και εφήβους, καταδεικνύεται η αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης θεραπευτικής παρέμβασης σε αυτόν τον πληθυσμό, με εφαρμογή σε πολλούς διαφορετικούς τύπους τραύματος και σε διαφορετικές πολιτισμικές συνθήκες. Μάλιστα, τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων διατηρούνται μέσα στον χρόνο, όπως προκύπτει από τη μέτρηση μετα-παρακολούθησης, σε όσες από τις έρευνες περιλάμβαναν αυτή την παράμετρο.

Πιο συγκεκριμένα, η αποτελεσματικότητα του μοντέλου TF-CBT φαίνεται να προκύπτει τόσο στις έρευνες που οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου λάμβαναν τη συνήθη θεραπεία (TAU) όσο και σε αυτές που η εφαρμογή του μοντέλου συγκρίθηκε με τη συνήθη της λίστας αναμονής (WL). Όσον αφορά τη σύγκριση του μοντέλου TF-CBT με άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, αυτές αφορούσαν την προσέγγιση απευαισθητοποίησης και επανεπεξεργασίας μέσω οφθαλμικών κινήσεων (eye movement desensitization and reprocessing – EMDR), την παιδοκεντρική θεραπεία (child-centered therapy – CCT), τη μη

κατευθυντική υποστηρικτική θεραπεία (non-directive supportive therapy – NST), την παιδοκεντρική παιγνοθεραπεία (child-centered play therapy), την ψυχοεκπαίδευση σε γονικές δεξιότητες (parenting classes) και τη θεραπεία εστιασμένη στην επίλυση προβλήματος (problem-solving therapy). (Πληροφορίες για κάθε μοντέλο αναφέρονται αναλυτικά παρακάτω στον Πίνακα II.) Στις συγκριτικές αυτές έρευνες, το πρωτόκολλο TF-CBT είτε προκύπτει ως εξίσου αποτελεσματικό με τις άλλες παρεμβάσεις είτε παρουσιάζει καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα, καθώς παράλληλα με τη μείωση των συμπτωμάτων της μετατραυματικής διαταραχής στρες, βρέθηκε να συμβάλλει δευτερογενώς στη μείωση των συνοδών συμπτωμάτων κατάθλιψης και να αυξάνει τη συνολική λειτουργικότητα των παιδιών και των εφήβων που συμμετείχαν στην TF-CBT παρέμβαση. Για παράδειγμα, στην έρευνα των Diehle και συνεργατών (2015) [36] στην οποία το μοντέλο TF-CBT συγκρίθηκε με το EMDR σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 8-18 ετών, διαπιστώθηκαν υψηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας σχετικά με τη μείωση των συμπτωμάτων PTSD και στις δύο προσεγγίσεις, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους. Ωστόσο, στην περίπτωση εφαρμογής του μοντέλου TF-CBT βρέθηκε στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη μείωση στη συννοσηρότητα, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, η οποία είναι κοινή στο περιπεπλεγμένο τραύμα [36].

Η αποτελεσματικότητα του μοντέλου TF-CBT έχει, επίσης, διερευνηθεί σε παιδιά που βίωναν τραυματικό πένθος λόγω απώλειας αγαπημένου προσώπου [37-39]. Στην περίπτωση αυτή, συμπεριλήφθηκαν ορισμένες πρόσθετες θεραπευτικές ενότητες που αφορούσαν την παροχή ψυχοεκπαίδευσης σχετικά με τη διαδικασία πένθους, τη βίωση θλίψης για την απώλεια και την επίλυση των δυσλειτουργικών γνώσεων για τον απολεσθέντα, τη διατήρηση των θετικών αναμνήσεων και τον επαναπροσδιορισμό της σχέσης, αλλά και την επένδυση και τη δέσμευση στις τωρινές διαπροσωπικές σχέσεις του παιδιού ή του εφήβου που πένθει [22]. Παρομοίως, στην έρευνα των Unterhitzberger και συνεργατών (2020) σε ομάδα παιδιών που είχε βιώσει τραυματικό πένθος και σε ομάδες παιδιών που είχαν βιώσει σεξουαλική κακοποίηση και σωματική βία βρέθηκε ότι η εφαρμογή του μοντέλου TF-CBT συνέβαλε στατιστικώς σημαντικά στη μείωση των συμπτωμάτων PTSD, συγκριτικά με τη συνθήκη ελέγχου της λίστας αναμονής, και στις δύο ομάδες που συμμετείχαν στη μελέτη [39]. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η TF-CBT είναι ένα εφαρμόσιμο και υποσχόμενο θεραπευτικό μοντέλο για παιδιά που βιώνουν συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής μετά από εμπειρία τραυματικής απώλειας.

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, το μοντέλο TF-CBT θεωρείται ένα εμπειρικά τεκμηριωμένο μοντέλο θεραπείας για παιδιά ήδη από την ηλικία των 3 ετών [40], καθώς και για εφήβους, με εφαρμογή σε περιπτώσεις τραύματος λόγω σωματικής ή/και σεξουαλικής κακοποίησης, καθώς και λόγω μεικτών τραυμάτων, δηλαδή πολλαπλών τραυμάτων διαφορετικής φύσης (π.χ. διαπροσωπικό τραύμα, τραύμα που αφορά φυσικές καταστροφές κ.ά.). Παράλληλα, η παρέμβαση TF-CBT έχει εφαρμογή τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό πλαίσιο [23-27, 40]. Ομαδική παρέμβαση TF-CBT σε νέους ασυνόδευτους πρόσφυγες βρέθηκε να έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε σύγκριση με τη συνθήκη της συνήθους θεραπείας [31]. Παρ' όλα αυτά, δεν έχει αξιολογηθεί ιδιαίτερα έως σήμερα η αποτελεσματικότητα του μοντέλου για τον πληθυσμό των χρόνια τραυματισμένων εφήβων. Μοναδική εξαίρεση προς αυτή την

κατεύθυνση αποτελεί η πολυκεντρική μελέτη των Cohen και συνεργατών [28], όπου έφηβοι με πολλαπλά τραύματα από άπορες οικογένειες έδειξαν να ανταποκρίνονται θετικά στο συγκεκριμένο θεραπευτικό πρωτόκολλο. Ο κοινός παράγοντας της θεραπευτικής σχέσης φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική έκβαση. Για παράδειγμα, στην έρευνα των Jensen και συνεργατών (2014), η θεραπευτική συμμαχία βρέθηκε να προβλέπει θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα μόνο στη συνθήκη της θεραπείας με το μοντέλο TF-CBT [34].

Οι έρευνες αυτές έχουν διενεργηθεί, κυρίως, σε ΗΠΑ, Καναδά και Ευρώπη [28-30, 32, 34, 36, 40, 41-50]. Ωστόσο, το συγκεκριμένο μοντέλο θεωρείται, επίσης, πολιτισμικά «ευαίσθητο», καθώς αρκετές μελέτες έχουν διενεργηθεί σε χώρες της Αφρικής, όπως στη Ζάμπια, το Κονγκό, την Τανζανία, την Κένυα και αλλού, χωρίς να μειώνεται η εγκυρότητά του [23-26, 35]. Στην παρούσα ανασκόπηση, τέσσερις μελέτες [23, 24, 35, 50] αφορούσαν την πολιτισμική προσαρμογή της TF-CBT, η οποία όμως δεν περιλάμβανε δομικές αλλαγές ή αποκλίσεις από τις βασικές αρχές του μοντέλου. Συγκεκριμένα, η πολιτισμική ενημερότητα του μοντέλου εστιάζοταν περισσότερο: (α) στις προτεινόμενες δραστηριότητες του εγχειριδίου TF-CBT, προκειμένου να λαμβάνεται υπόψη η κουλτούρα του τοπικού πληθυσμού, (β) σε ζητήματα σχετικά με τη γλώσσα και τις τοπικές διαλέκτους, όπως για παράδειγμα όταν απαιτούνταν τρόποι απόδοσης διαφορετικών συναισθημάτων, ενώ στην τοπική διάλεκτο υπήρχε μόνο ένας όρος που περιέγραφε από κοινού ένα σύνολο συναισθημάτων, (γ) στις πολιτισμικές διαφορές στις γονικές δεξιότητες (π.χ. ο έπαινος σε ένα παιδί δεν αποτελεί κοινή πρακτική στη Ζάμπια), και (δ) σε πολιτισμικά ταμπού (π.χ. δυσκολία συζήτησης θεμάτων σχετικών με το σεξ). Οι πολιτισμικές προσαρμογές αφορούσαν, επίσης, τη χρήση πολιτισμικά κατάλληλων, παραδοσιακών ιστοριών, παιχνιδιών και τραγουδιών, τα οποία αξιοποιούνταν προκειμένου να βοηθήσουν τα παιδιά να νιώθουν ασφαλή, να μάθουν κοινωνικές δεξιότητες και να συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες [24, 50]. Οι μεταφορές και οι παρομοιώσεις, καθώς και οι αναλογίες και τα παραδείγματα που περιλαμβάνονται στο θεραπευτικό πρωτόκολλο, προσαρμόστηκαν, επίσης, με βάση το πολιτισμικό υπόβαθρο [25]. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από αυτές τις πολιτισμικά προσαρμοσμένες εκδοχές του μοντέλου δείχνουν ότι η TF-CBT παρέμβαση μπορεί να είναι συμβατή με την εκάστοτε πολιτισμική κουλτούρα και να παραμένει κλινικά χρήσιμη και αποτελεσματική σε σχέση με τους θεραπευτικούς στόχους [23, 24, 35, 50].

Σε συνέχεια αυτών των εμπειρικών δεδομένων αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της TF-CBT σε διάφορα πλαίσια εφαρμογής, έχει επίσης βρεθεί ότι τα παιδιά και οι έφηβοι επιδεικνύουν βελτίωση αρκετό χρονικό διάστημα μετά το πέρας της θεραπείας, καθώς συνεχίζουν να χρησιμοποιούν τις δεξιότητες που έμαθαν στη θεραπευτική παρέμβαση και να ανακτούν πιο υγιείς προοπτικές επιβίωσης από την τραυματική εμπειρία [22]. Στο σημείο αυτό, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι, παρόλο που οι δημιουργοί του μοντέλου αναγνωρίζουν ότι το TF-CBT μπορεί να φανεί λιγότερο αποτελεσματικό για ορισμένα παιδιά ή εφήβους με μετατραυματική διαταραχή στρες, των οποίων οι βασικές δυσκολίες αντανάκλουν προϋπάρχοντα σοβαρά συμπεριφορικά ή συναισθηματικά προβλήματα, υποστηρίζουν παράλληλα ότι τα κύρια συστατικά του μοντέλου βρίσκουν εφαρμογή στην πλειονότητα του πληθυσμού των παι-

διών και των εφήβων [22]. Εντούτοις, μέχρι σήμερα σε έρευνες που έχουν διενεργηθεί σε επιμέρους ειδικούς πληθυσμούς, όπως για παράδειγμα στη μελέτη των Madigan και συνεργατών (2015) που αφορούσε έφηβες εγκυμονούσες διαγνωσμένες με PTSD [47], δεν έχει υπάρξει ακόμη η δυνατότητα να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για την καταλληλότητα και την

αποτελεσματικότητα του μοντέλου σε ένα μεγαλύτερο εύρος περιπτώσεων και συνθηκών. Κάτι αντίστοιχο ισχύει και στην περίπτωση των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων, παρά τις πολυπολιτισμικές δυνατότητες εφαρμογής του μοντέλου [30, 35] και τα προκαταρκτικά θετικά αποτελέσματα στον συγκεκριμένο πληθυσμό [4, 31, 32, 51].

Πίνακας II. Χαρακτηριστικά των τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών του TF-CBT και των δύο μελετών δημιουργίας του πρωτοκόλλου

Συγγραφείς & έτος δημοσίευσης	Χώρα διεξαγωγής	Follow up περίοδος	Συμμετέχοντες/Ερευνητικός σχεδιασμός/ Είδος και διάρκεια θεραπείας	Κύρια αποτελέσματα
Cohen et al., 2004 [28]	ΗΠΑ	-	N=229 παιδιά θύματα σεξουαλικής κακοποίησης (>90% είχαν βιώσει και άλλα τραυματικά γεγονότα), 8-14 ετών και οι κύριοι φροντιστές τους. / Ομάδα παρέμβασης: TF-CBT, Ομάδα ελέγχου: παιδοκεντρική θεραπεία (child-centered therapy – CCT) – μοντέλο που εφαρμόζεται για τη θεραπεία παιδιών που έχουν υπάρξει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης και στοχεύει στη δημιουργία μιας ενδυναμωτικής σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ παιδιών και γονέων [52].	Η ομάδα TF-CBT επέδειξε σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση ως προς τα συμπτώματα PTSD, κατάθλιψης, προβλημάτων συμπεριφοράς, αισθήματος ντροπής και σχετικών με την κακοποίηση πεποιθήσεων και αποδόσεων αιτιότητας. Παρομοίως, οι φροντιστές της ομάδας TF-CBT εμφάνισαν μεγαλύτερη βελτίωση ως προς τα δικά τους επίπεδα κατάθλιψης, δυσφορίας σχετικής με την κακοποίηση, υποστήριξης στο παιδί και αποτελεσματικών γονικών πρακτικών. Αποτελεσματικότητα του μοντέλου TF-CBT και στην περίπτωση πολλαπλών τραυμάτων.
Cohen et al., 2005 [29]	ΗΠΑ	6 και 12 μήνες	N=82 παιδιά θύματα σεξουαλικής κακοποίησης, 8-15 ετών και οι κύριοι φροντιστές τους. / Ομάδα παρέμβασης: 12 συνεδρίες TF-CBT, Ομάδα ελέγχου: μη κατευθυντική υποστηρικτική θεραπεία (non-directive supportive therapy – NST) – αδόμητη θεραπεία που χρησιμοποιεί κοινές, για όλες τις προσεγγίσεις, ψυχολογικές τεχνικές, όπως η ενεργητική ακρόαση και η ενσυναίσθηση [29].	Η ομάδα που έλαβε TF-CBT επέδειξε σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση στα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, σεξουαλικών προβλημάτων και αποσύνδεσης μετά από διάστημα 6 μηνών, καθώς και στα συμπτώματα PTSD και αποσύνδεσης μετά από διάστημα 1 έτους.
Deblinger et al., 2006 [42]	ΗΠΑ	6 και 12 μήνες	N=183 παιδιά θύματα σεξουαλικής κακοποίησης, 8-14 ετών και οι κύριοι φροντιστές τους. / Ομάδα παρέμβασης: TF-CBT, Ομάδα ελέγχου: παιδοκεντρική θεραπεία (child-centered therapy).	Παιδιά και φροντιστές στους οποίους εφαρμόστηκε το μοντέλο TF-CBT, συνέχισαν να έχουν λιγότερα συμπτώματα PTSD, αίσθημα ντροπής και δυσφορία σχετική με την κακοποίηση, 6 και 12 μήνες μετά, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.
Cohen et al., 2007 [48]	ΗΠΑ	-	N=24 κορίτσια και έφηβες, 10-17 ετών και οι κύριοι φροντιστές τους. / Ομάδα παρέμβασης: TF-CBT + σερετραλίνη, Ομάδα ελέγχου: TF-CBT + placebo για 12 εβδομάδες.	Και οι δύο ομάδες βίωσαν εξίσου σημαντική βελτίωση στα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής, καθώς και σε άλλους κλινικούς δείκτες. Η προσθήκη σερετραλίνης στο μοντέλο TF-CBT βρέθηκε να έχει μικρή μόνο επίδραση.
Smith et al., 2007 [49]	Ηνωμένο Βασίλειο	6 μήνες	N=24 παιδιά και νέοι (8-18 ετών) με διάγνωση PTSD μετά από μεμονωμένο τραυματικό γεγονός (π.χ. τροχαίο ατύχημα, διαπροσωπική βία, ή μάρτυρες περιστατικού βίας). / Ομάδα παρέμβασης: TF-CBT 10 εβδομάδων, Ομάδα ελέγχου: Λίστα αναμονής (WL) για 10 εβδομάδες.	Η ομάδα που έλαβε TF-CBT επέδειξε σημαντικά μεγαλύτερη μείωση στα συμπτώματα PTSD, στην κατάθλιψη και το άγχος, καθώς και βελτίωση στη λειτουργικότητα. Ποσοστό 92% των συμμετεχόντων βρέθηκε να μην πληροί τα κριτήρια PTSD μετά το πέρας της θεραπείας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην περίπτωση της λίστας αναμονής ήταν 42%. Τα οφέλη διατηρήθηκαν 6 μήνες μετά την παρέμβαση.

Cohen et al., 2011 [46]	ΗΠΑ	-	N=124 παιδιά, 7-14 ετών / Ομάδα παρέμβασης: 8 συνεδρίες TF-CBT, Ομάδα ελέγχου: 8 συνεδρίες παιδοκεντρική θεραπεία (child-centered therapy).	Το μοντέλο TF-CBT βρέθηκε να βελτιώνει αποτελεσματικά τα σχετιζόμενα με το PTSD και το άγχος συμπτώματα των παιδιών που είχαν υποστεί βία από τον/τη στενό/ή σύντροφο του γονέα (intimate partner violence – IPV).
Scheeringa et al., 2011 [40]	ΗΠΑ	6 μήνες	1η φάση: N=11 παιδιά, πιλοτική εφαρμογή. 2η φάση: N= 64 παιδιά, 3-6 ετών. / Ομάδα παρέμβασης: 12 συνεδρίες TF-CBT, Ομάδα ελέγχου: 12 εβδομάδες WL.	Η παρέμβαση TF-CBT βρέθηκε να είναι πιο αποτελεσματική συγκριτικά με τη συνθήκη της λίστας αναμονής, ως προς τη μείωση των σχετικών με το τραύμα συμπτωμάτων, με το αποτέλεσμα να διατηρείται 6 μήνες μετά την παρέμβαση. Μείωση και των συμπτωμάτων των συννοσηρών διαταραχών.
Schottelkorb et al., 2012 [30]	ΗΠΑ	-	N=31 παιδιά πρόσφυγες με PTSD, 6-13 ετών. / Ομάδα παρέμβασης: TF-CBT, Ομάδα ελέγχου: παιδοκεντρική παιγνιοθεραπεία (child centered play therapy – CCPT) – αναπτυξιακά προσαρμοσμένη παρέμβαση βασισμένη στο παιχνίδι, για παιδιά ηλικίας 3-10 ετών, με κοινωνικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές και διαπροσωπικές διαταραχές.	Οι δύο προσεγγίσεις βρέθηκαν εξίσου αποτελεσματικές ως προς τη μείωση των συμπτωμάτων PTSD.
Jensen et al., 2013 [34]	Νορβηγία	18 μήνες	N=156 παιδιά και έφηβοι, Μ.Ο. ηλικίας: 15,05, 79,5% κορίτσια. / Ομάδα παρέμβασης: TF-CBT, Ομάδα ελέγχου: TAU.	Η ομάδα που έλαβε TF-CBT επέδειξε μεγαλύτερη και πιο άμεση βελτίωση στα σχετικά με το τραύμα συμπτώματα, η οποία διατηρήθηκε και μετά το πέρας των 18 μηνών. Μείωση και στα συνοδά καταθλιπτικά συμπτώματα.
McMullen et al., 2013 [50]	Κονγκό	3 μήνες	N=50 αγόρια (n=39 παιδιά πρώην στρατιώτες και n=11 παιδιά επηρεασμένα από τον πόλεμο), 13-17 ετών. / Ομάδα παρέμβασης: 15 συνεδρίες ομαδικής, πολιτισμικά προσαρμοσμένης TF-CBT, Ομάδα ελέγχου: WL.	Η ομαδική και πολιτισμικά προσαρμοσμένη TF-CBT βρέθηκε στατιστικά σημαντικά περισσότερο αποτελεσματική στη μείωση του μετατραυματικού στρες και της ψυχοκοινωνικής δυσφορίας.
O' Callaghan et al., 2013 [24]	Κονγκό	3 μήνες	N=52 παιδιά και έφηβες, 12-17 ετών, κορίτσια σε εμπόλεμη ζώνη, θύματα σεξουαλικής βίας. / Ομάδα παρέμβασης: n=24, 15 συνεδρίες πολιτισμικά τροποποιημένης ομαδικής TF-CBT, Ομάδα ελέγχου: n=28, WL.	Η ομάδα που έλαβε TF-CBT επέδειξε στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη μείωση στα συμπτώματα PTSD, καθώς και στα συνοδά συμπτώματα ψυχοκοινωνικών δυσκολιών σε σύγκριση με την ομάδα σε λίστα αναμονής.
Diehle et al., 2015 [36]	Ηνωμένο Βασίλειο	-	N=48 παιδιά και έφηβοι, 8-18 ετών. / Ομάδα παρέμβασης: n=24, 8 συνεδρίες TF-CBT, Ομάδα ελέγχου: n=24, 8 συνεδρίες EMDR.	Εξίσου αποτελεσματικές και οι δύο παρεμβάσεις στη μείωση των συμπτωμάτων PTSD. Στην ομάδα TF-CBT υπήρξε μείωση στα συνοδά συμπτώματα κατάθλιψης και υπερδιέγερσης.
Konanur et al., 2015 [45]	Καναδάς	6 μήνες	N=113, παιδιά ηλικίας 6-12 ετών. / Ομάδα παρέμβασης: TF-CBT, Ομάδα ελέγχου: WL.	Μόνο στην ομάδα TF-CBT υπήρξε στατιστικά σημαντική μείωση των σχετικών με το τραύμα συμπτωμάτων, η οποία διατηρήθηκε 6 μήνες μετά την παρέμβαση.
Madigan et al., 2015 [49]	Καναδάς	6 και 12 μήνες	N=43 έφηβες στο δεύτερο 3μηνο της εγκυμοσύνης, με συμπτώματα PTSD. / Ομάδα παρέμβασης: TF-CBT και ψυχοεκπαίδευση σε θέματα γονεϊκότητας, Ομάδα ελέγχου: TAU και ψυχοεκπαίδευση σε θέματα γονεϊκότητας (parenting classes).	Μη στατιστικά σημαντικές διαφορές στα συμπτώματα PTSD και στην προσαρμογή των έφηβων μητέρων, στον τύπο προσκόλλησης της μητέρας και στον τύπο προσκόλλησης του βρέφους. Μη ασφαλή συμπεράσματα, καθώς μόνο 26 έφηβες με περιτεπλεγμένο τραύμα ολοκλήρωσαν την παρέμβαση.
Murray et al., 2015 [47]	Ζάμπια	1 μήνας	N=257, ορφανά και ευάλωτα παιδιά (orphans and vulnerable children – OVC), 5-18 ετών. / Ομάδα παρέμβασης: n=131, 10-16 συνεδρίες TF-CBT προσαρμοσμένης στο πολιτισμικό πλαίσιο της χώρας, Ομάδα ελέγχου: n=126, TAU.	Η παρέμβαση TF-CBT βρέθηκε αποτελεσματική στη μείωση των PTSD συμπτωμάτων και στη βελτίωση της λειτουργικότητας των παιδιών συνολικά, και ιδιαίτερα όσων είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση, καθώς και των παιδιών που κύριος φροντιστής ήταν ο βιολογικός γονέας.

Unterhitzenberger et al., 2015 [32]	Γερμανία	-	N=6 ασυνόδευτοι ανήλικοι πρόσφυγες, ηλικίας 17-18 ετών, αξιολογήθηκαν πριν και μετά την παρέμβαση TF-CBT. Οι έφηβοι είτε κατατάσσονταν τυχαιοποιημένα στην RCT είτε –εάν δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη– αντιμετωπίζονταν σύμφωνα με το εγχειρίδιο TF-CBT, αλλά χωρίς να συμμετέχουν στη μελέτη.	Βρέθηκε στατιστικά σημαντική μείωση των συμπτωμάτων μετά την παρέμβαση. Τροποποιήσεις στο πρωτόκολλο TF-CBT αναφορικά με τη συναισθηματική ρύθμιση η οποία απαιτούσε περισσότερες συνεδρίες από ό,τι συνήθως, ενώ διενεργήθηκαν λιγότερες συνεδρίες με τους φροντιστές. Το μοντέλο TF-CBT είναι εφαρμόσιμο στην περίπτωση μείωσης συμπτωμάτων τραύματος σε URMs.
Goldbeck et al., 2016 [43]	Γερμανία	4 μήνες	N=159 παιδιά και έφηβοι, 7-17 ετών. / Ομάδα παρέμβασης: n=76, 12 συνεδρίες TF-CBT, Ομάδα ελέγχου: n=83, WL.	Η παρέμβαση TF-CBT βρέθηκε στατιστικώς σημαντικά πιο αποτελεσματική για παιδιά και εφήβους με διαφορετικής φύσης τραύματα (π.χ. διαπροσωπικά και τραύματα που προκαλούνται από ατυχήματα) συγκριτικά με τη συνθήκη WL.
Dawson et al., 2018 [41]	Αυστραλία	3 μήνες	N=64 παιδιά με PTSD. / Ομάδα παρέμβασης: 5 συνεδρίες TF-CBT, Ομάδα ελέγχου: 5 συνεδρίες θεραπείας στην επίλυση προβλήματος (problem-solving therapy) – γνωσιακή συμπεριφοριστική παρέμβαση, με στόχο να βοηθήσει τα άτομα να υιοθετήσουν μια ρεαλιστικά αισιόδοξη άποψη για την αντιμετώπιση των προβλημάτων, μέσω ψυχοεκπαίδευσης και διαδραστικών ασκήσεων.	Οι δύο προσεγγίσεις βρέθηκαν εξίσου αποτελεσματικές ως προς τη μείωση των συμπτωμάτων PTSD, καθώς και του θυμού σε παιδιά που ζούσαν σε ένα μεταπολεμικό περιβάλλον.
Pfeiffer et al., 2018 [31]	Γερμανία	-	N=99 ασυνόδευτοι ανήλικοι πρόσφυγες, 14-18 ετών. / Ομάδα παρέμβασης: 6 συνεδρίες ομαδικής TF-CBT (n=50, M.O. 17 ετών, 94% αγόρια), Ομάδα ελέγχου: TAU (n=49, M.O. 16 ετών, 92% αγόρια).	Η ομαδική παρέμβαση TF-CBT βρέθηκε να έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα ως προς τη μείωση των συμπτωμάτων PTSD για νέους ασυνόδευτους πρόσφυγες, συγκριτικά με τη συνθήκη TAU.
Aas et al., 2019 [44]	Νορβηγία	-	N=156, 10-18 ετών. / Ομάδα παρέμβασης: TF-CBT, Ομάδα ελέγχου: TAU.	Το μοντέλο TF-CBT βρέθηκε αποδοτικό ως προς το οικονομικό κόστος και συστήνεται ως θεραπεία εκλογής για νέους με PTSD.
Dorsey et al., 2020 [23]	Τανζανία & Κένυα	12 μήνες	N=640 παιδιά, 7-13 ετών, 50% αγόρια. / Ομάδα παρέμβασης: n=320, 12 συνεδρίες ομαδικής TF-CBT, Ομάδα ελέγχου: n=320, TAU.	Η παρέμβαση TF-CBT βρέθηκε πιο αποτελεσματική ως προς τη μείωση συμπτωμάτων σχετικών με το τραύμα, μεταξύ παιδιών που βίωσαν τον θάνατο ενός ή και των δύο γονέων, στην αγροτική και αστική περιοχή της Κένυας και στην αστική περιοχή της Τανζανίας, με τα αποτελέσματα να διατηρούνται 12 μήνες μετά, μόνο στις περιοχές της Κένυας.
Unterhitzenberger et al., 2020 [39]	Γερμανία	-	N=137 παιδιά με συμπτώματα PTSD. / Ομάδα παρέμβασης: TF-CBT, Ομάδα ελέγχου: WL. Μία δεύτερη ανάλυση περιλάμβανε τη συνθήκη της φύσης του τραύματος, ως εξής: 1η ομάδα (n=23) τραυματικό πένθος, 2η ομάδα (n=59) σεξουαλική κακοποίηση και 3η ομάδα (n=55) σωματική βία.	Το μοντέλο TF-CBT είναι αποτελεσματικό στη μείωση συμπτωμάτων PTSD και στη βελτίωση της συνολικής λειτουργικότητας, στην περίπτωση τραυματικού πένθους. Και οι τρεις ομάδες με διαφορετική φύση τραύματος βρέθηκαν να ωφελούνται από το TF-CBT. Στη συνθήκη λίστας αναμονής, τα συμπτώματα PTSD βελτιώθηκαν για τις περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης και σωματικής βίας, αλλά όχι για το τραυματικό πένθος.
Kameoka et al., 2020 [35]	Ιαπωνία	1 μήνας	N=30 παιδιά και έφηβοι με συμπτώματα PTSD (22 κορίτσια, 8 αγόρια, M.O. ηλικίας: 13,90, εύρος: 6-18 ετών). / Ομάδα παρέμβασης: 12 συνεδρίες TF-CBT, Ομάδα ελέγχου: WL.	Η ομάδα παρέμβασης επέδειξε στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη μείωση συμπτωμάτων από την ομάδα ελέγχου. Ωστόσο, δεν έδειξε καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά τη βελτίωση στα συμπτώματα άγχους, την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και τα προβλήματα συμπεριφοράς. Τα ευρήματα παρέχουν προκαταρκτικά στοιχεία της αποτελεσματικότητας του μοντέλου TF-CBT για τη θεραπεία νέων με τραύμα σε κοινωνικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο ιαπωνικό πολιτισμικό πλαίσιο.

3.2. Αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού μοντέλου TF-CBT στην περίπτωση των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων (URMs)

Δεδομένης της σημαντικής αύξησης του προσφυγικού πληθυσμού, και συγκεκριμένα των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων, τα τελευταία χρόνια γίνεται μια πιο συστηματική προσπάθεια να διερευνηθούν κρίσιμα ζητήματα που αφορούν αυτόν τον πληθυσμό. Οι σχετικές μελέτες αφορούν τις επιπτώσεις που προκύπτουν από τη μετανάστευση και την απομάκρυνση από την οικογένεια στην ψυχική υγεία των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων [53, 54], τους προβλεπτικούς παράγοντες ψυχοπαθολογίας και τους παράγοντες ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας [55, 56], καθώς και την επίδραση που έχει η πορεία για αναζήτηση ασύλου στην ψυχική υγεία [57, 58]. Εντούτοις, όσον αφορά τις θεραπευτικές παρεμβάσεις σε περιπτώσεις PTSD, με εξαίρεση τις τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές των Pfeiffer και συνεργατών [31], καθώς και των Unterhitzenberger και συνεργατών [32], οι σχετικές έρευνες περιορίζονται σε μη ελεγχόμενες δοκιμές, σε μελέτες περίπτωσης και σε πιλοτικές μελέτες με μικρό δείγμα συμμετεχόντων. Σε παλαιότερη ανασκόπηση που διερευνούσε, συνολικότερα, τις διαθέσιμες θεραπείες για νέους ασυνόδευτους πρόσφυγες [59] εντοπίστηκαν εννέα έρευνες που ανέφεραν σημαντική μείωση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες στους συμμετέχοντες, τέσσερις εκ των οποίων αφορούσαν τη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία ή ειδικότερα την εστιασμένη στο τραύμα γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία.

Σύμφωνα με αυτά τα πρώτα εμπειρικά δεδομένα, μία πιο στοχευμένη προσέγγιση που θα είναι εστιασμένη στο τραύμα, όπως είναι η TF-CBT, προτείνεται ως η πλέον ερευνητικά υποστηριζόμενη θεραπεία για τη μείωση των σοβαρών συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες και την καλύτερη προσαρμογή των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων στη χώρα υποδοχής [32]. Στο πλαίσιο αυτό, στη Γερμανία, τα τελευταία χρόνια, γίνεται προσπάθεια προσαρμογής και εφαρμογής του θεραπευτικού πρωτοκόλλου TF-CBT στην περίπτωση των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων, με ελπιδοφόρα αποτελέσματα [4, 32]. Αρχικά, οι Unterhitzenberger και συνεργάτες [32] εφάρμοσαν πιλοτικά το πρωτότυπο μοντέλο TF-CBT, βασισμένο στο πρωτόκολλο των Cohen και συνεργατών [22], σε έξι ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες ηλικίας 16-18 ετών, αξιολογώντας την παρέμβαση με μετρήσεις πριν και μετά την εφαρμογή. Οι συμμετέχοντες είχαν απευθυνθεί στα εξωτερικά ιατρεία δύο κλινικών για το τραύμα και είχαν λάβει διάγνωση PTSD, με βάση τις διαγνωστικές κλίμακες μετατραυματικού στρες *Clinician Administered PTSD Scale for Children & Adolescents* (CAPS-CA) και *Posttraumatic Diagnostic Scale* (PDS), χωρίς να συνυπάρχουν άλλες συνοδές διαταραχές. Οι έφηβοι ανέφεραν ένα εύρος 2 έως 6 τραυματικών γεγονότων, τα οποία είχαν συμβεί πριν από την άφιξη στη χώρα υποδοχής. Το μοντέλο TF-CBT εφαρμόστηκε σε 12-15 παράλληλες συνεδρίες παιδιού και φροντιστή, διάρκειας 90 λεπτών. Σε δύο περιπτώσεις εφήβων, η θεραπεία πραγματοποιήθηκε με την παρουσία διερμηνέων, οι οποίοι υπήρξαν ιδιαίτερα βοηθητικοί κατά τη φάση της θεραπευτικής ενότητας που αφορούσε τη συναισθηματική ρύθμιση, παρέχοντας πληροφορίες σχετικά με τις πολιτισμικές επιρροές στην έκφραση των συναισθημάτων. Οι θεραπείες διενεργήθηκαν από τρεις θεραπευτές, οι οποίοι προηγουμένως είχαν εκπαιδευτεί στο μοντέλο TF-CBT, ενώ παράλληλα πραγματοποιούνταν εποπτεία σε σταθερή βάση με έναν εκ των δημιουργών του μοντέλου, ώστε να διασφαλιστεί η πιστότητα στο εγχειρίδιο.

Η εφαρμογή του θεραπευτικού πρωτοκόλλου έγινε με ορισμένες παραλλαγές, ανάλογα με τις ανάγκες κάθε παιδιού. Για παράδειγμα, τα πρόσωπα φροντίδας αναμείχθηκαν λιγότερο στη θεραπεία. Επίσης, αφιερώθηκε περισσότερος χρόνος στην ενότητα της συναισθηματικής ρύθμισης, όπου οι θεραπευτές χρησιμοποίησαν επιπλέον υλικά, όπως για παράδειγμα κάρτες συναισθημάτων ή εκπαιδευτικά παιχνίδια σχετικά με τα συναισθήματα. Όσον αφορά την ενότητα της αφήγησης του τραύματος, αφιερώθηκαν περισσότερες από τέσσερις συνεδρίες, δημιουργώντας πριν από την έναρξη της αφήγησης μία «γραμμή ζωής», βασισμένη στην αντίστοιχη αφηγηματική τεχνική [32], αλλά και χρησιμοποιώντας διαφορετικούς τρόπους ή/και συγκεκριμένα υλικά για να αφηγηθούν τα παιδιά το τραύμα (π.χ. περπάτημα, ηχογράφηση κ.ά.). Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην ενίσχυση του αισθήματος της ασφάλειας (π.χ. βαθμός ασφάλειας στη χώρα υποδοχής, διαχωρισμός μεταξύ συνθηκών στη χώρα προέλευσης και τη χώρα υποδοχής κ.ά.). Γενικότερα, οι θεραπευτές δεν ανέφεραν δυσκολία να εργαστούν σύμφωνα με το εγχειρίδιο και οι όποιες τροποποιήσεις πραγματοποιήθηκαν χωρίς σημαντικές αλλαγές στο πρωτόκολλο. Στις μετρήσεις που ακολούθησαν μετά το πέρας της παρέμβασης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική μείωση των συμπτωμάτων PTSD στους συμμετέχοντες.

Οι Unterhitzenberger και συνεργάτες (2016) παρουσίασαν, επίσης, τη μελέτη περίπτωσης μίας 17χρονης ασυνόδευτης έφηβης από την Ανατολική Αφρική με διάγνωση PTSD, η οποία είχε βιώσει τραυματικές εμπειρίες και απώλειες τόσο στη χώρα προέλευσης όσο και κατά τη διάρκεια της φυγής της [4]. Το μοντέλο TF-CBT εφαρμόστηκε στην έφηβη και στον φροντιστή της από τη δομή φιλοξενίας, πραγματοποιώντας 12 συνεδρίες βασισμένες στο πρωτότυπο εγχειρίδιο. Κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των συμπτωμάτων, ενώ η έφηβη είχε αναρρώσει πλήρως στο τέλος της θεραπείας, με το θεραπευτικό αποτέλεσμα να διατηρείται και μετά το πέρας των 6 μηνών. Με βάση τη συγκεκριμένη μελέτη περίπτωσης, οι ερευνητές κατέληξαν ότι το μοντέλο TF-CBT φαίνεται να είναι κλινικά χρήσιμο για νέους ασυνόδευτους πρόσφυγες, χωρίς απαραίτητα να χρειάζεται ιδιαίτερες πολιτισμικές προσαρμογές, καθώς μπορεί να θεωρηθεί πολιτισμικά ευαίσθητο.

Σε άλλη μελέτη, οι Unterhitzenberger και συνεργάτες (2019) εφάρμοσαν το πρωτόκολλο TF-CBT σε 26 ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες με διάγνωση PTSD [57]. Στο πλαίσιο αυτό, πραγματοποιήθηκαν κατά μέσο όρο 15 συνεδρίες και υπήρξαν μετρήσεις σχετικά με την έκβαση στο τέλος, καθώς και 6 εβδομάδες και 6 μήνες μετά το τέλος της παρέμβασης. Όλοι οι θεραπευόμενοι ήταν έφηβα αγόρια, προερχόμενοι κυρίως από το Αφγανιστάν και δεν είχαν λάβει άδεια παραμονής στη χώρα, καθώς η αίτηση ασύλου βρισκόταν υπό επεξεργασία. Με βάση τα αποτελέσματα της αξιολόγησης, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των συμπτωμάτων PTSD και των συνοδών καταθλιπτικών συμπτωμάτων, καθώς και των προβλημάτων συμπεριφοράς. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα διατηρήθηκαν 6 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας. Σύμφωνα δε με αναφορές των φροντιστών, το 84% των περιπτώσεων είχαν αναρρώσει πλήρως από το PTSD μετά την παρέμβαση. Ωστόσο, στην αξιολόγηση που έγινε 6 μήνες μετά την παρέμβαση, παρατηρήθηκε επανεμφάνιση της συμπτωματολογίας σε εφήβους των οποίων η αίτηση ασύλου είχε απορριφθεί, παρόλο που το εύρημα αυτό δεν βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντικό. Η συγκεκριμένη πιλοτική

μελέτη αποτελεί ακόμα μία ένδειξη της αποτελεσματικότητας του μοντέλου TF-CBT για τη μείωση των συμπτωμάτων PTSD σε ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες, ωστόσο επισημαίνει ότι στρεσογόνοι παράγοντες, όπως αυτοί που σχετίζονται με τις διαδικασίες ασύλου, ενδέχεται να διαμεσολαβήσουν αρνητικά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Περαιτέρω έρευνα αναφορικά με το μοντέλο TF-CBT κρίνεται απαραίτητη, προκειμένου να αναδειχθούν οι επιμέρους παράγοντες (π.χ. ατομικοί, πολιτισμικοί, κοινωνικοί) που συσχετίζονται με τη διαχείριση του ψυχικού τραύματος, καθώς και με τη θεραπευτική έκβαση, στη συγκεκριμένη ομάδα.

4. Συζήτηση

Οι σχετικές με το τραύμα έρευνες –από τις ιδιαίτερα υποσχόμενες καινοτόμες προληπτικές παρεμβάσεις για το οξύ τραύμα (τις περιπτώσεις, δηλαδή, που τα συμπτώματα διαρκούν λιγότερο από 3 μήνες [14]) έως τον ολοένα μεγαλύτερο αριθμό εμπειρικά τεκμηριωμένων θεραπευτικών μοντέλων για το περιπλεγμένο τραύμα και την ανάπτυξη σχετικών τεχνολογικών εφαρμογών– αυξάνονται με ταχύ ρυθμό [60]. Στο πλαίσιο αυτό, η αποτελεσματικότητα των γνωσιακών-συμπεριφοριστικών θεραπειών εστιασμένων στο τραύμα έχει τεκμηριωθεί τόσο στην περίπτωση των ενήλικων προσφύγων για τη μείωση των συμπτωμάτων PTSD, όπως φαίνεται από τη μετα-ανάλυση των Lambert και Alhassoon (2014) [61], όσο και στην περίπτωση των παιδιών προσφύγων, όπως προκύπτει από την πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση των Lawton και Spencer (2021) [62], αλλά και από αυτή του Chipalo (2021), η οποία διενεργήθηκε σε δώδεκα βάσεις δεδομένων [63]. Πρόσφατη δε συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση δικτύου των Xiang και συνεργατών [64] επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα του μοντέλου TF-CBT σε παιδιά και εφήβους με PTSD, ευρύτερα. Ειδικότερα, το μοντέλο TF-CBT φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικό συγκριτικά με μη κατευθυντικές ή πελατοκεντρικές θεραπευτικές προσεγγίσεις για παιδιά με ιστορικό πολλαπλών τραυμάτων και υψηλά επίπεδα κατάθλιψης [22, 65, 66, 67]. Αποτελεί δε την πλέον εμπειρικά υποστηριζόμενη θεραπεία για νέους ανθρώπους με διαταραχή στρες μετά από τραυματική εμπειρία, με τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές σε διαφορετικές χώρες και σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια [30, 64]. Φαίνεται, επίσης, να αποτελεί μία υποσχόμενη θεραπευτική προσέγγιση για την ομάδα των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων που παρουσιάζουν συμπτώματα PTSD [31, 32], μία ομάδα που συνήθως περιλαμβάνει παιδιά διαφόρων ηλικιών και εθνικτήτων, προερχόμενα από διαφορετικούς πολιτισμούς.

Η θεραπεία των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων χαρακτηρίζεται από ορισμένες ιδιαιτερότητες, στις οποίες το μοντέλο TF-CBT μπορεί να ανταποκριθεί κατάλληλα [32]. Μία τέτοια σημαντική ιδιαιτερότητα αποτελεί η απουσία γονέων. Υπάρχει ισχυρή ερευνητική τεκμηρίωση ότι η ενεργός εμπλοκή των γονέων στη θεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση στα καταθλιπτικά και τα εξωτερικευμένα συμπεριφορικά συμπτώματα του παιδιού, ακόμα και στις περιπτώσεις που το ίδιο το παιδί δεν λαμβάνει θεραπεία [66]. Άλλα ευρήματα, ωστόσο, δείχνουν ότι παρά την απουσία γονικής συμμετοχής, τα παιδιά μπορούν να επωφεληθούν από την ενεργό ανάμιξη κάποιου φροντιστή, επιδεικνύοντας σημαντική βελτίωση στα συμπτώματα PTSD [33]. Ως εκ τούτου, στην περίπτωση των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων, αντί του γονέα που απου-

σιάζει, μπορεί κατά την εφαρμογή του TF-CBT να συμμετέχει ο/η φροντιστής από τη δομή φιλοξενίας.

Μία άλλη ιδιαιτερότητα έχει να κάνει με την ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας στο παιδί, η οποία ενδέχεται να είναι πολύ πιο δύσκολο να επιτευχθεί στην περίπτωση των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων. Για τον λόγο αυτό, είναι ιδιαίτερα σημαντικό ο/η θεραπευτής/τρια να διερευνήσει διεξοδικά μαζί με το παιδί τι θα το βοηθούσε να νιώσει ασφάλεια, στην παρούσα φάση. Για παράδειγμα, η ανάπτυξη μίας σταθερής σχέσης με έναν φροντιστή, ή με ένα άλλο πρόσωπο αναφοράς, μπορεί να είναι πολύ ανακουφιστική για ένα παιδί το οποίο είναι φοβισμένο και συναισθηματικά ευάλωτο, εξαιτίας διαρκώς αυξανόμενου στρες μετά την απώλεια ενός γονέα. Έτσι, μέσω μιας τέτοιας διερεύνησης μπορεί να ενισχυθεί περαιτέρω η αίσθηση ασφάλειας και το αίσθημα του «ανήκειν». Επιπλέον, η έμφαση που δίνεται στην επεξεργασία του αισθήματος ασφάλειας, ως το τελικό θεραπευτικό «βήμα» στο TF-CBT, μπορεί να ωφελήσει ιδιαίτερα τους εφήβους με περιπεπλεγμένο PTSD, ή με τραυματικό δυσεπίλυτο πένθος, καθώς πολλοί από τους ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες στερούνται της γονικής υποστήριξης και της σταθερότητας που θα βοηθούσε την προσαρμογή τους σε μεγάλης κλίμακας αλλαγές.

Ένα άλλο κρίσιμο σημείο είναι η δυσκολία, κάποιες φορές, των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων, ανάλογα και με το πολιτισμικό τους υπόβαθρο, να αναγνωρίσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, ειδικά σε περιπτώσεις που βιώνουν παράλληλα την απώλεια αγαπημένου προσώπου, εξαιτίας εσκεμμένων βίαιων πράξεων (π.χ. τρομοκρατία, πόλεμος κ.λπ.). Σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία [68], κάτι τέτοιο μπορεί να συμβαίνει, αφενός, γιατί στην τοπική διάλεκτο είναι πιθανό να μην υπάρχει το εύρος των λέξεων που να περιγράφει αναλυτικά διάφορες συναισθηματικές καταστάσεις και, αφετέρου, γιατί σε κάποιες κουλτούρες δεν θεωρείται πολιτισμικά σύνηθες να εκφράζονται λεκτικά τα συναισθήματα, κάτι που περιπλέκεται ακόμα περισσότερο εάν προστεθεί η παράμετρος του φύλου [68]. Επιπρόσθετα, η ίδια η συνθήκη του τραύματος δεν διευκολύνει πολλές φορές τη συναισθηματική έκφραση. Για παράδειγμα, στην περίπτωση που υπάρχει ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης, το παιδί μπορεί να έχει απολέσει την εμπιστοσύνη προς τους ενήλικες και να δυσκολεύεται να εκφραστεί συναισθηματικά εντός της συνεδρίας [22]. Ως εκ τούτου, μπορεί να χρειαστούν περισσότερες συνεδρίες από τις προβλεπόμενες, που να είναι αφιερωμένες στη συναισθηματική ρύθμιση, προκειμένου τα παιδιά και οι έφηβοι να αυξήσουν την εμπιστοσύνη στον/στη θεραπευτή/τρια, να εμπλακούν περισσότερο στη θεραπευτική διαδικασία, ή να ξεπεράσουν άλλα πιθανά εμπόδια (π.χ. ιδιοσυστασιακά, πολιτισμικά) στην ανοιχτή έκφραση συναισθημάτων, προκειμένου να προχωρήσουν περαιτέρω στην αφήγηση του τραύματος και στη θεραπεία. Επίσης, είναι πιθανό να χρειάζονται πιο ενεργό υποστήριξη εκ μέρους του/της θεραπευτή/τριας σε σχέση με συγκεκριμένα συναισθήματα, όπως είναι τα συναισθήματα θυμού, φόβου, ενοχής, μίσους ή επιθυμίας για εκδίκηση, ευαλωτότητας και δυσπιστίας, καθώς και συναισθήματα που αφορούν φαντασιώσεις διάσωσης.

Στις περιπτώσεις των παιδιών που έχουν βιώσει περισσότερους τύπους τραυματικών εμπειριών, ή παιδιών των οποίων η ζωή έχει επισκιαστεί από αλληλουχία τραυματικών γεγονότων –περιπτώσεις που είναι πιθανό να υπάρξουν στην ομάδα των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων–, η αφήγηση του τραύ-

ματος γίνεται σε πλήρη συνεργασία με το παιδί, ώστε εκείνο να επιλέξει ποιες τραυματικές εμπειρίες θα συμπεριληφθούν τελικά στην αφήγησή του και με ποια σειρά [22]. Σε καταστάσεις πολέμου, καταστροφών και τρομοκρατίας, τα παιδιά που έχουν απολέσει αγαπημένα πρόσωπα μπορεί να μη γνωρίζουν ακριβώς τις συνθήκες κάτω από τις οποίες συνέβη το τραυματικό αυτό γεγονός. Σε τέτοιες περιπτώσεις, παρατηρείται να συμπληρώνουν με τη φαντασία τους σκηνές φρίκης στις τελευταίες στιγμές πριν τα αγαπημένα τους πρόσωπα φύγουν από τη ζωή. Επιπλέον, όταν ο θάνατος του αγαπημένου προσώπου ήταν αποτέλεσμα βίαιης πράξης, τα παιδιά είναι πιθανό να έχουν ένα εύρος σκέψεων και συναισθημάτων σχετικών με τη μη προβλεπτικότητα γύρω από την πράξη. Συναισθήματα θυμού και αβοηθητότητας, ή/και σκέψεις εκδίκησης, είναι κοινά και θα πρέπει να αναμένονται. Παρ' όλα αυτά, όταν αυτές οι σκέψεις και τα συναισθήματα καταλήγουν παρεισφρητικά και επαναλαμβανόμενα, δηλαδή συνιστούν ανεπεξέργαστες υπενθυμίσεις του τραύματος, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται κατάλληλα. Στο πλαίσιο του TF-CBT, είναι σημαντικό για το παιδί να λεκτικοποιεί και να συμπεριλαμβάνει αυτές τις τραυματικές αναμνήσεις και όσα φαντάζεται στην ιστορία αφήγησης του τραύματος.

Για πολλά παιδιά, η αφήγηση του τραύματος είναι η πιο απαιτητική ενότητα του θεραπευτικού μοντέλου [22]. Γι' αυτόν τον λόγο, είναι σημαντικό να εγκαθιδρυθεί μία πηγή υποστήριξης που θα είναι διαθέσιμη μεταξύ των συνεδριών, στις περιπτώσεις εκείνες που τα συμπτώματα αυξάνονται, ή οι τραυματικές αναμνήσεις πυροδοτούνται σε έντονο βαθμό. Παραδείγματος χάριν, μπορεί να είναι βοηθητικό να επικοινωνεί ο/η θεραπευτής/τρια με τον ενήλικα που έχει αναλάβει τον ρόλο του φροντιστή και να του/της γνωστοποιεί ότι το παιδί είναι πιθανό να χρειαστεί επιπλέον υποστήριξη και βοήθεια κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης της θεραπείας. Επιπρόσθετα, ο/η θεραπευτής/τρια θα πρέπει να αφιερώσει επιπλέον χρόνο, προκειμένου να διασφαλίσει ότι, σε αυτές τις περιπτώσεις, τα παιδιά έχουν τη δυνατότητα να αποσυμφορίζονται στο τέλος κάθε συνεδρίας (π.χ. με τεχνικές χαλάρωσης και άλλες τεχνικές διαχείρισης του στρες).

Ως μία ακόμη ιδιαιτερότητα στην εφαρμογή του TF-CBT σε ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες, η παρουσία διερμηνέα εντός της συνεδρίας θεωρείται ότι δεν επηρεάζει με αρνητικό τρόπο το αποτέλεσμα της παρέμβασης, παρόλο που κάποιες πληροφορίες μπορεί να χάνονται κατά τη διαδικασία της διερμηνείας [4]. Από την άλλη πλευρά, οι διερμηνείς μπορεί να συμβάλουν σημαντικά, με τις γνώσεις και τη συνολικότερη παρουσία τους, στην κατανόηση εκ μέρους του/της θεραπευτή/τριας κάποιων σημαντικών πολιτισμικών χαρακτηριστικών, καθώς και στην πολιτισμική προσαρμογή του θεραπευτικού πρωτοκόλλου.

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι στην περίπτωση των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων, συνήθως, δεν υπάρχουν διαθέσιμες πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας πριν από την είσοδο στη χώρα υποδοχής, οπότε οι θεραπευτές καλούνται να αξιολογήσουν τις ανάγκες του παιδιού για θεραπεία βασιζόμενοι, κυρίως, στην τρέχουσα κλινική εικόνα. Παιδιά που εμφανίζουν δε σοβαρή συμπτωματολογία σε πολλαπλούς τομείς, επιπλέον των συμπτωμάτων της μετατραυματικής διαταραχής στρες, καθώς και προβλήματα συμπεριφοράς που προϋπάρχουν του τραύματος, μπορεί να χρειαστεί να λάβουν και άλλους τύπους θεραπευτικών παρεμβάσεων, καθώς η εστιασμένη στο τραύμα

γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία εφαρμόζεται, σε αυτές τις περιπτώσεις, συμπληρωματικά.

Συμπερασματικά, λαμβάνοντας υπόψη τις όποιες προκλήσεις καλούνται να αντιμετωπίσουν οι θεραπευτές δουλεύοντας θεραπευτικά με ασυνόδευτους ανήλικες πρόσφυγες, η TF-CBT παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα. Αφενός, είναι θεωρητικά θεμελιωμένη και εμπειρικά τεκμηριωμένη, ενώ παράλληλα επιτρέπει πολλές ευκαιρίες για διαπολιτισμικές τροποποιήσεις, χωρίς να μειώνεται η εγκυρότητά της. Αφετέρου, η διάρκειά της επιτρέπει να ολοκληρώνεται σε ένα εύλογο χρονικό διάστημα, δεδομένου ότι πρόκειται για έναν συχνά μετακινούμενο πληθυσμό. Σημαντικό πλεονέκτημα αποτελεί, επίσης, το γεγονός ότι το μοντέλο TF-CBT μπορεί να εφαρμοστεί από κλινικούς οποιασδήποτε θεραπευτικής προσέγγισης, έχοντας προηγηθεί κατάλληλη βραχεία εκπαίδευση. Επιπλέον, μπορεί να εφαρμοστεί τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό πλαίσιο, όταν πρόκειται για καταστάσεις όπου ενώ πολλά παιδιά έχουν ανάγκη για θεραπεία, η διαθεσιμότητα των θεραπειών είναι περιορισμένη (π.χ. σε καταυλισμούς προσφύγων) [65]. Βέβαια, παρότι τα αποτελέσματα όλων των σχετικών ερευνών είναι ενθαρρυντικά, επισημαίνεται η ανάγκη για πιο αυστηρές μεθοδολογικά μελέτες που να αφορούν την εφαρμογή του μοντέλου TF-CBT στον πληθυσμό των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων [62]. Παράλληλα, επισημαίνεται η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα που θα στοχεύει ευρύτερα στην καλύτερη κατανόηση των εμπειριών και των αναγκών των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων [61, 69, 70], προκειμένου να διασφαλιστεί η παροχή αποτελεσματικών θεραπευτικών υπηρεσιών με μεγαλύτερη συνέπεια και πολιτισμική ενημερότητα.

4.1. Περιορισμοί

Όπως φαίνεται από την παρούσα ανασκόπηση, τόσο η κλινική χρησιμότητα όσο και η αποτελεσματικότητα του μοντέλου TF-CBT είναι εμπειρικά τεκμηριωμένες. Οι σχετικές έρευνες, ωστόσο, που εστιάζουν στον πληθυσμό των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων είναι ακόμη περιορισμένες, παρά το γεγονός ότι πρόκειται για ένα σύγχρονο κοινωνικό φαινόμενο το οποίο εγείρει το αίσθημα ευθύνης στην επιστημονική κοινότητα. Οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί έως σήμερα περιλαμβάνουν κυρίως μελέτες περίπτωσης, ή έρευνες μη πειραματικού σχεδιασμού με μικρό δείγμα συμμετεχόντων, περιορίζοντας έτσι τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Εντούτοις, καθώς η βιβλιογραφική ανασκόπηση βασίστηκε σε άρθρα δημοσιευμένα αποκλειστικά στην αγγλική γλώσσα σε διεθνή βάση δεδομένων, είναι πιθανό να έχουν γίνει αντίστοιχες ερευνητικές προσπάθειες σε τοπικό επίπεδο, οι οποίες δεν συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα μελέτη. Περαιτέρω προσπάθειες ανασκόπησης που θα περιλαμβάνουν την αναζήτηση άρθρων και σε άλλες βάσεις δεδομένων κρίνεται απαραίτητη για μια πιο εξαντλητική προσέγγιση του υπό εξέταση θέματος.

Όσον αφορά, ειδικότερα, την παρέμβαση TF-CBT στον πληθυσμό των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων, οι σχετικές έρευνες εντοπίζονται αποκλειστικά στη Γερμανία, με τις έρευνες των Pfeiffer και συνεργατών [31] και των Unterhitzberger και συνεργατών [32] να αποτελούν κάποιες πρώτες προσπάθειες εφαρμογής του μοντέλου στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι η Γερμανία αποτελεί προορισμό πρώτης επιλογής και αναζήτησης ασύλου για μεγάλο μέρος του προσφυγικού πληθυσμού, και συγκεκριμένα των

ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων, με αποτέλεσμα να υπάρχουν αυξημένες ανάγκες και να κρίνεται σημαντικός ο καθορισμός βέλτιστων θεραπευτικών πρακτικών, δύο στοιχεία που κινητοποιούν την ερευνητική δραστηριότητα.

Στην πραγματικότητα, η έρευνα που αφορά τον πληθυσμό των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων εμφανίζει αρκετά εμπόδια και δυσκολίες. Οι επισφαλείς συνθήκες διαβίωσής τους και η αβέβαιη κατάσταση ασύλου, που μπορεί να λειτουργήσουν ως νέες τραυματικές εμπειρίες [51], έχουν ως αποτέλεσμα να εστιάζεται η προσοχή στην κάλυψη των βασικών τους αναγκών, ενώ το πιθανό ψυχικό τραύμα πολλές φορές παραγνωρίζεται. Επίσης, πρόκειται συχνά για μετακινούμενο πληθυσμό, με αποτέλεσμα να μην είναι δεδομένο για πόσο διάστημα ο/η θεραπευόμενος/η θα είναι διαθέσιμος/η προκειμένου να λάβει χώρα η κλινική αξιολόγηση και θεραπεία. Έτσι, καθίσταται κάποιες φορές δύσκολη η ολοκλήρωση της θεραπευτικής παρέμβασης, ή/και η μετα-παρακολούθηση που θα οδηγούσε στη συγκέντρωση των απαιτούμενων εμπειρικών δεδομένων και στη διαπίστωση της διατήρησης ή μη του θεραπευτικού αποτελέσματος. Παράλληλα, η ενασχόληση με τον συγκεκριμένο προσφυγικό πληθυσμό παιδιών και εφήβων αποτελεί πρόκληση τόσο σε κλινικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο, εξαιτίας της ανομοιογένειας της ομάδας αυτής ως προς την εθνικότητα και το πολιτισμικό υπόβαθρο, αλλά και των δυσκολιών στη γλώσσα, γεγονός που καθιστά την παρουσία διερμηνέα επιβεβλημένη, σε πολλές περιπτώσεις. Επιπροσθέτως, θα μπορούσε να θεωρηθεί αντιδεοντολογική η δημιουργία μίας ομάδας ελέγχου που θα βρίσκεται σε αναμονή και δεν θα λαμβάνει άμεσα θεραπεία, μια συνθήκη ωστόσο που βρίσκει εφαρμογή σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες που αφορούν άλλες πληθυσμιακές ομάδες και τύπους τραύματος, όπως φαίνεται στην παρούσα ανασκόπηση. Έτσι, οι ευρύτερες έρευνες αποτελεσματικότητας για το πρωτόκολλο TF-CBT θα μπορούσαν να αποτελέσουν ένα πρότυπο, λαμβάνοντας κανείς υπόψη τα πλεονεκτήματα και τους σχετικούς περιορισμούς, προκειμένου να σχεδιαστούν μεθοδολογικά ορθές και κλινικά χρήσιμες μελέτες στην περίπτωση των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων.

4.2. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να παρουσιαστούν αναλυτικά οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες που αφορούν την αποτελεσματικότητα του μοντέλου TF-CBT στην περίπτωση μετατραυματικής διαταραχής στρες σε παιδιά και εφήβους, καταλήγοντας στην περίπτωση των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων και αναδεικνύοντας, με μια προσπάθεια ερμηνείας, το ερευνητικό κενό που παρατηρείται στην περίπτωσή τους σε σχέση με το συγκεκριμένο μοντέλο.

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης, διαφαίνεται η ανάγκη διενέργειας περισσότερων ερευνών που να αφορούν την αποτελεσματικότητα του μοντέλου TF-CBT, συγκριτικά ίσως και με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις, στον πληθυσμό των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων που πάσχουν από PTSD. Συγκεκριμένα, προκύπτει πως είναι απαραίτητη η έρευνα σε διεθνές επίπεδο και με συνθήκες ελέγχου (RCTs), μεγαλύτερο δείγμα και δυνατότητα μετα-παρακολούθησης, προκειμένου να εξαχθούν έγκυρα και γενικεύσιμα συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας μέσω της εφαρμογής του μοντέλου TF-CBT και τη διατήρησή της στον χρόνο, όπως έχει συμβεί αντίστοιχα και σε

άλλες περιπτώσεις θεραπείας τραύματος σε παιδιά και εφήβους.

Όπως φάνηκε στην παρούσα μελέτη, το πρωτόκολλο TF-CBT μπορεί να έχει άμεση εφαρμογή σε ποικίλα κλινικά πλαίσια, πληθυσμούς και τύπους τραύματος και να εφαρμοστεί από θεραπευτές διαφορετικών προσεγγίσεων, καθώς είναι μια προσέγγιση που δίνει έμφαση στους κοινούς θεραπευτικούς παράγοντες (π.χ. θεραπευτική σχέση, συναισθηματική ρύθμιση, ασφάλεια κ.ά.). Με τον κατάλληλο ερευνητικό σχεδιασμό, πολλά από τα εμπόδια που ανακύπτουν στην περίπτωση των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων δίνεται δυνατότητα να ξεπεραστούν. Παραδείγματος χάριν, χρειάζεται να διασφαλιστεί εκ των προτέρων η παραμονή των συμμετεχόντων ανήλικων προσφύγων στη δομή φιλοξενίας, για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται για την ολοκλήρωση της έρευνας. Επίσης, η μετα-παρακολούθηση θα μπορούσε να οριστεί σε συντομότερο χρονικό διάστημα από τη λήξη της θεραπείας, διασφαλίζοντας τη μεγαλύτερη συμμετοχή του δείγματος.

Η διενέργεια αντίστοιχης έρευνας αποτελεσματικότητας του TF-CBT στις συνθήκες του συγκεκριμένου πολιτισμικού πλαισίου της Ελλάδας θα παρουσίαζε κλινικό ενδιαφέρον, καθώς και θετικό αντίκτυπο σε ένα σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα, ενώ θα συνέβαλλε στη δυνατότητα σύγκρισης σε διαφορετικά εθνικά συστήματα υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επιπλέον, η εμπειρική τεκμηρίωση του πρωτοκόλλου TF-CBT θα μπορούσε, μακροπρόθεσμα, να αποτελέσει πυρήνα εκπαίδευσης Ελλήνων θεραπευτών που εργάζονται με αυτόν τον πληθυσμό, για την αποτελεσματικότερη διαχείριση και αντιμετώπιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες σε παιδιά και εφήβους πρόσφυγες.

Είναι κρίσιμης σημασίας, επομένως, να καθοριστεί και να προσαρμοστεί ένα δομημένο και αποτελεσματικό θεραπευτικό μοντέλο, το οποίο θα είναι στη διάθεση των θεραπευτών που εργάζονται με αυτόν τον πληθυσμό στη χώρα. Η προσπάθεια που έχει γίνει για την πιλοτική προσαρμογή και εφαρμογή του μοντέλου TF-CBT στην Ελλάδα [71] και η οργάνωση διεξαγωγής έρευνας σε επίπεδο τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης μελέτης, η οποία έχει ήδη αρχίσει να συντελείται από τις συγγραφείς του άρθρου, αναμένεται να συμβάλουν στην αποτελεσματική εφαρμογή του μοντέλου στη χώρα, καθώς και στον εμπλουτισμό της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με την εφαρμογή, προσαρμογή και αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης θεραπευτικής παρέμβασης, ανοίγοντας έτσι έναν «διάλογο» με αντίστοιχες έρευνες και διευρύνοντας τη δυνατότητα σύγκρισης και γενίκευσης των ερευνητικών και των κλινικών αποτελεσμάτων.

Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for children and adolescents and its implementation in the case of unaccompanied refugee minors: A clinical practice-based literature review

Vasiliki Yotsidi¹, Theodora Anastasiou^{1,2}

¹ Panteion University of Social & Political Sciences

² Institute of Behavior Research and Therapy

Correspondence: Theodora Anastasiou, Email: th.anastasiou@panteion.gr

Abstract

Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) has been recognized as one of the most effective and clinically useful therapeutic approaches for children and adolescents suffering from post-traumatic stress disorder (PTSD). Unaccompanied refugee minors (URMs) are a particularly vulnerable group with increased treatment needs, compared to non-refugee adolescents or refugee adolescents who are accompanied, as they experience high risk of developing post-traumatic stress disorder due to separation from their family and other multiple traumatic events. The aim of this study was to review the randomized controlled trials (RCTs) on the efficacy of the TF-CBT model in the case of post-traumatic stress disorder in children and adolescents, focusing on the case of the unaccompanied minor population. Although TF-CBT is an empirically-validated treatment, there is a significant research gap in the case of unaccompanied refugee minors. In this context, this paper also focused on the studies that have been conducted in order to assess the adaptation and implementation of the TF-CBT protocol to this specific population of traumatized children. There is evidence that TF-CBT is a promising therapeutic approach to reduce the symptoms of post traumatic stress disorder and to better accommodate the needs for adjustment in the host country. Following the respective empirical data, methodologically rigorous research of a larger sample and follow-up is considered necessary in order to draw reliable conclusions regarding the efficacy of the TF-CBT in the case of unaccompanied refugee minors.

Keywords: trauma-focused cognitive behavioral therapy, TF-CBT, empirically validated treatment, trauma, unaccompanied refugee minors, URMs

Βιβλιογραφία

- [1] UNHCR. MID-YEAR TRENDS REPORT, 2021. Available from: <https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/618ae4694/mid-year-trends-2021.html>
- [2] Εθνικό κέντρο κοινωνικής αλληλεγγύης (Ε.Κ.Κ.Α.). Situation Update: Unaccompanied Children (UAC) in Greece, 2021. Διαθέσιμο από: file:///C:/Users/theod/Downloads/EN_EKKA_Dashboard_20211231.pdf
- [3] Kalantzi-Azizi A, Anastasiou T. Presentation of an online programme for children refugees: pilot study in Greece. *Eur. J. Psychotraumatol.* 2017; 8(4):1351-197.
- [4] Unterhitzberger J, Rosner R. Case report: manualized trauma-focused cognitive behavioral therapy with an unaccompanied refugee minor girl. *Eur. J. Psychotraumatol.* 2016; 7:29246.
- [5] Vostanis P. The impact, psychological sequelae and management of trauma affecting children. *Curr Opin Psychiatry.* 2004; 17:269-273.
- [6] Betancourt TS, Newnham EA, Layne CM, Kim S, Steinberg AM, Ellis H, et al. Trauma history and psychopathology in war-affected refugee children referred for trauma-related mental health services in the United States. *J. Trauma. Stress.* 2012; 25:682-690.
- [7] Bronstein I, Montgomery P, Dobrowolski S. PTSD in asylum-seeking male adolescents from Afghanistan. *J. Trauma. Stress.* 2012; 25:551-557.
- [8] Ehntholt KA, Yule W. Practitioner review: assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2006; 47:1197-1210.
- [9] Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refu-

- gee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet.* 2012; 379:266-82.
- [10] Hebebrand J, Anagnostopoulos D, Eliez S, Linse H, Pejovic – Milovancevic M, Klasen H. A first assessment of the needs of young refugees arriving in Europe: what mental health professionals need to know? *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* 2016; 25:1-6.
- [11] Jakobsen M, Demott MA, Heir T. Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clin. Pract. Epidemiology Ment. Health.* 2014; 10:53-58.
- [12] Kien C, Sommer I, Faustmann A, Gibson L, Schneider M, Krczal E, et al. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* 2019; 28:1295-1310.
- [13] Ziaian T, de Anstiss H, Antoniou G, Baghurst P, Sawyer M. Resilience, and its Association with Depression, Emotional and Behavioural Problems and Mental Health Service Utilization among Refugee Adolescents Living in South Australia. *Int. J. Popul.* 2012; 8:1-9.
- [14] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Arlington, 2013.
- [15] Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E, Spinhoven P. Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2007; 195:288-297.
- [16] Derluyn I, Mels C, Broekaert E. Mental health problems in separated refugee adolescents. *J. Adolesc. Health.* 2009; 44:291-297.
- [17] Hodes M, Jagdev D, Chandra N, Cunliffe A. Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum-seeking adolescents. *J. Child Psychol Psychiatry.* 2008; 49: 723-32.
- [18] Wiese EBP, Burhorst I. The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcult. Psychiatry.* 2007; 44:596-613.
- [19] Watters C. Refugee Children. Towards the Next Horizon. Routledge, London, 2007.
- [20] Thabet AA, Tawahina AA, Punamäki R-L, Vostanis P. Prevalence and Mental Health Function of Resilience in Condition of Military Siege and Violence in a Palestinian Community Sample. *J Psychiatry.* 2015; 18:3.
- [21] Cloitre, M, Garvert, DW, Brewin, CR, Bryant, RA, Maercker, A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *Eur. J. Psychotraumatol.* 2013; 4, 20706.
- [22] Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. The Guilford Press, New York, London, 2006.
- [23] Dorsey S, Lucid L, Martin P, King KM, O'Donnell K, Murray LK, et al. Effectiveness of Task-Shifted Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children Who Experienced Parental Death and Posttraumatic Stress in Kenya and Tanzania: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2020; 77:464-473.
- [24] O'Callaghan P, McMullen J, Shannon C, Rafferty H, Black A. A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited war-affected Congolese girls. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2013; 52:359-69.
- [25] Murray L, Skavenski S, Kane J, Mayeya J, Dorsey S, Cohen J, et al. Effectiveness of Trauma-Focused cognitive behavioral therapy among trauma-affected children in Lusaka, Zambia: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 2015; 169:761-9.
- [26] O'Donnell K, Dorsey S, Gong W, Ostermann J, Whetten R, Cohen J, et al. Treating unresolved grief and posttraumatic stress symptoms in orphaned children in Tanzania: Group-based trauma-focused cognitive behavioral therapy. *J. Trauma Stress.* 2014; 27:664-671.
- [27] Kameoka S, Junko Y, Yoko A, Sachiko N, Azusa S, Wakako M, et al. Feasibility of trauma-focused cognitive behavioral therapy for traumatized children in Japan: A pilot study. *Int. J. Ment. Health Syst.* 2015; 9: 26.
- [28] Cohen JA, Deblinger E, Mannarino A, Steer R. A multisite randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2004; 43:393-402.
- [29] Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse Negl.* 2005; 29:135-45.
- [30] Schottelkorb AA, Dumas DM, Garcia R. Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *Int. J. Play Ther.* 2012; 21:57-73.
- [31] Pfeiffer E, Sachser C, Rohlmann F, Goldbeck L. Effectiveness of a trauma-focused group intervention for young refugees: A randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry.* 2018; 59:1171-1179.
- [32] Unterhitzberger J, Eberle-Sejari R, Rassenhofer M, Sukale T, Rosner R, Goldbeck L. Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: A case series. *BMC Psychiatry.* 2015; 15.
- [33] Deblinger E, Lippmann J, Steer R. Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreat.* 1996; 1:310-321.
- [34] Jensen TK, Holt T, Ormhaug SM, Egeland K, Granly L, Hoaas LC, et al. A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 2014; 43:356-369.

- [35] Kameoka S, Tanaka E, Yamamoto S, Saito A, Tomomi N, Yoko A, et al. Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for Japanese children and adolescents in community settings: a multisite randomized controlled trial. *Eur. J. Psychotraumatol.* 2020; 11:1, 1767987.
- [36] Diehle J, Opmeer BC, Boer F, Mannarino AP, Lindauer R. Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: What works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* 2015; 24:227-236.
- [37] Cohen JA, Mannarino AP, Staron V. A pilot study of modified cognitive behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2006; 45:1465-1473.
- [38] Marsac ML, Kohser KL, Winston FK, Kenardy JA, March S, Kassam-Adams N. Using a web-based game to prevent posttraumatic stress in children following medical events: Design of a randomized controlled trial. *Eur. J. Psychotraumatol.* 2013; 4.
- [39] Unterhitzberger J, Sachser C, Rosner R. Posttraumatic Stress Disorder and Childhood Traumatic Loss: A Secondary Analysis of Symptom Severity and Treatment Outcome. *J Trauma Stress.* 2020; 33:208-217.
- [40] Scheeringa MS, Weems CF, Cohen JA, Amaya-Jackson L, Guthrie D. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: a randomized clinical trial. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2011; 52:853-60.
- [41] Dawson K, Joscelyne A, Meijer C, Steel Z, Silove D, Bryant RA. A controlled trial of trauma-focused therapy versus problem-solving in Islamic children affected by civil conflict and disaster in Aceh, Indonesia. *Aust N Z J Psychiatry.* 2018; 52:253-261.
- [42] Deblinger E, Mannarino A, Cohen J, Steer R. A multisite randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms: A follow-up and examination of predictors of treatment response. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2006; 45:1474-84.
- [43] Goldbeck L, Muche R, Sachser C, Tutus D, Rosner R. Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents: A Randomized Controlled Trial in Eight German Mental Health Clinics. *Psychother. Psychosom.* 2016; 85.
- [44] Aas E, Iversen T, Holt T, Ormhaug SM, Jensen TK. Cost-Effectiveness Analysis of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Control Trial among Norwegian Youth. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 2019; 48:298-311.
- [45] Konanur S, Muller RT, Cinamon JS, Thornback K, Zorzella KP. Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy in a community-based program. *Child Abuse Negl.* 2015; 50:159-70.
- [46] Cohen JA, Mannarino AP, Iyengar S. Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2011; 165:16-21.
- [47] Madigan S, Vaillancourt K, McKibbin A, Benoit D. Trauma and traumatic loss in pregnant adolescents: the impact of Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy on maternal unresolved states of mind and posttraumatic stress disorder. *Attach Hum Dev.* 2015; 17:175-98.
- [48] Cohen JA, Mannarino AP, Perel JM, Staron V. A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007; 46:811-819.
- [49] Smith P, Yule W, Perrin S, Tranah T, Dalgleish T, Clark DM. Cognitive-behavioral therapy for PTSD in children and adolescents: A preliminary randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007; 46:1051-1061.
- [50] McMullen J, O'Callaghan P, Shannon C, Black A, Eakin J. Group trauma-focused cognitive-behavioural therapy with former child soldiers and other war-affected boys in the DR Congo: a randomised controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry.* 2013; 54:1231-1241.
- [51] Nocon A, Eberle-Sejari R, Unterhitzberger J, Rosner R. The effectiveness of psychosocial interventions in war-traumatized refugee and internally displaced minors: systematic review and meta-analysis. *European J. Psychotraumatol.* 2017; 8.
- [52] Barker-Collo S, Read J. Models of response to childhood sexual abuse: their implications for treatment. *Trauma Violence Abuse.* 2003; 4(2):95-111.
- [53] von Werthern M, Grigorakis G, Vizard E. The mental health and wellbeing of Unaccompanied Refugee Minors (URMs). *Child Abuse Negl.* 2019; 98:104-146.
- [54] Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scand. J. Psychol.* 2014; 55:33-7.
- [55] Mitra R, Hodes M. Prevention of psychological distress and promotion of resilience amongst unaccompanied refugee minors in resettlement countries. *Child Care Health Dev.* 2019; 45:198-215.
- [56] Seglem KB, Oppedal B, Raeder S. Predictors of depressive symptoms among resettled unaccompanied refugee minors. *Scand. J. Psychol.* 2011; 52:457-464.
- [57] Unterhitzberger J, Wintersohl S, Lang M, König J, Rosner R. Providing manualized individual trauma-focused CBT to unaccompanied refugee minors with uncertain residence status: a pilot study. *Child Adolesc. Ment. Health.* 2019; 13.
- [58] Jakobsen M, Meyer DeMott MA, Wentzel-Larsen T, Heir T. The impact of the asylum process on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ Open.* 2017; 7.
- [59] Tyrer RA, Fazel M. School and community-based interventions for refugee and asylum-seeking children: a systematic review. *PLoS One.* 2014; 24: 9.
- [60] Cohen JA. New research in treating child and adolescent trauma. *PTSD Research Quarterly, National Center for PTSD.* 2015; 26.
- [61] Lambert JE, Alhassoon OM. Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *J. Couns. Psychol.* 2014; 62(1):28-37.
- [62] Lawton K, Spencer A. A Full Systematic Review on the Effects of Cognitive Behavioural Therapy for Mental Health Symptoms in Child Refugees. *J Immigr Minor Health.* 2021; 23; 1:1-16.
- [63] Chipalo E. Is Trauma Focused-Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) Effective in Reducing Trauma Symptoms among Traumatized Refugee Children? A Systematic Review. *J Child Adolesc Trauma.* 2021 Jun 21; 14(4):545-558. doi: 10.1007/s40653-021-00370-0.
- [64] Xiang Y, Cipriani A, Teng T, Del Giovane C, Zhang Y, Weisz JR, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *Evid Based Ment Health.* 2021 Nov; 24(4):153-160.
- [65] Deblinger E, Stauffer LB, Steer R. Comparative efficacies of supportive and cognitive-behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their non-offending mothers. *Child Maltreat.* 2001; 6:332-343.
- [66] Deblinger E, Heflin A, H. Treating sexually abused children and their non-offending parents: A cognitive behavioral approach. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- [67] Leenarts L, Diehle J, Doreleijers T, Jansma E, Lindauer R. Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* 2013; 22:269-83.
- [68] Kirmayer LJ, Rousseau C, Jarvis GE, Gunder J. The Cultural Context of Clinical Assessment. *Psychiatry, Third Edition.* Edited by Allan Tasman, Jerald Kay, Jeffrey A. Lieberman, Michael B. First and Mario Maj. John Wiley & Sons, Ltd. Chapter 4, 2008.
- [69] Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry.* 2005; 162; 2:214-27.
- [70] Hansen, NB, Lambert, MJ, Forman, EM. The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clin Psychol: Science and Practice.* 2002; 9;3; 329-343.
- [71] Αναστασίου, Θ. Γνωσιο-συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις του τραύματος σε παιδιά/ έφηβους πρόσφυγες. Προσαρμογή & πιλοτική εφαρμογή του προγράμματος TF-CBT σε ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες στην Ελλάδα. ΙΕΘΣ, 2018.

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε θερμά την κ. ομ. καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Καλαντζή-Αζίζι Αναστασία για την αμέριστη υποστήριξη της και τις πάντα δημιουργικές και πρωτότυπες ιδέες της που αποτελούν έμπνευση για εμάς.

Η εφαρμογή της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας και της διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας για νοσηλευόμενους πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία

Φραγκίσκος Γονιδάκης¹, Ιωάννης Μιχόπουλος²

¹ Α' Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο 11528, Αθήνα, Τηλέφωνο: 2107289230, Email: fragoni@yahoo.com

² Β' Ψυχιατρική Κλινική Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αττικό Νοσοκομείο, 12462, Αθήνα, Τηλέφωνο: 2105832430, Email: imihopou@med.uoa.gr

Αλληλογραφία: Φραγκίσκος Γονιδάκης, Email: fragoni@yahoo.com

Περίληψη

Η Ψυχογενής Ανορεξία (ΨΑ) είναι μια ψυχική διαταραχή που έχει μεγαλύτερη επίπτωση σε νεαρές γυναίκες. Είναι δύσκολη τόσο στην κατανόησή της όσο και στη θεραπεία της. Μοναδική θεραπευτική πρακτική μέχρι σήμερα είναι η ψυχοθεραπεία. Αν και δεν υπάρχει κάποια ψυχοθεραπεία εκλογής, οι γνωσιακού τύπου θεραπείες παρουσιάζουν αρκετά καλή αποτελεσματικότητα. Στο πλαίσιο των γνωσιακών θεραπειών, η Διαλεκτική Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία (ΔΣΘ) και η Ενισχυμένη Γνωσιακή Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία (ΓΣΘ-Ε) χρησιμοποιούνται βάσει μικρού αριθμού ερευνητικών δεδομένων. Παρουσιάζουν μια ολοκληρωμένη θεώρηση για την ΨΑ και μπορούν να εφαρμοστούν και ενδονοσοκομειακά. Ένα από τα κύρια πλεονέκτημά τους είναι η μακροχρόνια συντήρηση του θετικού θεραπευτικού αποτελέσματος. Η ΔΣΘ προσφέρει ένα συνολικό σχέδιο αντιμετώπισης για τη διαχείριση των ζητημάτων που προκύπτουν όταν υπάρχει συννόσηση της ΨΑ με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας. Στη ΓΣΘ-Ε, οι ασθενείς συμμετέχουν ενεργητικά στη διαμόρφωση της σχηματοποίησης και του θεραπευτικού πλάνου. Βασικό στοιχείο της θεραπείας αποτελεί η δέσμευση του ασθενούς στην ανάκτηση του σωματικού βάρους, κάτι που γίνεται με χαμηλό ρυθμό, συμβαδίζοντας με την ψυχολογική πρόοδο του θεραπευόμενου. Σε ενδονοσοκομειακό πλαίσιο, τόσο η ΔΣΘ όσο και η ΓΣΘ-Ε θέτουν ως πρωταρχικό στόχο την άρση του υποσιτισμού και των συνεπειών του και την αποκατάσταση του σωματικού βάρους. Στη διαδικασία αλλαγής της συμπεριφοράς τους οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με τα συμπτώματα της ασθένειας, τη δυσκολία αλλαγής και προϋπάρχουσες δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και συμπεριφορές. Οι ιδιαιτερότητες της ΨΑ καθιστούν αναγκαία κάθε θεραπευτική προσπάθεια να είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε ασθενούς. Η εκπαίδευση, η εποπτεία και η αλληλο-υποστήριξη των μελών της θεραπευτικής ομάδας είναι απολύτως απαραίτητα για να αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες, οι ματαιώσεις και η καταπόνηση του θεραπευτή.

Λέξεις-κλειδιά: Ψυχογενής Ανορεξία, Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία, Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία

1. Εισαγωγή

Η ψυχογενής ανορεξία (ΨΑ) είναι μια ψυχική πάθηση που εκδηλώνεται κυρίως με εκούσιο περιορισμό της πρόσληψης τροφής και αρκετές φορές με υπέρμετρη αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης ενέργειας. Παράλληλα, το άτομο που πάσχει από ΨΑ διακατέχεται από έντονο φόβο ότι ακόμη και η παραμικρή απόκλιση από το αυστηρό διατροφικό του πρόγραμμα μπορεί να οδηγήσει σε συνεχή και μεγάλη αύξηση του σωματικού του βάρους. Τέλος, σε μεγάλο αριθμό ατόμων που πάσχουν από ΨΑ η εικόνα του σώματος είναι διαταραγμένη, με αποτέλεσμα το

άτομο να πιστεύει, πολλές φορές με βεβαιότητα που έχει παραληρητική χροιά, ότι το σώμα του είναι σημαντικά πιο ογκώδες από το πραγματικό [1].

Η διά βίου επίπτωση της ΨΑ έχει υπολογιστεί στο 1,20-2,2% του πληθυσμού των γυναικών, δηλαδή στις 1.000 γυναίκες, περίπου, 12-22 από αυτές θα νοσήσουν από ΨΑ κάποια στιγμή στη ζωή τους. Στους άνδρες, το ποσοστό αυτό είναι γύρω στο 0,3%, δηλαδή σε 1.000 άνδρες μόνο 3 θα νοσήσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους από ΨΑ. Η επίπτωση σημείου για νέες γυναίκες έχει υπολογιστεί ότι είναι γύρω στο 0,3% για την ΨΑ.

Υπολογίζεται ακόμη ότι κάθε έτος σε 100.000 άτομα, στον γενικό πληθυσμό, περίπου 8,3 άνθρωποι θα νοσήσουν για πρώτη φορά από ΨΑ. Το παραπάνω ποσοστό αυξάνεται δραματικά αν η μέτρηση περιοριστεί σε άτομα που βρίσκονται στην εφηβεία ή στην πρώτη νεανική ηλικία [1].

Η ΨΑ, λόγω της χρόνιας πορείας της και των ιατρικών επιπλοκών από τον υποσιτισμό που τη συνοδεύουν, μπορεί να απαιτήσει τη νοσηλεία του ατόμου. Η νοσηλεία γίνεται κυρίως σε ψυχιατρική κλινική εξειδικευμένη ή μη για την αντιμετώπιση της ΨΑ και εμπλέκει μια ομάδα ειδικών της ψυχικής υγείας με διαφορετικές εξειδικεύσεις. Οι πάσχοντες φαίνεται να μην προτιμούν αυτή τη μορφή θεραπευτικής παρέμβασης σε σύγκριση με την εξωνοσοκομειακή θεραπεία, για αυτό και ο ρυθμός διακοπής της θεραπείας είναι αυξημένος σε σχέση με τις άλλες μορφές παρέμβασης [2, 3]. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί ότι η αυξημένη ιατρική και ψυχιατρική επικινδυνότητα που συνοδεύει την ΨΑ μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και στην ακούσια νοσηλεία για την αντιμετώπισή της. Η ακούσια νοσηλεία, όπως μπορεί να γίνει αντιληπτό, θέτει επιπλέον δυσκολίες στη δημιουργία ψυχοθεραπευτικής σχέσης και στην επιτυχή θεραπευτική προσπάθεια της ΨΑ μέσα στο νοσοκομειακό πλαίσιο [3, 4].

2. Διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία

Η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία (ΔΣΘ) δημιουργήθηκε από τη Marsha Linehan, αρχικά για την αντιμετώπιση των ασθενών που έπασχαν από οριακή διαταραχή προσωπικότητας (ΟΔΠ) και ειδικότερα για την αντιμετώπιση νέων γυναικών που εμφάνιζαν αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και είχαν κάνει απόπειρες αυτοκτονίας χωρίς να πάσχουν από κατάθλιψη. Οι τρεις βασικές αρχές στις οποίες στηρίζεται η ΔΣΘ είναι η θεραπεία συμπεριφοράς ως τεχνολογία αλλαγής, η διδασκαλία του Zen για την αποδοχή της πραγματικότητας και, τέλος, η διαλεκτική φιλοσοφία για την εξεύρεση της σύνθεσης στις αντίθετες τάσεις της αλλαγής και της αποδοχής, αλλά και στα διαλεκτικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν τόσο οι θεραπευτές όσο και οι θεραπευόμενοι [5]. Η ΔΣΘ συνδυάζει ατομική ψυχοθεραπεία με εκπαίδευση σε συμπεριφορικές δεξιότητες που αφορούν την ενσυνειδητότητα, τις διαπροσωπικές σχέσεις, τη ρύθμιση του συναισθήματος και την αντοχή στα έντονα δυσφορικά συναισθήματα [5].

Η ΔΣΘ έχει βρεθεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της ΟΔΠ, ενώ τα τελευταία χρόνια μελετάται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο για ψυχικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από απορρύθμιση του συναισθήματος [6].

2.1. Διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία και ψυχογενής ανορεξία

Περίπου 24,8% των ασθενών με ΨΑ εμφανίζει συννόηση με διαταραχές προσωπικότητας, με πιο συχνές την Αποφευκτική, την Οριακή και την Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας [7]. Η ΨΑ περιοριστικού τύπου παρουσιάζει πιο συχνά συννόηση με την Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας και η υπερφαγικού/καθαρτικού τύπου Ψυχογενής Ανορεξία με την ΟΔΠ [7].

Οι ασθενείς που πάσχουν από κάποια διαταραχή προσωπικότητας συχνά αναφέρουν πρωιμότερη έναρξη της ΨΑ, διάβιου χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος και πιο πολλές εισαγωγές στο νοσοκομείο, σε σύγκριση με ασθενείς που δεν πάσχουν από διαταραχή προσωπικότητας [7, 8].

Για την ΨΑ περιοριστικού τύπου, η ΔΣΘ εστιάζεται στον υπερέλεγχο του συναισθήματος που εκδηλώνεται κυρίως μέσω του αυτοπροκαλούμενου υποσιτισμού [9]. Το άτομο χρησιμοποιεί τον υπερέλεγχο του συναισθήματος για να μειώσει την ένταση επώδυνων αρνητικών συναισθημάτων. Τα συναισθήματα αυτά είναι η απάντηση του ατόμου σε σήματα κινδύνου από το περιβάλλον, όπως είναι η αποτυχία και η απόρριψη. Ο υπερέλεγχος είναι ο κύριος τρόπος ρύθμισης του συναισθήματος, καθώς το άτομο αδυνατεί να νιώσει ασφαλές με κάποιον άλλο τρόπο. Σε αυτό το πλαίσιο τοποθετείται και η προσπάθεια του ατόμου να αποφύγει με κάθε τρόπο να κάνει λάθος ή να μην έχει άριστη επίδοση [9, 10]. Το μοντέλο παρέμβασης της ΔΣΘ έχει ονομαστεί radical open (RO). Στο μοντέλο αυτό η έμφαση δίνεται στο πώς το άτομο με τη βοήθεια της θεραπείας θα κατορθώσει να μειώσει τον υπερέλεγχο του συναισθήματος. Οι δε δεξιότητες της ΔΣΘ έχουν προσαρμοστεί προς αυτή την κατεύθυνση και έχει προστεθεί μία ακόμα που έχει ονομαστεί radical openness. Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά αυτής της νέας δεξιότητας είναι η ανοιχτή στάση, η ευελιξία και η ικανότητα σύνδεσης με άλλους ανθρώπους. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η RO-ΔΣΘ εστιάζεται περισσότερο στη μείωση του υπερελέγχου του συναισθήματος, και λιγότερο στην αποκατάσταση του βάρους, ειδικά αν δεν υπάρχει ιατρική επικινδυνότητα από τον υποσιτισμό [10, 11].

Για την ΨΑ, κυρίως του υπερφαγικού-καθαρτικού τύπου, που έχει αυξημένη συννόηση με την ΟΔΠ, το βασικό πρόβλημα σύμφωνα με τη ΔΣΘ είναι η αδυναμία του ατόμου να ρυθμίσει αποτελεσματικά το συναισθήμα του, δηλαδή ο υπο-έλεγχος του συναισθήματος. Ο υποσιτισμός και τα βουλιμικά επεισόδια αντιμετωπίζονται ως μη επιδέξια προσπάθεια του ατόμου να πετύχει τη μείωση έντονων και επώδυνων συναισθημάτων [12]. Οι συμπεριφορές που συνοδεύουν την ΨΑ συχνά αποτελούν μόνο ένα μέρος του συνόλου των δυσλειτουργικών συμπεριφορών, καθώς το άτομο μπορεί επίσης να εμφανίζει έντονες αυτοκαταστροφικές και αυτοτραυματιστικές συμπεριφορές, να κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και να αναφέρει επεισόδια εκδραμάτισης με επιθετική συμπεριφορά προς αντικείμενα και ανθρώπους. Το μοντέλο παρέμβασης της ΔΣΘ για την ΨΑ είναι ένα μείγμα της ΓΣΘ για την ΨΑ (που στοχεύει στη διατροφική αποκατάσταση) και της τυπικής μορφής της ΔΣΘ, που στοχεύει κυρίως στην ΟΔΠ και στις συμπεριφορές που τη συνοδεύουν [9]. Στην παρέμβαση της ΔΣΘ ο υποσιτισμός εντάσσεται στο σύστημα ιεράρχησης των συμπεριφορών που αποτελούν στόχους της θεραπείας. Έτσι είναι πρωτεύων στόχος, αν τίθεται σε κίνδυνο η ζωή του ατόμου, δευτερεύων αν παρεμβαίνει στη θεραπεία, και τριτεύων αν επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ατόμου [9].

2.2. Η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία για την ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας

Η RO-ΔΣΘ δοκιμάστηκε σε 47 νοσηλευόμενους ασθενείς που έπασχαν από ΨΑ περιοριστικού τύπου σε μια ανοιχτή μελέτη χωρίς δείγμα ελέγχου. Η μέση διάρκεια της νοσηλείας ήταν 21,7 εβδομάδες. Κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, 35% των ασθενών που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα βρίσκονταν σε πλήρη ύφεση και 55% σε μερική ύφεση. Το σύνολο των ασθενών αυτών παρουσίαζε σημαντική μείωση ψυχοπαθολογικών δεικτών που αφορούσαν την ΨΑ [11]. Καμία άλλη μελέτη δεν βρέθηκε στη βιβλιογραφία που να αφορά τη χρήση της RO-ΔΣΘ για νοσηλευόμενους πάσχοντες από ΨΑ.

Η προσαρμογή της ΔΣΘ για τις ΔΠΤ δοκιμάστηκε σε 24 γυναίκες που έπασχαν από ΟΔΠ και ΔΠΤ (9 με ΨΑ και 15 με ΨΒ) που οι προηγούμενες προσπάθειες ενδονοσοκομειακής θεραπείας σε άλλα προγράμματα είχαν αποτύχει. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν για 15 μήνες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Στο τέλος της παρακολούθησης, το 55% των πασχόντων από ΨΒ και το 33% των πασχόντων από ΨΑ βρισκόταν σε ύφεση. Το 44% των γυναικών που έπασχε από ΨΑ μεταπήδησε στη διαγνωστική κατηγορία της ΨΒ [13]. Να σημειωθεί ότι και αυτή η μελέτη ήταν χωρίς ομάδα ελέγχου και ο συνολικός αριθμός των πασχόντων από ΨΑ ήταν εξαιρετικά μικρός. Τα θετικά ευρήματα της μελέτης ήταν ότι: (α) η ΔΣΘ θα μπορούσε να προσφέρει βοήθεια σε άτομα που πάσχουν από ανθεκτική στη θεραπεία ΔΠΤ, και (β) η κατάσταση ορισμένων από τους πάσχοντες από ΨΑ και ΟΔΠ φαινόταν να βελτιώνεται και μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο [13]. Το τελευταίο είναι εξαιρετικά σημαντικό, καθώς η κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι ασθενείς που πάσχουν από ΟΔΠ και ΨΑ και νοσηλεύονται για να αντιμετωπιστεί η συμπτωματολογία της ΔΠΤ υποτροπιάζουν πολύ γρήγορα μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, καθώς αδυνατούν να ρυθμίσουν αποτελεσματικά το συναίσθημά τους όταν εκτίθενται και πάλι στο κοινωνικό τους περιβάλλον χωρίς τη σταθερή υποστήριξη και φροντίδα του ενδονοσοκομειακού θεραπευτικού πλαισίου.

Σύμφωνα με την κλινική εμπειρία, η νοσηλεία ενός ασθενούς που πάσχει από ΟΔΠ και ΨΑ και αντιμετωπίζεται με εφαρμογή της ΔΣΘ παρουσιάζει μια τριπλή πρόκληση που αφορά: την αντιμετώπιση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, τους θεραπευτές (με την ευρύτερη έννοια το προσωπικό της κλινικής) και το περιβάλλον του ατόμου.

(α) Η ψυχιατρική συμπτωματολογία αρχικά αφορά κυρίως την ΨΑ, καθώς λόγω του υποσιτισμού το συναίσθημα του νοσηλευόμενου παρουσιάζει χαμηλό κραδασμό που μπορεί σε ακραίες μορφές υποσιτισμού να φτάνει και στην απάθεια. Όσο όμως προχωρά η επανασίτιση, η λειτουργία του συναισθήματος αποκαθίσταται. Οι πάσχοντες από ΟΔΠ, λόγω της δυσκολίας που έχουν στη ρύθμιση του συναισθήματός τους, δυσκολεύονται με τη ρουτίνα και τα όρια της ψυχιατρικής κλινικής και μπορεί να εμφανίζουν πολλαπλές παρορμητικές συμπεριφορές, τόσο εντός του νοσοκομείου όσο και κατά τις άδειες τους [14]. Συχνές συμπεριφορές είναι οι αυτοτραυματισμοί, η κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών, οι παρορμητικές ερωτικές επαφές και τα υπερφαγικά επεισόδια. Επίσης παρατηρούνται έντονες συναισθηματικές κλιμακώσεις οι οποίες μπορεί να συνοδεύονται με λεκτική και φυσική βία, που συνήθως στρέφεται προς άλλους ασθενείς ή το νοσηλευτικό προσωπικό [14]. Η κατάσταση αυτή οδηγεί πολλές φορές σε στιγματισμό των ασθενών που πάσχουν από ΟΔΠ, καθώς οι «παραδοσιακές» τεχνικές υποστήριξης και κατευνασμού δεν βοηθούν την αποκλιμάκωση του συναισθήματος, με αποτέλεσμα το άτομο να νιώθει ότι δεν τον καταλαβαίνουν ή ότι το κοροϊδεύουν, και ως εκ τούτου η οδύνη που βιώνει (και οδηγεί στην εκδραμάτιση) να επιδεινώνεται αντί να υφίσταται [15].

(β) Η βασική πρόκληση όσον αφορά τους θεραπευτές είναι ότι, πολλές φορές, δεν είναι εφικτό να είναι όλο το θεραπευτικό προσωπικό εκπαιδευμένο σε αυτό το συγκεκριμένο θεραπευτικό μοντέλο. Βασικές αρχές της ΔΣΘ, όπως είναι η εγγύτητα της θεραπευτικής σχέσης και η εφαρμογή του παράδοξου στην επικοινωνία με τον θεραπευόμενο, δεν είναι εύκολα κατανοη-

τές και αποδεκτές από θεραπευτές που προέρχονται από άλλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Το αποτέλεσμα είναι οι θεραπευτές της ΔΣΘ να φαίνονται άλλοτε ότι είναι πολύ «ελαστικοί» με το άτομο που νοσηλεύεται και άλλοτε «πιεστικοί» και «εκβιαστικοί», χωρίς να γίνεται κατανοητή η έννοια της διαλεκτικής σύνθεσης. Πολλές φορές, η διαλεκτική σύνθεση απαιτεί, προκειμένου να υπάρξει πρόοδος στη θεραπεία, ο θεραπευτής να υιοθετεί ταυτόχρονα και τους δύο αυτούς πόλους στη θεραπευτική σχέση με τον θεραπευόμενο του.

(γ) Το περιβάλλον του ατόμου που πάσχει από ΨΑ και ΟΔΠ και νοσηλεύεται μπορεί να αντιμετωπίζει και το ίδιο σημαντικά θέματα ψυχικής υγείας. Πολλές φορές η οικογένεια είναι σε συναισθηματική αποδιοργάνωση, δεν μπορεί να συνεργαστεί με τους θεραπευτές και ενίοτε συμμαχεί με την παθολογική πλευρά της συμπεριφοράς του ατόμου, ενισχύοντας την επιθετική του συμπεριφορά προς το θεραπευτικό πλαίσιο, καταστρατηγώντας τους κανόνες λειτουργίας της κλινικής και σε ορισμένες περιπτώσεις παρέχοντας κρυφά τρόφιμα, μη συνταγογραφημένα φάρμακα, αλκοόλ και εξαρτησιογόνες ουσίες. Σε κάθε περίπτωση η οικογένεια χρειάζεται υποστήριξη, ψυχοεκπαίδευση και σε ορισμένες περιπτώσεις να εκπαιδευτεί και εκείνη στις ίδιες συμπεριφορικές δεξιότητες που μαθαίνουν οι θεραπευόμενοι της ΔΣΘ [8, 15].

Ο θεραπευτής της ΔΣΘ που εργάζεται σε ένα ενδονοσοκομειακό πρόγραμμα για την ΨΑ έρχεται αντιμέτωπος με μια σειρά από διαλεκτικά διλήμματα. Σε κάθε τέτοια περίπτωση καλείται μαζί με τον θεραπευόμενο του να ανακαλύπτουν τη σύνθεση των δύο ακραίων πόλων του διλήμματος που θα ευοδώσει την πορεία του ασθενούς προς την ύφεση της ΨΑ.

Το πρώτο από τα διλήμματα αναφέρθηκε παραπάνω, και αφορά την πόλωση ανάμεσα στην επιτρεπτικότητα και την τήρηση των ορίων. Το δεύτερο δίλημμα αφορά την αποδοχή του πόσο δύσκολο είναι για ένα άτομο που πολλές φορές πάσχει για όλη την ενήλικη ζωή του από ΨΑ να αντισταθεί στη μαθημένη διατροφική συμπεριφορά, να αντέξει τον φόβο της αλλαγής και να ονειρευτεί μια ζωή που δεν έχει βιώσει ποτέ ως ενήλικας, σε αντίθεση με την αταλάντευτη ώθηση του θεραπευτή για αλλαγή και συνεχόμενη βελτίωση, τόσο στο διατροφικό όσο και στο ψυχολογικό επίπεδο. Το τρίτο δίλημμα αφορά περισσότερο τον θεραπευτικό σχεδιασμό και αναφέρεται στην επιλογή της χρονικής στιγμής που, στην πορεία της θεραπείας, θα δοθεί έμφαση στην αντιμετώπιση της διατροφικής συμπτωματολογίας, σε αντίθεση με τη στιγμή εκείνη που η θεραπευτική προσπάθεια χρειάζεται να εστιαστεί στις υπόλοιπες συμπεριφορές που συνθέτουν τη συμπτωματολογία της ΟΔΠ.

Σε αυτά τα διλήμματα θα πρέπει να συνυπολογιστεί και η παράμετρος της νοσηλείας του ατόμου σε ένα πρόγραμμα για την αντιμετώπιση της ΨΑ και της συνεργασίας του με προσωπικό που είναι προσανατολισμένο εκπαιδευτικά και κλινικά στη θεραπεία της ΨΑ και όχι της ΟΔΠ. Συνήθως σε αυτά τα προγράμματα υπάρχει μια σύνθεση θεωρητικών προσεγγίσεων στην ψυχοθεραπεία, με αποτέλεσμα ο θεραπευτής να καλείται να διατηρήσει την πιστότητα στις βασικές αρχές της ΔΣΘ και ταυτόχρονα να συνεργαστεί με άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας που δεν έχουν εκπαίδευση στη ΔΣΘ, τηρώντας και τις γενικότερες αρχές λειτουργίας του ενδονοσοκομειακού πλαισίου.

3. Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία

Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ) έχει εισαχθεί στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών εδώ και περίπου 50 χρόνια.

Αποτελεί, πλέον, μια καλά τεκμηριωμένη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση για αρκετές ψυχικές διαταραχές, για κάποιες εκ των οποίων είναι και η θεραπεία εκλογής, όπως είναι η κατάθλιψη, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και η ψυχογενής βουλιμία [16]. Η ΓΣΘ βασίζεται στην τροποποίηση της συμπεριφοράς, σε πρώτο, και των δυσλειτουργικών γνωσιών, σε επόμενο επίπεδο. Ως γνώση (cognition) ορίζεται η αντίληψη, η επεξεργασία και η διαμόρφωση στάσης για τα ερεθίσματα από το εσωτερικό και το εξωτερικό περιβάλλον. Σύμφωνα με τη ΓΣΘ, οι γνώσεις θεωρούνται βασικός μοχλός στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς.

3.1. Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και ψυχογενής ανορεξία

Η ΓΣΘ έχει χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας (ΨΑ). Αν και καμία θεραπευτική παρέμβαση δεν υπερέχει στη θεραπεία της ΨΑ, η ΓΣΘ φαίνεται να έχει καλά αποτελέσματα, ειδικά μια εξειδικευμένη για την ΨΑ μορφή της που ονομάστηκε Ενισχυμένη (Enhanced) Γνωσιακή Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία (ΓΣΘ-Ε) [17, 18].

Η αρχική προσέγγιση της ΓΣΘ για την ΨΑ θεωρούσε ότι τα συμπτώματα βασίζονται και συντηρούνται από υπερτιμημένες ιδέες του ατόμου γύρω από το σχήμα και το βάρος του σώματος. Οι ιδέες αυτές πηγάζουν από πυρηνικά χαρακτηριστικά, όπως η τελειοθρία, τα προβλήματα στη διαχείριση του συναισθήματος και τα διαπροσωπικά ελλείμματα και αναπτύσσονται σε ένα κοινωνικό περιβάλλον που προδιαθέτει την υπερεκτίμηση της σωματικής εμφάνισης [19]. Κεντρικός μοχλός στη διαιώνιση των συμπτωμάτων είναι ο φαύλος κύκλος του υποσιτισμού. Έτσι, η ΓΣΘ για την ΨΑ στοχεύει, από τη μια, στην επανασίτιση (συμπεριφορική παρέμβαση) και, από την άλλη, στην τροποποίηση των δυσλειτουργικών γνωσιών, με τελικό στόχο την τροποποίηση των βασικών σχημάτων γύρω από τον εαυτό και τους άλλους. Το τελευταίο είναι περισσότερο βασικό στην ΨΑ από οποιαδήποτε άλλη ψυχική διαταραχή, αφού τα σχήματα του ατόμου για τον εαυτό διαπλέκονται με κάθε έκφραση της ψυχοπαθολογίας. Αυτονόητα, η ΓΣΘ για την ΨΑ επιβάλλει μακροχρόνια παρακολούθηση.

Οι ομοιότητες της ΨΑ με την ΨΒ και η μεταπήδηση αρκετών ασθενών από τη μία κατάσταση στην άλλη, σε συνδυασμό με τα μη επιθυμητά αποτελέσματα της θεραπευτικής παρέμβασης, οδήγησαν στην αναθεώρηση του μοντέλου και στην εισαγωγή της ΓΣΘ-Ε [20, 21]. Η ΓΣΘ-Ε έχει δείξει πολύ καλά αποτελέσματα, τόσο σε ενήλικες όσο και σε εφήβους, με μεγαλύτερο πλεονέκτημα την αποφυγή υποτροπών μετά το τέλος της θεραπείας. Πρόσφατη μελέτη με 99 ενήλικες σε Αγγλία και Ιταλία έδειξε καλή αποδοχή (66% ολοκλήρωση της θεραπείας, μέση άνοδο βάρους 7,5 κιλά και διατήρηση της βελτίωσης μετά από ένα έτος) [22]. Παρόμοια αποτελέσματα είχε και μια μελέτη με 46 εφήβους στην Ιταλία [23].

Βασικό στοιχείο της ΓΣΘ-Ε είναι η ενιαία θεραπευτική προσέλαση των ΔΠΤ. Θεωρείται σημαντική η υπερεκτίμηση του ελέγχου της σίτισης και της εικόνας σώματος, ως κοινό χαρακτηριστικό της ΨΑ και της ΨΒ. Τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά της ΨΑ (περιορισμός, υπερφαγία, πρόκληση εμετού, αποφυγές, επανειλημμένοι έλεγχοι) προκαλούνται εξαιτίας αυτών των κοινών χαρακτηριστικών και λειτουργούν ανατροφοδοτώντας τα. Επίσης ο υποσιτισμός, όταν υπάρχει, αποτελεί κύριο παράγοντα διαιώνισης. Τέλος, πυρηνικά στοιχεία της προσωπικότητας (τελειοθρία, διαπροσωπικά ελλείμματα) αλληλεπιδρούν με τη συμπτωματολογία και εμποδίζουν

την αλλαγή [20, 24]. Όπως και η κλασική ΓΣΘ, η ΓΣΘ-Ε δίνει προτεραιότητα στην τροποποίηση της συμπεριφοράς και μετά, μέσω της ενεργητικής αυτο-παρατήρησης, στην τροποποίηση των γνωσιών. Η θεραπευτική σχέση είναι συνεργατική και οι ασθενείς συμμετέχουν στη διαμόρφωση της σχηματοποίησης περίπτωσης (case formulation) και του θεραπευτικού πλάνου. Βασικό στοιχείο της θεραπείας αποτελεί η δέσμευση του ασθενούς στην ανάκτηση του σωματικού βάρους, κάτι που γίνεται με χαμηλό ρυθμό, συμβαδίζοντας με τις ψυχολογικές αλλαγές που επιφέρει η ψυχοθεραπεία.

3.2. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία για την ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας

Η ΓΣΘ-Ε παρουσιάζει πολύ καλά στοιχεία αποτελεσματικότητας σε ενδονοσοκομειακό πλαίσιο. Πρόσφατη μελέτη με 150 ασθενείς (81 ενήλικες και 74 εφήβους) έδειξε ότι υπήρξε σημαντική αύξηση του σωματικού βάρους και βελτίωση της ψυχοπαθολογίας, που διατηρήθηκαν και μετά το τέλος της θεραπείας. Οι περισσότεροι ασθενείς (>80%) ολοκλήρωσαν τη θεραπεία και για εκείνους που ολοκλήρωσαν την παρακολούθηση για ένα έτος φάνηκε ότι τα αποτελέσματα διατηρούνται [25]. Κύριο χαρακτηριστικό της ΓΣΘ-Ε αποτελεί η συνέχεια μεταξύ ενδο- και εξω-νοσοκομειακής θεραπείας, αφού το μοντέλο είναι ευέλικτο και εξατομικευμένο [25, 26].

Ο βασικός σκελετός της ενδονοσοκομειακής ΓΣΘ για την ΨΑ αποτελείται από τις συμπεριφορικές παρεμβάσεις, την ψυχοεκπαίδευση, τις γνωσιακές παρεμβάσεις και άλλες συμπληρωματικές παρεμβάσεις (όπως η θεραπευτική εργασία με την οικογένεια, κάτι που γίνεται περισσότερο απαραίτητο όσο μικρότερη είναι η ηλικία του ασθενούς). Μια μεγάλη διαφορά από την εξωνοσοκομειακή θεραπεία είναι η ύπαρξη θεραπευτικής ομάδας, αποτελούμενη από πολλούς επαγγελματίες υγείας, ψυχιάτρους, ψυχολόγους, διατροφολόγους, παθολόγους, νοσηλεύτες, εργοθεραπευτές που συμμετέχουν στον θεραπευτικό σχεδιασμό, ενίοτε σε διαφορετικό βαθμό, αναλόγως των ιδιαίτερων στοιχείων κάθε ασθενή. Πρωταρχικό στοιχείο της θεραπείας είναι η δέσμευση του ασθενούς για την ανάκτηση του βάρους. Έτσι, το αρχικό στάδιο της θεραπείας διαπραγματεύεται το κίνητρο του ασθενούς, εξετάζονται τα «οφέλη» της ανορεξίας, αναδεικνύονται τα αδιέξοδα και ο ασθενής καλείται να διαχωρίσει τον εαυτό του από την εγκατεστημένη ανορεκτική ταυτότητα. Κύριος δρόμος είναι η διάσπαση του φαύλου κύκλου του υποσιτισμού. Η επανασίτιση του ασθενούς δεν είναι η θεραπεία, αλλά ένα απαραίτητο μέσο για το επόμενο βήμα. Γι' αυτόν τον λόγο η επανασίτιση χωρίς τη θεραπευτική συμμαχία (όπως γίνεται σε μια ακούσια νοσηλεία) δεν έχει ιδιαίτερη θεραπευτική αξία [3, 4]. Στο πρόγραμμα επανασίτισης συνεργάζονται οι θεράποντες ειδικοί της ψυχικής υγείας, οι διατροφολόγοι και ο ασθενής, με στόχο την προοδευτική αύξηση της ποικιλίας του φαγητού και τη σταδιακή ανάκτηση βάρους (περίπου 500 γρ./εβδομάδα). Η ψυχοεκπαίδευση, ως μέσο τροποποίησης γνωσιών γύρω από το φαγητό, κατέχει σημαντική θέση στα αρχικά στάδια.

Κατά την πορεία της θεραπείας υπάρχει μια συνεχής «ανάμετρηση» της θεραπευτικής προσπάθειας με την ανάγκη του ασθενούς για έλεγχο. Έλεγχος στο φαγητό, έλεγχος στο σώμα, έλεγχος στη συμπεριφορά. Η διάσπαση του φαύλου κύκλου του υποσιτισμού και των συμπεριφορών αναζήτησης ασφάλειας (έμετοι, υπερκινητικότητα, τελετουργίες) δοκιμάζει διαρκώς τη

θεραπευτική συμμαχία (με τον θεράποντα, αλλά και με όλη τη θεραπευτική ομάδα). Οι ασθενείς καλούνται να αφήσουν μια θέση κυριαρχίας που έχουν κατακτήσει μέσω της ανορεξίας, να αντέξουν την απειλή που φέρνει η πείνα και την επακόλουθη δυσφορία που φέρνει ένα κανονικό γεύμα και η αίσθηση πληρότητας του στομάχου. Η δεύτερη μεγάλη ομάδα συμπτωμάτων είναι η ενασχόληση με τον έλεγχο της εικόνας σώματος (ζυγίσεις, καθρέπτης, τσεκαρίσματα). Και εδώ το πρώτο στάδιο είναι η συμπεριφορική οριοθέτηση και ακολουθεί η γνωσιακή αλλαγή. Το τρίτο βήμα είναι η διαχείριση των δυσλειτουργικών χαρακτηριστικών προσωπικότητας των ασθενών, η μόνωση, η τελειοθρία, η μειωμένη αυτοεκτίμηση, οι δυσκολίες στη ρύθμιση του συναισθήματος. Αυτές οι δυσκολίες αλληλοδιαπλέκονται με την ψυχοπαθολογία και στα τρία επίπεδα: προδιάθεσης, πυροδότησης και διαιώνισης. Η θεραπεία καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να προχωρήσει στην επίλυση αυτών των ζητημάτων και να αποδεχθεί τον εαυτό του, αναγνωρίζοντας την επάρκεια (σε αντίθεση με την τελειοθρία), αποδεχόμενος τα όρια του εαυτού (σε αντιδιαστολή με εξωπραγματικές απαιτήσεις), βοηθώντας στην έκφραση του συναισθήματος και στην ανοχή των δυσάρεστων συναισθημάτων (χωρίς την ανάγκη ελέγχου ή αποφυγής), διασπώντας την αίσθηση απομόνωσης και έλλειψης βοήθειας, αποκαθιστώντας την επικοινωνία και την εγκατάσταση σχέσεων. Στον τελευταίο στόχο, αρκετές φορές χρειάζεται να ενταχθούν στη θεραπεία οι σημαντικοί άλλοι (οικογένεια, ζυγάρι) ή/και να αναζητηθούν τρόποι διεύρυνσης των κοινωνικών στηριγμάτων του ασθενούς. Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος μετά το εξιτήριο [8].

Σε αυτό το πλαίσιο η ενδονοσοκομειακή ΓΣΘ είναι ευέλικτη στην παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Οι ασθενείς, στο τελευταίο στάδιο της θεραπείας, παίρνουν όλο και συχνότερες άδειες, στην προσπάθεια να εδραιώσουν διατροφικές συνήθειες, αλλά και να προχωρήσουν σε έναν καινούργιο, πιο λειτουργικό τρόπο κοινωνικοποίησης. Είναι αυτονόητο ότι η παρακολούθηση και η θεραπεία συνεχίζονται αρκετό διάστημα μετά το εξιτήριο (τουλάχιστον ένα έτος) και οι δυσκολίες ή οι υποτροπές αντιμετωπίζονται σε ένα θεραπευτικό συνεχές, μετά τη νοσηλεία [8].

4. Συζήτηση

Η θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας παραμένει μία ανοιχτή πρόκληση για την ψυχιατρική. Η ΔΣΘ και η ΓΣΘ αποτελούν δύο, σε αρκετά σημεία συμπληρωματικές, προτάσεις που δίνουν καλά αποτελέσματα σε εξωνοσοκομειακή θεραπεία. Η ενδονοσοκομειακή όμως εφαρμογή των δύο αυτών θεραπευτικών μοντέλων δεν είναι επαρκώς μελετημένη όσον αφορά την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητά της. Το παραπάνω ισχύει ιδιαίτερα για τη ΔΣΘ που είναι ένα νεότερο θεραπευτικό μοντέλο για την αντιμετώπιση της ΨΑ. Είναι συνεπώς αναγκαίο να πραγματοποιηθεί περαιτέρω έρευνα με μεγαλύτερους αριθμούς ασθενών, για να γίνει διακριτή η αποτελεσματικότητα των δύο αυτών παρεμβάσεων στην ΨΑ.

Η κλινική εμπειρία και η θεωρητική τοποθέτηση και των δύο αυτών θεραπειών εστιάζεται αρχικά στην υποστήριξη του ατόμου ώστε να αυξηθεί η πρόσληψη τροφής και να αρθούν οι συνέπειες του υποσιτισμού. Στη συνέχεια όμως, ενώ η ΓΣΘ στοχεύει στην τροποποίηση των δυσλειτουργικών γνωσιών που πυροδοτούνται από βαθύτερες πεποιθήσεις του ατόμου, η ΔΣΘ

εστιάζεται κυρίως στην εκμάθηση συμπεριφορικών δεξιοτήτων για την επιδέξια ρύθμιση του συναισθήματος. Αν και οι δύο θεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν πολλά κοινά στην εφαρμογή τους, παρουσιάζουν και αρκετές διαφορές, τόσο στη θεραπευτική σχέση όσο και στην ιεράρχηση των θεραπευτικών στόχων. Η ΔΣΘ φαίνεται να είναι περισσότερο αποτελεσματική όταν η ΨΑ συνυπάρχει με ΟΔΠ, ενώ η ΓΣΘ-Ε είναι ίσως περισσότερο κατάλληλη για περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από ΨΑ χωρίς συννόσηση με σοβαρή διαταραχή προσωπικότητας.

Ειδικότερα για την ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση της ΨΑ, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η αντιμετώπιση του ασθενούς γίνεται από μια ομάδα ειδικών με διαφορετική θεωρητική κατάρτιση και ειδίκευση, με συνέπεια ο θεραπευτής της ΔΣΘ ή της ΓΣΘ να αντιμετωπίζει μια επιπλέον πρόκληση καθώς η εκπαίδευση, η εποπτεία και η αλληλοστήριξη μιας θεραπευτικής ομάδας πολλαπλών προσεγγίσεων είναι απολύτως απαραίτητη για να αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες, οι ματαιώσεις και η καταπόνηση του θεραπευτή.

Cognitive Behavioral Therapy and Dialectical Behavioral Therapy for hospitalized Anorexia Nervosa patients

Fragiskos Gonidakis¹, Ioannis Michopoulos²

¹ 1st Department of Psychiatry – Medical School NKUA, Eginition Hospital

² 2nd Department of Psychiatry – Medical School, NKUA, Attikon Hospital

Abstract

Anorexia Nervosa (AN) is a mental disorder more common in young women. It is difficult both to comprehend and to treat. The only effective treatment so far is psychotherapy. There is not a psychotherapeutic treatment of choice, but cognitive therapies have shown good results. In the context of cognitive therapies, Dialectical Behavioral Psychotherapy (DBT) and Enhanced Cognitive Behavioral Psychotherapy (CBT-E) are being used based on recent evidence. They present a comprehensive plan for AN and can be conducted as part of inpatient treatment. They offer a single treatment framework and their main advantage is the stability in long follow-up results, as shown by recent studies. DBT offers a comprehensive treatment plan for the management of comorbidity with Borderline Personality Disorder. For CBT-E, the therapeutic relationship is collaborative and patients are involved in shaping the case formulation and treatment plan. A key element of treatment is the patient's commitment to gaining weight, which is done at a slow rhythm, keeping pace with psychological changes. In an inpatient setting, both DBT and CBT-E primary aim is the reversal of malnutrition and its consequences and the restoration of body weight. In the process of changing their behavior, patients have to confront the symptoms of AN, difficulties with changing behaviors and beliefs as well as pre-existing personality issues. The nature of AN makes each therapeutic effort unique and demands adaptation of the therapeutic plan to each individual's need and characteristics. The training, supervision and mutual support of the treatment team are absolutely necessary to deal with the difficulties, frustrations and burn-out of the therapist.

Keywords: Anorexia Nervosa, Dialectical behavioral therapy, Cognitive Behavioral Therapy

Βιβλιογραφία

- [1] Γονιδάκης Φ, Βάρσου Ε. Μιλώντας για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Ιατρικές Εκδόσεις BHTA; 2013.
- [2] Gowers SG, Clark A, Roberts C, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, et al. Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2007 Nov; 191:427-35.
- [3] Hay PJ, Touyz S, Claudino AM, Lujic S, Smith CA, Madden S. Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jan 21; 1:CD010827.
- [4] Douzenis A, Michopoulos I. Involuntary admission: the case of anorexia nervosa. *Int J Law Psychiatry*. 2015 Apr; 39:31-5.
- [5] Linehan M. *Cognitive Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder*. Guilford Press; 1993.
- [6] Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017 Apr 1; 74(4):319-28.
- [7] Gaudio S, Di Cionno V. Prevalence of personality disorders and their clinical correlates in outpatient adolescents with anorexia nervosa. *Psychosom Med*. 2011 Dec; 73(9):769-74.
- [8] Καραπατσιά Μ, Γονιδάκης Φ. Η Ψυχογενής Ανορεξία στην Ψυχιατρική Κλινική. Ιατρικές Εκδόσεις BHTA; 2021.
- [9] Ben-Porath D, Duthu F, Luo T, Gonidakis F, Compte EJ, Wisniewski L. Dialectical behavioral therapy: an update and review of the existing treatment models adapted for adults with eating disorders. *Eat Disord*. 2020 Apr; 28(2):101-21.
- [10] Hempel R, Vanderbleek E, Lynch TR. Radically open DBT: Targeting emotional loneliness in Anorexia Nervosa. *Eat Disord*. 2018 Feb; 26(1):92-104.
- [11] Lynch TR, Gray KLH, Hempel RJ, Titley M, Chen EY, O'Mahen HA. Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*. 2013 Nov 7; 13:293.
- [12] Gonidakis F, Tsertou A. Emotion Regulation and Eating Disorders: Rethinking Therapeutic Options. *EC Psychology and Psychiatry*. 2019; 8(10):1092-7.
- [13] Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Kliem S, Arnold R, Schunert T, et al. Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2010 Dec; 41(4):381-8.
- [14] Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Arnold R, Kahl KG, Schunert T, et al. Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behav Res Ther*. 2006 Aug; 44(8):1211-7.
- [15] Γονιδάκης Φ. Μιλώντας για την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας. Ιατρικές Εκδόσεις BHTA; 2018.
- [16] Παπακώστας Ι. *Γνωσιακή ψυχοθεραπεία*. Αθήνα; 1994.
- [17] Watson HJ, Bulik CM. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychol Med*. 2013 Dec; 43(12):2477-500.
- [18] Dalle Grave R, El Ghoch M, Sartirana M, Calugi S. Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: An Update. *Curr Psychiatry Rep*. 2016 Jan; 18(1):2.
- [19] Vitousek K, Manke F. Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol*. 1994 Feb; 103(1):137-47.
- [20] Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther*. 2003 May; 41(5):509-28.
- [21] Cooper Z, Fairburn CG. The Evolution of "Enhanced" Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: Learning from Treatment Nonresponse. *Cogn Behav Pract*. 2011 Aug; 18(3):394-402.
- [22] Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Palmer RL, Dalle Grave R. Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behav Res Ther*. 2013 Jan; 51(1):R2-8.
- [23] Dalle Grave R, Calugi S, Doll HA, Fairburn CG. Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy? *Behav Res Ther*. 2013 Jan; 51(1):R9-12.
- [24] Tsigkaropoulou E, Ferentinos P, Karavia A, Gournellis R, Gonidakis F, Liappas I, et al. Personality dimensions could explain resilience in patients with eating disorders. *Eat Weight Disord*. 2021 May; 26(4):1139-47.
- [25] Dalle Grave R, Conti M, Calugi S. Effectiveness of intensive cognitive behavioral therapy in adolescents and adults with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2020 Sep; 53(9):1428-38.
- [26] Calugi S, Dametti L, Chimini M, Dalle Grave A, Dalle Grave R. Change in eating-disorder psychopathology network structure in patients with anorexia nervosa treated with intensive cognitive behavior therapy. *Int J Eat Disord*. 2021 Jul 31.