

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ Γνωσιακής - Συμπεριφοριστικής Έρευνας & Θεραπείας

Hellenic Journal of
Cognitive Behavioral Research & Therapy

Τόμος 9 • Τεύχος 2 • Ιούλιος - Δεκέμβριος 2023
Volume 9 • No 2 • July - December 2023

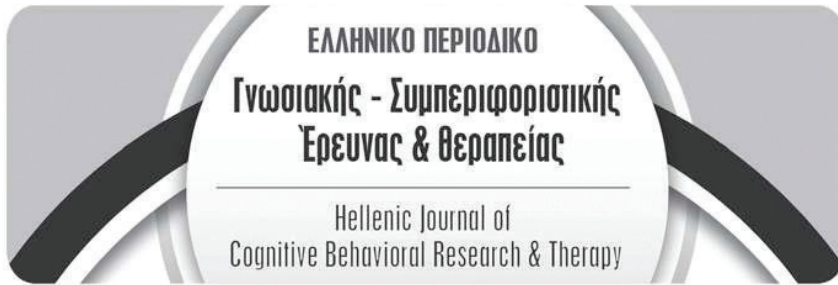
Περιεχόμενα

- Η εφαρμογή και αποτελεσματικότητα των δια-διαγνωστικών μοντέλων στις διαταραχές ρύθμισης του συναισθήματος σε ομαδικές παρεμβάσεις: Η περίπτωση του Ενιαίου Πρωτοκόλλου του Barlow
- Πειραματική τροποποίηση γνωσιακών προκαταλήψεων σε παιδιά Δημοτικού: Μείωση εχθρικού στίλ απόδοσης αιτιών και σύνδεση με την αντιδραστική επιθετικότητα
 - Ο ρόλος της ψηφιακής αφήγησης στην ενδυνάμωση της επικοινωνιακής σχέσης ιατρού-ασθενή
- Γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία συνδυασμένη με θεραπεία σχημάτων: Παρουσίαση μιας κλινικής θεραπευτικής παρέμβασης για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής
 - Περιγραφή ατομικής περίπτωσης με παρεμβάσεις γνωστικής συμπεριφορικής σε ενήλικη πρόσφυγα



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Το περιοδικό «Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Έρευνα & Θεραπεία» απέστειλε τα υποβληθέντα άρθρα του τεύχους αυτού στις ακόλουθες κριτές. Τις ευχαριστούμε θερμά για τη συνεργασία τους και την εποικοδομητική συμβολή τους:
Αναστασίου Θεοδώρα, Κουβαράκη Έλλη, Λάιους Ρόζα, Μήτση Χριστιάνα, Σοφianoπούλου Κατερίνα



Εξαμηνιαία Περιοδική Έκδοση

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

Διευθύντρια Σύνταξης και Έκδοσης
Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι

Αν. Διευθυντής Σύνταξης
Φραγκίσκος Γονιδάκης

Βοηθός Σύνταξης
Φωτεινή Λέκκα

Σύμβουλος Έκδοσης
Αναστασία Σοφianoπούλου

Συμβουλευτική Επιτροπή
Φραγκίσκος Γονιδάκης, ΕΕΕΣ, Αθήνα
Στέφανος Κούλης, ΕΕΓΨ, Αθήνα
Γρηγόρης Σίμος, ΕΕΓΣΨ, Θεσσαλονίκη

Επιστημονική Επιτροπή

Αργυροπούλου, Μαρία - Ιωάννα	Κόλλιας, Κώστας	Οικονόμου, Μαρίνα
Βαϊδάκης, Νίκος	Κουβαράκη, Έλλη	Πανταζούδης, Παναζής
Βάρσου, Ελευθερία	Κούλης, Στέφανος	Παπαγεωργίου, Βάγια
Βγόντζας, Αλέξανδρος	Κούτρα, Αικατερίνη	Παπακώστας, Γιάννης †
Γενά, Αγγελική	Λιόση, Αγγελική	Παπανικολάου, Κατερίνα
Γιαννοπούλου, Ιωάννα	Λυμπέρης, Πέτρος	Πασχάλη, Τόνια
Δασκαλοπούλου, Ευγενία	Μαδιανός, Μιχάλης	Πεχλιβανίδης, Αρτέμης
Ευσταθίου, Γιώργος	Μαλογιάννης, Γιάννης	Ραμπαβίλας, Ανδρέας
Ζαφειροπούλου, Μαρία	Μασδράκης, Βασίλειος	Σίμος, Γρηγόρης
Ζέρβας, Γιάννης	Μιχόπουλος, Ιωάννης	Σκαπινάκης, Πέτρος
Καλαντζή-Αζίζι, Αναστασία	Μπάσδρας, Αθανάσιος	Σταλίκας, Τάσος †
Καλπάκογλου, Θωμάς	Μπίμπου-Νάκου, Ιωάννα	Φιστέ, Μαρκέλα
Καραδήμας, Ευάγγελος	Μπρούμας, Βασίλης	Χάιντς, Έλενα
Καρανίκας, Βαγγέλης	Μυτσκίδου, Πασχαλιά	Χαλιμούρδας, Θεόδωρος
Καραταράκη, Μαρία	Νεστορής, Χριστόφορος	Χαρίλα, Ντιάνα
Κασβίκης, Γιάννης	Νικολαΐδης, Νικόλας	Χαρίτου-Φατούρου, Μίκα †
	Νταφούλης, Βάιος	Χρυσάγη, Αλεξάνδρα

Διεθνής Επιστημονική Επιτροπή

Alai-Rosales, Shahlá	Kazantzis, Nikolaos	Roder, Volker
Altherr, Peter Callias	Kryspin-Exner, Ilse	Stallard, Paul
Maria Dubose, Antony	Laireiter, Anton-Ruppert	Καρεκλά, Μαρία
	Nikopoulos, Christos	

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

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

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ
Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας
της Συμπεριφοράς

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ
Σοφία Κατούδη

**Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας
της Συμπεριφοράς**
Λάκωνος 19 και Λάμψα,
115 24, Αθήνα

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

Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Έρευνα & Θεραπεία

Τόμος 09 • Τεύχος 02 • Ιούλιος - Δεκέμβριος 2023

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

EDITORIAL

- 07 **Σημείωμα της έκδοσης**
Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

- 09 **Η εφαρμογή και αποτελεσματικότητα των δια-διαγνωστικών μοντέλων στις διαταραχές ρύθμισης του συναισθήματος σε ομαδικές παρεμβάσεις: Η περίπτωση του Ενιαίου Πρωτοκόλλου του Barlow**
Όλγα Καρβέλα

ΕΡΕΥΝΑ

- 21 **Πειραματική τροποποίηση γνωσιακών προκαταλήψεων σε παιδιά Δημοτικού: Μείωση εχθρικού στιλ απόδοσης αιτιών και σύνδεση με την αντιδραστική επιθετικότητα**
Στέφανος Φ. Βασιλόπουλος, Σωτηρία Χρυσοβαλάντη-Αντωνίου, Παναγούλα Παπαδημητροπούλου, Κωνσταντίνα Θεοδόση

ΕΡΕΥΝΑ

- 29 **Ο ρόλος της ψηφιακής αφήγησης στην ενδυνάμωση της επικοινωνιακής σχέσης ιατρού-ασθενή**
Έφη Γιάννου

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- 35 **Γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία συνδυασμένη με θεραπεία σχημάτων: Παρουσίαση μιας κλινικής θεραπευτικής παρέμβασης για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής**
Έλενα Χάιντς, Χρυσούλα Πασαλίδου

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

- 43 **Περιγραφή ατομικής περίπτωσης με παρεμβάσεις γνωστικής συμπεριφορικής σε ενήλικη πρόσφυγα**
Παναγιώτης Τζουράκης, Βασιλική Μπατρακούλη

ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

- 49 **ACT for Treating Children: The Essential Guide to Acceptance and Commitment Therapy for Kids**
Αγγελική Παναγιωτοπούλου

- 18 **Application and Efficacy of Transdiagnostic Models of Emotional Disorders in Group Format: The Case of Barlow's Unified Protocol**
Olga Karvela
- 27 **Experimental modification of cognitive biases in primary school children: Reduction in hostile attributional style and connection to reactive aggression**
S.P. Vassilopoulos, S. Antoniou, P. Papadimitropoulou, K. Theodosi
- 34 **The role of digital storytelling in enhancing doctor-patient communication**
Efi Giannou
- 40 **Cognitive Behavioral Therapy combined with Schema Therapy: Presentation of a clinical therapeutic intervention for Eating Disorders**
Elena Heinz, Christi Pasalidou
- 47 **Case study of adult refugee with cognitive-behavioral interventions**
Panagiotis Tzourakis, Vasiliki Batrakouli

Σημείωμα της έκδοσης

Editorial

Αγαπητοί/ές φίλοι/ες και συνάδελφοι,

Είμαστε στην ευχάριστη θέση να σας ανακοινώσουμε ότι κυκλοφόρησε το δεύτερο τεύχος για το 2023 του *Ελληνικού Περιοδικού Γνωσιακής – Συμπεριφοριστικής Έρευνας & Θεραπείας* (τόμος 09, τεύχος 02, Ιουλ.-Δεκ. 2023). Στο τεύχος αυτό περιλαμβάνονται πέντε άρθρα, εκ των οποίων δύο αφορούν βιβλιογραφικές έρευνες, ένα είναι ερευνητική εργασία, σε ένα προτείνεται μία θεραπευτική παρέμβαση και, τέλος, παρουσιάζεται μία μελέτη περίπτωσης. Το τεύχος ολοκληρώνεται με μία βιβλιοκρισία.

Το πρώτο άρθρο αφορά μία βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με το ενιαίο πρωτόκολλο του Barlow, το οποίο είναι ένα δια-διαγνωστικό μοντέλο σχετικά με τις διαταραχές ρύθμισης του συναισθήματος, κοινό στοιχείο πολλών διαταραχών. Στο συγκεκριμένο άρθρο δίνεται έμφαση στη μελέτη της εφαρμογής και στην αποτελεσματικότητα του μοντέλου αυτού σε ομαδικά πλαίσια σε ενήλικες που έχουν διαγνωσθεί με άγχος, καταθλιπτική διαταραχή, διαταραχή μετατραυματικού στρες, καθώς και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

Στο δεύτερο άρθρο παρουσιάζεται μία έρευνα, η οποία αποσκοπεί να φωτίσει τα αίτια της επιθετικής συμπεριφοράς των παιδιών βάσει του κοινωνιο-γνωστικού μοντέλου της επεξεργασίας των πληροφοριών. Η διερεύνηση του εχθρικού στιλ των αποδόσεων αιτιών έγινε με τη βοήθεια ερωτηματολογίων και τη χρήση αμφίσημων κοινωνικών σεναρίων πριν και μετά την παρέμβαση.

Το τρίτο άρθρο αφορά την επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Η αντίστοιχη βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν επικεντρώνεται μόνο στις αποτελεσματικές δεξιότητες επικοινωνίας, αλλά εστιάζεται και στη μελέτη της καλής πρακτικής ως προς τη βελτίωση των σχέσεων ιατρού και ασθενούς, ακολουθώντας την αφηγηματική ιατρική, μία προσέγγιση που αποτυπώνει τον ολιστικό και διεπιστημονικό χαρακτήρα της επικοινωνίας.

Στο τέταρτο άρθρο παρουσιάζεται μια πρωτότυπη θεραπευτική-κλινική παρέμβαση με σκοπό τη βελτίωση της κλασικής γνωσιο-συμπεριφοριστικής θεραπείας στις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Η πρόταση αυτή εμπεριέχει έναν συνδυασμό γνωσιακών τεχνικών και Θεραπείας Σχημάτων.

Το πέμπτο άρθρο αφορά την παρουσίαση μιας ατομικής περίπτωσης ενήλικης γυναίκας πρόσφυγα με έντονα ψυχοσωματικά συμπτώματα. Η παρέμβαση είναι βασισμένη στο γνωσιο-συμπεριφοριστικό μοντέλο. Με αφορμή αυτό το άρθρο, θα ήθελα να επισημάνω ότι η γνωσιο-συμπεριφοριστική θεραπεία παρουσιάζει αξιόλογο και αποτελεσματικό θεραπευτικό έργο, το οποίο αφορά σοβαρές δυσλειτουργίες του προσφυγικού πληθυσμού. Η πλέον διαδεδομένη μορφή παρέμβασης, η Θεραπεία Εστιασμένη στο Τραύμα (Trauma Focused Therapy – TF-Therapy), όπως και παραλλαγές της, εφαρμόζονται ήδη και στην Ελλάδα. Εξειδικευμένη αντίστοιχη εκπαίδευση προσφέρεται από την Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Πρόσφατα μάλιστα ξεκίνησε έρευνα αποτελεσματικότητας αυτής της θεραπείας στο πλαίσιο διδακτορικής διατριβής στο Τμήμα Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου (βλ. και σχετικά άρθρα στο *Ελληνικό Περιοδικό Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας και Έρευνας*, τόμος 8, τεύχος 01, Ιαν.-Ιουλ. 2022).

Τέλος, στο παρόν τεύχος ο/η αναγνώστης/τρια μπορεί να ενημερωθεί για ένα αγγλικό εισαγωγικό βιβλίο της Tamar D. Black που αφορά τη Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης σε παιδιά, με τίτλο *ACT for Treating Children: The Essential Guide for Acceptance and Commitment Therapy for Kids* (New Harbinger Publications).

Ολοκληρώνοντας, θα ήθελα να παρουσιάσω τα νέα μέλη της επιστημονικής επιτροπής του περιοδικού, των οποίων τόσο το εκπαιδευτικό όσο και το ερευνητικό έργο έχει συμβάλει ουσιαστικά στη διάδοση και την εδραίωση της Γνωσιακής και Συμπεριφοριστικής Θεραπείας στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, είναι οι Μαρία Καραταράκη, Έλλη Κουβαράκη, Αικατερίνη Κούτρα, Πανταζής Πανταζούδης, Αλεξάνδρα Χρυσάγη και Μαργέλα Φιστέ. Επίσης, θα ήθελα να προσθέσω μία πολύ σημαντική επισήμανση σχετικά με την υποβολή νέων ερευνητικών άρθρων, τα οποία πρέπει να πληρούν τις προϋποθέσεις διεξαγωγής της έρευνας σύμφωνα με τον κώδικα Ηθικής και Δεοντολογίας της Επιστημονικής Έρευνας του ΙΕΘΣ (βλ. <https://www.ibrt.gr/>, Επιτροπή Δεοντολογίας του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς).

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους συγγραφείς των άρθρων και τους κριτές, όπως και τον εκδοτικό οίκο ΤΟΠΟΣ, που φροντίζει για την άρτια παρουσίαση του περιοδικού. Τέλος, καλωσορίζουμε τη Σοφία Κατούδη, η οποία ανέλαβε τη γραμματεία του περιοδικού, και ταυτόχρονα ευχαριστούμε τη Μάντυ Μουζακίτη για τη μέχρι σήμερα συνεργασία. Σας ευχόμαστε καλή ανάγνωση και περιμένουμε ανατροφοδότηση με υποδείξεις και σχόλια, όπως και νέες προτάσεις για τη βελτίωση και τον εμπλουτισμό της ύλης του περιοδικού μας.

Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι
Διευθύντρια Σύνταξης και Έκδοσης

Η εφαρμογή και αποτελεσματικότητα των δια-διαγνωστικών μοντέλων στις διαταραχές ρύθμισης του συναισθήματος σε ομαδικές παρεμβάσεις: Η περίπτωση του Ενιαίου Πρωτοκόλλου του Barlow

Όλγα Καρβέλα

Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς – Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών

Αλληλογραφία: Όλγα Καρβέλα, Αριστοτέλους 34, 14233, Αθήνα

Email: olgakarvela@hotmail.com – Τηλ.: 6983120834

Περίληψη

Το παρόν άρθρο αποτελεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση της εφαρμογής και αποτελεσματικότητας των δια-διαγνωστικών μοντέλων στις διαταραχές ρύθμισης του συναισθήματος. Συγκεκριμένα, επικεντρώνεται στο Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. Το Μοντέλο αυτό προτάθηκε από τον Barlow και βασίζεται στη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία [1]. Το Ενιαίο Πρωτόκολλο δεν ακολουθεί το κατηγορικό μοντέλο στη διάγνωση των διαταραχών συμπτωμάτων, αλλά αντιθέτως τις τοποθετεί σε ένα συνεχές βάσει των κοινών διαδικασιών, προτύπων και συμπεριφορών. Το Μοντέλο αποτελείται από πέντε βασικές ενότητες και τρεις επιπρόσθετες [2]. Εστιάζει κυρίως στην αναγνώριση και ρύθμιση του συναισθήματος. Το Ενιαίο Πρωτόκολλο έχει εφαρμοστεί σε μια πληθώρα διαταραχών, στις οποίες η απορρύθμιση του συναισθήματος είναι κοινό στοιχείο, όπως οι αγχώδεις διαταραχές, οι καταθλιπτικές διαταραχές και οι διαταραχές πρόσληψης τροφής. Σε αυτή τη βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετάται κυρίως η εφαρμογή και η αποτελεσματικότητα του Μοντέλου σε ενήλικες, οι οποίοι έχουν διαγνωστεί με αγχώδεις διαταραχές, καταθλιπτικές διαταραχές, διαταραχή μετατραυματικού στρες, καθώς και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, σε ομαδικά πλαίσια. Επίσης, γίνονται σύντομες αναφορές σε παρόμοια δια-διαγνωστικά μοντέλα, βασισμένα στο Μοντέλο του Barlow. Η βιβλιογραφία συλλέχθηκε ηλεκτρονικά και περιλαμβάνει άρθρα στην αγγλική γλώσσα. Οι μηχανές αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Google Scholar, το ScienceDirect, το PubMed Central, το Scopus και το Research Gate. Με βάση τις περισσότερες έρευνες υπάρχει στατιστικά σημαντική βελτίωση τόσο των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης όσο και της ρύθμισης του συναισθήματος. Επιπλέον, έχει φανεί βελτίωση της ποιότητας ζωής, της θετικής διάθεσης, της γενικότερης λειτουργικότητας και της αυτοπεποίθησης [3]. Περαιτέρω, συμβάλλει στη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων, των κοινωνικών και συντροφικών σχέσεων και στην αύξηση του κινήτρου για ζωή. Τέλος, τα άτομα αναπτύσσουν δεξιότητες συναισθηματικής διαχείρισης και παρουσιάζουν αύξηση στη συμμόρφωση στη θεραπεία. Όπως προκύπτει, λοιπόν, το Ενιαίο Πρωτόκολλο φαίνεται ότι αποτελεί ένα πολύ χρήσιμο θεραπευτικό εργαλείο στην αντιμετώπιση της απορρύθμισης του συναισθήματος των θεραπευόμενων, ανεξάρτητα από τη διαγνωστική κατηγορία στην οποία εντάσσονται.

Λέξεις-Κλειδιά: Ενιαίο Πρωτόκολλο, δια-διαγνωστικό μοντέλο, διαταραχές ρύθμισης του συναισθήματος, αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη

1. Εισαγωγή

Μέχρι τη δεκαετία του 2000 το ενδιαφέρον των ειδικών είχε στραφεί στη δημιουργία εξειδικευμένων πρωτοκόλλων θεραπείας για την έκαστη διαταραχή ρύθμισης του συναισθήματος. Το 2004, ο Barlow, σύμφωνα με ένα άρθρο του με τίτλο «Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic», άρχισε να παρατηρεί τα κοινά στοιχεία που διέπουν όλες τις

διαταραχές ρύθμισης του συναισθήματος. Προέβη σε μια προσπάθεια να δημιουργήσει ένα κοινό πρωτόκολλο θεραπείας, το οποίο βασιζόταν στις αρχές της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Προσέγγισης και το οποίο θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε όλες αυτές τις διαταραχές. Το 2011 δημοσιεύτηκε το Ενιαίο Πρωτόκολλο του Barlow σε μορφή εγχειριδίου για τον ασθενή και ως οδηγός για τον θεραπευτή [1].

Το παρόν άρθρο εστιάζει στην εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα του Ενιαίου Πρωτοκόλλου του Barlow σε ομαδικές παρεμβάσεις, όπως και παρόμοιων μοντέλων βασισμένων σε αυτό, σε ασθενείς με διαταραχές ρύθμισης του συναισθήματος. Πρόκειται για ένα δια-διαγνωστικό μοντέλο, βασισμένο στις αρχές της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Θεραπείας, το οποίο δημιουργήθηκε, σύμφωνα με το διαστασιακό μοντέλο, τοποθετώντας όλες τις διαταραχές ρύθμισης του συναισθήματος σε ένα συνεχές. Ο Barlow υποστήριξε ότι δεν είναι απαραίτητο να εφαρμόζονται ξεχωριστά θεραπευτικά πρωτόκολλα για την αντιμετώπιση κάθε διαταραχής. Για την αντιμετώπιση όλων των διαταραχών, που ενέχουν την απορρύθμιση του συναισθήματος, μπορεί να εφαρμοστεί ένα Ενιαίο Μοντέλο, που στόχο έχει την ανάπτυξη δεξιοτήτων για τη διαχείριση των συναισθημάτων. Το Πρωτόκολλο αποτελείται από οκτώ ενότητες, οι οποίες εστιάζουν στην ενστάλαξη κινήτρου για αλλαγή, στην αναγνώριση και αποδοχή των συναισθημάτων, στην ψυχοεκπαίδευση αναφορικά με τις γνωσιακές διεργασίες και την έκθεση στα συναισθήματα και τις σωματικές αισθήσεις [1].

Στόχος του Ενιαίου Μοντέλου είναι να βοηθήσει τους ασθενείς να αναγνωρίσουν και να κατανοήσουν τα συναισθήματά τους και να αναπτύξουν πιο λειτουργικούς τρόπους αντιμετώπισης των αρνητικών συναισθημάτων τους. Ταυτόχρονα, η υιοθέτηση στρατηγικών για την καλύτερη διαχείριση και ρύθμιση των αρνητικών συναισθημάτων μπορεί να οδηγήσει στη μείωση της έντασης και της συχνότητας εμφάνισης αυτών. Το Μοντέλο έχει εφαρμοστεί σε μία πληθώρα διαταραχών, μεταξύ των οποίων η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, οι αγχώδεις διαταραχές, οι καταθλιπτικές διαταραχές, η διπολική διαταραχή, η διαταραχή μετατραυματικού στρες, η κατάχρηση αλκοόλ, η οριακή διαταραχή προσωπικότητας, ο χρόνιος πόνος, η αϋπνία, οι αυτοκτονικές συμπεριφορές, οι αυτοτραυματισμοί και οι διαταραχές πρόσληψης τροφής [1].

Το πρωταρχικό Μοντέλο του Barlow είχε προταθεί για την εφαρμογή σε ατομικά πλαίσια, ενώ στη συνέχεια ξεκίνησε να εφαρμόζεται και σε ομαδικά με μικρές προσαρμογές ορισμένες φορές. Οι αλλαγές αφορούν κυρίως τη χρονική διάρκεια των ομαδικών συναντήσεων, οι οποίες είναι συνήθως δίωρες, ενώ συχνά δίνεται περισσότερος χρόνος από τους θεραπευτές στην ανατροφοδότηση ύστερα από κάθε άσκηση, ώστε να λάβουν την απαραίτητη προσοχή όλα τα μέλη της ομάδας [2]. Επίσης, ανάλογα το υπόβαθρο και τις τρέχουσες συνθήκες, έχουν προταθεί τροποποιημένα μοντέλα, βασισμένα στο Μοντέλο του Barlow.

Με βάση ορισμένες έρευνες αναφορικά με την αρχική εφαρμογή του Μοντέλου σε ατομικό πλαίσιο, έχει φανεί ότι το Ενιαίο Μοντέλο βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών, γεγονός που έχει σχετιστεί με τη μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Ο Gallagher και συνεργάτες (2013) εξέτασαν το πώς η βελτίωση της ποιότητας ζωής μέσω του Ενιαίου Μοντέλου του Barlow σχετίζεται με τη βελτίωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν 37 και χωρίστηκαν σε δύο συνθήκες. Στην πρώτη συνθήκη (N = 26) εφαρμόστηκε το Πρωτόκολλο, ενώ στη δεύτερη συνθήκη (N = 11) οι συμμετέχοντες αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου και μπήκαν σε λίστα αναμονής. Οι ασθενείς είχαν διαγνωστεί με κοινωνική φοβία, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ή διαταραχή μετατραυματικού στρες. Πραγματοποιήθηκαν 18 ατομικές συνεδρίες

διάρκειας 60 λεπτών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της βελτίωσης της ποιότητας ζωής και της μείωσης της κατάθλιψης ($r = -.606$, $p < 0.001$), του άγχους ($r = -.519$, $p < 0.001$) και της λειτουργικής δυσχέρειας ($r = -.520$, $p < 0.001$) στην πειραματική ομάδα. Όσο υψηλότερα σκόραραν οι ασθενείς στην κλίμακα ποιότητας ζωής, τόσο περισσότερο βελτιώθηκαν τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης [4].

1.1. Δομή του Πρωτοκόλλου Θεραπείας

Το Ενιαίο Πρωτόκολλο αποτελείται από πέντε κύριες ενότητες και τρεις επιρόσθητες. Οι ενότητες καλύπτονται σε 12 έως 18 ατομικές ή ομαδικές εβδομαδιαίες συναντήσεις, οι οποίες διαρκούν περίπου 50 με 60 λεπτά και αντίστοιχα οι ομαδικές 120 λεπτά συνήθως. Ο θεραπευτής έχει την ευελιξία να αποφασίσει πόσες συνεδρίες θα χρειαστούν για να καλυφθεί η κάθε ενότητα, ενώ στις τελευταίες συνεδρίες μπορεί να μην πραγματοποιηθεί τις συναντήσεις σε εβδομαδιαία βάση, εφόσον κρίνει ότι δεν είναι απαραίτητη πλέον η συχνότητα αυτή [1]. Στις ομαδικές συναντήσεις το Πρωτόκολλο ακολουθεί την ίδια δομή.

Η πρώτη ενότητα του Μοντέλου αφορά τη στοχοθέτηση και την ενστάλαξη κινήτρου για αλλαγή. Ο θεραπευτής συζητά με τον θεραπευόμενο τομείς της ζωής του που θα ήθελε να αλλάξει και εντοπίζει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα μιας πιθανής αλλαγής. Ο θεραπευτής εφαρμόζει ορισμένες ασκήσεις ώστε να αυξήσει το κίνητρο του θεραπευόμενου για αλλαγή, ενώ παράλληλα αναγνωρίζουν μαζί πιθανά εμπόδια, που ενδεχομένως να προκύψουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Επίσης, ο θεραπευτής χρησιμοποιεί ασκήσεις οι οποίες βοηθούν τον θεραπευόμενο να ορίσει τους στόχους της θεραπείας. Η ενότητα αυτή ολοκληρώνεται σε μία συνεδρία.

Η δεύτερη ενότητα του θεραπευτικού προγράμματος αφορά την κατανόηση των συναισθημάτων και λαμβάνει χώρα σε μία με δύο συνεδρίες. Στην ενότητα αυτή ο θεραπευτής προβαίνει σε ψυχοεκπαίδευση σχετικά με τα συναισθήματα και τη λειτουργία τους. Συνήθως επικεντρώνεται στο άγχος, τον θυμό και τον φόβο. Γίνεται αναφορά στα σωματικά, γνωσιακά και συμπεριφοριστικά χαρακτηριστικά των συναισθημάτων, ενώ γίνεται προσπάθεια κατανόησης και φυσιολογικοποίησής τους. Ο θεραπευόμενος μαθαίνει τη χρησιμότητα κάθε συναισθήματος και πώς αυτά λειτουργούν. Στην ενότητα αυτή ο θεραπευτής εξηγεί στον θεραπευόμενο το γνωσιακό τρίγωνο σκέψη-συναίσθημα-συμπεριφορά, χρησιμοποιώντας παραδείγματα από τη ζωή και την εμπειρία του ίδιου του θεραπευόμενου. Το Ενιαίο Πρωτόκολλο χρησιμοποιεί το ακρωνύμιο ARC, το οποίο υποστηρίζει ότι κάθε συναίσθημα προκαλείται από ένα προγενέστερο γεγονός (στην αγγλική γλώσσα ονομάζεται antecedent και αντιπροσωπεύει το γράμμα A), στο οποίο αντιδρά κάποιος σωματικά, γνωσιακά και συμπεριφοριστικά (στην αγγλική γλώσσα ονομάζεται response και αντιπροσωπεύει το γράμμα R) και τελικά αυτή η διεργασία φέρει κάποιες βραχύχρονες ή μακρόχρονες συνέπειες (στην αγγλική γλώσσα ονομάζεται consequences και αντιπροσωπεύει το γράμμα C).

Η τρίτη ενότητα, καθώς και οι επόμενες τέσσερις ενότητες, αποτελούν τις πέντε κύριες ενότητες του Μοντέλου, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως. Η ενότητα αυτή διαρκεί μία με δύο συνεδρίες και εστιάζει στην ενσυνείδητη επίγνωση των συναισθημάτων. Ο θεραπευόμενος συχνά βιώνει δυσάρεστα συναισθήματα, τα οποία δεν μπορεί να αναγνωρίσει και

να κατανοήσει, με αποτέλεσμα να λειτουργεί αυτόματα και όχι με επίγνωση των αντιδράσεών του (συναισθηματικά και συμπεριφορικά) σε σχέση με την περίσταση. Στόχος της ενότητας είναι να βοηθήσει τον θεραπευόμενο να κατανοήσει τη σύνδεση μεταξύ των σκέψεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών και να αναπτύξει την αποδοχή των συναισθημάτων του χωρίς κριτική και αξιολόγηση. Ο θεραπευτής βοηθά τον θεραπευόμενο να κατανοήσει τα συναισθήματα, τα οποία έχουν συνδεθεί με παλιότερες καταστάσεις και πυροδοτούνται αυτόματα και στο παρόν, χωρίς όμως να έχουν κάποια βάση σε αυτό. Μαθαίνοντας αυτόν τον μηχανισμό, ο θεραπευόμενος μπορεί να χρησιμοποιήσει πιο αποτελεσματικά τις στρατηγικές που μαθαίνει στις επόμενες ενότητες.

Προχωρώντας στην τέταρτη ενότητα, το Πρωτόκολλο μεταβαίνει στη γνωσιακή ευελιξία. Η ενότητα αυτή συνήθως ολοκληρώνεται σε μία με δύο συνεδρίες. Στο στάδιο αυτό ο θεραπευτής εισάγει τον θεραπευόμενο στις γνωσιακές διαστρεβλώσεις και πώς αυτές κατευθύνουν και επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Ο θεραπευτής επεξηγεί τι είναι οι αρνητικές αυτόματες σκέψεις και ερμηνείες, οι οποίες δεν επιτρέπουν στον θεραπευόμενο να διακρίνει εναλλακτικές και να ερμηνεύσει κάποιο γεγονός με έναν πιο ρεαλιστικό τρόπο. Αναφορικά με τα γνωσιακά λάθη, ο θεραπευτής εστιάζει κυρίως στην καταστροφολογία, με βάση την οποία το άτομο προβλέπει ότι ένα γεγονός θα έχει καταστροφικές συνέπειες, χωρίς να λαμβάνει υπόψη άλλα, πιο πιθανά αποτελέσματα, και την υπεργενίκευση, κατά την οποία το άτομο καταλήγει σε ένα αρνητικό συμπέρασμα με βάση ένα μεμονωμένο αρνητικό γεγονός, μετατρέποντάς το σε ένα μοτίβο απώλειας και αποτυχίας που θα επαναλαμβάνεται πέρα από τη συγκεκριμένη κατάσταση.

Η πέμπτη ενότητα αφορά τις συμπεριφορές που καθοδηγούνται από τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές αποφυγής βίωσης των συναισθημάτων. Πιο συγκεκριμένα, ο θεραπευτής μέσα σε μία με δύο συνεδρίες εξηγεί τι είναι η συμπεριφορική αποφυγή, η γνωσιακή αποφυγή και οι συμπεριφορές ασφαλείας. Οι άνθρωποι τείνουν να καταφεύγουν σε συμπεριφορικές αποφυγές για να αποφύγουν το άγχος που τους προκαλεί μία κατάσταση. Για παράδειγμα, ένα άτομο με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή μπορεί να αποφεύγει να ακουμπήσει τους διακόπτες σε δημόσιους χώρους, γιατί πιστεύει ότι θα μολυνθεί από τα μικρόβια. Αντίστοιχα, κάποιοι άνθρωποι χρησιμοποιούν τη γνωσιακή αποφυγή μέσω της απόσπασης προσοχής ή τη δημιουργία λιστών.

Επίσης, υπάρχουν τα σήματα ασφαλείας (safety signals), που μπορεί να είναι ένα «φυλαχτό» ή οποιοδήποτε αντικείμενο που έχει το άτομο μαζί του που το κάνει να νιώθει πιο άνετα ή ήρεμο σε περιόδους μεγάλης δυσφορίας, παρά την έλλειψη οποιασδήποτε πραγματικής χρησιμότητας των αντικειμένων αυτών στην αντιμετώπιση μιας δυνητικά απειλητικής εμπειρίας. Για παράδειγμα, άτομα με αγχώδη συμπτωματολογία τείνουν να έχουν συχνά μαζί τους ένα μπουκαλάκι με νερό, ακόμα κι αν δεν το χρησιμοποιήσουν. Ωστόσο, τα σήματα ασφαλείας δεν αφήνουν το άτομο να έρθει σε επαφή και να αντιμετωπίσει τα δυσάρεστα συναισθήματα, ενισχύουν την ιδέα ότι η άβολη συναισθηματική εμπειρία δεν θα ήταν διαχειρίσιμη και ανεκτή χωρίς την παρουσία του αντικειμένου αυτού, με αποτέλεσμα τα εν λόγω συναισθήματα να διατηρούνται και να εντείνονται μακροπρόθεσμα. Τα σήματα ασφαλείας και οι συμπεριφορές αποφυγής δεν δίνουν τη δυνατότητα στο άτομο να μάθει ότι

η κατάσταση δεν είναι επικίνδυνη και ότι μπορεί να τη διαχειριστεί, καθώς αποδίδει το γεγονός ότι διαχειρίστηκε τα συναισθήματα στην παρουσία των σημάτων ή στην αποφυγή.

Περαιτέρω, ο θεραπευτής βοηθά τον θεραπευόμενο να εντοπίσει και να τροποποιήσει τις συμπεριφορές που υποκινούνται από τα συναισθήματα. Το Ενιαίο Πρωτόκολλο εισήγαγε τον όρο emotion-driven behaviors (EDBs). Οι άνθρωποι τείνουν να έχουν λειτουργικές και δυσλειτουργικές συμπεριφορές υποκινούμενες από το συναίσθημα. Για παράδειγμα, ορθώς πράττει ένας άνθρωπος που τρέχει να ξεφύγει από ένα φλεγόμενο κτίριο, καθώς η συμπεριφορά αυτή θα τον προστατεύσει από έναν υπαρκτό κίνδυνο. Ωστόσο, οι άνθρωποι επιστρατεύουν αντίστοιχες συμπεριφορές σε συνθήκες που είτε δεν υπάρχει πραγματική απειλή είτε η ένταση των συμπεριφορών είναι δυσανάλογη σε σχέση με το γεγονός. Ο θεραπευτής εστιάζει στη λειτουργία που έχουν οι δυσλειτουργικές αυτές συμπεριφορές, καθώς και στις συνέπειές τους, αξιοποιώντας τις εμπειρίες του ίδιου του θεραπευόμενου.

Στην έκτη ενότητα επιχειρείται η κατανόηση, επίγνωση, ανοχή και διαχείριση των σωματικών αισθήσεων που προκύπτουν κατά τη βίωση συναισθημάτων. Οι σωματικές αισθήσεις είναι σημαντικό να νοούνται ως αναπόσπαστο κομμάτι των συναισθημάτων, που το άτομο αποδέχεται και δεν τις φοβάται, όταν τις βιώνει. Κατά τη διάρκεια μίας συνεδρίας, ο θεραπευτής χρησιμοποιεί κάποιες τεχνικές, όπως η ενδοδεκτική έκθεση που αφορά τη συστηματική και επαναλαμβανόμενη έκθεση στις σωματικές αντιδράσεις που συνοδεύουν τα συναισθήματα, τη βίωση των οποίων το άτομο αποφεύγει, καθώς θεωρεί τις αισθήσεις δυνητικά επικίνδυνες και μη διαχειρίσιμες από το ίδιο. Για παράδειγμα, κατά τη συνεδρία εφαρμόζονται τεχνικές που προάγουν τον υπεραερισμό, όπου το άτομο λόγω της μείωσης του διοξειδίου του άνθρακα και της αύξησης του οξυγόνου στο αίμα μπορεί να νιώσει ζαλάδα, όπως μπορεί να εκδηλωθεί, όταν βιώνει έντονο άγχος σε καταστάσεις στην καθημερινότητα. Μέσα από τις ασκήσεις αυτές, ο θεραπευόμενος έρχεται σε επαφή με τα σωματικά συμπτώματα και σταδιακά εξοικειώνεται. Επίσης, αυτή η ενότητα προετοιμάζει τον θεραπευόμενο για την in vivo έκθεση που ακολουθεί.

Η έβδομη ενότητα διαρκεί τέσσερις με έξι συνεδρίες και αφορά την έκθεση στα συναισθήματα σε πραγματικές καταστάσεις που αποφεύγει συστηματικά. Στην ενότητα αυτή πραγματοποιείται η τεχνική της έκθεσης εντός και εκτός του θεραπευτικού πλαισίου. Ο θεραπευόμενος εκτίθεται σε καταστάσεις που τυπικά του προκαλούν δυσάρεστα συναισθήματα, και μέσα από ένα οργανωμένο πλάνο ιεράρχησης του βαθμού δυσκολίας και δράσης γίνεται μια προσπάθεια αναθεώρησης της πραγματικής επικινδυνότητας που ενέχει η συγκεκριμένη περίσταση. Στόχος της έκθεσης είναι να εκτεθεί ο θεραπευόμενος όχι απλά σε αυτές καθαυτές τις καταστάσεις, που τυπικά αποφεύγει, αλλά να έρθει και σε άμεση επαφή με τα συναισθήματα που αυτές του εγείρουν. Μέσω της έκθεσης, ο θεραπευόμενος τείνει να αντικαθιστά τις δυσλειτουργικές ερμηνείες που έχει για μια κατάσταση με πιο ρεαλιστικές και αρχίζει να αντιλαμβάνεται τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνει ως λιγότερο επικίνδυνα. Η έκθεση αφορά πραγματικές καταστάσεις, όπως μία δημόσια ομιλία.

Ολοκληρώνοντας το Πρωτόκολλο Θεραπείας, στην τελευταία συνεδρία πραγματοποιείται μια ανασκόπηση και αξιολόγηση της θεραπείας και της εξέλιξης του θεραπευόμενου. Επί-

σης, συζητούνται πιθανοί λόγοι που εμπόδισαν ένα καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, όπως η θέσπιση υψηλών στόχων, η μειωμένη συμμετοχή, ή η μη κατανόηση των θεμελιωδών αρχών, ενώ γίνεται παράλληλα πρόληψη υποτροπής, συζητώντας ξανά τις στρατηγικές που διδάχτηκε ο θεραπευόμενος.

2. Υλικό και μέθοδοι

Η βιβλιογραφία που αξιοποιήθηκε στο παρόν άρθρο ανακτήθηκε ηλεκτρονικά. Οι μηχανές αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Google Scholar, το ScienceDirect, το PubMed Central, το Scopus και το Research Gate. Επρόκειτο κυρίως για ερευνητικά άρθρα και για κάποια βιβλία σε ηλεκτρονική μορφή. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση του αρθρογραφικού υλικού ήταν Unified Protocol, Barlow, Transdiagnostic Treatments, Depression, Post-Traumatic Stress Disorder, Anxiety Disorders, Obsessive-Compulsive Disorder και in Groups, ενώ αποκλείστηκαν κατά κύριο λόγο έρευνες σχετικά με εφαρμογή του Μοντέλου σε ατομικό πλαίσιο, καθώς επίσης έρευνες στις οποίες οι συμμετέχοντες ήταν παιδιά και έφηβοι. Η βιβλιογραφία ήταν αποκλειστικά στην αγγλική γλώσσα και επικεντρώθηκε κυρίως σε έρευνες της τελευταίας δεκαετίας. Τέλος, στη βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκαν πρωτίστως έρευνες αναφορικά με το Ενιαίο Μοντέλο του Barlow με εφαρμογή σε ομαδικά πλαίσια, ενώ χρησιμοποιήθηκαν και ορισμένα άρθρα που αναφέρονταν σε παρόμοια δια-διαγνωστικά μοντέλα, βασισμένα στο Μοντέλο του Barlow.

3. Αποτελέσματα

Το Ενιαίο Πρωτόκολλο του Barlow έχει εφαρμοστεί σε ποικίλες δομές, διαφορετικούς πολιτισμούς και μορφές ψυχοπαθολογίας. Αφότου εφαρμόστηκε αρχικά σε ατομικό πλαίσιο και βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά ευρήματα, οι ερευνητές άρχισαν να εξετάζουν την εφαρμογή του Μοντέλου και σε ομαδικά πλαίσια. Οι Osma και συνεργάτες (2015) εφάρμοσαν το Ενιαίο Θεραπευτικό Μοντέλο του Barlow σε ένα ισπανικό δημόσιο κέντρο ψυχικής υγείας [3]. Οι ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια είτε για κάποια αγχώδη διαταραχή είτε για κατάθλιψη, τα οποία είχαν αξιολογηθεί μέσω των κλιμάκων Anxiety Disorders Interview Schedule Lifetime Version for DSM-IV [5], Beck Depression Inventory [6] και Overall Anxiety Severity and Impairment Scale [7]. Οι συμμετέχοντες ήταν 11, ηλικίας 28-66 ετών. Το πρόγραμμα αποτελείτο από δέκα συνεδρίες. Αξιολογώντας την αποτελεσματικότητα του προγράμματος, σημειώθηκε μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, βελτίωση της ποιότητας ζωής και της γενικής λειτουργικότητας και θετική επίδραση σε στοιχεία της προσωπικότητας, όπως μείωση των επιπέδων νευρωτισμού και αύξηση της εξωστρέφειας. Ακολούθησαν δύο αναμνηστικές συνεδρίες μετά από έξι μήνες και μετά από ένα έτος. Μετά τη δεύτερη αναμνηστική συνεδρία, κανένας από τους συμμετέχοντες δεν πληρούσε πλέον τα διαγνωστικά κριτήρια για κάποια διαταραχή. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαίωσαν οι Osma και συνεργάτες (2022) με μία ακόμα έρευνά τους σε ένα πολύ μεγαλύτερο δείγμα (N = 243) [8]. Οι συμμετέχοντες πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη ή ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Χωρίστηκαν σε δύο συνθήκες, μέσα στις οποίες μοιράστηκαν σε υποομάδες. Στη μία συνθήκη εφαρμόστηκε το Ενιαίο Πρωτόκολλο του Barlow (N = 131) και στην άλλη συνθήκη το συγκεκριμένο Πρωτόκολλο για καθεμία διαταραχή (N = 112). Τα αποτελέσματα της έρευ-

νας έδειξαν στατιστικά σημαντική επίδραση στα συμπτώματα της κατάθλιψης, της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, των αγχώδων διαταραχών, τον νευρωτισμό, την εξωστρέφεια και την ποιότητα ζωής στις ομάδες, όπου εφαρμόστηκε το Ενιαίο Πρωτόκολλο. Οι Bullis και συνεργάτες (2015) είχαν εφαρμόσει, επίσης, το Ενιαίο Πρωτόκολλο σε μια ετερογενή ομάδα 11 ασθενών με αγχώδεις διαταραχές και συννοσηρότητα με κατάθλιψη [9]. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, καθώς και βελτίωση της λειτουργικότητας των συμμετεχόντων. Επιπλέον, βελτιώθηκαν οι δεξιότητες της συναισθηματικής διαχείρισης, η ποιότητα ζωής, η αποδοχή του εαυτού και το γενικότερο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών.

Οι Ito και συνεργάτες (2016) εφάρμοσαν το Ενιαίο Μοντέλο στο Εθνικό Κέντρο Νευρολογίας και Ψυχιατρικής του Τόκιο [10]. Η έρευνα συμπεριέλαβε 54 ασθενείς, ηλικίας 20-45 ετών. Οι ασθενείς πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, δυσθυμία, διαταραχή πανικού, διαταραχή πανικού και αγοραφοβία, κοινωνική φοβία, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, αγοραφοβία, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, αγχώδη διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς και διαταραχή μετατραυματικού στρες. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στη μία ομάδα εφαρμόστηκε το Πρωτόκολλο του Barlow σε συνδυασμό με τη συνήθη θεραπεία των ασθενών, ενώ στην άλλη ομάδα εφαρμόστηκε μόνο η συνήθης θεραπεία. Με την ολοκλήρωση του θεραπευτικού πλάνου χρησιμοποιήθηκε μια παραλλαγή της GRID-Hamilton Depression Rating Scale [11], για την αξιολόγηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Όσον αφορά την αξιολόγηση των συμπτωμάτων άγχους χρησιμοποιήθηκε η Structured Interviews Guide for Hamilton Rating Scale for Anxiety (SIGH-A) [12]. Τα αποτελέσματα και των δύο μετρήσεων έδειξαν στατιστικά μεγαλύτερη αλλαγή και μείωση των συμπτωμάτων στην ομάδα, στην οποία εφαρμόστηκε η συνήθης θεραπεία σε συνδυασμό με το Πρωτόκολλο του Barlow έναντι της ομάδας στην οποία εφαρμόστηκε μόνο η συνήθης θεραπεία.

Παρόμοια αποτελέσματα έδειξαν ακόμα δύο έρευνες. Η πρώτη ήταν μία έρευνα των Laposa και συνεργατών (2017), στην οποία συμμετείχαν 26 άτομα με αγχώδεις διαταραχές [13]. Το θεραπευτικό πρόγραμμα του Ενιαίου Πρωτοκόλλου εφαρμόστηκε σε όλους τους συμμετέχοντες και πραγματοποιήθηκε σε 14 εβδομαδιαίες συνεδρίες. Μετά το πέρας του προγράμματος υπήρχε στατιστικά σημαντική μείωση των κρίσεων πανικού, του κοινωνικού άγχους και του γενικευμένου άγχους, της κατάθλιψης και της χαμηλής διάθεσης, ενώ σημειώθηκε αύξηση της θετικής διάθεσης σε όλα τα μέλη της ομάδας. Η δεύτερη έρευνα πραγματοποιήθηκε από τους Reinhold και συνεργάτες (2017) σε μία ετερογενή ομάδα 47 ασθενών με αγχώδεις διαταραχές σε δομή Ψυχικής Υγείας στην Κοπεγχάγη [14]. Μετά την εφαρμογή του Ενιαίου Πρωτοκόλλου φάνηκε σημαντική μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης και μεταβολές στη θετική και αρνητική διάθεση σε όλους τους συμμετέχοντες. Επίσης, υπήρχαν στατιστικά σημαντικές αλλαγές στη Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS· d = .71) [15], στο WHO-5 Well-being Index (WHO-5· d = .54) [16] και στη Clinical Global Impression Severity Scale (CGI-S· d = 1.36) [17].

Οι Dominguez-Rodriguez και συνεργάτες (2020) πραγματοποίησαν μία από τις ελάχιστες εφαρμογές του Ενιαίου Πρωτοκόλλου στο Μεξικό, μελετώντας την αποτελεσματικότητά

του σε έναν διαφορετικό πληθυσμό [18]. Οι συμμετέχοντες (N = 100) είχαν λάβει διάγνωση κάποιων αγχώδους διαταραχών και ήταν ηλικίας 18-60 ετών. Η έρευνα περιλάμβανε δύο ομάδες, την ομάδα ελέγχου (N = 50) και την πειραματική (N = 50). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, στην ομάδα όπου εφαρμόστηκε το Πρωτόκολλο του Barlow οι συμμετέχοντες σημείωσαν στατιστικά σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων άγχους, καθώς και καλύτερη αποδοχή και συμμόρφωση στη θεραπεία. Επίσης, πραγματοποιώντας ηλεκτροεγκεφαλογράφημα στους ασθενείς πριν και μετά την εφαρμογή του Μοντέλου, φάνηκε να υπάρχει μια φυσιολογική δραστηριότητα των εγκεφαλικών κυμάτων Γάμα μετά την παρέμβαση, ενώ στις αρχικές μετρήσεις είχαν σημειωθεί χαμηλά επίπεδα κυμάτων Γάμα.

Το ίδιο έτος, οι Nasiri και συνεργάτες (2020) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα του Ενιαίου Πρωτοκόλλου σε συνδυασμό με την τεχνική της διακρανιακής μαγνητικής διέγερσης σε ασθενείς με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και κατάθλιψη [19]. Κατά τη διακρανιακή μαγνητική διέγερση χρησιμοποιούνται μαγνητικά πεδία, τα οποία διεγείρουν τα εγκεφαλικά κύτταρα συγκεκριμένων περιοχών που συνδέονται με τις διαταραχές ρύθμισης του συναισθήματος. Στη μελέτη αυτή, οι 43 συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες. Η πρώτη ομάδα (N = 15) συμμετείχε στο θεραπευτικό πρόγραμμα του Ενιαίου Μοντέλου σε συνδυασμό με τη διακρανιακή μαγνητική διέγερση, η δεύτερη ομάδα (N = 13) συμμετείχε μόνο στο πρόγραμμα του Ενιαίου Μοντέλου, ενώ η τρίτη ομάδα (N = 15) παρέμεινε στη λίστα αναμονής. Οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV [20], το Penn State Worry Questionnaire [21], το Beck Anxiety Inventory [22], το Beck Depression Inventory [6], το Anxiety Sensitivity Index [23] και η Intolerance of Uncertainty Scale [24]. Τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες που βρέθηκαν στις δύο ομάδες με το Ενιαίο Μοντέλο, με ή χωρίς τη διακρανιακή μαγνητική διέγερση, σκόραραν χαμηλότερα σε όλες τις κλίμακες που μελετήθηκαν, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου μετά την ολοκλήρωση της έρευνας. Επιπροσθέτως, υπήρχε στατιστικά σημαντικότερη μείωση της ανησυχίας ($F = 108.83, p < 0.001$), του άγχους ($F = 67.20, p < 0.001$), της ευαισθησίας στο άγχος ($F = 62.03, p < 0.001$) και της μη ανοχής στην αβεβαιότητα ($F = 43.92, p < 0.001$) στους συμμετέχοντες που βρέθηκαν στην ομάδα του Ενιαίου Πρωτοκόλλου σε συνδυασμό με τη διακρανιακή μαγνητική διέγερση σε σύγκριση με την ομάδα που έλαβε μόνο τη θεραπεία με βάση το Ενιαίο Πρωτόκολλο.

Επίσης, οι Arrigoni και συνεργάτες (2021) εφάρμοσαν το Ενιαίο Πρωτόκολλο του Barlow σε Ισπανούς φοιτητές [25]. Στην έρευνα συμμετείχαν εννέα φοιτητές, οι οποίοι είχαν απευθυνθεί στην Υπηρεσία Ψυχολογικής Υποστήριξης του Πανεπιστημίου για θέματα άγχους και διάθεσης. Πραγματοποιήθηκαν 12 ομαδικές εβδομαδιαίες συναντήσεις μέσω διαδικτύου, διάρκειας 90 λεπτών. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν κάποιες κλίμακες πριν και μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, όπως η Overall Anxiety Severity and Impairment Scale [7], η Overall Depression Severity and Impairment Scale [26], το Quality of Life Index [27] και η Positive and Negative Affect Scale [28]. Στις μετρήσεις μετά την εφαρμογή του Μοντέλου φάνηκε να υπάρχει μείωση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Συν τοις άλλοις, σημειώθηκε βελτίωση στην ποιότητα ζωής και τη θετική διάθεση, ενώ παρατηρήθηκε μείωση της αρνητικής διάθεσης.

Οι Marin και συνεργάτες (2021) μελέτησαν την αποτελεσμα-

τικότητα του Ενιαίου Πρωτοκόλλου του Barlow σε άστεγες γυναίκες, πάσχουσες από διαταραχές ρύθμισης του συναισθήματος [29]. Στην έρευνα συμμετείχαν 54 γυναίκες, στις οποίες πραγματοποιήθηκε παρέμβαση σύμφωνα με το Πρωτόκολλο του Barlow. Πραγματοποιήθηκαν 12 ομαδικές συνεδρίες, διάρκειας 90 λεπτών. Μελέτησαν τέσσερις μεταβλητές, στις οποίες σημειώθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος σε σύγκριση με τις μετρήσεις πριν από την εφαρμογή του Μοντέλου. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε βελτίωση στη διάθεση ($M = 6.11, SD = 1.02$), στη συνοχή της ομάδας ($M = 6.34, SD = 0.86$), στην ικανοποίηση ($M = 8.97, SD = 1.45$) και στην αντιλαμβανόμενη χρησιμότητα του μοντέλου ($M = 9.10, SD = 1.42$).

Μια πολύ πρόσφατη έρευνα των Rodriguez-Moreno και συνεργατών (2022) μελέτησε την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα του Μοντέλου σε άστεγες γυναίκες με διαταραχές διάθεσης [30]. Η έρευνα ήταν μονά τυφλή, ημι-πειραματική και συμμετείχαν 81 γυναίκες, οι οποίες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η μία ομάδα (N = 46) συμμετείχε σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που βασιζόταν στο Ενιαίο Μοντέλο του Barlow, ενώ η άλλη ομάδα (N = 35) παρέμεινε σε λίστα αναμονής. Οι συνεδρίες που πραγματοποιήθηκαν ήταν 12 και ακολούθησαν δύο αναμνηστικές συνεδρίες μετά από τρεις και έξι μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική μείωση του άγχους, της κατάθλιψης και της αρνητικής διάθεσης στην ομάδα που εφαρμόστηκε το Ενιαίο Μοντέλο.

Η αντιμετώπιση των αγχώδων διαταραχών σε ασθενείς πάσχοντες από διπολική διαταραχή είναι πολύ σημαντική. Σε έρευνα των Ellard και συνεργατών (2017) συμμετείχαν 29 ασθενείς, οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες [31]. Στη μία ομάδα (N = 16) εφαρμόστηκε το κλασικό θεραπευτικό πρωτόκολλο για τις αγχώδεις διαταραχές σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία, ενώ στην άλλη ομάδα (N = 13) εφαρμόστηκε το κλασικό θεραπευτικό πρωτόκολλο σε συνδυασμό με το Ενιαίο Πρωτόκολλο του Barlow. Πραγματοποιήθηκαν συνολικά 18 συνεδρίες. Στο τέλος του προγράμματος έγιναν επαναληπτικές μετρήσεις στα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, στις οποίες το μέγεθος αποτελέσματος ήταν υψηλό στην ομάδα που εφαρμόστηκε το κλασικό θεραπευτικό πρωτόκολλο για τις αγχώδεις διαταραχές σε συνδυασμό με το Ενιαίο Πρωτόκολλο του Barlow, έναντι της ομάδας που εφαρμόστηκε το κλασικό θεραπευτικό πρωτόκολλο για τις αγχώδεις διαταραχές σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία. Επίσης, βελτιώθηκαν τα επίπεδα νευρωτισμού, οι δεξιότητες διαχείρισης των συναισθημάτων και η ρύθμιση συναισθήματος στην ομάδα που εφαρμόστηκε το Πρωτόκολλο του Barlow.

Οι Varkovitzky και συνεργάτες (2018) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα του Ενιαίου Πρωτοκόλλου μεταξύ βετεράνων με διαταραχή μετατραυματικού στρες και συννοσηρότητα με διπολική διαταραχή, αγχώδεις διαταραχές, χρήση ουσιών, κατάθλιψη ή σχιζοφρένεια [32]. Στο ομαδικό πρόγραμμα συμμετείχαν 52 βετεράνοι, οι οποίοι έλαβαν θεραπεία βασισμένη στο Ενιαίο Μοντέλο του Barlow. Πραγματοποιήθηκαν 16 εβδομαδιαίες συνεδρίες διάρκειας 90 λεπτών. Η εφαρμογή του Πρωτοκόλλου συνέβαλε στη μείωση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες και της κατάθλιψης σε όλους τους βετεράνους, συγκρίνοντας τις ψυχομετρικές μετρήσεις τους πριν και μετά την εφαρμογή του Πρωτοκόλλου. Επίσης, βελτιώθηκε η ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος ($F = 31.96, p < 0.001$),

ενώ η μείωση των δυσκολιών αναφορικά με τη ρύθμιση του συναισθήματος σχετίστηκε αρνητικά με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης και μετατραυματικού στρες.

Οι Bamesghi και συνεργάτες (2019) πραγματοποίησαν μία έρευνα στο Ιράν, μελετώντας την επίδραση του Ενιαίου Μοντέλου σε γυναίκες με καταθλιπτικά συμπτώματα, συνδεόμενα με προβλήματα στις συζυγικές τους σχέσεις [33]. Στην έρευνα συμμετείχαν 35 γυναίκες, οι οποίες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η μία ομάδα (N = 18) αποτέλεσε την ομάδα ελέγχου, στην οποία εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα με τίτλο «English language training», λειτουργώντας ως εικονική θεραπευτική διαδικασία (placebo), ενώ στη δεύτερη ομάδα (N = 17) εφαρμόστηκε το Πρωτόκολλο του Barlow. Πραγματοποιήθηκαν 12 συνεδρίες διάρκειας 60 λεπτών. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν στατιστικά μεγαλύτερη μείωση της σοβαρότητας της κατάθλιψης στην πειραματική ομάδα έναντι της ομάδας ελέγχου ($F = 26.07, p < 0.001$). Επίσης, σημειώθηκε βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας στα άτομα που ανήκαν στην πειραματική ομάδα. Συγκεκριμένα, αυξήθηκε η αμοιβαία επικοινωνιακή επικοινωνία με τους συντρόφους ($F = 22.78, p < 0.001$) και μειώθηκαν η αμοιβαία αποφυγή της επικοινωνίας ($F = 21.35, p < 0.001$) και η απόσυρση ($F = 24.6, p < 0.001$).

Σε μια πρόσφατη πιλοτική έρευνα των O'Donnell και συνεργατών (2021) μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα του Ενιαίου Μοντέλου σε ασθενείς οι οποίοι μετά τη βίωση κάποιου τραυματικού γεγονότος είχαν εμφανίσει κάποια μορφή ψυχοπαθολογίας, όπως η διαταραχή μετατραυματικού στρες, η αγοραφοβία, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και η μείζων καταθλιπτική διαταραχή [34]. Οι συνεδρίες διαρκούσαν περίπου 60 λεπτά και έλαβαν χώρα σε περίπου 14 εβδομάδες. Οι συμμετέχοντες ήταν 43 και χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, όπου στην πρώτη (N = 21) εφαρμόστηκε το κλασικό θεραπευτικό πρωτόκολλο και στη δεύτερη (N = 22) το Ενιαίο Πρωτόκολλο. Οι ασθενείς που έλαβαν τη θεραπεία βάσει του Ενιαίου Πρωτοκόλλου είχαν στατιστικά σημαντική μείωση του άγχους (Hedges' $g = 1.20$), της σοβαρότητας της κατάθλιψης (Hedges' $g = 1.40$) και των συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού στρες (Hedges' $g = 1.27$) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, ενώ μειώθηκαν σημαντικά και τα ποσοστά διάγνωσης για την αγοραφοβία, τη μείζων καταθλιπτική διαταραχή και τη διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Οι Maia και συνεργάτες (2013) εφάρμοσαν ένα παρόμοιο Ενιαίο Πρωτόκολλο βασισμένο στο Πρωτόκολλο του Barlow και τις αρχές της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Θεραπείας σε δύο ομάδες ασθενών με συννοσηρότητα αγχώδων διαταραχών και διαταραχών διάθεσης [35]. Το Πρωτόκολλο εφαρμόστηκε και στις δύο ομάδες (N = 16), σε 12 συνεδρίες διάρκειας δύο ωρών. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν και στις δύο ομάδες τη μείωση και διαχείριση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης με βάση τις κλίμακες του Beck. Επίσης, υπήρξε και στις δύο ομάδες βελτίωση στις κοινωνικές σχέσεις, τις κοινωνικές δεξιότητες και αύξηση της αυτοπεποίθησης και του κινήτρου για ζωή. Ακόμη, σημειώθηκε βελτίωση στη σεξουαλική λειτουργία ($F = 13.13, p < 0.001$). Τέλος, οι μετρήσεις κατέδειξαν βελτίωση στην ποιότητα ζωής αναφορικά με τον κοινωνικό τομέα ($F = 36.86, p < 0.001$), τον περιβαλλοντικό τομέα ($F = 27.63, p < 0.001$), τον σωματικό τομέα ($F = 28.15, p < 0.001$) και τον ψυχολογικό τομέα ($F = 9.90, p < 0.001$).

Οι Bamesghi και συνεργάτες (2020) εφάρμοσαν ένα παρόμοιο Πρωτόκολλο, βασισμένο στο πρότυπο του Barlow, μελε-

τώντας την επίδρασή του στη ρύθμιση του συναισθήματος και τη βιωματική αποφυγή σε γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με μείζων κατάθλιψη και συννοσηρότητα με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή [36]. Οι γυναίκες που συμμετείχαν ήταν 35 και χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στη μία ομάδα (N = 17) εφαρμόστηκε το Ενιαίο Πρωτόκολλο, ενώ η άλλη ομάδα (N = 18) δεν έλαβε κάποια μορφή θεραπείας. Πραγματοποιήθηκαν 22 συνεδρίες διάρκειας δύο ωρών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν βελτίωση στη ρύθμιση του συναισθήματος ($F = 31.54, p < 0.001$) και άμβλυνση της βιωματικής αποφυγής ($F = 16.56, p < 0.001$) στην ομάδα που είχε συμμετάσχει στην εφαρμογή του Ενιαίου Μοντέλου σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επίσης, στις δύο αυτές συνθήκες τα άτομα εμφάνισαν μείωση των συμπτωμάτων της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής ($F = 40.16, p < 0.001$) και της κατάθλιψης ($F = 26.07, p < 0.001$).

Το ίδιο έτος, οι Kivity και συνεργάτες (2020) εφάρμοσαν ένα τροποποιημένο δια-διαγνωστικό μοντέλο βασισμένο στις αρχές του Ενιαίου Πρωτοκόλλου του Barlow σε ασθενείς κοινωνικών κέντρων ψυχικής υγείας [37]. Στους 13 ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις πριν και μετά την εφαρμογή του Μοντέλου αναφορικά με τη δυσφορία, την απορρύθμιση του συναισθήματος, τον φόβο για τις σωματικές αισθήσεις, την αξία της ζωής και τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος σημειώθηκε σημαντική βελτίωση σε όλες τις παραμέτρους, εκτός από την αξία της ζωής. Παρατηρήθηκε ότι η ρύθμιση του συναισθήματος και η συμμόρφωση στη θεραπεία σχετίστηκαν με τη μείωση της δυσφορίας.

Μία παραλλαγή του Ενιαίου Μοντέλου έχει εφαρμοστεί σε μια ετερογενή ομάδα Κινέζων (N = 31), οι οποίοι είχαν διαγνωστεί με κάποια από τις καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές [38]. Το πρόγραμμα αποτελούνταν από μία ατομική συνεδρία και 14 ομαδικές. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν στατιστικά σημαντική βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ($d = 1.11$), του άγχους ($d = 0.67$), της επαγγελματικής και κοινωνικής κατάστασης ($d = 0.49$) και της θετικής διάθεσης ($d = 0.54$) σε σχέση με τις μετρήσεις πριν από την έναρξη της θεραπείας. Επίσης, με την ολοκλήρωση του προγράμματος, το 29% των ασθενών με αγχώδεις διαταραχές σκόραρε μέσα στις φυσιολογικές τιμές στο Beck Anxiety Inventory [22] και το 45,2% των ασθενών με κατάθλιψη σκόραρε στις φυσιολογικές τιμές του Beck Depression Inventory-Revised [39].

Οι De Paul και Caver (2021) εφάρμοσαν ένα σύντομο ομαδικό πρόγραμμα βασισμένο στο Ενιαίο Πρωτόκολλο σε 48 βετεράνους με ήπιες αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές διάθεσης [40]. Το πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε σε πέντε εβδομαδιαίες συνεδρίες, καθώς έλαβε χώρα σε μια πρωτοβάθμια δομή φροντίδας, όπου δεν ήταν εφικτή η πραγματοποίηση περισσότερων συνεδριών. Τα αποτελέσματα της πιλοτικής έρευνας έδειξαν σημαντική μείωση της κατάθλιψης ($t = 5.60, df = 45, p < 0.001$), του άγχους ($t = 6.67, df = 45, p < 0.001$) και της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας ($t = 4.89, df = 36, p < 0.001$).

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται συνοπτικά τα ευρήματα αυτών των ερευνών.

Πίνακας 1. Συνοπτική παρουσίαση των ευρημάτων των ερευνών

Έρευνες	Συμμετέχοντες	Ομάδες	Μορφή Ψυχοπαθολογίας	Αποτελέσματα
Osma et al. (2015)	N = 11	Μία ετερογενής ομάδα	Αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη	Βελτίωση άγχους, κατάθλιψης, ποιότητας ζωής, γενικής λειτουργικότητας και θετική επίδραση στην προσωπικότητα σε όλη την ομάδα.
Osma et al. (2022)	N = 243	Δύο ομάδες. Στη μία εφαρμογή του Πρωτοκόλλου του Barlow (N = 131) και στην άλλη το εκάστοτε Πρωτόκολλο (N = 112)	Αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	Βελτίωση στα συμπτώματα της κατάθλιψης, της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, των αγχωδών διαταραχών, τον νευρωτισμό, την εξωστρέφεια και την ποιότητα ζωής στην ομάδα με το Πρωτόκολλο του Barlow.
Bullis et al. (2015)	N = 11	Μία ετερογενής ομάδα	Αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη	Βελτίωση άγχους, κατάθλιψης, λειτουργικότητας, δεξιοτήτων συναισθηματικής διαχείρισης, ποιότητας ζωής, αποδοχής εαυτού και επιπέδου ικανοποίησης σε όλη την ομάδα.
Ito et al. (2016)	N = 54	Δύο ομάδες. Στη μία εφαρμογή του Μοντέλου του Barlow και συνήθης θεραπεία και στην άλλη μόνο η συνήθης θεραπεία.	Καταθλιπτικές διαταραχές, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχή μετατραυματικού στρες, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	Μείωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην ομάδα με την εφαρμογή του Μοντέλου του Barlow και τη συνήθη θεραπεία.
Laposa et al. (2017)	N = 26	Μία ετερογενής ομάδα	Αγχώδεις διαταραχές	Μείωση πανικού, κοινωνικού και γενικευμένου άγχους, κατάθλιψης, χαμηλής διάθεσης, και ενδυνάμωση θετικής διάθεσης σε όλη την ομάδα.
Reinholt et al. (2017)	N = 47	Μία ετερογενής ομάδα	Αγχώδεις διαταραχές	Βελτίωση άγχους, κατάθλιψης, χαμηλής και θετικής διάθεσης σε όλη την ομάδα.
Dominguez-Rodriguez et al. (2020)	N = 100	Πειραματική ομάδα (N = 50) και ομάδα ελέγχου (N = 50)	Αγχώδεις διαταραχές	Βελτίωση άγχους, αποδοχή και συμμόρφωση στη θεραπεία, φυσιολογική λειτουργία των εγκεφαλικών κυμάτων Γάμα στην πειραματική ομάδα.
Nasiri et al. (2020)	N = 43	Τρεις ομάδες. Μία ομάδα Μοντέλο Barlow και διακρανιακή διέγερση (N = 15), μία ομάδα μόνο Μοντέλο του Barlow (N = 13) και μία ομάδα λίστα αναμονής (N = 15).	Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, κατάθλιψη	Μείωση ανησυχίας, άγχους και ευαισθησίας στο άγχος στην ομάδα με το Μοντέλο του Barlow και τη διακρανιακή διέγερση.
Arrigoni et al. (2021)	N = 9	Μία ετερογενής ομάδα	Άγχος και κατάθλιψη	Μείωση άγχους, κατάθλιψης και αρνητικής διάθεσης, και ενδυνάμωση της θετικής διάθεσης και της ποιότητας της ζωής.
Marin et al. (2021)	N = 54	Μία ετερογενής ομάδα	Διαταραχές ρύθμισης του συναισθήματος	Ενδυνάμωση διάθεσης και ικανοποίησης σε όλη την ομάδα.
Rodriguez-Moreno et al. (2022)	N = 81	Δύο ομάδες. Στη μία εφαρμογή του Μοντέλου του Barlow (N = 46) και η άλλη λίστα αναμονής (N = 35)	Διαταραχές ρύθμισης του συναισθήματος	Μείωση άγχους, κατάθλιψης και αρνητικής διάθεσης στην ομάδα με το Μοντέλο του Barlow.



Έρευνες	Συμμετέχοντες	Ομάδες	Μορφή Ψυχοπαθολογίας	Αποτελέσματα
Ellard et al. (2017)	N = 29	Δύο ομάδες. Στη μία εφαρμογή του Μοντέλου του Barlow και κλασικό θεραπευτικό πρωτόκολλο (N = 13) και στην άλλη κλασικό θεραπευτικό πρωτόκολλο και φαρμακοθεραπεία (N = 16)	Αγχώδεις διαταραχές, διπολική διαταραχή	Βελτίωση συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης, νευρωτισμού, δεξιοτήτων διαχείρισης συναισθημάτων και ρύθμισης του συναισθήματος στην ομάδα με το Μοντέλου του Barlow και το κλασικό θεραπευτικό πρωτόκολλο.
Varkovitzky et al. (2018)	N = 52	Μία ετερογενής ομάδα	Διαταραχή μετατραυματικού στρες, διπολική διαταραχή, αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, χρήση ουσιών, σχιζοφρένεια	Μείωση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, κατάθλιψης, βελτίωση ικανότητας ρύθμισης του συναισθήματος σε όλη την ομάδα.
Bamesghi et al. (2019)	N = 35	Πειραματική ομάδα (N = 17) και ομάδα έλεγχου (N = 18)	Κατάθλιψη	Μείωση σοβαρότητας της κατάθλιψης, βελτίωση δεξιοτήτων επικοινωνίας στην πειραματική ομάδα.
O'Donnell et al. (2021)	N = 43	Δύο ομάδες. Στη μία εφαρμογή του Πρωτοκόλλου του Barlow (N = 22) και στην άλλη το κλασικό θεραπευτικό πρωτόκολλο (N = 21)	Διαταραχή μετατραυματικού στρες, αγοραφοβία, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, μείζων καταθλιπτική διαταραχή	Μείωση άγχους, σοβαρότητας της κατάθλιψης και συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού στρες στην ομάδα με το Πρωτόκολλο του Barlow.
Maia et al. (2013)	N = 16	Δύο πειραματικές ομάδες, όπου εφαρμόστηκε ένα παρόμοιο Ενιαίο Πρωτόκολλο.	Αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές διάθεσης	Μείωση και διαχείριση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων, κοινωνικών δεξιοτήτων, σεξουαλικής λειτουργίας, ποιότητας ζωής και αύξηση αυτοπεποίθησης και κινήτρου για ζωή και στις δύο ομάδες.
Bamesghi et al. (2020)	N = 35	Πειραματική ομάδα (N = 17) και ομάδα έλεγχου (N = 18)	Μείζων καταθλιπτική διαταραχή, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	Βελτιωμένες στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος και της βιωματικής αποφυγής και μείωση συμπτωμάτων της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και της κατάθλιψης στην πειραματική ομάδα.
Kivity et al. (2020)	N = 13	Μία ετερογενής ομάδα	Αγχώδεις διαταραχές	Βελτίωση της δυσφορίας, του φόβου για τα σωματικά συμπτώματα, της ρύθμισης του συναισθήματος και της συμμόρφωσης στη θεραπεία.
Powell et al. (2021)	N = 31	Μία ετερογενής ομάδα	Καταθλιπτικές διαταραχές, αγχώδεις διαταραχές	Βελτίωση καταθλιπτικών στοιχείων, άγχους, επαγγελματικής και κοινωνικής κατάστασης και θετικής διάθεσης σε όλη την ομάδα.
De Paul & Caver (2021)	N = 48	Μία ετερογενής ομάδα	Αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές διάθεσης	Μείωση κατάθλιψης, άγχους και ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας σε όλη την ομάδα.

Εκτός από τις προαναφερθείσες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί αναφορικά με την αποτελεσματικότητα του Ενιαίου Πρωτοκόλλου στις διαταραχές ρύθμισης του συναισθήματος, τα τελευταία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί και ορισμένες συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-ανάλυσεις. Οι Sakiris και Berle (2019) πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-

άλυση μελετώντας το Ενιαίο Πρωτόκολλο ως ένα δια-διαγνωστικό θεραπευτικό μοντέλο, το οποίο στοχεύει στη ρύθμιση του συναισθήματος [41]. Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκαν 15 έρευνες, οι οποίες περιλάμβαναν 1.244 συμμετέχοντες. Οι συμμετέχοντες πληρούσαν τα κριτήρια για γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, διαταραχή πανικού και αγοραφοβία, διαταραχή πανικού, διαταραχή

κοινωνικού άγχους, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, διαταραχή μετατραυματικού στρες και οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Οι έρευνες που μελέτησαν αφορούσαν ατομική παρέμβαση, ομαδική παρέμβαση και παρέμβαση μέσω διαδικτύου. Με βάση όλες τις έρευνες, φάνηκε μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης στο σύνολο των συμμετεχόντων. Η μείωση αυτή διατηρούνταν για τουλάχιστον έξι μήνες μετά την παρέμβαση. Επίσης, φάνηκε βελτίωση στην αποδοχή των συναισθημάτων, την ενσυνειδητότητα, τις γνωσιακές αναπαραστάσεις που αφορούν τα αρνητικά συναισθήματα και ενδυνάμωση της διάθεσης.

Επίσης, οι Osma και συνεργάτες (2021) πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση, μελετώντας την αποτελεσματικότητα του Ενιαίου Πρωτοκόλλου σε άτομα με διαταραχές ρύθμισης του συναισθήματος (γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, κατάθλιψη, διαταραχή κοινωνικού άγχους, μείζων καταθλιπτική διαταραχή, δυσθυμία, εποχιακή συναισθηματική διαταραχή) και παράλληλα πάσχοντες από κάποιο ιατρικό πρόβλημα, όπως χρόνιο πόνο, καρκίνο του στήθους, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, Πάρκινσον, σκλήρυνση κατά πλάκας και HIV [42]. Στην ανασκόπηση συμπεριέλαβαν εννέα έρευνες. Οι έρευνες αυτές αφορούσαν τόσο ατομική όσο και ομαδική παρέμβαση. Το μέγεθος επίδρασης d κυμαινόταν από -3.34 έως 2.16. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης έδειξαν ότι η εκπαίδευση σε δεξιότητες ρύθμισης του συναισθήματος συσχετίστηκε τόσο με τη μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης όσο και της γενικότερης δυσφορίας, που προκαλούνταν από την εκάστοτε ιατρική ασθένεια.

4. Συζήτηση

Το Ενιαίο Πρωτόκολλο έχει εφαρμοστεί με επιτυχία τόσο από τον Barlow όσο και από μεταγενέστερους μελετητές σε ένα ευρύ φάσμα διαταραχών, όπως οι καταθλιπτικές διαταραχές, η διπολική διαταραχή, οι αγχώδεις διαταραχές, η διαταραχή μετατραυματικού στρες, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η κατάχρηση αλκοόλ, η αύπνια, ο αυτοκτονικός ιδεασμός, ο χρόνιος πόνος και η οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Επίσης, το Μοντέλο έχει εφαρμοστεί σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια, μελετώντας την αποτελεσματικότητά του σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση φαίνεται ότι το Πρωτόκολλο μπορεί να εφαρμοστεί επιτυχώς τόσο σε ευρωπαϊκές χώρες, μεταξύ των οποίων η Δανία και η Ισπανία, όσο και στη Βόρεια Αμερική, αλλά και σε χώρες της Ανατολής, όπως η Κίνα και η Ιαπωνία.

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση συγκέντρωσε τα αποτελέσματα από 20 πειραματικές έρευνες και δύο συστηματικές ανασκοπήσεις, στις οποίες εφαρμόστηκε το Ενιαίο Πρωτόκολλο του Barlow, σε ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με κάποια διαταραχή ρύθμισης του συναισθήματος. Η παρούσα ανασκόπηση εστίασε στην εφαρμογή του Μοντέλου σε ενήλικες ασθενείς, που είχαν διαγνωστεί με καταθλιπτικές διαταραχές, κάποια μορφή αγχώδους διαταραχής, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και διαταραχή μετατραυματικού στρες. Η εφαρμογή του Μοντέλου έγινε σε ομαδικό πλαίσιο και οι ομάδες δεν ήταν ομοιογενείς.

Μελετώντας την εφαρμογή και αποτελεσματικότητα του Ενιαίου Πρωτοκόλλου βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Συνολικά, μετά την εφαρμογή του Μοντέλου στις πειραματικές ομάδες, φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων γενικευμένου και κοινωνικού άγχους, του πανικού, της κατάθλιψης, της γενικής λειτουργικό-

τητας και της χαμηλής διάθεσης σε άτομα που έχουν διαγνωστεί με αγχώδεις διαταραχές [13]. Επίσης, φαίνεται ότι βελτιώνονται οι δεξιότητες συναισθηματικής διαχείρισης, η αποδοχή του εαυτού, η ποιότητα ζωής και αυξάνονται τα επίπεδα ικανοποίησης σε άτομα με κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές [9]. Επιπλέον, το Μοντέλο φαίνεται να σχετίζεται με άμβλυνση χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και ιδιαίτερα με τη μείωση των επιπέδων του νευρωτισμού σε άτομα που έχουν διαγνωστεί με αγχώδεις διαταραχές και διπολική διαταραχή [31], όπως και σε άτομα με κατάθλιψη και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή [8].

Επιπροσθέτως, μέσα από την εφαρμογή του Πρωτοκόλλου, οι ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές σημειώνουν μείωση στον φόβο που νιώθουν για τα σωματικά συμπτώματα του άγχους και μειώνεται γενικότερα η επανεμφάνιση των αγχωδών διαταραχών [37]. Επίσης, αντιμετωπίζοντας τα δυσάρεστα συναισθήματα, δεν καταφεύγουν σε συμπεριφορές αποφυγής. Ακόμη, έχει σημειωθεί μείωση της σοβαρότητας της ψυχοπαθολογίας [34], καθώς και καλύτερη αποδοχή και συμμόρφωση των ασθενών με αγχώδεις διαταραχές στη θεραπεία [19]. Αναφορικά με τις διαπροσωπικές σχέσεις, το Πρωτόκολλο φαίνεται να συμβάλει στη βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων και των κοινωνικών δεξιοτήτων σε άτομα που έχουν διαγνωστεί με αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές διάθεσης, καθώς και βελτίωση στη σεξουαλική λειτουργία, την αμοιβαία επικοινωνιακή επικοινωνία μεταξύ των συντρόφων, την ποιότητα ζωής, την αύξηση της αυτοπεποίθησης και του κινήτρου για ζωή [35]. Τέλος, έμμεσα επηρεάζει και τη φυσιολογία του εγκεφάλου και συγκεκριμένα τα εγκεφαλικά κύματα Γάμα, όπως έχει φανεί από ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα που έχουν πραγματοποιηθεί σε ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές [19]. Όλα αυτά τα ευρήματα έχει φανεί ότι διατηρούνται σε βάθος χρόνου και δεν είναι βραχύχρονα.

Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα υφίστανται περιορισμοί. Το δείγμα των ερευνών που μελετήθηκε και συμπεριλήφθηκε είναι μικρό, λόγω της περιορισμένης πρόσβασης σε πηγές, όπως τα ολόκληρα άρθρα, και ίσως δεν είναι επαρκώς αντιπροσωπευτικό της αποτελεσματικότητας του Μοντέλου. Στο παρόν άρθρο αξιοποιήθηκαν έρευνες οι οποίες παρουσίαζαν ευρήματα σχετικά με την εφαρμογή του Μοντέλου, αποκλειστικά σε ενήλικες σε ομαδικά πλαίσια, οι οποίοι είχαν διαγνωστεί με αγχώδεις διαταραχές, διαταραχή μετατραυματικού στρες, καταθλιπτικές διαταραχές και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Επιπλέον, επειδή μελετήθηκε η εφαρμογή του Μοντέλου μόνο σε μερικές από τις διαταραχές ρύθμισης του συναισθήματος, ίσως τα αποτελέσματα να μην μπορούν να γενικευτούν σε όλες τις διαταραχές ρύθμισης του συναισθήματος, όπως η διπολική διαταραχή και οι διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Αναφορικά με μελλοντικές ερευνητικές προτάσεις, ίσως θα ήταν επικοινωνιακό να πραγματοποιηθούν έρευνες με μεγαλύτερα και πιο αντιπροσωπευτικά δείγματα, καθώς οι υπάρχουσες έρευνες έχουν διεξαχθεί σε μικρές ομάδες συμμετεχόντων, κάτι που μπορεί να ενέχει περιορισμούς ως προς τις δυνατότητες γενίκευσης των ευρημάτων. Επίσης, εκτός από τη ρύθμιση του συναισθήματος ως διαμεσολαβητικού παράγοντα για τη μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, ίσως είναι χρήσιμο να μελετηθεί η ύπαρξη και άλλων διαμεσολαβητικών παραγόντων, όπως για παράδειγμα η βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων. Τέλος, ίσως θα πρέπει σε μεταγενέστερες έρευνες να πραγματοποιούνται αναμνηστικές συνεδρίες και μετά το πέρας του ενός χρόνου, ώστε να μελετάται η διατήρηση των

ευρημάτων σε βάθος χρόνου. Συμπερασματικά, τα μέχρι τώρα ευρήματα καταδεικνύουν ότι το Μοντέλο του Barlow αποτελεί μια χρήσιμη θεραπευτική παρέμβαση στην αντιμετώπιση των διαταραχών ρύθμισης του συναισθήματος.

Application and Efficacy of Transdiagnostic Models of Emotional Disorders in Group Format: The Case of Barlow's Unified Protocol

Olga Karvela

Institute of Behavioral Research and Therapy

Association of Cognitive-Behavioural Studies

Correspondence: Olga Karvela, Aristotelous 34, 14233, Athens

Email: olgakarvela@hotmail.com – Tel.: +30 6983120834

Abstract

The current article is a literature review of the application and the efficacy of the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. Specifically, it focuses on Barlow's Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in group treatment interventions, among adults with Anxiety Disorders, Post-Traumatic Stress Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder and Depression. The Protocol is based on the fundamentals of Cognitive-Behavioral Therapy and it is consisted of five basic units and three further ones. The Unified Protocol does not follow a categorical model in the diagnosis of disorders, but instead places them on a continuum based on common processes, patterns, and behaviors. The main focus of the Model is on the awareness and regulation of the emotions through cognitive-behavioral techniques [2]. According to research results, the Unified Protocol is an effective approach for various Disorders, such as Anxiety Disorders, Eating Disorders, Post-Traumatic Stress Disorder, Bipolar Disorders and Depression in differential cultural contexts. Similar transdiagnostic treatments, which have been developed based on the Barlow's Model are presented as well. The bibliography research was held via Internet and it was in English language. Google Scholar, ScienceDirect, PubMed Central, Scopus and Research Gate were used for the finding of bibliography. The results of the studies demonstrate that the specific protocol is very useful and effective. Specifically, the results showed that there was a decrease of anxiety and depressive symptoms, worry and negative affect and at the same time there was an increase of positive emotions [14]. Furthermore, there was an improvement of the quality of life, the functionality, the general satisfaction and self-confidence. Moreover, the regulation of the emotions was related to the improvement of both marital and social relationships. The patients adopted better emotion-regulation skills, as well as social skills. Moreover, there was a decrease in neuroticism and generally in the severity of the clinical symptoms [31]. Also, the patients seemed to comply better with therapy. All these results were maintained for at least six months after the treatment termination. Despite these positive results, there is a need for further research. It may be useful to do more research on finding mediating factors other than emotional regulation that could play an important role on the improvement of Emotional Disorders, such as coping skills training. In conclusion, although Unified Protocol seems to be a promising approach, further research is still needed.

Keywords: Unified Protocol, Transdiagnostic Model, Emotional Disorders, Anxiety Disorders, Depression.

Βιβλιογραφία

- [1] Kennedy KA, Barlow DH. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: An introduction. In Barlow DH, Farchione TJ, editors. *Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2018. pp. 1-16.
- [2] Barlow DH, Farchione TJ, Sauer-Zavala S, Latin HM, Ellard KK, Bullis JR, Bentley KH, Boettcher HT, Cassiello-Robbins C. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide (2nd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press; 2018. pp. 171-177.
- [3] Osma J, Castellano C, Crespo E, García-Palacios A. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a Spanish public mental health setting. *Behavioral Psychology*. 2015; 23(3): 447-466.
- [4] Gallagher MW, Sauer-Zavala SE, Boswell JF, Carl JR, Bullis J, Farchione TJ, Barlow DH. The Impact of the Unified Protocol for Emotional Disorders on Quality of Life. *Int J Cogn Ther*. 2013; 6(1).
- [5] Brown TA, DiNardo PA, Barlow DH. *Anxiety Disorders Interview Schedule Lifetime Version for DSM-IV*. Oxford, UK: Oxford University Press, 1994.
- [6] Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1961; 4(6): 561-71.
- [7] Norman SB, Cissell SH, Means-Christensen AJ, Stein MB. Development and validation of an Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Depression and Anxiety*. 2006; 23(4): 245-249.
- [8] Osma J, Navarro Haro MV, Peris Baquero Ó, Suso Ribera C. Unified Protocol in a Group Format for Improving Specific Symptoms of Emotional Disorders in the Spanish Public Health System. *Psicothema*. 2022; 34(1): 25-34.
- [9] Bullis JR, Sauer-Zavala S, Bentley KH, Thompson-Hollands J, Carl JR, Barlow DH. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behav Modif*. 2015; 39(2): 295-321.
- [10] Ito M, Horikoshi M, Kato N, Oe Y, Fujisato H, Nakajima S, Kanie A, Miyamae M, Takebayashi Y, Horita R, Usuki M, Nakagawa A, Ono Y. Transdiagnostic and Transcultural: Pilot Study of Unified Protocol for Depressive and Anxiety Disorders in Japan. *Behav Ther*. 2016; 47(3): 416-30.
- [11] Williams JB, Kobak KA, Bech P, Engelhardt N, Evans K, Lipsitz J, Olin J, Pearson J, Kalali A. The GRID-HAMD: standardization of the Hamilton Depression Rating Scale. *Int Clin Psychopharmacol*. 2008; 23(3): 120-9.
- [12] Shear MK, Vander Bilt J, Rucci P, Endicott J, Lydiard B, Otto MW, Pollack MH, Chandler L, Williams J, Ali A, Frank DM. Reliability and validity of a structured interview guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (SIGH-A). *Depress Anxiety*. 2001; 13(4): 166-78.
- [13] Laposo JM, Mancuso E, Abraham G, Loli-Dano L. Unified Protocol Transdiagnostic Treatment in Group Format. *Behav Modif*. 2017; 41(2): 253-268.
- [14] Reinholt N, Aharoni R, Winding C, Rosenberg N, Rosenbaum B, Arnfred S. Transdiagnostic group CBT for anxiety disorders: the unified protocol in mental health services. *Cogn Behav Ther*. 2017; 46(1): 29-43.
- [15] Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959; 32: 50-55.
- [16] World Health Organization. Well-being measures in primary health care/the Dep-Care project: report on a WHO meeting. Stockholm, Sweden: World Health Organization, 1998.
- [17] Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007; 4(7): 28-37.
- [18] Dominguez-Rodriguez A, Chavez-Valdez SM, Avitia GC, Valencia-Espinoza LC. Unified protocol for anxiety disorders in two cities of Mexico measuring gamma activity: Study protocol for a randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials Commun*. 2020; 18.
- [19] Nasiri F, Mashhadi A, Bigdeli I, Chamanabad AG, Ellard KK. Augmenting the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with transcranial direct current stimulation in individuals with generalized anxiety disorder and comorbid depression: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 262: 405-413.
- [20] Newman MG, Zuellig AR, Kachin KE, Constantino MJ, Przeworski A, Erickson T, Cashman-McGrath L. Preliminary reliability and validity of the generalized anxiety disorder questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*. 2002; 33(2): 215-233.
- [21] Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther*. 1990; 28(6): 487-95.
- [22] Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 56(6): 893-7.
- [23] Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour research and therapy*. 1986; 24(1): 1-8.
- [24] Buhr K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. *Behavior Research and Therapy*. 2002; 40: 931-945.

- [25] Arrigoni F, Marchena-Consejero E, Navarro-Guzmán José I. Application and evaluation of the efficacy of the unified transdiagnostic protocol with Spanish college students. *Rev. Costarric. Psic.* 2021; 40(2): 149-169.
- [26] Bentley KH, Gallagher MW, Carl JR, Barlow DH. Development and validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychological Assessment.* 2014; 26(3): 815-830.
- [27] Yonk RM, Smith JT, Wardle AR. Building a Quality of Life Index. In Alice A, Boas V, editors. *Well-Beings and Quality of Life.* Utah, U.S.A: InTech; 2017. pp. 4-25.
- [28] Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol.* 1988; 54(6): 1063-70.
- [29] Marín C, Guillén AI, Rodríguez-Moreno S, Diéguez S, Panadero S, Farchione T. Application of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders among homeless women: A feasibility study. *Psychotherapy (Chic).* 2021; 58(2): 242-247.
- [30] Rodríguez-Moreno S, Farchione TJ, Roca P, Marín C, Guillén AI, Panadero S. Initial Effectiveness Evaluation of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders for Homeless Women. *Behav Modif.* 2022; 46(3): 506-528.
- [31] Ellard KK, Bernstein EE, Hearing C, Baek JH, Sylvia LG, Nierenberg AA, Barlow DH, Deckersbach T. Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety using the Unified Protocol for Emotional Disorders: A pilot feasibility and acceptability trial. *J Affect Disord.* 2017; 219: 209-221.
- [32] Varkovitzky RL, Sherrill AM, Reger GM. Effectiveness of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Among Veterans with Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Study. *Behav Modif.* 2018; 42(2): 210-230.
- [33] Bamesghi M, Kimiaei SA, Mashhadi A. Effectiveness of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment in Reducing Depression Associated with Marital Problems. *Int J Health Life Sci.* 2019; 5(2): e93299.
- [34] O'Donnell ML, Lau W, Chisholm K, Agathos J, Little J, Terhaag S, Brand R, Putica A, Holmes ACN, Katona L, Felmingham KL, Murray K, Hosseiny F, Gallagher MW. A Pilot Study of the Efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Treating Posttraumatic Psychopathology: A Randomized Controlled Trial. *J Trauma Stress.* 2021; 34(3): 563-574.
- [35] Maia AC, Braga AA, Nunes CA, Nardi AE, Silva AC. Transdiagnostic treatment using a unified protocol: application for patients with a range of comorbid mood and anxiety disorders. *Trends Psychiatry Psychother.* 2013; 35(2): 134-40.
- [36] Bamesghi M, Kimiaei A, Mashhadi A. Effectiveness of a unified protocol on emotion regulation and experiential avoidance in women with comorbid major depressive and generalized anxiety symptoms. *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2020; 22(6): 341-348.
- [37] Kivity Y, Sela MS, Yariv A, Koubi M, Saad A, Fennig S, Bloch Y. Transdiagnostic Treatment of Anxiety Disorders in a Group Format Based on the Principles of the Unified Protocol: a Preliminary Intensive Measurement Examination of Process and Outcome. *International Journal of Cognitive Therapy.* 2020; 13(2): 127-145.
- [38] Powell CLYM, Farchione TJ, Barlow DH, Leung PWL. A pilot trial of a transdiagnostic treatment for emotional disorders—a locally adapted variant of group Unified Protocol (UP) for Chinese adults. *Transl Behav Med.* 2021; 11(5): 1142-1150.
- [39] Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II.* San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
- [40] De Paul NF, Caver KA. A pilot study of a brief group adaptation of the Unified Protocol in integrated primary care. *Psychol Serv.* 2021; 18(3): 416-425.
- [41] Sakiris N, Berle DA. systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clin Psychol Rev.* 2019; 72.
- [42] Osma J, Martínez-García L, Quilez-Orden A, Peris-Baquero Ó. Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Medical Conditions: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(10).

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την Κλινική Ψυχολόγο Ευανθία Κονταξή, επόπτριά μου στην πτυχιακή εργασία, για την πολύτιμη καθοδήγηση και βοήθειά της, όπως και τις χρήσιμες παρατηρήσεις και συμβουλές. Επίσης, ευχαριστώ το Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, που μου έδωσε τη δυνατότητα, ώστε να εκπονήσω την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Πειραματική τροποποίηση γνωσιακών προκαταλήψεων σε παιδιά Δημοτικού: Μείωση εχθρικού στιλ απόδοσης αιτιών και σύνδεση με την αντιδραστική επιθετικότητα

Στέφανος Φ. Βασιλόπουλος¹, Σωτηρία Χρυσοβαλάντη-Αντωνίου², Παναγούλα Παπαδημητροπούλου³, Κωνσταντίνα Θεοδόση⁴

¹ Καθηγητής Συμβουλευτικής Ψυχικής Υγείας, Τμήμα Επιστημών της Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Εργασίας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πανεπιστημιούπολη, Ρίο, 26 110, Πάτρα

² Εκπαιδευτικός, Τμήμα Επιστημών της Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Εργασίας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πανεπιστημιούπολη, Ρίο, 26 110, Πάτρα

³ Διδάσκουσα ΑΣΠΑΙΤΕ Πάτρας – Εκπαιδευτικός, Τμήμα Επιστημών της Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Εργασίας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πανεπιστημιούπολη, Ρίο, 26 110, Πάτρα

⁴ Εκπαιδευτικός, Τμήμα Επιστημών της Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Εργασίας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πανεπιστημιούπολη, Ρίο, 26 110, Πάτρα

Αλληλογραφία: Σ.Φ. Βασιλόπουλος, Τμήμα Επιστημών της Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Εργασίας, Πανεπιστημιούπολη, Ρίο, 26 110, Πάτρα
Email: stephanosv@upatras.gr – Τηλ.: 2610 969726

Περίληψη

Έρευνες του παρελθόντος έδειξαν ότι παιδιά με επιθετική συμπεριφορά τείνουν να αποδίδουν πιο αρνητικές ερμηνείες σε αμφίσημες κοινωνικές καταστάσεις σε σχέση με μη επιθετικά παιδιά. Η τρέχουσα μελέτη διερεύνησε κατά πόσο το εχθρικό στιλ των αποδόσεων αιτιών (hostile attributional biases) μπορεί να μεταβληθεί, εφαρμόζοντας τη διαδικασία γνωσιακής τροποποίησης προκατειλημμένων ερμηνειών (Cognitive Bias Modification of Interpretations – CBMI). Επιπρόσθετα, ερευνήθηκε κατά πόσο η μεταβολή στις αποδόσεις αιτιών μπορεί να έχει επίδραση στην αυτοαναφερόμενη επιθετική συμπεριφορά των παιδιών. Το δείγμα επιλέχθηκε τυχαία και αποτελούνταν συνολικά από 66 μαθητές Δημοτικού, εκ των οποίων οι 35 συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης (CBM-I), ενώ οι υπόλοιποι 31 στην ομάδα ελέγχου (ανενεργή συνθήκη). Όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια (αντιδραστικής και προδραστικής) επιθετικότητας, τόσο πριν όσο και μετά τη λήξη της παρέμβασης. Ακόμη, χορηγήθηκαν στους μαθητές και τις μαθήτριες αμφίσημα κοινωνικά σενάρια, τα οποία συνοδεύονταν από αρνητικές (εχθρικές) και ουδέτερες αποδόσεις αιτιών. Συνολικά, πραγματοποιήθηκαν τρεις σύντομες παρεμβάσεις εντός μίας εβδομάδας, όπου οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης εκπαιδεύτηκαν να υποστηρίζουν τις ουδέτερες αποδόσεις αιτιών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι –σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου– οι μαθητές στην ομάδα παρέμβασης ήταν λιγότερο πιθανό να επιλέξουν εχθρικές αποδόσεις και περισσότερο πιθανό να επιλέξουν ουδέτερες αποδόσεις αιτιών όταν τους παρουσιάστηκε μια νέα σειρά από αμφίσημα κοινωνικά γεγονότα μετά τη λήξη της παρέμβασης. Επίσης, δήλωσαν ότι θα ένιωθαν λιγότερο θυμό στις υποθετικές αυτές καταστάσεις, σε σύγκριση με τους μαθητές της ομάδας ελέγχου. Τέλος, οι συμμετέχοντες που προέβλεψαν ότι θα νιώσουν λιγότερο θυμό –ως αντίδραση στα υποθετικά (δυνάμει αρνητικά) κοινωνικά γεγονότα– ήταν επίσης πιο πιθανό να αναφέρουν μικρότερη αντιδραστική επιθετικότητα. Ακολουθεί συζήτηση των ευρημάτων βάσει του κοινωνικο-γνωστικού μοντέλου της επεξεργασίας των πληροφοριών.

Λέξεις-κλειδιά: Επιθετικότητα, επεξεργασία κοινωνικών πληροφοριών, προδραστική-αντιδραστική επιθετικότητα, αμφίσημα υποθετικά σενάρια, παιδιά Δημοτικού

1. Εισαγωγή

Το σχολικό περιβάλλον αποτελεί κύριο χώρο αλληλεπίδρασης και ανάπτυξης των κοινωνικών δεξιοτήτων των μαθητών και των μαθητριών που το απαρτίζουν. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η άμεση παρέμβαση στις συμπεριφορές που έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν αρνητικά τις κοινωνικές σχέσεις, οι οποίες δημιουργούνται κατά τη σχολική ηλικία, κρίνεται απαραίτητη [26]. Η επιθετική συμπεριφορά εμφανίζεται σε σημαντικό βαθμό στη μαθητική κοινότητα και, συχνά, επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις στην ομαλή ανάπτυξη και αλληλεπίδραση των ομηλίκων [10, 14].

Ερευνητές έχουν αρχίσει να αναδεικνύουν τη συμβολή της επεξεργασίας των κοινωνικών πληροφοριών και ερεθισμά-

των –τα οποία λαμβάνει κανείς από το περιβάλλον του– στην εμφάνιση της επιθετικότητας [21, 26]. Όπως περιγράφεται στο μοντέλο των Crick και Dodge (1994), η ερμηνεία των κοινωνικών σημάτων που δέχεται το άτομο αποτελεί, εν δυνάμει, παράγοντα εκδήλωσης της επιθετικής συμπεριφοράς. Συχνά, τα άτομα με επιθετική συμπεριφορά εκδηλώνουν μεροληψία κατά την αποκωδικοποίηση των ερεθισμάτων που λαμβάνουν από τον περίγυρό τους. Μάλιστα, όταν πρόκειται για αμφίσημα διαπροσωπικά ερεθίσματα, ορισμένα άτομα εμφανίζουν αυξημένη τάση για υιοθέτηση της πιο αρνητικής έκβασης των πραγμάτων, με αποτέλεσμα να αντιδρούν με επιθετικό τρόπο. Συνεπώς, η μείωση του αρνητικού στιλ απόδοσης των αιτιών που επιδεικνύει ένα άτομο κρίνεται ιδιαίτερα χρήσιμη για μια αποτελεσματική παρέμβαση στην επιθετική συμπεριφορά [26].

1.1. Αντιδραστική και προδραστική επιθετικότητα

Η αντιδραστική επιθετικότητα (reactive aggression) αποτελεί, ουσιαστικά, μια αμυντική αντίδραση σε ένα αντιληπτό απειλητικό ερέθισμα, σε συνδυασμό με την εκδήλωση έντονου θυμού και την απώλεια ελέγχου [8, 3, 1, 4, 2]. Τόσο η αντιληπτή απειλή, ή πρόκληση, όσο και τα συναισθήματα του θυμού οδηγούν σε έκρηξη επιθετικής συμπεριφοράς [8]. Η επιθετική αντίδραση ενδέχεται, επίσης, να είναι δυσανάλογη προς την απειλή ή την πρόκληση. Η έρευνα έχει δείξει ότι ορισμένα ελλείμματα στην επεξεργασία των κοινωνικών πληροφοριών, όπως η τάση να υπερισχύουν οι εχθρικές αποδόσεις αιτιών σε καταστάσεις πρόκλησης αντί των ουδέτερων, φαίνεται να συνδέονται αποκλειστικά με τον αντιδραστικό τύπο της επιθετικότητας [8, 6, 4].

Από την άλλη, τα άτομα σχολικής ηλικίας τα οποία εμφανίζουν προδραστική επιθετικότητα (proactive aggression) συχνά προσπαθούν να πετύχουν συγκεκριμένους στόχους χωρίς, όμως, την παρουσία κάποιας απειλητικής πρόκλησης από άλλο πρόσωπο [18, 27]. Έτσι, επιτίθενται για να κλέψουν, να πειράξουν, να φοβίσουν ή να εξαναγκάσουν το εκάστοτε στοχευμένο άτομο [8, 29, 21]. Η επιθετική συμπεριφορά των προδραστικά επιθετικών παιδιών βασίζεται στην πεποίθηση ότι η επιθετικότητα αποτελεί έναν κατάλληλο τρόπο προς την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου [8, 4]. Ο Salmivalli (2002, όπ. αναφ. στο 21) προτείνει πως ο εν λόγω τύπος επιθετικότητας συνδέεται άμεσα με διαστρεβλωμένη αυτοαντίληψη του ατόμου παρά με σφάλματα ή προκαταλήψεις στην επεξεργασία διαπροσωπικών ερεθισμάτων.

1.2. Κοινωνικο-γνωστικό μοντέλο επεξεργασίας πληροφοριών

Σύμφωνα με το κοινωνικο-γνωστικό μοντέλο επεξεργασίας των πληροφοριών [6], ο ανθρώπινος εγκέφαλος ακολουθεί μια σειρά βημάτων προς την εξαγωγή συμπερασμάτων [1, 17, 27]. Τα ερεθίσματα που δέχεται το άτομο μπορούν να επηρεάσουν την εκάστοτε διεργασία, ενώ ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται η επεξεργασία των κοινωνικών σημάτων, συχνά, οδηγεί σε μια συγκεκριμένη αντίδραση [6, 29]. Γίνεται, έτσι, κατανοητό ότι το κοινωνικό περιβάλλον έχει τη δυνατότητα να συμβάλλει στη διαμόρφωση βιωμάτων που, με τη σειρά τους, ενισχύουν τη γνωστική επεξεργασία των λαμβανόμενων πληροφοριών, η οποία αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την απόφαση που καλείται να πάρει το άτομο.

Ειδικότερα, η διαδικασία της επεξεργασίας των διαπροσωπικών ερεθισμάτων απαρτίζεται από έξι διαδοχικά και αλληλοεπηρεαζόμενα βήματα-στάδια: (α) την αποκωδικοποίηση των

κοινωνικών ερεθισμάτων, (β) τη διερμηνεία των κοινωνικών ερεθισμάτων (κατά την οποία το άτομο προχωρά στη νοητική αναπαράσταση των συμπεριφορών, των στοιχείων και των πληροφοριών που αποκωδικοποίησε στο προηγούμενο στάδιο), (γ) την επιλογή του στόχου, (δ) την επιλογή της «κατάλληλης», για το άτομο, απάντησης, (ε) αξιολόγηση της επιλεγμένης απάντησης, και (στ) εγκαθίδρυση της –τελικής– συμπεριφοράς [6, 1, 4, 17, 21, 27].

Σύμφωνα με το μοντέλο των Crick και Dodge (1994), οποιαδήποτε προκατάληψη και λανθασμένη κωδικοποίηση συμβεί στα πέντε πρώτα βήματα έχει ως αποτέλεσμα μία προβληματική και δυσπροσάρμοστη συμπεριφορά, όπως αυτή της επιθετικότητας. Συσχετίζοντας τώρα το μοντέλο επεξεργασίας κοινωνικών πληροφοριών που αναφέρθηκε παραπάνω με την επιθετικότητα, οι Stoltz και συνεργάτες (2013) υποστηρίζουν πως τα παιδιά που εμφανίζουν αντιδραστική επιθετικότητα τείνουν να αποδίδουν στα κοινωνικά γεγονότα μια πιο εχθρική πρόθεση του δράντος, ενώ τα προδραστικά επιθετικά παιδιά εμφανίζουν πιο ουδέτερες αποδόσεις στα αμφίσημα γεγονότα. Ομοίως, οι Crick και Dodge (1996) έδειξαν σε ένα δείγμα επιθετικών και μη παιδιών, ηλικίας 9 έως 12 ετών, ότι τα αντιδραστικά επιθετικά παιδιά αποδίδουν συχνότερα εχθρική πρόθεση στους συμμαθητές τους από τα μη επιθετικά παιδιά και ότι αυτές οι εχθρικές ερμηνείες προκαλούν ακολούθως επιθετική συμπεριφορά. Μια σειρά ερευνών έχει επίσης δείξει πως τα επιθετικά παιδιά προχωρούν σε λανθασμένες εχθρικές ερμηνείες και προκατειλημμένη επεξεργασία των διαπροσωπικών ερεθισμάτων που δέχονται [16, 5, 7, 9].

1.3. Τροποποίηση των γνωσιακών προκαταλήψεων και διερμηνειών

Ως απάντηση στα παραπάνω ευρήματα προτάθηκε μια μέθοδος παρέμβασης, η οποία ως στόχο έχει την άμεση γνωστική τροποποίηση των προκατειλημμένων διερμηνειών (Cognitive Bias Modification of Interpretations – CBM-I) που λαμβάνουν χώρα κατά την επεξεργασία των κοινωνικών ερεθισμάτων [12, 15]. Το εργαλείο αυτό χαρακτηρίζεται από την επαναλαμβανόμενη εξάσκηση και τροποποίηση των μεροληπτικών διερμηνειών.

Αξίζει να αναφερθεί ότι οι πρώτες παρεμβάσεις που εστίαζαν στο δυσλειτουργικό στιλ απόδοσης αιτιών όντως παρείχαν ενδείξεις ότι η αλλαγή του δυσπροσάρμοστου στιλ οδηγεί σε αλλαγή της επιθετικής συμπεριφοράς [14], επιβεβαιώνοντας έτσι τα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα επεξεργασίας των πληροφοριών. Εντούτοις, οι παρεμβάσεις αυτές ήταν χρονοβόρες και κοστοβόρες και παρήγαγαν μέτρια αποτελέσματα. Πρόσφατα, οι ερευνητές άρχισαν να χρησιμοποιούν παρεμβάσεις CBM-I, οι οποίες έχουν ήδη πείσει ότι είναι αποτελεσματικές στην αλλαγή του γνωσιακού στιλ των ατόμων με κλινικά επίπεδα άγχους [15]. Αυτές οι διαδικασίες καταφέρνουν να αλλάξουν το γνωσιακό στιλ και τη συναισθηματική διάθεση των συμμετεχόντων μέσα από ένα σχήμα ενίσχυσης των ουδέτερων (μη αρνητικών) διερμηνειών αναφορικά με μια σειρά από αμφίσημες υποθετικές ιστορίες.

Χρησιμοποιώντας το παράδειγμα CBM-I, οι Hawkins και Cogle (2013) εκπαίδευσαν προπτυχιακούς φοιτητές να ερμηνεύουν, είτε με αρνητικό είτε με ουδέτερο τρόπο, τις ασαφείς προθέσεις των άλλων. Βρήκαν ότι μία και μόνο παρέμβαση μπορεί να ενισχύσει την τάση των εκπαιδευόμενων για πιο ουδέτερες ερμηνείες αμφίσημων διαπροσωπικών ερεθισμάτων σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Το πιο ενδιαφέρον στοιχείο

ήταν ότι, κατά τη διάρκεια μιας τεχνητής (πειραματικής) διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης, τα μέλη που είχαν εκπαιδευτεί να προβαίνουν σε ουδέτερες ερμηνείες (των προθέσεων των άλλων) ένιωσαν λιγότερο θυμό και εκνευρισμό, όταν το αλληλεπιδρόν πρόσωπο επιχείρησε να τους προσβάλει, σε σχέση με τα μέλη της ομάδας των αρνητικών διερμηνειών. Τα ευρήματα αυτά επαληθεύτηκαν από την πρόσφατη μελέτη των van Bockstaele και συνεργατών (2020), οι οποίοι επιπλέον έδειξαν ότι η CBM-I παρέμβαση ήταν πιο αποτελεσματική στην περίπτωση εφήβων που εκδήλωναν αντιδραστική παρά προδραστική επιθετικότητα. Τα παραπάνω ευρήματα δείχνουν ότι η παρέμβαση CBMI είναι ένα πιθανά αποτελεσματικό εργαλείο στη μείωση του θυμού και της επιθετικής συμπεριφοράς τόσο σε ενήλικες όσο και σε νέους.

Οι Vassilopoulos και συνεργάτες (2015), επίσης, επιχείρησαν να διερευνήσουν την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης CBM-I που είχε στόχο τη μείωση του θυμού και της επιθετικής συμπεριφοράς σε παιδιά Δημοτικού με υψηλά επίπεδα επιθετικής συμπεριφοράς. Υπέθεσαν ότι η συμμετοχή στην παρέμβαση CBM-I θα οδηγούσε σε λιγότερο εχθρικές και πιο ουδέτερες ερμηνείες αναφορικά με αμφίσημες διαπροσωπικές (υποθετικές) ιστορίες σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου. Υπέθεσαν ακόμη ότι τα παιδιά που εκπαιδεύτηκαν να κάνουν πιο ουδέτερες ερμηνείες θα ανέφεραν λιγότερο αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, σε σχέση με τα παιδιά στην ομάδα ελέγχου. Τέλος, ερευνήθηκε κατά πόσο οι επιπτώσεις του προγράμματος στην επιθετική συμπεριφορά επηρεάστηκαν από αλλαγές στις διερμηνείες υποθετικών ιστοριών. Τα ευρήματα της μελέτης επιβεβαίωσαν πλήρως τις υποθέσεις αυτές [26]. Σε μια μετέπειτα μελέτη, οι Vassilopoulos και Brouzos (2022) επιβεβαίωσαν τα ευρήματα αυτά και επιπλέον έδειξαν –όπως οι van Bockstaele και συνεργάτες (2020) νωρίτερα– ότι η παρέμβαση αυτή είναι πιο αποτελεσματική στη μείωση της αντιδραστικής επιθετικής συμπεριφοράς των μαθητών του Δημοτικού παρά της προδραστικής.

Στην παρούσα έρευνα επιχειρήθηκαν να επαληθευτούν τα παραπάνω ευρήματα και επιπλέον να δειχθεί κατά πόσο η παρέμβαση CBM-I είναι αποτελεσματική, όχι μόνο για παιδιά με υψηλά επίπεδα κοινωνικού άγχους ή επιθετικής συμπεριφοράς [25, 26], αλλά για όλους τους μαθητές των μεγάλων τάξεων του Δημοτικού ανεξαιρέτως (καθολική εφαρμογή). Τα κοινωνικά σενάρια (vignettes), ή αλλιώς οι υποθετικές κοινωνικές ιστορίες, χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα ως εργαλείο παρέμβασης, αλλά και ως εργαλείο αξιολόγησης του στίλ απόδοσης αιτιών. Αφορούν αμφίσημες ιστορίες οι οποίες ακολουθούνται από μια ουδέτερη και μια αρνητική ερμηνεία, για παράδειγμα: «Ανοίγεις την τσάντα σου στο διάλειμμα να πάρεις το τoστ σου και βλέπεις ότι αυτό λείπει. Τι θα σκεφτόσουν αν συνέβαινε αυτό σε σένα; (α) Κάποιος συμμαθητής μου το πήρε (αρνητική ερμηνεία), ή (β) το ξέχασα το πρωί στο σπίτι (ουδέτερη ερμηνεία)». Οι ερευνητικές μας υποθέσεις ήταν οι ακόλουθες.

2. Ερευνητικές υποθέσεις

1. *Εχθρικές και ουδέτερες αποδόσεις αιτιών (negative and benign attribution bias)*: Υποθέσαμε ότι τα μέλη της ομάδας παρέμβασης (CBM-I) θα έδιναν λιγότερο αρνητικές και περισσότερο ουδέτερες αποδόσεις αιτιών στα υποθετικά κοινωνικά σενάρια –μετά την παρέμβαση– σε σύγκριση με τα μέλη της ομάδας ελέγχου.

2. *Εκτιμήσεις συναισθηματικής φόρτισης αναφορικά με τις υποθετικές ιστορίες*: Υποθέσαμε ότι η ομάδα παρέμβασης θα προέβλεπε μικρότερη αρνητική συναισθηματική φόρτιση (θυμό) ως αντίδραση στα υποθετικά αυτά (δυνάμει αρνητικά) κοινωνικά σενάρια, αναφορικά με την ομάδα ελέγχου.
3. *Αναλύσεις προδραστικής και αντιδραστικής επιθετικής συμπεριφοράς*: Υποθέσαμε ότι η όποια μεταβολή του στίλ εχθρικής απόδοσης αιτιών θα έχει μεγαλύτερη επίδραση στην αντιδραστική παρά στην προδραστική επιθετικότητα, λόγω της εμπειρικά τεκμηριωμένης σύνδεσης της αντιδραστικής επιθετικότητας με το αρνητικό στίλ απόδοσης αιτιών [6, 4].

3. Μεθοδολογία έρευνας

3.1. Συμμετέχοντες

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 66 μαθητές και μαθήτριες (Μ.Ο. ηλικίας = 10.43, Τ.Α. = 0.5) εκ των οποίων οι 34 ήταν αγόρια και οι 32 κορίτσια, ηλικίας 10 ως 12 ετών, που φοιτούσαν σε Δημοτικά Σχολεία της Πάτρας. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες ήταν μαθητές της Πέμπτης και Έκτης τάξης του βου και του 19ου Δημοτικού Σχολείου Πατρών.

Το δείγμα χωρίστηκε, με τυχαίο τρόπο, σε δύο ομάδες από τις οποίες η πρώτη ήταν ομάδα παρέμβασης και η δεύτερη ομάδα ελέγχου. Η ομάδα παρέμβασης αποτελούνταν από 21 μαθητές Πέμπτης και 14 μαθητές Έκτης τάξης (συνολικά 35 άτομα). Όσον αφορά την ομάδα ελέγχου, αυτή αποτελούνταν από 18 μαθητές Πέμπτης και 13 μαθητές Έκτης τάξης (συνολικά 31 άτομα).

3.2. Εργαλεία

Ως μέσο για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν σταθμισμένα ερωτηματολόγια και υποθετικά σενάρια, τα οποία χορηγήθηκαν στα μέλη και των δύο πειραματικών ομάδων (παρέμβασης και ελέγχου) μια μέρα πριν από την έναρξη της παρέμβασης και επαναχορηγήθηκαν αφού πέρασαν τρεις ημέρες από την ολοκλήρωσή της. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε όλα τα ερωτηματολόγια τηρήθηκε ανωνυμία και για αυτόν τον λόγο δόθηκαν στους συμμετέχοντες ψευδώνυμα (ονόματα πόλεων) γραμμένα σε χαρτάκια, έτσι ώστε να τα φυλάξουν και να τα θυμούνται κατά τη συμπλήρωση και των δύο ερωτηματολογίων.

Οι κλίμακες που χορηγήθηκαν αφορούσαν τα εξής:

1. *Κλίμακα για τη διάκριση της επιθετικότητας σε προδραστική και αντιδραστική (The Reactive-Proactive Aggression Scale: 19)*. Η συγκεκριμένη κλίμακα μεταφράστηκε από τα αγγλικά από το άρθρο των Raine και συνεργατών (2006), και περιλαμβάνει συνολικά 23 προτάσεις (12 σχετικές με προδραστική επιθετικότητα και 11 σχετικές με αντιδραστική) όπου οι μαθητές σημείωναν τη συχνότητα με την οποία έχουν προβεί σε αυτές τις πράξεις (ποτέ, μερικές φορές, συχνά). Παραδείγματα ερωτήσεων προδραστικής και αντιδραστικής επιθετικής συμπεριφοράς είναι τα ακόλουθα: «Πόσο συχνά έχεις τσακωθεί με άλλους για να δείξεις ποιος είναι ο αρχηγός;» και «Πόσο συχνά έχεις καταστρέψει ή χαλάσει πράγματα επειδή ήσουν νευρισμένος/η;».
2. *Αμφίσημα Κοινωνικά Σενάρια (Ambiguous Vignette Paradigm: 25, 26)*, στα οποία μετρήθηκε το στίλ απόδοσης αιτιών των μαθητών μέσα από τη χρήση διαφόρων υποθετικών αμφίσημων (δυσνητικά αρνητικών) κοινωνικών σεναρίων. Στους συμμετέχοντες στην έρευνα παρουσιάστηκαν μια σειρά από

υποθετικά σενάρια (9 σενάρια πριν από την παρέμβαση και 9 μετά τη λήξη της) το καθένα από τα οποία ακολουθούσαν από δύο πιθανές σκέψεις/αιτίες, μία αρνητική (εχθρική) και μία ουδέτερη (μη εχθρική), που συνήθως έρχονται στον νου των ανθρώπων. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να διαβάσουν τα σενάρια αυτά και να προβούν σε μια εκτίμηση για το κατά πόσο θα έκαναν τις συγκεκριμένες σκέψεις/αιτίες εάν τους είχε συμβεί το σενάριο αυτό, αξιοποιώντας μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert (1 = δεν θα έκανα καθόλου τη σκέψη αυτή, 5 = θα έκανα οπωσδήποτε τη σκέψη αυτή). Ένα παράδειγμα κοινωνικού σεναρίου που δόθηκε είναι το εξής: «Καθώς πηγαίνεις στον πίνακα για να λύσεις μια άσκηση, σκοντάφτεις στο πόδι ενός παιδιού και παραλίγο να σωριαστείς στο πάτωμα», (α) σκόνταφτες στο πόδι του συμμαθητή κατά λάθος, (β) άπλωσε σκόπιμα το πόδι του για να σου βάλει τρικλοποδιά. Οι συμμετέχοντες επίσης προέβλεψαν τον θυμό που θα ένιωθαν αν τους είχε συμβεί η καθεμία από τις ιστορίες αυτές, χρησιμοποιώντας μια παρόμοια κλίμακα τύπου Likert (1 = δεν θα ένιωθα καθόλου θυμό, 5 = θα είχα πάρα πολύ θυμό). Γενικά, τα σενάρια σχετίζονταν με σωματικές βλάβες, απόρριψη από τους συμμαθητές, κοροϊδία/χλευασμό, πρόκληση εκνευρισμού/θυμού και καταστροφή/απώλεια προσωπικών αντικειμένων. Στα παιδιά μοιράστηκαν συνολικά 18 υποθετικές κοινωνικές ιστορίες, με τη σειρά εμφάνισης των σεναρίων πλήρως αντισταθμισμένη (counterbalanced) μεταξύ των συμμετεχόντων.

3.3. Παρέμβαση CBM-I

Ως εργαλείο παρέμβασης χρησιμοποιήθηκαν κάρτες, όπου στη μία πλευρά της κάθε κάρτας αναγράφονταν διάφορα υποθετικά γεγονότα που είναι πιθανό να συμβούν στο περιβάλλον που κινούνται μαθητές Δημοτικού (σχολείο, γειτονιά, σπίτι). Επίσης, τα υποθετικά γεγονότα τα ακολουθούσαν δύο πιθανές εκδοχές: μία ουδέτερη και μία αρνητική. Αντίστοιχα, στην πίσω πλευρά της κάθε κάρτας χωριστά αναγραφόταν πάντοτε η ουδέτερη εκδοχή του συμβάντος, χωρίς καμία περαιτέρω αιτιολόγηση. Η διαδικασία της παρέμβασης είχε ως εξής: οι μαθητές διάβαζαν την υποθετική ιστορία, αναλογίζονταν για λίγα δευτερόλεπτα ποια από τις δύο εκδοχές θα πρόκριναν εκείνοι και ύστερα γυρνούσαν ανάποδα την κάρτα προκειμένου να εντοπίσουν την εκδοχή που τους δίνεται ως «ορθή». Έπειτα αφιέρωναν λίγο χρόνο προκειμένου να αναλογιστούν με ποιο ακριβώς τρόπο η «ορθή» εκδοχή αποσαφηνίζει την αμφίσημη κατάσταση. Συνολικά, μοιράστηκαν εξήντα πλαστικοποιημένες κάρτες, δηλαδή 60 διαφορετικά υποθετικά κοινωνικά σενάρια κατανεμημένα σε τρεις δεκαπεντάλεπτες παρεμβάσεις (20 σενάρια ανά παρέμβαση). Προηγούμενη έρευνα έχει δείξει ότι η παρέμβαση αυτή είναι αποτελεσματική ως προς την αλλαγή των ερμηνευτικών προκαταλήψεων σε μαθητές Δημοτικού με υψηλά επίπεδα κοινωνικού άγχους ή επιθετικής συμπεριφοράς [25, 26].

3.4. Διαδικασία

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη από τον Νοέμβριο του 2019 έως τον Δεκέμβριο του 2019. Στην ομάδα παρέμβασης πραγματοποιήθηκαν συνολικά πέντε συναντήσεις με τους ερευνητές. Στην πρώτη και την τελευταία συνάντηση χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια (pre-test και post-test), η συμπλήρωση των οποίων διήρκεσε περίπου μία διδακτική ώρα. Στις ενδιάμε-

σες τρεις συναντήσεις, κατά τις οποίες πραγματοποιήθηκε η παρέμβαση, μοιράζονταν κάθε φορά είκοσι κάρτες τις οποίες οι μαθητές επεξεργάζονταν ατομικά, ενώ η κάθε παρέμβαση είχε διάρκεια δέκα με δεκαπέντε λεπτά. Αναφορικά με την ομάδα ελέγχου, πραγματοποιήθηκαν δύο μόνο συναντήσεις για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Η πρώτη συνάντηση έγινε πριν από την έναρξη της παρέμβασης και η δεύτερη μετά την ολοκλήρωσή της. Η ομάδα ελέγχου δεν έλαβε καμία απολύτως παρέμβαση. Όλες οι συναντήσεις έλαβαν χώρα στην αίθουσα διδασκαλίας, οπότε δεν χρειάστηκε η μετακίνηση των μαθητών, προκειμένου να αποφευχθεί η διατάραξη της εύρυθμης λειτουργίας της τάξης.

Τέλος, κρίνεται αναγκαίο να σημειωθεί πως, πριν από τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, δόθηκαν στους μαθητές ορισμένες οδηγίες. Αρχικά, προτάθηκε να καταγράψουν οι μαθητές την πρώτη τους σκέψη (χωρίς να σκέφτονται για πολλή ώρα ποια είναι η «σωστή» απάντηση). Επίσης, τονίσθηκε πως είναι σημαντικό να μην επηρεάζονται από τους συμμαθητές και τις συμμαθήτριές τους. Επιπλέον, σημειώθηκε πως στην περίπτωση παρουσίας κάποιας άγνωστης λέξης, να συμβουλευτούν τις ερευνήτριες που ήταν παρούσες κατά τη χορήγηση των εργαλείων (αν και καταβλήθηκε κάθε προσπάθεια ώστε το λεξιλόγιο που χρησιμοποιήθηκε να ανταποκρίνεται στο γνωστικό επίπεδο των μαθητών).

4. Αποτελέσματα

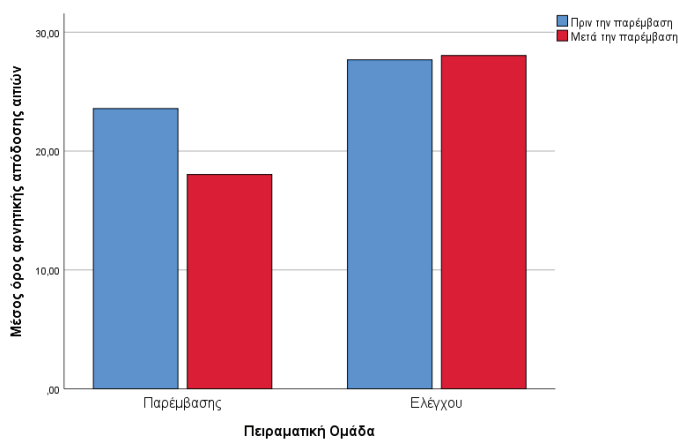
Όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, τόσο στην αρχή όσο και στο τέλος της παρέμβασης (pre-assessment και post-assessment). Η κατανομή των τιμών για όλες τις κλίμακες ήταν κανονική. Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές στατιστικές αναλύσεις. Οι ομάδες παρέμβασης και ελέγχου ήταν ισοδύναμες κατά την έναρξη του προγράμματος ως προς όλες τις εξαρτημένες μεταβλητές (ηλικία, προδραστηκική και αντιδραστική επιθετικότητα, αρνητικές και ουδέτερες αποδόσεις αιτιών, συναισθηματική αντίδραση) ($t_s \leq 2, p \geq .05$). Επιπλέον, η κατανομή του φύλου ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες, $\chi^2(1) = 2.23, p > .05$. Επομένως, μια βασική αρχή της πειραματικής μεθόδου –η αρχή της αρχικής ισοδυναμίας των ομάδων– δεν φαίνεται να έχει παραβιαστεί.

4.1. Αρνητικές και ουδέτερες αποδόσεις αιτιών (negative and benign attribution bias)

Η αρχική μας πρόβλεψη ήταν ότι οι μαθητές στην ομάδα παρέμβασης θα προέβαιναν σε λιγότερο αρνητικές (εχθρικές) και περισσότερο ουδέτερες αποδόσεις αιτιών στα υποθετικά κοινωνικά γεγονότα εν συγκρίσει με τους μαθητές στην ομάδα ελέγχου. Για να διερευνήσουμε τις υποθέσεις αυτές εκτελέσαμε μια ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) επαναλαμβανόμενων μετρήσεων, όπου η πειραματική ομάδα (ομάδα παρέμβασης CBM-I, ομάδα ελέγχου) μπήκε ως ο μεταξύ των ομάδων παράγοντας (between-subjects factor), ενώ ο χρόνος (πριν την παρέμβαση, μετά την παρέμβαση) ως ο εντός των ομάδων παράγοντας. Αναφορικά με τις εχθρικές αποδόσεις αιτιών, βρέθηκε μια κύρια επίδραση του παράγοντα χρόνου, $F(1, 64) = 7.28, p = .009, \text{partial } \eta^2 = .11$, με τους μαθητές και στις δύο πειραματικές συνθήκες να σημειώνουν σημαντική μείωση των αρνητικών αποδόσεων αιτιών από το πριν στο μετά των παρεμβάσεων. Επιπλέον, η αλληλεπίδραση της πειραματικής ομάδας με τον χρόνο βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντική, $F(1, 64) = 9.41, p = .003, \text{partial } \eta^2 = .13$. Post

hoc αναλύσεις έδειξαν ότι οι μαθητές της ομάδας παρέμβασης μείωσαν σημαντικά τις αρνητικές αποδόσεις αιτιών με το πέρασμα του χρόνου ($t(34) = 4.40, p < .001$), ενώ για τους μαθητές της ομάδας ελέγχου δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή ($t(30) = .24, p > .05$) (βλ. Πίνακα 1 και Γράφημα 1).

Για τις ουδέτερες αποδόσεις αιτιών, η αναμενόμενη αλληλεπίδραση δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική, $F < 1$. Βρέθηκε μόνο μία σημαντική κύρια επίδραση του παράγοντα χρόνου, $F(1, 64) = 8.72, p = .004, \text{partial } \eta^2 = .12$, με τους μαθητές και στις δύο πειραματικές συνθήκες να σημειώνουν σημαντική αύξηση των ουδέτερων αποδόσεων αιτιών στις υποθετικές ιστορίες από το πριν στο μετά των παρεμβάσεων.

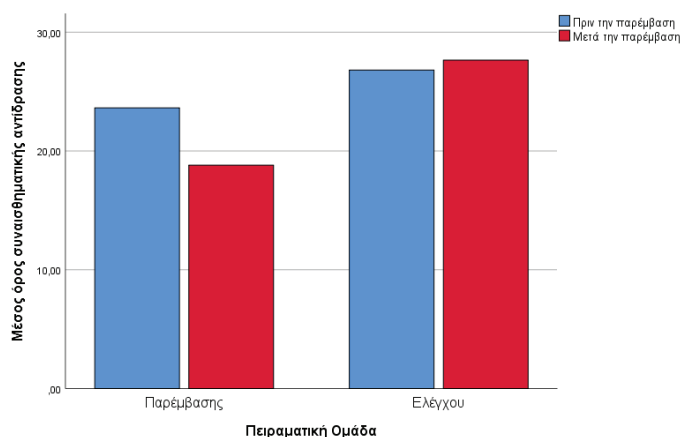


Γράφημα 1. Η αλλαγή στις αρνητικές αποδόσεις αιτιών από το πριν στο μετά της παρέμβασης για τις δύο πειραματικές συνθήκες

4.2. Εκτιμήσεις συναισθηματικής φόρτισης αναφορικά με τις υποθετικές ιστορίες

Η αρχική μας υπόθεση ήταν ότι οι μαθητές στην παρέμβαση θα προέβλεπαν μικρότερη αρνητική συναισθηματική φόρτιση (θυμό), ως αντίδραση στα υποθετικά κοινωνικά γεγονότα, εν

συγκρίσει με τους μαθητές στην ομάδα ελέγχου. Για να διερευνήσουμε τις υποθέσεις αυτές εκτελέσαμε μια παρόμοια ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) επαναλαμβανόμενων μετρήσεων όπου η πειραματική ομάδα (ομάδα παρέμβασης CBM-I, ομάδα ελέγχου) μπήκε ως ο μεταξύ των ομάδων παράγοντας (between-subjects factor) και ο χρόνος (πριν την παρέμβαση, μετά την παρέμβαση) ως ο εντός των ομάδων παράγοντας. Βρέθηκε μια κύρια επίδραση του παράγοντα χρόνου, $F(1, 64) = 5.63, p = .002, \text{partial } \eta^2 = .08$, με τους μαθητές και στις δύο πειραματικές συνθήκες να προβλέπουν μικρότερη αρνητική συναισθηματική φόρτιση από το πριν στο μετά της παρέμβασης. Επιπλέον, η αλληλεπίδραση του χρόνου με την πειραματική συνθήκη βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντική $F(1, 64) = 11.36, p < .001, \text{partial } \eta^2 = .15$. Σε συμφωνία με τις αρχικές μας υποθέσεις, post hoc αναλύσεις έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης προέβλεψαν μικρότερη συναισθηματική φόρτιση με το πέρασμα του χρόνου ($t(34) = 4.61, p < .001$), ενώ για τους μαθητές της ομάδας ελέγχου δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή ($t(30) = .63, p > .05$) (βλ. Γράφημα 2).



Γράφημα 2. Η αλλαγή στις προβλέψεις συναισθηματικής αντίδρασης από το πριν στο μετά της παρέμβασης για τις δύο πειραματικές συνθήκες

Πίνακας 1. Μέσοι όροι (και τυπικές αποκλίσεις) των μεταβλητών της έρευνας για κάθε πειραματική ομάδα στις επαναλαμβανόμενες μετρήσεις

	Ομάδα παρέμβασης CBM-I		Ομάδα ελέγχου	
	Πριν	Μετά	Πριν	Μετά
Υποθετικές ιστορίες				
Αρνητικές αποδόσεις	23.57 (9.76)	18.02 (9.35) ^a	27.67 (9.25)	28.03 (8.99)
Ουδέτερες αποδόσεις	26.77 (8.37)	29.62 (10.39)	27.51 (5.82)	30.06 (6.99)
Συναισθηματική αντίδραση	23.62 (8.20)	18.80 (7.26) ^a	26.80 (9.03)	27.64 (8.71)
Προδραστική επιθετικότητα	1.14 (1.81)	1.20 (2.77)	1.74 (2.92)	2.00 (2.72)
Αντιδραστική επιθετικότητα	5.37 (5.08)	4.05 (3.82)	7.80 (3.78)	6.70 (5.23)

a Σημαντική διαφορά Μ.Ο. πριν και μετά την παρέμβαση ($p < .001$)

4.3. Αναλύσεις προδραστηκής και αντιδραστηκής επιθετικής συμπεριφοράς

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα συμπλήρωσαν και δύο ερωτηματολόγια επιθετικής συμπεριφοράς, τόσο στην αρχή όσο και στο τέλος της παρέμβασης. Για να διαπιστώσουμε κατά πόσο άλλαξαν τα επίπεδα (αντιδραστηκής ή προδραστηκής) επιθετικής συμπεριφοράς (ως αποτέλεσμα της αλλαγής των αρνητικών αποδόσεων αιτιών), οι απαντήσεις των παιδιών υποβλήθηκαν σε μία ανάλυση με τις παραπάνω ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων. Ως προς την αντιδραστηκή επιθετική συμπεριφορά, βρέθηκε μόνο μία σημαντική κύρια επίδραση του παράγοντα χρόνου, $F(1, 64) = 6.43, p = .01, \text{partial } \eta^2 = .09$, με τους μαθητές και στις δύο πειραματικές συνθήκες να αναφέρουν σημαντική μείωση των συμπεριφορών αντιδραστηκής επιθετικότητας από το πριν στο μετά των παρεμβάσεων. Εντούτοις, η αλληλεπίδραση δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική, $F < 1$.

Ως προς τον παράγοντα της προδραστηκής επιθετικότητας, καμία κύρια επίδραση ή αλληλεπίδραση δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική, $F_s \leq 1$ (βλ. Πίνακα 1).

4.4. Αναλύσεις συνάφειας

Για να διερευνήσουμε περαιτέρω τις σχέσεις ανάμεσα στις μεταβλητές της έρευνας διενεργήσαμε διάφορες αναλύσεις συσχέτισης (για την ομάδα παρέμβασης μόνο). Υπολογίσαμε την αλλαγή στο σκορ –από το πριν στο μετά της παρέμβασης– για κάθε μεταβλητή χωριστά και διενεργήσαμε αναλύσεις συνάφειας (Pearson Product Moment Correlations). Βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική θετική συνάφεια ανάμεσα στην αλλαγή των προβλέψεων συναισθηματικής αντίδρασης στα υποθετικά γεγονότα και στην αλλαγή της αντιδραστηκής επιθετικής συμπεριφοράς, $r(34) = 0.39, p = 0.01$. Επομένως, οι συμμετέχοντες που προέβλεψαν ότι θα νιώσουν λιγότερο θυμό –ως αντίδραση στα υποθετικά (δυνάμει αρνητικά) κοινωνικά γεγονότα– ήταν επίσης πιο πιθανό να δηλώσουν μικρότερη αντιδραστηκή επιθετικότητα. Καμία άλλη συνάφεια δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική.

5. Συζήτηση

Αρχικά, αξίζει να γίνει μια σύντομη αναφορά στους στόχους που τέθηκαν στην παρούσα έρευνα. Πρώτο στόχο αποτελούσε η τροποποίηση των εχθρικών ερμηνειών τις οποίες οι μαθητές και οι μαθήτριες απέδιδαν στα αμφίσημα κοινωνικά γεγονότα. Κατ' αυτόν τον τρόπο, δεύτερος στόχος ήταν η αλλαγή των προσδοκιών που αφορούν τα επίπεδα θυμού τα οποία θα αισθάνονταν τα μέλη της ομάδας παρέμβασης στην περίπτωση που η εν λόγω αμφίσημη κατάσταση, η οποία τους παρουσιάζονταν, αποτελούσε πραγματικότητα. Τελικά, τρίτο στόχο της έρευνας αποτελούσε η αλλαγή της συμπεριφοράς των μαθητών και των μαθητριών μέσω της τροποποίησης των εχθρικών ερμηνειών.

Όπως σημειώθηκε και στις ερευνητικές υποθέσεις, αρχικά υποθέσαμε ότι θα υπάρξει μείωση των αρνητικών αποδόσεων και αύξηση των ουδέτερων αποδόσεων αιτιών στις υποθετικές ιστορίες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, με την πάροδο του χρόνου, οι μαθητές και οι μαθήτριες στην ομάδα παρέμβασης μείωσαν τις αρνητικές αποδόσεις αιτιών, ενώ στην ομάδα ελέγχου δεν σημειώθηκε κάποια στατιστικά σημαντική μεταβολή. Με άλλα λόγια, τα παιδιά που συμμετείχαν στις τρεις εκπαιδευτικές συναντήσεις –οι οποίες στόχευαν στη μείωση των αρνητικών αποδόσεων αιτιών που δίνουν τα άτομα σε αμφίσημα κοινωνικά γεγονότα– ανέφεραν, τελικά, σημαντική μεταβολή στην από-

δοση των εχθρικών αιτιών, αλλαγή η οποία δεν παρατηρήθηκε στα μέλη της ομάδας ελέγχου. Αναφορικά με τις ουδέτερες αποδόσεις αιτιών, παρατηρήθηκε μια σημαντική αύξηση και στις δύο ομάδες (ελέγχου και παρέμβασης). Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα φαίνεται να επιβεβαιώνουν τις έρευνες των Vassilopoulos και συνεργατών (2009, 2015), στις οποίες επίσης βρέθηκε ότι η διαδικασία γνωσιακής τροποποίησης των προκατειλημμένων ερμηνειών (CBM-I) μπορεί να οδηγήσει στη μείωση των εχθρικών αποδόσεων και αρνητικών ερμηνειών σε παιδιά που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα επιθετικότητας και κοινωνικού άγχους. Το γεγονός ότι στην παρούσα έρευνα δεν έγινε επιλογή των συμμετεχόντων με βάση τον βαθμό επιθετικής συμπεριφοράς ή άγχους που επιδεικνύουν, δείχνει ότι η συγκεκριμένη παρέμβαση μπορεί να χρησιμεύσει και ως μια καινοτόμος καθολική μέθοδος πρόληψης των συναισθηματικών προβλημάτων και των προβλημάτων συμπεριφοράς σε παιδιά και εφήβους. Επιπλέον, τα αποτελέσματα συμφωνούν και με τα αντίστοιχα της έρευνας των Hiemstra και συνεργατών (2019), οι οποίοι επίσης βρήκαν ότι η εκπαίδευση με στόχο την τροποποίηση των προκατειλημμένων ερμηνειών οδήγησε σε μείωση των εχθρικών ερμηνειών στην ομάδα παρέμβασης, κάτι που δεν παρατηρήθηκε στην ομάδα ελέγχου.

Επιπρόσθετα, σχετικά με τη δεύτερη ερευνητική μας υπόθεση, η οποία αφορούσε τις εκτιμήσεις των συμμετεχόντων για τη συναισθηματική τους φόρτιση ως αντίδραση στα υποθετικά γεγονότα, υποθέσαμε ότι τα μέλη της ομάδας παρέμβασης θα προέβλεπαν μικρότερη συναισθηματική φόρτιση σε σχέση με τα μέλη της ομάδας ελέγχου. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την αρχική μας πρόβλεψη. Όπως έδειξαν οι σχετικές αναλύσεις, οι μαθητές και οι μαθήτριες στην ομάδα παρέμβασης δήλωσαν ότι θα αισθάνονταν λιγότερο θυμό από ό,τι οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι η εκτίμηση της συναισθηματικής κατάστασης απέναντι σε μία πιθανή κοινωνική κατάσταση αποτελεί και αυτή μια γνωστική λειτουργία του ανθρώπινου εγκεφάλου, τα παραπάνω αποτελέσματα υποστηρίζουν τη σύνδεση των γνωστικών λειτουργιών με την επιθετικότητα. Το εύρημα αυτό συνάδει με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών και πιο συγκεκριμένα με τη μελέτη των Vassilopoulos και συνεργατών (2015), όπου επίσης παρατηρήθηκε μείωση στις εκτιμήσεις συναισθηματικής φόρτισης για την ομάδα παρέμβασης μόνο.

Επιπλέον, μια ακόμη ερευνητική υπόθεση που σημειώθηκε αφορούσε τη στατιστικά σημαντική μεταβολή των επιπέδων συχνότητας της προδραστηκής και αντιδραστηκής επιθετικότητας στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με τα μέλη της ομάδας ελέγχου. Τελικά φάνηκε ότι τα επίπεδα αντιδραστηκής επιθετικότητας μειώθηκαν σημαντικά, τόσο στην ομάδα παρέμβασης όσο και στην ομάδα ελέγχου. Η αναφερόμενη μεταβολή δικαιολογείται ως αποτέλεσμα της επίδρασης του παράγοντα χρόνου. Παρά ταύτα, οι μαθητές που κατέγραψαν μεγαλύτερη αλλαγή στις εκτιμήσεις τους σχετικά με τον θυμό που θα ένιωθαν σε αμφίσημα κοινωνικά γεγονότα κατέγραψαν και τη μικρότερη αντιδραστηκή επιθετικότητα. Το εύρημα αυτό είναι απόλυτα σύμφωνο με το κοινωνικο-γνωστικό μοντέλο επεξεργασίας πληροφοριών [5, 6], όπου σφάλματα και προκαταλήψεις κατά την επεξεργασία διαπροσωπικών ερεθισμάτων συνδέεται με την ανάπτυξη προβληματικής συμπεριφοράς στους νέους. Όσον αφορά την προδραστηκή επιθετικότητα, όπως ήταν αναμενόμενο, δεν σημειώθηκε καμία στατιστικά σημαντική μεταβολή των επιπέδων.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, όπως δείχνουν τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, η παρέμβαση που περιγράφηκε θα μπορούσε να αξιοποιηθεί ως ένα βραχείας διάρκειας εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη μείωση των αρνητικών/εχθρικών αποδόσεων αιτιών σε παιδιά των μεγαλύτερων (αλλά και των μικρότερων) τάξεων του Δημοτικού σχολείου. Επιπροσθέτως, μπορεί να αποτελέσει τη βάση για τη δημιουργία κοινωνικών ιστοριών στο Δημοτικό και επομένως να αξιοποιηθεί για τη συμβουλευτική αντιμετώπιση μαθητών και μαθητριών που έχουν υψηλά επίπεδα αντιδραστικής επιθετικότητας ή έχουν την τάση να αποκωδικοποιούν με καταστροφικό τρόπο την πλειονότητα των κοινωνικών γεγονότων που λαμβάνουν χώρα στην καθημερινότητά τους.

Η συγκεκριμένη έρευνα, λοιπόν, παρουσίασε αρκετά υποσχόμενα αποτελέσματα. Ωστόσο, παράλληλα, θα χρειαστεί να αναφερθεί η παρουσία ορισμένων περιορισμών. Αρχικά, το δείγμα της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου ήταν σχετικά μικρό. Ο περιορισμός αυτός θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί, σε μία μελλοντική έρευνα, χρησιμοποιώντας έναν μεγαλύτερο αριθμό δείγματος, με την πιθανότητα εξαγωγής των επιθυμητών αποτελεσμάτων να είναι υψηλή. Επιπλέον, η αποκλειστική χρήση κλιμάκων αυτοαναφοράς αποτελεί έναν ακόμη περιορισμό για την έρευνα. Ενδεχομένως, η συνεισφορά μαρτυριών ατόμων του κοντινού κοινωνικού περιβάλλοντος του δείγματος, όπως των δασκάλων, των γονέων ή και άλλων μελών της οικογένειας, ωφέλησαν στην εξαγωγή αντικειμενικότερων αποτελεσμάτων. Επίσης, υπάρχει η πιθανότητα επιρροής του παράγοντα του –περιορισμένου– χρόνου πραγματοποίησης της έρευνας. Όπως αναφέρθηκε στην ερευνητική διαδικασία, η διεξαγωγή της έρευνας διήρκεσε από τον Νοέμβριο του 2019 έως τον Δεκέμβριο της ίδιας χρονιάς. Μπορούμε να υποθέσουμε ότι σε περίπτωση μεγαλύτερης απόστασης των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων μεταξύ τους, και σε συνδυασμό με έναν μεγαλύτερο αριθμό συναντήσεων, τα αποτελέσματα της έρευνας ίσως να ήταν ακόμα πιο σημαντικά.

Συμπερασματικά, η παρούσα έρευνα έδειξε ότι είναι δυνατή η μείωση των εχθρικών ερμηνειών που αποδίδουν οι μαθητές και οι μαθήτριες Δημοτικού σε αμφίσημα κοινωνικά σενάρια. Επιπλέον, η αλλαγή των προσδοκιών τους ως προς την αναμενόμενη συναισθηματική φόρτιση βρέθηκε να συνδέεται με την αυτοαναφερόμενη εκδήλωση αντιδραστικής επιθετικής συμπεριφοράς. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν τα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα επεξεργασίας κοινωνικών πληροφοριών και αναδεικνύουν τη συμβουλευτική/θεραπευτική αξία μιας νέας εκπαιδευτικής παρέμβασης στην κατεύθυνση της διαχείρισης της προβληματικής συμπεριφοράς στους νέους.

Experimental modification of cognitive biases in primary school children: Reduction in hostile attributional style and connection to reactive aggression

S.P. Vassilopoulos, S. Antoniou,

P. Papadimitropoulou, K. Theodosi

Correspondence: Stephanos P. Vassilopoulos, Department of Education and Social Work, University of Patras, Patras, 26110, Greece

Email: stephanosv@upatras.gr – Tel.: 0030 2610 969726

Abstract

Past research suggests that aggressive individuals are more likely to interpret others' motives and intentions in ambiguous situations as hostile. In addition, there is preliminary evidence that attribution training programs, in which children are trained to endorse benign rather than hostile attributions in response to ambiguous social scenarios, are effective for reducing aggression-related cognitive biases. The current study was designed to further investigate whether a novel attribution training program (which followed the Cognitive Bias Modification of Interpretations (CBM-I) paradigm) can reduce hostile attributions and reactive aggression in a sample of primary school children. A sample of 66 unselected children aged 10 to 12-years was trained over three sessions to endorse benign rather than hostile attributions in response to ambiguous social scenarios. This group ($n = 35$) was subsequently less likely to endorse hostile attributions in response to a new set of ambiguous social situations than children in a pretest-posttest control group ($n = 31$). Children who received attribution training also reported less perceived anger than those in the control group. Crucially, changes in perceived anger were associated with changes in self-reported reactive – but not proactive – aggressive behavior. Implications of these findings are briefly discussed.

Keywords: Information-processing, Reactive aggression, Proactive aggression, Cognitive bias modification, Attribution training, Children

Βιβλιογραφία

- [1] Arsenio WF, Lemerise EA. Aggression and moral development: Integrating social information processing and moral domain models. *Child development*. 2004; 75(4): 987-1002.
- [2] Borsa JC, Hauck-Filho N, Damásio BF. Proactive and Reactive Aggressive Behaviors: Dimensionality of Self-Report Scales. *The Spanish Journal of Psychology*. 2019; 22: E47.
- [3] Brendgen M, Vitaro F, Tremblay RE, Lavoie F. Reactive and proactive aggression: Predictions to physical violence in different contexts and moderating effects of parental monitoring and caregiving behavior. *Journal of abnormal child psychology*. 2001; 29(4): 293-304.
- [4] Card NA, Little TD. Proactive and reactive aggression in childhood and adolescence: A meta-analysis of differential relations with psychosocial adjustment. *International journal of behavioral development*. 2006; 30(5):466-480.
- [5] Crick NR, Dodge KA. A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological bulletin*. 1994; 115(1): 74-101.
- [6] Crick NR, Dodge KA. Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child development*. 1996; 67(3): 993-1002.
- [7] De Castro BO, Veerman JW, Koops W, Bosch JD, Monshouwer HJ. Hostile attribution of intent and aggressive behavior: A meta-analysis. *Child development*. 2002; 73(3): 916-934.
- [8] Dodge KA, Coie JD. Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987; 53(6): 1146-1158.
- [9] Dodge KA, Malone PS, Lansford JE, Sorbring E, Skinner AT, Tapanya S, ... Pastorelli C. Hostile attributional bias and aggressive behavior in global context. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2015; 112(30): 9310-9315.
- [10] Gilmore C, Mattison S, Pollack G, Stewart J. Identification of Aggressive Behaviour Tendencies in Junior Age Children: first stage in a study of aggression. *Educational Review*. 1985; 37(1): 53-63.

- [11] Hawkins KA, Cogle JR. The effects of nicotine on intrusive memories in non-smokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2013; 21(6): 434-442.
- [12] Hertel PT, Mathews A. Cognitive bias modification: Past perspectives, current findings, and future applications. *Perspectives on Psychological Science*. 2011; 6(6): 521-536.
- [13] Hiemstra W, De Castro BO, Thomaes S. Reducing aggressive children's hostile attributions: A cognitive bias modification procedure. *Cognitive therapy and research*. 2019; 43(2): 387-398.
- [14] Hudley C, Britsch B, Wakefield WD, Smith T, Demorat M, Cho SJ. (1998). An attribution retraining program to reduce aggression in elementary school students. *Psychology in the Schools*. 1998; 35(3): 271-282.
- [15] MacLeod C, Mathews A. Cognitive bias modification approaches to anxiety. *Annual review of clinical psychology*. 2012; 8:189-217.
- [16] Nasby W, Hayden B, DePaulo BM. Attributional bias among aggressive boys to interpret unambiguous social stimuli as displays of hostility. *Journal of Abnormal Psychology*, 1980; 89(3): 459-468.
- [17] Nigoff A. Social Information Processing and Aggression in Understanding School Violence: An Application of Crick and Dodge's Model. In Miller TW, editors *School Violence and Primary Prevention*. New York, NY: Springer; 2008.
- [18] Orobio de Castro B, Merk W, Koops W, Veerman JW, Bosch JD. Emotions in social information processing and their relations with reactive and proactive aggression in referred aggressive boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2005; 34(1): 105-116.
- [19] Raine A, Dodge K, Loeber R, Gatzke-Kopp L, Lynam D, Reynolds C, Stouthamer-Loeber M, Liu J. The reactive-proactive aggression questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*. 2006; 32(2): 159-171.
- [20] Salmivalli C, Nieminen E. Proactive and reactive aggression among school bullies, victims, and bully-victims. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*. 2002; 28(1): 30-44.
- [21] Stoltz S, van Londen M, Deković M, Orobio de Castro, BO, Prinzie P, Lochman JE. Effectiveness of an individual school-based intervention for children with aggressive behaviour: a randomized controlled trial. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2013; 41(5): 525-548.
- [22] Van Bockstaele B, Atticciati L, Hiekkaranta AP, Larsen H, Verschuere B. Choose change: Situation modification, distraction, and reappraisal in mild versus intense negative situations. *Motivation and Emotion*. 2020; 44: 583-596.
- [23] Van Bockstaele B, van der Molen MJ, van Nieuwenhuijzen M, Salemink E. Modification of hostile attribution bias reduces self-reported reactive aggressive behavior in adolescents. *Journal of experimental child psychology*. 2020; 194: 104811.
- [24] Vassilopoulos SP, Brouzos A. A multi-session attribution modification program for children: Effects on hostile attributions and reactive/proactive aggression. *Hellenic Journal of Psychology*. 2022; 19: 69-82.
- [25] Vassilopoulos SP, Banerjee R, Prantzalou C. Experimental modification of interpretation bias in socially anxious children: Changes in interpretation, anticipated interpersonal anxiety, and social anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 2009; 47(12): 1085-1089.
- [26] Vassilopoulos SP, Brouzos A, Andreou E. (2015). A multi-session attribution modification program for children with aggressive behaviour: Changes in attributions, emotional reaction estimates, and self-reported aggression. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2015; 43(5): 538-548.
- [27] Vassilopoulos SP, Brouzos A, Rentzios C. Evaluation of a universal social information-processing group program aimed at preventing anger and aggressive behaviour in primary school children. *Hellenic Journal of Psychology*. 2014; 11(3): 208-222.
- [28] Vitiello B, Stoff DM. Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997; 36(3): 307-315.
- [29] Yoon J, Hughes J, Gaur A, Thompson B. Social cognition in aggressive children: A metaanalytic review. *Cognitive and Behavioral Practice*. 1999; 6(4): 320-331.

Ο ρόλος της ψηφιακής αφήγησης στην ενδυνάμωση της επικοινωνιακής σχέσης ιατρού-ασθενή

Έφη Γιάννου

Υποψήφια Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, Εργαστήριο Νέων Τεχνολογιών στην Επικοινωνία, την Εκπαίδευση και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 16121, Αθήνα

Έφη Γιάννου, Δρ. Ψηφιακής Επικοινωνίας, Μέσων και Πολυμέσων ΕΚΠΑ, Εργαστήριο Νέων Τεχνολογιών στην Επικοινωνία,

την Εκπαίδευση και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, ΕΚΠΑ

Αλληλογραφία: Σοφοκλέους 1, 10559, Αθήνα

Email: efgiannou@gmail.com – Τηλ.: 6945861251

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των ιατρών και των ασθενών για το είδος της προσέγγισης στη σχέση ιατρού-ασθενή (ανθρωποκεντρική vs ιατροκεντρική προσέγγιση), αλλά και η καταγραφή των δεξιοτήτων επικοινωνίας στις οποίες έχουν εκπαιδευτεί οι πρώτοι, ως παράγοντας ο οποίος επιδρά καταλυτικά στις αντιλήψεις τους για τη σχέση με τις/τους ασθενείς. Εν συνεχεία, επιχειρείται η διερεύνηση του ρόλου της ψηφιακής αφήγησης στην ενδυνάμωση και αυτοέκφραση ιατρών-ασθενών, στη βελτίωση της σχέσης τους και στον τρόπο με τον οποίο συμβάλλει, ως καλή πρακτική, στον ανθρωποκεντρικό τύπο προσέγγισης στο πλαίσιο της αφηγηματικής ιατρικής. Στη σύγχρονη ιατρική προσέγγιση το ζήτημα της επικοινωνίας και των σχέσεων στον χώρο της υγείας δεν αφορά μόνο, τουλάχιστον πλέον, το επιστημονικό πεδίο της ιατρικής, νοσηλευτικής, ψυχολογίας ή άλλων ειδικοτήτων σχετιζόμενων με επαγγέλματα υγείας, αλλά τείνει να απασχολεί διάφορα επιστημονικά πεδία, όπως είναι ο χώρος της επικοινωνίας και των νέων τεχνολογιών. Συνεπώς, βάσει του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου κρίνεται αναγκαία η ολιστική και διεπιστημονική πλαισίωση του ζητήματος της επικοινωνίας, καθώς η ασθένεια δεν είναι δυνατόν να προσεγγίζεται αμγώς από τη βιολογική της διάσταση, αλλά λαμβάνονται υπόψη και επιπλέον παράγοντες, όπως τα ατομικά χαρακτηριστικά, συναισθηματικές, κοινωνικές και ψυχολογικές παράμετροι, όπως και το πολιτισμικό πλαίσιο.

Λέξεις-κλειδιά: ψηφιακή αφήγηση, αφηγηματική ιατρική, θεραπευτική αφήγηση, σχέση ιατρού-ασθενή, δεξιότητες επικοινωνίας

1. Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξανόμενο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας –προερχόμενης από ποικίλα επιστημονικά πεδία– αναφορικά με τις σχέσεις και την επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας με τις/τους ασθενείς. Όπως αναφέρει ο Κριτωτάκης, τελευταία, υπό την επίδραση πληθώρας κοινωνικών παραγόντων, παρατηρείται αμείωτο ενδιαφέρον στο να γίνουν οι υπηρεσίες υγείας περισσότερο φιλικές και προσιτές στους χρήστες τους, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στις εμπειρίες τους [1]. Αυτό συμβαίνει διότι η ποιότητα της επικοινωνίας κατά την ιατρική πράξη, σύμφωνα με τον Μειμάρη, δρα καταλυτικά στη διαχείριση σοβαρών ζητημάτων υγείας του ασθενή καθώς και σε πολλές πτυχές που σχετίζονται με κάθε συμμετέχοντα σε αυτή: ιατρικό, νοσηλευτικό, λοιπό υγειονομικό προσωπικό, καθώς και ασθενείς αλλά και φροντιστές των ασθενών. Επομένως, κρίνεται αναγκαία η βελτίωση της επικοινωνίας όλων των παραπάνω εμπλεκόμενων. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η πρόταση του Μειμάρη για τη βελτίωση της επικοινωνίας στην υγεία μέσω των κοινών τόπων των επιστημονικών πεδίων της

επικοινωνίας και της υγείας αντίστοιχα [2]. Κατά τα λεχθέντα, γίνεται φανερό ότι το ζήτημα της επικοινωνίας και των σχέσεων στον χώρο της υγείας δεν αφορά μόνο, τουλάχιστον πλέον, το επιστημονικό πεδίο της ιατρικής, της νοσηλευτικής, της ψυχολογίας ή άλλων ειδικοτήτων σχετιζόμενων με επαγγέλματα υγείας, αλλά τείνει να απασχολεί διάφορα επιστημονικά πεδία, όπως είναι ο χώρος της επικοινωνίας και των νέων τεχνολογιών, της πληροφορικής κ.λπ.

Κατά τον ίδιο τρόπο, η ψηφιακή αφήγηση μπορεί να συμβάλει στην οικοδόμηση κοινότητας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί στην κοινή διαδικασία και τον κύκλο της αφήγησης (story-circle) στη διαδικασία της ψηφιακής αφήγησης. Η κοινή διαδικασία βασίζεται στην εμπιστοσύνη που είναι γεμάτη συναισθήματα, στις (αρχικές) ανησυχίες, στα εμπόδια που υπερπηδούνται και στην αίσθηση κατορθώματος όταν αυτά εξουδετερώνονται. Μερικές φορές είναι απογοητευτική, μερικές φορές ανέμελη, αστεία ή διασκεδαστική, αλλά σχεδόν πάντα πετυχημένη: στο τέλος δημιουργείται μια προσωπική μικρή ταινία και είναι έτοιμη να προβληθεί. Οι συναισθηματικές επιδράσεις που βιώνονται

νται από κοινού και η αμοιβαία εμπιστοσύνη καταλήγει σε μια συλλογική εμπειρία που έχει μια ξεχωριστή δύναμη στη συνοχή της ομάδας [3, 4]. Γεγονός το οποίο αποδεικνύεται μέσα από διάφορες εφαρμογές της ψηφιακής αφήγησης στην υγεία από την Pip Hardy στην Αγγλία με το πρόγραμμα «patient voices», όπου ασθενείς με χρόνιες ασθένειες χρησιμοποιούν την ψηφιακή αφήγηση για να εκφραστούν [5, 6].

Η ψηφιακή αφήγηση για τη συγκεκριμένη μελέτη εστιάζει στις δυνατότητες αυτοέκφρασης και αισθήματος «ανήκειν» (sharing), καθώς και στην ενδυνάμωση της κοινωνικο-ψυχολογικής ανθεκτικότητας ασθενών-ιατρών. Η ψηφιακή αφήγηση ως «καλή πρακτική» είναι δυνατόν να αποτελέσει τη συνδυαστική γέφυρα επικοινωνίας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς σε μια διαφορετική αλληλεπίδραση, προσφέροντας μια νέα δυναμική στον χώρο της υγείας.

2. Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα ακολούθησε τη μεϊκή προσέγγιση, αξιοποιώντας την ποσοτική μεθοδολογία με τη χρήση ερωτηματολογίου (σταθμισμένης κλίμακας) καθώς και την ποιοτική μεθοδολογία με εργαλείο συλλογής δεδομένων την ψηφιακή αφήγηση. Όσον αφορά την ποσοτική έρευνα, η μέθοδος συλλογής δεδομένων ήταν Το Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης Προσανατολισμού Ιατρού-Ασθενή (Patient Physician Orientation Scale – PPOS), με δημιουργούς τους Krupat, Yeager και Putnam και την Τσίμτσιου, η οποία το στάθμισε στην ελληνική γλώσσα. Για τη χρήση και αξιοποίηση του ερωτηματολογίου δόθηκε γραπτή άδεια, τόσο από τους δημιουργούς όσο και από την ερευνήτρια που το στάθμισε και το προσαρμοσε στην ελληνική γλώσσα. Το PPOS είναι μια κλίμακα αντιλήψεων για τη σχέση ιατρού-ασθενή όπως την αντιλαμβάνονται και οι δύο άμεσα εμπλεκόμενοι σε αυτή. Αποτελείται από 18 προτάσεις-αντιλήψεις, οι οποίες απαντώνται σε μια εξαβάθμια κλίμακα Likert. Οι ερωτήσεις PPOS9, PPOS13 και PPOS17 αντιστρέφονται κατά τη βαθμολόγησή τους. Η βαθμολόγηση γίνεται από αριστερά προς τα δεξιά, από το διαφωνώ απόλυτα με βαθμό 6 έως το συμφωνώ απόλυτα με βαθμό 1. Συνεπώς, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από την/τον ασθενή στο επίκεντρο (patient-centered) έως την/τον ιατρό ή την ασθένεια στο επίκεντρο (doctor or disease-centered). Τα υψηλότερα αποτελέσματα αντιστοιχούν σε περισσότερο ανθρωποκεντρική συμπεριφορά. Το PPOS αποτελείται από δύο επιμέρους υποκλίμακες και καθεμία από αυτές αποτελείται από εννέα θέσεις. Όσον αφορά το εύρος της συνολικής βαθμολογίας, κυμαίνεται από 18 έως 108 μονάδες στο σύνολό του, ενώ για τις δύο υποκλίμακες κυμαίνεται από 9 έως 54 μονάδες. Ο Προσανατολισμός Ιατρού-Ασθενή προκύπτει από τη μέση βαθμολογία των απαντήσεων, η οποία κυμαίνεται από 1 έως 6. Όσο υψηλότερη η βαθμολογία, τόσο πιο ανθρωποκεντρικός είναι ο προσανατολισμός και όσο πιο χαμηλή, τόσο πιο ιατροκεντρικός και «κλινικός».

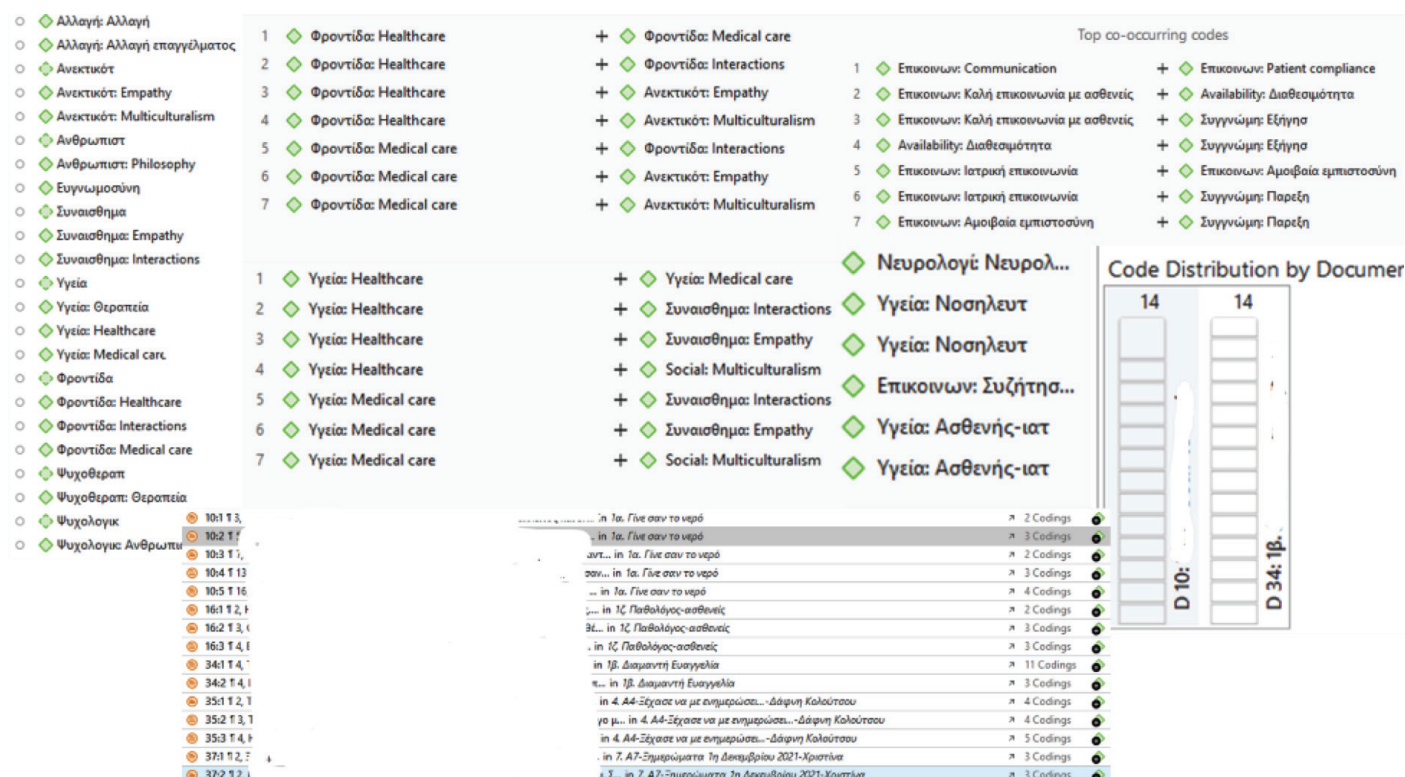
Με την ολοκλήρωση της συλλογής των ερωτηματολογίων ακολούθησαν έλεγχοι μέσω του στατιστικού προγράμματος SPSS 20. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες έλαβαν χώρα αφότου προηγήθηκε ο έλεγχος καταλληλότητας των δεδομένων (KMO) και της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης (EFA). Η εγκυρότητα [εγκυρότητα όψης (face validity), εγκυρότητα περιεχομένου (content validity), εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (factorial validity) μέσω της συγκλίνουσας (convergent validity) και της διακρίνουσας εγκυρότητας (discriminant validity)] που

προέκυψε από την παραγοντική ανάλυση του ψυχομετρικού εργαλείου που αξιοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη κρίθηκε ιδιαίτερα ικανοποιητική. Ακολούθησε ο έλεγχος αξιοπιστίας με τη μέθοδο υπολογισμού του συντελεστή εσωτερικής συνέπειας και αξιοπιστίας alpha Cronbach's (reliability coefficient) και στη συνέχεια ο έλεγχος της τήρησης κανονικής κατανομής με δύο τρόπους, ο πρώτος αφορούσε τις τιμές της λοξότητας και της κύρωσης, ενώ ο δεύτερος τον έλεγχο της μέσης τιμής και της διαμέσου της κλίμακας. Η κατανομή βρέθηκε κανονική για την κλίμακα. Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 5% ($p > .05$). Τέλος, έπονται η περιγραφική στατιστική και τα μοντέλα γραμμικής πολλαπλής παλινδρόμησης (Multiple Linear Regression).

Το δείγμα της ποσοτικής έρευνας αποτελούνταν από 96 υποκείμενα (61 ιατρούς και 35 ασθενείς). Από τις/τους ιατρούς οι 39 ήταν γυναίκες, οι 20 άνδρες και 2 δήλωσαν «άλλο» φύλο. Η μέση ηλικία ήταν τα 39 έτη, η κοινωνικο-οικονομική προέλευση για το 69% του δείγματος ήταν η μεσαία κοινωνική τάξη. Το 41% ασκούσε 6 έως 10 έτη το επάγγελμα, ενώ η ειδικότητα με τη μεγαλύτερη συμμετοχή (49%) ήταν η χειρουργική, ακολουθούσε η παθολογική, η καρδιολογία και η μαιευτική και γυναικολογία. Από το σύνολο των 61 ιατρών οι 22 (36%) είχαν λάβει εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας, με πηγή εκπαίδευσης κάποιο σεμινάριο ή μεταπτυχιακές σπουδές, ενώ οι 39 (64%) δεν είχαν λάβει καμία εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς. Όσον αφορά τις/τους ασθενείς, οι 31 ήταν γυναίκες και οι 4 άνδρες, η μέση ηλικία ήταν τα 42 έτη, οι 18 προέρχονταν από τη μεσαία κοινωνική τάξη, ενώ οι 27 ήταν απόφοιτες/απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τα χρόνια νοσήματα ήταν ο καρκίνος και τα αυτοάνοσα.

Όσον αφορά την ποιοτική έρευνα, συμμετείχαν 13 άτομα (6 ασθενείς και 7 ιατροί). Η έρευνα έλαβε χώρα για τις/τους ασθενείς από τον Ιανουάριο έως τον Απρίλιο του 2021, ενώ λόγω των αντικειμενικών συνθηκών που ίσχυαν στη χώρα λόγω της πανδημίας, οι ιατροί έλαβαν μέρος την άνοιξη του 2022. Οι ψηφιακές αφηγήσεις αναλύθηκαν σε κατηγορίες βάσει της θεματολογίας τους και αξιοποιήθηκαν σε αυτή τα κειμενικά στοιχεία, καθώς και η χρήση οπτικοακουστικού υλικού με εργαλείο ανάλυσής τους το λογισμικό atlas.ti. Στο λογισμικό εισήχθησαν τόσο οι αφηγήσεις ως σενάρια (κείμενα) όσο και οι ψηφιακές αφηγήσεις (βίντεο) και στη συνέχεια ορίστηκαν κριτήρια ανάλυσης βάσει της συχνότητας μιας λέξης, της θεματολογίας σεναρίου και του τρόπου παρουσίασης των προσωπικών ιστοριών των συμμετεχόντων. Στη συνέχεια, με λέξεις-κλειδιά (επικοινωνία, σχέση ιατρού-ασθενή, νοσοκομείο, υγεία κ.λπ.) και καθορισμό περιορισμένων κριτηρίων, οι κατηγορίες περιορίστηκαν σημαντικά. Το επόμενο βήμα ήταν η ανάλυση ακολουθούμενη από τα υπάρχοντα ευρήματα για τη δημιουργία του τελικού μοντέλου, αποτελούμενου από τρεις κατηγορίες (βλ. Εικόνα 1).

Οι 6 ασθενείς ήταν γυναίκες, με μέση ηλικία τα 44 έτη και προέλευση από τη μεσαία κοινωνική τάξη. Οι 4 ήταν απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και οι 2 δευτεροβάθμιας. Από αυτές, 2 έπασχαν από καρκίνο, 3 από νευρολογικές ασθένειες και 1 από ερυθρελάτη λύκο. Όσον αφορά τους ιατρούς, οι 4 ήταν γυναίκες και οι 3 άνδρες, με μέση ηλικία τα 44 έτη. Οι 4 προέρχονταν από τη μεσαία κοινωνική τάξη και οι 3 από τη μεγαλοαστική. Οι 2 ήταν παθολόγοι, 1 ενδοδοντολόγος, 1 γενικός ιατρός, 1 παιδίατρος, 1 πνευμονολόγος και 1 ψυχίατρος.



Εικόνα 1. Στιγμιότυπο ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων με το λογισμικό atlas.ti

3. Ευρήματα

Η μέση συνολική βαθμολογία της Κλίμακας PPOS (βλ. Πίνακα 1) για τις/τους ιατρούς βρέθηκε 4 (υποκλίμακα φροντίδας 4,09 και υποκλίμακα συμμετοχής 3,90). Ενώ για τις/τους ασθενείς βρέθηκε 5 (4,96 υποκλίμακα φροντίδας και 5 υποκλίμακα συμμετοχής). Αναφορικά με τη συσχέτιση της κλίμακας PPOS με δημογραφικά, επαγγελματικά και μορφωτικά στοιχεία των ιατρών (βλ. Πίνακα 2), βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < .01$) στο μοντέλο που περιλάμβανε ως ανεξάρτητες μεταβλητές την προέλευση από τη μεσαία τάξη έναντι της εργατικής, την επιπλέον εκπαίδευση των ιατρών σε σύγκριση με την απουσία της, την εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας έναντι της έλλειψης εκπαίδευσης, την ιδιότητα των επιμελητριών/τών ιατρών σε σύγκριση με τις/τους ειδικευόμενες/νους ιατρούς, την ειδικότητα της παθολογίας έναντι της χειρουργικής και, τέλος, την ύπαρξη καλής επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς συγκριτικά με την κακή επικοινωνία.

Πίνακας 1. Στατιστικοί δείκτες της μέσης βαθμολογίας της κλίμακας PPOS

	PPOS	Υποκλίμακα Φροντίδας	Υποκλίμακα Συμμετοχής
Ιατροί	Μέση τιμή	4,00	4,09
	Τυπική απόκλιση	,98	,97
	Διάμεσος	4,28	4,33
	Ελάχιστο	1,56	1,67
	Μέγιστο	5,22	5,33
	N	61	61
Ασθενείς	Μέση τιμή	5,01	4,96
	Τυπική απόκλιση	,15	,20
	Διάμεσος	5,03	4,89
	Ελάχιστο	4,72	4,67
	Μέγιστο	5,22	5,44
	N	35	35

Όσον αφορά τις/τους ασθενείς (βλ. Πίνακα 2), η συσχέτιση της κλίμακας PPOS με δημογραφικά, εκπαιδευτικά και επαγγελματικά στοιχεία βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($p < .01$), με στατιστικά σημαντικές τις ανεξάρτητες μεταβλητές της μεσαίας κοινωνικο-οικονομικής προέλευσης σε σύγκριση με την εργατική τάξη, της ηλικίας (41 και άνω έναντι μικρότερες ηλικίες) και, τέλος, της ενημέρωσης για θέματα υγείας από εξειδικευμένους/νους σε αντίθεση με την ενημέρωση από το διαδίκτυο (βλ. Πίνακα 3).

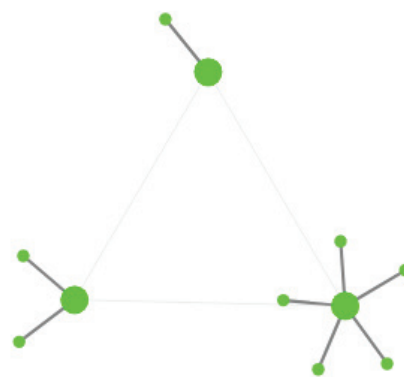
Πίνακας 2. Συσχέτιση κλίμακας PPOS με δημογραφικά, μορφωτικά και επαγγελματικά στοιχεία των ιατρών (πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση)

Μοντέλο	Beta	p-value
PPOS (N = 61) $R^2 = 0,62$, $F(21, 39) = 4,98$, $p < 0,01$		
Κοινωνικο-οικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	-,40	<.01
Επιπλέον εκπαίδευση (Ναι vs Όχι)	,10	.44
Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας με ασθενείς (Ναι vs Όχι)	,64	<.01
Ιδιότητα (Ειδικευμένοι/νοι ιατροί vs Επμελήτριες/τές ιατροί)	-,35	<.01
Ειδικότητα (Χειρουργική vs Άλλη)	-,17	.01
Επικοινωνία με τις/τους ασθενείς (Καλή vs Κακή)	,58	<.01

Πίνακας 3. Συσχέτιση κλίμακας PPOS με δημογραφικά, μορφωτικά και επαγγελματικά στοιχεία των ασθενών (πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση)

Μοντέλο	Beta	p-value
PPOS (N = 35) $R^2 = 0,38$, $F(12,22) = 3,19$, $p < 0,001$		
Κοινωνικο-οικονομική προέλευση (Εργατική τάξη vs Μεσαία τάξη)	-,25	.37
Ηλικία (41+ vs Άλλο)	,29	.12
Πηγή ενημέρωσης για θέματα υγείας (Ειδικός vs Διαδίκτυο)	,56	<.27

Όσον αφορά τις ψηφιακές αφηγήσεις, βάσει της ανάλυσης που ακολούθησε, ταξινομήθηκαν σε 3 κατηγορίες: (α) επεξηγηματική επικοινωνία, (β) διεκπεραιωτική επικοινωνία, και (γ) επικοινωνία της αυθεντίας (βλ. Εικόνα 2). Στις Εικόνες 3 και 4 παρουσιάζονται στιγμιότυπα από τις ψηφιακές αφηγήσεις των υγειονομικών και στις Εικόνες 5 και 6 στιγμιότυπα από τις ψηφιακές αφηγήσεις ασθενών. Στην πρώτη κατηγορία τοποθετήθηκαν 2 ψηφιακές αφηγήσεις ασθενών και 3 ιατρών, στη δεύτερη κατηγορία 2 αφηγήσεις ασθενών και 2 ιατρών, και στην τρίτη κατηγορία επίσης 2 ψηφιακές αφηγήσεις ασθενών και 2 ιατρών. Ενώ στον τρόπο κατά τον οποίο οι ασθενείς ορίζουν ικανοποιητική την επικοινωνία με τις/τους ιατρούς και τα χαρακτηριστικά των ιατρών, βάσει των ασθενών, που δείχνουν την οικοδόμηση μιας «καλής» και ισχυρής θεραπευτικής σχέσης είναι η ανθρωπιά, η διαθεσιμότητα, το χιούμορ και η καλή ακρόαση.



Εικόνα 2. Τύποι επικοινωνίας ασθενή-ιατρού

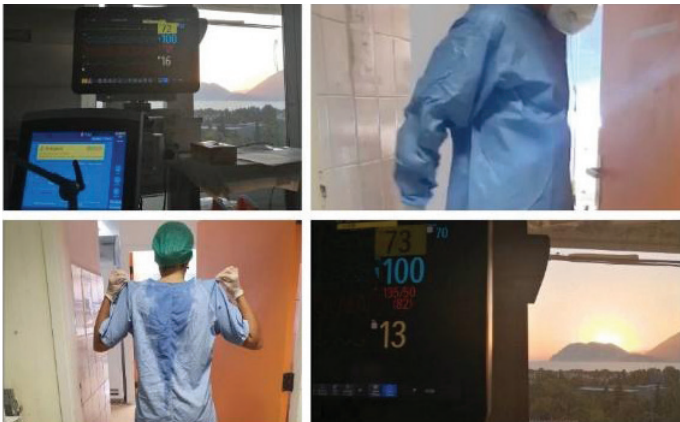
Σημ. Όπως προέκυψαν από την ανάλυση των ψηφιακών αφηγήσεων με το λογισμικό atlas.ti

Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι στις 4/6 αφηγήσεις αναφέρεται το στοιχείο του να είναι η/ο ιατρός «άνθρωπος», το οποίο όπως περιγράφεται στις συγκεκριμένες ψηφιακές αφηγήσεις σημαίνει να έχει ενσυναίσθηση. Επίσης, στις 5/6 ψηφιακές αφηγήσεις τίθεται το ζήτημα της διαθεσιμότητας των ιατρών (τηλεφωνικά ή ως φυσικές παρουσίες), το οποίο σημαίνει ασφάλεια και εμπιστοσύνη. Επιπλέον, δύο αφηγήσεις αναφέρονται σε χαρακτηριστικά που αφορούν το χιούμορ, το οποίο ως χαρακτηριστικό παραπέμπει στην ενσυναίσθηση και την εμπιστοσύνη και, τέλος, έξι αφηγήσεις αναφέρονται στη δεξιότητα της «καλής» ακρόασης, στην ανάγκη να ακούνε οι ιατροί τις ανησυχίες, τις ιδέες και τα αιτήματα των ασθενών τους, το οποίο σημαίνει ενσυναίσθηση, χτίσιμο εμπιστοσύνης, ασφάλειας και φροντίδας.

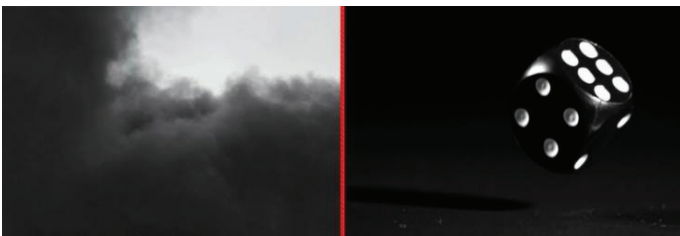
Τα παραπάνω προέκυψαν έπειτα από ποιοτικές αναλύσεις με το πρόγραμμα atlas, ώστε να διασφαλισθεί η αξιοπιστία και η αντικειμενικότητα των ευρημάτων, διότι οι αναλύσεις και τα μοντέλα που εξάγονται, από τα ομαδοποιημένα στοιχεία προς ανάλυση, στηρίζονται σε συχνότερες εμφάνισης και στη κυρίαρχη θεματολογία που προκύπτει.



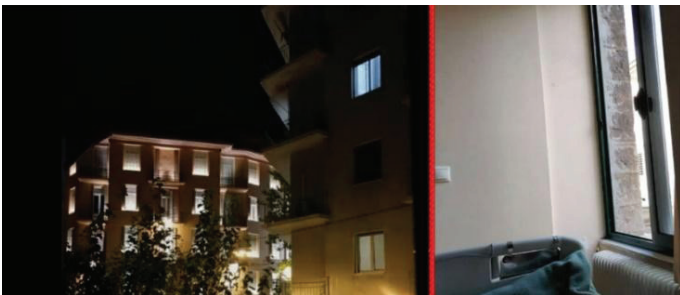
Εικόνα 3. Στιγμιότυπο ψηφιακής αφήγησης ιατρού



Εικόνα 4. Στιγμιότυπο από την ψηφιακή αφήγηση υγειονομικού



Εικόνα 5. Στιγμιότυπο από την ψηφιακή αφήγηση ασθενή



Εικόνα 6. Στιγμιότυπο από την ψηφιακή αφήγηση ασθενή

4. Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε να υιοθετείται σε ικανοποιητικά επίπεδα η ανθρωποκεντρική προσέγγιση, καθώς και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο από τις/τους ιατρούς σε σύγκριση με το αμγώς ιατροκεντρικό και βιοϊατρικό. Οι μέσες τιμές ήταν μέτριες ως προς τα μοντέλα που θέτουν στο επίκεντρο τις/τους ασθενείς. Στις/στους ασθενείς η προσέγγιση υιοθέτησης στη σχέση ιατρού-ασθενή ήταν υψηλή αναφορικά με το ανθρωποκεντρικό μοντέλο. Ενώ, όσον αφορά τις υποκλίμακες, ήταν ιδιαίτερα υψηλή η βαθμολογία που αφορούσε τη συμμετοχή τους σε ζητήματα της υγείας τους, την αυτονομία, την ενημέρωση και την πληροφόρηση για θέματα που προκύπτουν και χαμηλότερες αναφορικά με την υποκλίμακα της φροντίδας. Εύρημα το οποίο ήταν αντίστροφο στις/στους ιατρούς, όπου έδειξαν ανθρωποκεντρικό προσανατολισμό σε θέματα φροντίδας, αλλά ιατροκεντρική προσέγγιση σε ζητήματα που αφορούν τη συμμετοχή των ασθενών στη θεραπευτική διαδικασία, τη λήψη αποφάσεων, την ενημέρωση κ.λπ.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρον εύρημα αναφορικά με τους παράγοντες οι οποίοι βρέθηκε να επιδρούν στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση ήταν η πρότερη εκπαίδευση των ιατρών σε δεξιότητες επικοινωνίας με τις/τους ασθενείς ως ένας ισχυρός παράγοντας επίδρασης. Οι ιατροί που έχουν λάβει εκπαίδευ-

ση, σε σύγκριση με όσες/όσους δεν έχουν λάβει, υιοθετούν την ανθρωποκεντρική προσέγγιση και λιγότερο την ιατροκεντρική. Αυτό αναδεικνύει την αναγκαιότητα εισαγωγής μαθημάτων που αφορούν τις δεξιότητες επικοινωνίας από τα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών.

Εν ολίγοις, από τα ευρήματα της ποιοτικής ανάλυσης προκύπτει ότι η ψηφιακή αφήγηση ως διαδικασία αυτοέκφρασης συμβάλλει στην προσωπική ανάπτυξη των επαγγελματιών υγείας καθώς δίνει έμφαση στην αυτοφροντίδα. Αποτελεί μια καλή πρακτική για μοίρασμα εμπειριών, διαχείριση του εργασιακού άγχους και των καθημερινών εργασιακών προκλήσεων των ιατρών και νοσηλευτριών/νοσηλευτών ενδυναμώνοντας τις συναδελφικές σχέσεις.

Ταυτόχρονα διαφαίνεται ότι ενδυναμώνει τη σχέση ιατρού-ασθενή, νοσηλεύτριας/ή-ασθενή μέσω της ουσιαστικής αλληλεπίδρασης και του αναστοχασμού που προσφέρει η δημιουργία και η θέαση ενός ψηφιακού έργου. Ενώ, τέλος, τονώνει τις επικοινωνιακές δεξιότητες, δεξιότητες που αφορούν τεχνολογικά και ψηφιακά μέσα και παράγει «ιατρική γνώση» για τη σχέση με τις/τους ασθενείς μέσω του αναστοχασμού και της ανατροφοδότησης.

Ποικίλες έρευνες και εφαρμογές της ψηφιακής αφήγησης αναδεικνύουν τη σπουδαιότητά της σε συναισθηματικό και ψυχικό επίπεδο [7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16], στηριζόμενες στο μοντέλο ψηφιακής αφήγησης που προτείνει το StoryCenter στο Μπέρκλεϊ (βήματα δημιουργίας ψηφιακής αφήγησης, 7 σημεία ψηφιακής αφήγησης, διαδικασία).

Συνοψίζοντας, προτείνεται η κατηγοριοποίηση των οφελών της ψηφιακής αφήγησης στην υγεία σε τρεις κατηγορίες, όπως προκύπτουν στην παρούσα μελέτη, αλλά και σε προϋπάρχουσες με πιο αφηρημένες αναφορές, οι οποίες εμπίπτουν σε κάποια από τις προτεινόμενες κατηγορίες. Αναλυτικότερα, η αξιοποίηση της ψηφιακής αφήγησης ως διαδικασίας συνδιαλλαγής του ασθενή με την ασθένειά του και διαμοιρασμού της εμπειρίας του στην παγκόσμια κοινότητα λειτουργεί σε τρία επίπεδα: Συναισθηματικό, Γνωστικό και Οικουμενικό. Στο συναισθηματικό περιλαμβάνονται τα βιωμένα συναισθήματα για την ίδια την εμπειρία, τα συναισθήματα που ανακύπτουν κατά τη διάρκεια όλης της διαδικασίας της ψηφιακής αφήγησης (και σε αυτό συμβάλλει σημαντικά ο κύκλος της αφήγησης [για την έκφραση των συναισθημάτων σε ένα ασφαλές και «οριοθετημένο» πλαίσιο]), καθώς και τα συναισθήματα μετά το πέρας της διαδικασίας κατά τον διαμοιρασμό του τελικού προϊόντος στο διαδίκτυο. Το συναισθηματικό επίπεδο αφορά τα συναισθήματα, τον ανακουφιστικό στόχο της ψηφιακής αφήγησης στα άτομα με χρόνιες ή και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, και την «κάθαρση» με την ολοκλήρωση της διαδικασίας και τη «λύση» τού προς διαπραγμάτευση ζητήματος που αφού παρουσιάστηκε, κορυφώθηκε και, στο τέλος, αναζητά επίλυση. Στο γνωστικό, το οποίο έχει να κάνει με τη διασπορά της βιωμένης γνώσης για ένα ζήτημα που αφορά και άλλες/ους εμπλεκόμενες/ους, όπως είναι η ασθένεια. Περιλαμβάνει την ανταλλαγή πληροφοριών για ένα ιατρικό ζήτημα, όπως το βίωσε το άτομο ξεχωριστά, την κατάθεση πληροφοριών και την οπτική του ατόμου προς τη διαδικασία που βίωσε. Τέλος, το οικουμενικό αποτελεί τον πυλώνα της αξίας της ψηφιακής αφήγησης. Οι ιστορίες των ατόμων προέρχονται από τον εαυτό και απευθύνονται στον εαυτό του κάθε ατόμου που μετέχει στη διαδικασία της ψηφιακής αφήγησης.

Η ψηφιακή αφήγηση λειτουργεί σε δύο επίπεδα για την κοινωνικότητα. Το πρώτο επίπεδο αποτελεί τον κυρίαρχο στόχο της ψηφιακής αφήγησης και είναι η απεύθυνση του εαυτού στον ίδιο τον εαυτό και σε δεύτερο επίπεδο στην «ανθρωπότητα». Τα ζητήματα που πραγματεύονται τα άτομα είναι ζητήματα με παγκόσμιο χαρακτήρα και το ενδιαφέρον εστιάζεται στην οπτική του εκάστοτε ατόμου μέσω της υποκειμενικής του ματιάς.

Τα παραπάνω λειτουργούν ως ελιξίριο ενάντια στη λήθη και τη φθορά του χρόνου. Η ενσυναίσθηση και η παρηγοριά που προσφέρεται από τις υποκειμενικές εμπειρίες λειτουργούν ενάντια στον φόβο του θανάτου και της λησμονιάς σε ασυνείδητο επίπεδο και ανήκει πια στη σφαίρα της κοινωνικότητας, γιατί τα άτομα διαφέρουν, με βάση τα ατομικά χαρακτηριστικά (ιδιοσυγκρασιακά, γονιδιακά κ.λπ.), την κουλτούρα, κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές, θρησκευτικές και πολιτισμικές καταβολές και επικρατούσες συνθήκες, αλλά ταυτόχρονα μοιάζουν, διότι αντιμετωπίζουν κοινά ζητήματα τα οποία «ξεπερνούν» το σύνολο, των συνειδητών διεργασιών που βασίζονται σε κοινές πολιτισμικές παραστάσεις, που αντιπροσωπεύει η κοινωνία.

The role of digital storytelling in enhancing doctor-patient communication

Efi Giannou

PhD in Digital Communication, Media, and Multimedia-National and Kapodistrian University of Athens, Laboratory of New Technologies in Communication, Education and Mass Media, UoA

Correspondence: Sophocleous 1, 10559 Athens

Email: efigiannou@gmail.com – Tel.: +30 6945861251

Abstract

The purpose of this research is to explore the perceptions of physicians and patients regarding the type of approach in the physician-patient relationship (patient-centered vs physician-centered approach), as well as to record the communication skills that physicians have been trained in, as a factor that has a catalytic effect on their perceptions of the relationship with patients. Furthermore, the role of digital storytelling is investigated in empowering and self-expression of physicians and patients, in improving their relationship and how it contributes, as good practice, to the patient-centered approach in the context of narrative medicine. In modern medical approach, the issue of communication and relationships in the health field concerns not only, at least nowadays, the scientific field of medicine, nursing, psychology or other health-related professions, but tends to occupy various scientific fields, such as the Communication and New Technologies area. Therefore, based on the biopsychosocial model, a holistic and interdisciplinary framework is necessary to address the issue of communication, as disease cannot be approached purely from its biological dimension but also takes into account additional factors, such as individual characteristics, emotional, social and psychological parameters are taken into account. as well as the cultural context.

Keywords: Digital storytelling, narrative medicine, therapeutic storytelling, doctor-patient relationship, communication skills

Βιβλιογραφία

- [1] Κριτωτάκης Γ. Συσχέτιση του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την Ικανοποίηση των Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας από τις Υπηρεσίες Υγείας. *Νέα Υγεία*. 2013; 82: 7.
- [2] Μειμάρης Μ. Η Επικοινωνία στην ιατρική πράξη (Health Communication). Ερευνητικές ομάδες του Εργαστηρίου Νέων Τεχνολογιών στην Επικοινωνία, την Εκπαίδευση και τα ΜΜΕ. 2016; 3-4.
- [3] Szemán D, Szabó M. A digitális történetmesélés (DST) technikájának alkalmazási lehetőségei a modernkori rabszolgaság következtében traumát szenvedett túlélőkkel folytatott segítői munka keretein belül. *Alkalmazott Pszichológia*. 2017; 17(3): 59-84.
- [4] Bán D, Nagy B. Η Ψηφιακή Αφήγηση στην Πράξη. Μτφρ. Πίτελ Γ, Κόλλια Ε, Δαλμυρά Α. i-DIGital Stories-Stories, 2016.
- [5] Giannou E. Dealing with social isolation during traffic ban measures in Greece: Digital Storytelling and COVID-19. *Bruxelles: Les défis de la transition numérique. XVI Conférence Internationale-EUTIC 2020. Réseau de recherche internationale et pluridisciplinaire sur les enjeux et usages des TIC*. 2021.
- [6] Harland N. Increasing Empathy: Digital storytelling in professional development. In Hardy P., Sumner T. editors: *Cultivating Compassion. How digital storytelling is transforming healthcare*. UK: Palgrave Macmillan, 2018.
- [7] Haigh C, Miller E. What really matters to patients? Digital storytelling as qualitative research. In Hardy P, Sumner T. editors: *Cultivating Compassion. How digital storytelling is transforming healthcare*. UK: Palgrave Macmillan, 2018.
- [8] Stanton P. Towards compassionate government: The impact of Patient Voices on NHS leadership. In Hardy P, Sumner T. editors: *Cultivating Compassion. How digital storytelling is transforming healthcare*. UK: Palgrave Macmillan, 2018.
- [9] Τσιμίτσιου Ζ. Σχέση και επικοινωνία ιατρού-ασθενή: Καταγραφή αντιλήψεων και προσδοκιών σε δείγμα ιατρών και ασθενών. [Διδακτορική Διατριβή]. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης; 2008.
- [10] Γιαχούδη Χ. Σχέση και επικοινωνία ιατρού ασθενή-Καταγραφή αντιλήψεων και προσδοκιών γιατρών και ασθενών σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας περιοχής Χανίων. [Διπλωματική Εργασία]. Χανιά: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο; 2020.
- [11] Judson TJ, Detsky AS, Press MJ. Encouraging patients to ask questions: How to overcome “white-coat silence”. *Journal of the American Medical Association*. 2013; 309(22): 2325-2326.
- [12] Longtin Y et al. Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*. 2010; 85(1): 53-62.
- [13] Weis SB. Health literacy and patient safety: Help patients understand. *Manual for clinicians*. Chicago: AMA Foundation, 2007; 28-34.
- [14] H-Com. Framework for health communication needs and training methodologies: Focus Group Findings Report. *Health Communication Training for Health Professionals*. 2017.
- [15] Hardy P. An investigation into the application of the Patient Voices digital stories in healthcare education: quality of learning, policy impact and practice-based value. Belfast: University of Ulster, 2007.
- [16] Hardy P, Sumner T. Humanizing healthcare: A conversation with Pip Hardy and Tony Sumner, Pilgrim Projects/Patient Voices. In Lambert J editor: *Digital Storytelling: Capturing Lives, Creating Community*. 4rd. New York: Routledge, 2013; 1-14.

Γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία συνδυασμένη με θεραπεία σχημάτων: Παρουσίαση μιας κλινικής θεραπευτικής παρέμβασης για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής

Έλενα Χάιντς¹, Χρυσούλα Πασαλίδου²

¹ PhD Κλινικής Ψυχολογίας, Ψυχολόγος, Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία και Θεραπεία Σχημάτων

² MSc Γνωστικής Ψυχολογίας, Ψυχολόγος, Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία και Θεραπεία Σχημάτων

Ελληνική Εταιρεία Έρευνας Συμπεριφοράς, Παράρτημα Μακεδονίας, Κέντρο «Στήριξις», Ερμού 48, Θεσσαλονίκη, 54623,

Email: eesm@otenet.gr – Τηλ.: 2310 274 610

Αλληλογραφία: Έλενα Χάιντς, Μητροπόλεως 61, 54623 Θεσσαλονίκη

Email: heinzelenal@gmail.com – Τηλ.: 2310 224 910

Περίληψη

Η σύνδεση των διαταραχών πρόσληψης τροφής με τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα, όπως τα περιέγραψε ο Young [1], υποστηρίζεται όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια, καθώς πληθαίνουν οι έρευνες που ασχολούνται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα της Θεραπείας Σχημάτων, είτε σε μεμονωμένες διαταραχές είτε στο σύνολό τους.

Φαίνεται ότι η έλλειψη ικανοποιητικής ανταπόκρισης στη Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία, το μεγάλο ποσοστό υποτροπών, καθώς και οι αυξημένες ενδείξεις για τον ρόλο των διαταραχών προσωπικότητας στις διατροφικές διαταραχές έχουν καταστήσει αναγκαία τη διερεύνηση της συμβολής νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση αυτών των διατροφικών.

Στο παρόν άρθρο θα παρουσιαστεί ένα προτεινόμενο μοντέλο αντιμετώπισης των διατροφικών διαταραχών το οποίο συνδυάζει τη Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία με τη Θεραπεία Σχημάτων, καθώς και τα νέα ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν την ανάγκη ένταξης του συγκεκριμένου μοντέλου στη θεραπευτική φαρέτρα, επαναδιατυπώνοντας τη γνωστική συμπεριφορική οπτική για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής ως μεμονωμένες συμπεριφορές, οι οποίες αντιμετωπίζονται με θεραπεία εστιασμένη στο «εδώ και τώρα» με κύριο εργαλείο παρέμβασης τις γνωστικές τεχνικές.

Λέξεις-κλειδιά: Διαταραχές πρόσληψης τροφής, Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία, Θεραπεία Σχημάτων

1. Εισαγωγή

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (ΔΠΤ), κυριότερες των οποίων είναι η νευρική ανορεξία (ΝΑ), η νευρική βουλιμία (ΝΒ) και η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (DSM-5) [2], χαρακτηρίζονται από σοβαρές και επίμονες διαταραχές στις διατροφικές συνήθειες, οι οποίες προκαλούν ψυχοκοινωνικές δυσλειτουργίες και πολλές φορές ακόμα και σωματικές βλάβες [3]. Επιπρόσθετα, τα άτομα που πάσχουν από ΔΠΤ συχνά εκδηλώνουν έντονα και δυσάρεστα συναισθήματα, σκέψεις, και συμπεριφορές που αφορούν το βάρος και το σχήμα του σώματός τους. Όλα τα παραπάνω αποτέλεσαν πρόσφορο πεδίο για την ανάπτυξη Γνωστικών Συμπεριφορικών παρεμβάσεων, με ποικίλα αποτελέσματα.

Οι Γνωστικές Συμπεριφορικές προσεγγίσεις της ΔΠΤ έχουν γίνει αντικείμενο πολλών ερευνών, οι οποίες κατέδειξαν τον ρόλο των δυσλειτουργικών και δυσπροσαρμοστικών στάσεων προς το μέγεθος του σώματος και το βάρος στη διατήρηση της διατροφικής παθολογίας [4, 5, 6]. Με βάση αυτά τα αποτελέσματα, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις επικεντρώθηκαν στη μετακίνηση των παρατηρούμενων γνωστικών διαστρεβλώσεων που αφορούν το σχήμα, το βάρος του σώματος και τον έλεγχο αυτών [7] με θετικά αποτελέσματα [8, 9, 10]. Επιπλέον, με την πάροδο του χρόνου και τις διάφορες μελέτες που έγιναν, αναγνωρίστηκαν ως επιπρόσθετοι παράγοντες διατήρησης η υπερβολική ανάγκη για άσκηση ελέγχου [11], η δυσκολία ρύθμισης των συναισθημάτων (κυρίως των αρνητικών) [12, 13],

καθώς και οι πεποιθήσεις που υπήρχαν πριν από την εμφάνιση του προβλήματος [14].

Βασιζόμενοι στα ανωτέρω, οι Fairburn, Cooper και Shafran [15] δημιούργησαν ένα δια-διαγνωστικό μοντέλο για τις ΔΠΤ το οποίο βασίζεται σε προηγούμενες πρακτικές της ΓΣΘ, αλλά συμπεριλαμβάνει και τέσσερις επιπλέον περιοχές της ψυχοπαθολογίας ως παράγοντες διατήρησης των ΔΠΤ: την ιδιαίτερα χαμηλή αυτοεκτίμηση που χαρακτηρίζει τους πάσχοντες, την τελειοθρία, τη δυσκολία στο σχετίζεσθαι και τη χαμηλή ανοχή στη ματαίωση αλλά και στα δυσφορικά συναισθήματα. Ως προέκταση αυτού του μοντέλου προέκυψε η «ενισχυμένη» ΓΣΘ παρέμβαση για τις ΔΠΤ (CBT-E) [16], η οποία συμπεριλαμβάνει στη θεραπευτική αντιμετώπιση όλους τους προαναφερθέντες παράγοντες διατήρησης, επικεντρωμένη στη διατροφική συμπεριφορά, αλλά και στις πεποιθήσεις σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος [17].

Αν και η νέα πρόταση του ενισχυμένου μοντέλου είχε σαφώς πιο σφαιρική και ολοκληρωμένη οπτική για τις ΔΠΤ, ωστόσο παρατηρήθηκε ότι υπήρχαν περιορισμοί στη θεραπευτική αποτελεσματικότητα. Για παράδειγμα, περίπου το 50% των θεραπευόμενων παρουσίαζαν έντονη συμπτωματολογία στη μεταθεραπευτική παρακολούθηση ύστερα από 60 εβδομάδες [18], ενώ πιο πρόσφατες έρευνες υποδεικνύουν ότι μόνο το 30% των θεραπευόμενων με ΔΠΤ επιτυγχάνουν να απαλλαγούν από τη δυσλειτουργική διατροφική συμπεριφορά και να παρουσιάσουν αλλαγές ως προς τη στάση τους για το σχήμα και το βάρος του σώματός τους [19, 20]. Μπορεί λοιπόν να υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που αυξάνουν την ανθεκτικότητα των ατόμων με ΔΠΤ στη θεραπεία, με κυρίαρχο παράγοντα την ακαμψία στον τρόπο σκέψης [21, 22]. Μια άλλη υπόθεση είναι ότι οι ΔΠΤ συχνά συνοδεύονται από περαιτέρω σημεία ψυχοπαθολογίας που εμπλέκονται και δυσκολεύουν τη θεραπεία, όπως διάσχιση, τελειομανία, καταναγκασμοί, αμφιθυμία για αλλαγή και άκαμπτα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που λειτουργούν προστατευτικά κατά την άποψή τους, όπως, για παράδειγμα, η διχοτομική οπτική, η επιμονή στον έλεγχο των συνθηκών και των συναισθημάτων, η χαμηλή ανοχή στη ματαίωση, η υπερβολική απαιτητικότητα και επίκριση προς εαυτόν και άλλους [15, 23, 24].

Ακόμα, φαίνεται να υπάρχει ένα υψηλό επίπεδο συννοσηρότητας στις ΔΠΤ [25, 26]. Η παρουσία άκαμπτων χαρακτηριστικών προσωπικότητας, όπως αυτών που προαναφέρθηκαν, μπορεί να αυξήσει την περιπλοκότητα των ΔΠΤ και έχει συσχετιστεί με χαμηλά θεραπευτικά αποτελέσματα [27]. Σχεδόν το 73% των ατόμων με ΔΠΤ εμφανίζουν και μια ακόμα διαταραχή στον Άξονα Ι σύμφωνα με το DSM-V (κυρίως διαταραχές στη διάθεση, αγχώδεις διαταραχές και χρήση ουσιών) [28]. Αναφορικά με τον Άξονα ΙΙ, παρατηρούμε στοιχεία Αποφευκτικής (σε ποσοστό 25%) και Καταναγκαστικής Διαταραχής Προσωπικότητας στη ΝΑ και Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας στη ΝΒ και τη Νευρική Ανορεξία βουλιμικού τύπου (όπου εμφανίζεται και η Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας), όπως αυτές περιγράφονται διαγνωστικά στο DSM IV. Τα άτομα με ΔΠΤ Μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς συνήθως έχουν πιο σοβαρή και διάχυτη ψυχοπαθολογία στο κομμάτι της προσωπικότητας [27, 29].

Δεδομένου ότι εμφανίζονται υψηλά επίπεδα συννοσηρότητας και επιπολασμού συγκεκριμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας σε αυτόν τον πληθυσμό, είναι σημαντικό να αναλογιστούμε τα βαθύτερα συστήματα πεποιθήσεων που υποβόσκουν. Όπως έχει φανεί, τα άτομα που πάσχουν από χρόνια και άκαμπτα σχήματα πεποιθήσεων τείνουν να μην ανταποκρίνονται στην παραδοσιακή Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ) και μπορεί να χρειάζονται μια θεραπευτική προσέγγιση που να στοχεύει ξεκάθαρα σε αυτά τα σχήματα με έναν

πιο επικεντρωμένο και συνεχή τρόπο [21, 30]. Το «δια-διαγνωστικό» μοντέλο, ή αλλιώς ενισχυμένο μοντέλο ΓΣΘ της Fairburn [15], επιχειρεί να διαχειριστεί σε μεγαλύτερο βαθμό τα άκαμπτα συστήματα πεποιθήσεων, παρ' όλα αυτά περιορίζεται στους παράγοντες διατήρησης, δίνοντας ελάχιστη προσοχή στις πρώιμες πηγές προέλευσης των σχημάτων και των συμπεριφορών. Προκειμένου λοιπόν να διαχειριστούμε αποτελεσματικά τα χαρακτηριστικά των ΔΠΤ που δεν παρουσιάζουν βελτίωση ή τροποποίηση με την εστιασμένη στο παρόν ΓΣΘ, χρειαζόμαστε ένα πιο σφαιρικό μοντέλο που να ενσωματώνει τον ρόλο των πρώιμων εμπειριών στην ανάπτυξη των πυρηνικών πεποιθήσεων και των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων, όπως και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης που συντηρούν αυτές τις υποβόσκουσες δομές [31, 32].

Η Θεραπεία Σχημάτων (ΘΣ) είναι μια απαρτιωτική θεραπευτική προσέγγιση που αναπτύχθηκε από τον Young [1] για να αντιμετωπίσει τα αιτήματα που αφορούσαν χρόνιες διαπροσωπικές δυσκολίες και ζητήματα ταυτότητας, όπως αυτά εμφανίζονται στα πλαίσια των Διαταραχών Προσωπικότητας, ιδίως της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας. Το μοντέλο δεν αντιμετωπίζει την αλλαγή μόνο σε ένα γνωστικό/διανοητικό επίπεδο, αλλά ενσωματώνει τεχνικές που οδηγούν σε συναισθηματικές και συμπεριφορικές αλλαγές. Η ΘΣ στοχεύει στο άκαμπτο σύστημα πεποιθήσεων και στα υψηλά επίπεδα αποφευκτικότητας που συναντούμε στις ΔΠΤ, όπως και σε άλλα προβλήματα που συναντούμε στις παραδοσιακές θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Την τελευταία δεκαετία έχει υπάρξει εκτεταμένο ερευνητικό ενδιαφέρον στην εφαρμογή της ΘΣ στις ΔΠΤ [33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41]. Η ανάγκη λοιπόν για ένα θεραπευτικό μοντέλο πιο πολύπλευρο και περιεκτικό, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι σκέψεις, οι συμπεριφορές, αλλά και τα χαρακτηριστικά στοιχεία που συνυπάρχουν στα άτομα με ΔΠΤ οδήγησε στον θεραπευτικό συνδυασμό της ενισχυμένης ΓΣΘ και της ΘΣ και την εφαρμογή του στις ΔΠΤ.

Η Simpson [39] ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την εφαρμογή τεχνικών της ΘΣ σε ΔΠΤ, προσεγγίζοντας τη διατροφική συμπεριφορά ως μια έκφραση τρόπου λειτουργίας (mode) που έχει τις ρίζες της σε παιδικά βιώματα και τραύματα [1]. Εφαρμόζοντας τεχνικές όπως η «διορθωτική γονεϊκή στάση», οι νοερές εικόνες για την καταπολέμηση της πλευράς του επικριτικού/απαιτητικού γονέα, οι κάρτες υπενθύμισης για την ενδυνάμωση της όποιας ευλωτότητας και της αντίστασης στην παρόρμηση της άσκησης της διατροφικής συμπεριφοράς, η Simpson παρατήρησε ότι τα θεραπευτικά αποτελέσματα ήταν θετικά και οι υποτροπές μικρότερου ποσοστού συγκριτικά με άλλες μορφές ΓΣ παρεμβάσεων.

Στο πλαίσιο του Κύκλου Εξειδίκευσης στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας Συμπεριφοράς, του Παραρτήματος Μακεδονίας, οι δύο συγγραφείς του παρόντος άρθρου εφάρμοσαν ένα παρεμφερές μοντέλο, βασιζόμενες στο σκεπτικό ότι η ΘΣ στοχεύει στις δυσκολίες του σχετίζεσθαι που παρατηρούνται στις ΔΠ, στη χαμηλή αυτοεκτίμηση και στη διαχείριση δυσφορικών συναισθημάτων, τα οποία θεωρεί ότι πηγάζουν από παιδικά βιώματα τα οποία οδήγησαν στη διαμόρφωση πυρηνικών πεποιθήσεων που βρίθουν διαστρεβλώσεων [1]. Έτσι, στο θεραπευτικό σχεδιασμό θεωρήθηκε ότι με αυτόν τον τρόπο οι παράγοντες διατήρησης που είχε εντοπίσει η ομάδα των Fairburn, Cooper και Shafran [15, 18, 20] θα αντιμετωπίζονταν πιο ολιστικά – με βάση και τις ενδείξεις από το πρόγραμμα αντιμετώπισης των ΔΠΤ με βάση τη ΘΣ της Simpson [39] – και συγχρόνως θα δινόταν έμφαση στο υπόστρωμα των ΔΠΤ που είναι οι ΔΠ, σύμφωνα με τις έρευνες [27, 28, 35].

Ένα επιπλέον στοιχείο που προστέθηκε στο μοντέλο αυτό ήταν η ένταξη τεχνικών που αφορούν την εικόνα σώματος [42], προκειμένου να ελεγχθεί αν και κατά πόσο ο παράγοντας αυτός που συνδέεται με τον παράγοντα διατήρησης της Fairbairn, για τη διαστρεβλωμένη αντίληψη βάρους και σχήματος του σώματος, μπορεί να ελεγχθεί θεραπευτικά και να συμβάλει στη θεραπευτική αποτελεσματικότητα του προτεινόμενου μοντέλου.

Μέχρι στιγμής έχουν ολοκληρωθεί τρεις Κύκλοι Εξειδίκευσης στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (τα έτη 2012-2013, 2016, 2017), με τη συνολική συμμετοχή 18 θεραπειών, ψυχολόγων με πρότερη εκπαίδευση στη ΓΣΘ, και βρίσκεται σε εξέλιξη ο τέταρτος κύκλος με συμμετοχή 7 θεραπειών. Κάθε θεραπευτής έχει την υποχρέωση, εκτός από το θεωρητικό εκπαιδευτικό κομμάτι, να αναλάβει σε πρακτική άσκηση 2 περιστατικά με ΔΠΤ, ακολουθώντας το συνδυαστικό μοντέλο της ΓΣΘ και της ΘΣ. Η διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης ορίστηκε στις 25 συνεδρίες.

2. Η δομή της θεραπευτικής παρέμβασης

Η συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση ακολουθεί μια διαδικασία τριών σταδίων: το διαγνωστικό στάδιο, το θεραπευτικό στάδιο και το στάδιο ολοκλήρωσης της θεραπείας και της πρόληψης υποτροπής.

2.1. Πρώτο στάδιο

Στο πρώτο στάδιο περιλαμβάνεται η διαγνωστική αξιολόγηση της ΔΠΤ (σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-5) και γίνεται η λήψη ατομικού ιστορικού, προκειμένου να διερευνηθεί η όποια σχέση ανάμεσα στη διατροφική συμπεριφορά και διατροφική στάση με τις πυρηνικές πεποιθήσεις του/της θεραπευόμενου/ης. Επίσης, διερευνώνται η εικόνα σώματος και οι γνωστικές διαστρεβλώσεις σχετικά με την εμφάνιση, τη σημαντικότητα της και τον βαθμό επένδυσης σε αυτή.

Όλες αυτές οι πληροφορίες συνδυάζονται με τα αποτελέσματα των σχετικών ερωτηματολογίων που συμπληρώνονται στην αρχική φάση της θεραπευτικής συνεργασίας (Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young YSQ-S3 [43], ερωτηματολόγια της αξιολόγησης της εικόνας του σώματος, των σκέψεων για την εικόνα σώματος, των αγχογόνων συνθηκών για την εμφάνιση, τη σημασία της εμφάνισης και της διαχείρισης του άγχους για την εικόνα του σώματος του Cash [44], EAT-26 του Garner [45], BITE των Henderson και Freeman [46] αντίστοιχα).

Από την πρώτη συνεδρία δίδεται ένα τριήμερο ημερολόγιο αυτοπαρατήρησης και καταγραφής της συχνότητας των διατροφικών συμπεριφορών (π.χ. υπερφαγικό επεισόδιο, εμετός, υπερ-εκγύμναση κ.ά.) σε μια πρώτη προσπάθεια να διερευνηθούν και να συνδεθούν γεγονότα-ερεθίσματα με συναισθήματα και διατροφική συμπεριφορά.

Επίσης, από το πρώτο στάδιο αρχίζουν να εφαρμόζονται τεχνικές από την κινητοποιητική συνέντευξη [47], οι οποίες εφαρμόζονται και σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας, εφόσον κρίνεται απαραίτητο ή εφόσον προκύψουν ενδείξεις παλινδρόμησης. Παρέχεται ψυχοεκπαίδευση για τους κινδύνους που ενέχονται λόγω της ΔΠΤ, συζητείται η συνεργασία με διατροφολόγο και με τους σημαντικούς άλλους (εφόσον κρίνεται αναγκαίο) και συζητείται η αδιαπραγμάτευτη ανάγκη για ζύγισμα σε κάθε συνεδρία.

Τέλος, παρέχεται ενημέρωση για τη θεραπευτική διαδικασία και διαμορφώνεται το θεραπευτικό συμβόλαιο.

2.2. Δεύτερο στάδιο

Στην αρχή του δεύτερου σταδίου παρουσιάζεται στον/στη θεραπευόμενο/η η διατύπωση περίπτωσης (case formulation) και η ερμηνεία της διατροφικής συμπεριφοράς του/της. Στην ερμηνεία εντάσσονται όλα τα γεγονότα και τα στοιχεία από το ατομικό ιστορικό τα οποία συνέβαλαν στη διαμόρφωση των πυρηνικών πεποιθήσεων και, κατ' επέκταση, στη διαμόρφωση των πλευρών του εαυτού σύμφωνα με τη ΘΣ.

Στη συνέχεια, ορίζονται οι θεραπευτικοί στόχοι ανάλογα με το είδος της ΔΠΤ. Το ημερολόγιο καταγραφής και το εβδομαδιαίο ζύγισμα διατηρούνται υπό τη μορφή αδιαπραγμάτευτων όρων για τη συνέχιση της θεραπείας.

Η διατύπωση περίπτωσης και η ερμηνεία εστιάζουν στις πυρηνικές πεποιθήσεις και στα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα του/της θεραπευόμενου/ης όπως αυτά προκύπτουν από το ατομικό ιστορικό του/της. Γίνεται σύνδεση μεταξύ διατροφικών συμπεριφορών και αναδυόμενων συναισθημάτων, όπως αυτά διαφαίνονται μέσα από τις καταγραφές του ημερολογίου, αλλά και μέσα από τις προφορικές περιγραφές. Δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στα συναισθήματα που προηγούνται του διατροφικού επεισοδίου και σε αυτά που αναδύονται κατά τη διάρκεια του επεισοδίου. Τα συναισθήματα που έπονται της διατροφικής αντίδρασης γίνονται αντιληπτά ως ενισχυτές διατήρησης του διατροφικού προβλήματος. Επίσης, προσοχή δίδεται και στους προβλεπτικούς και τους επισπευδικούς παράγοντες (anticipating and precipitating factors) (δηλαδή στους παράγοντες που συντέλεσαν και επέσπευσαν την εμφάνιση του προβλήματος, όπως αυτοί προκύπτουν από την αφήγηση του ατομικού ιστορικού των θεραπευόμενων), καθώς και στα δευτερογενή οφέλη που πιθανόν να απορρέουν από την ύπαρξη του διατροφικού προβλήματος.

Αναγνωρίζονται και διαχωρίζονται, σύμφωνα με τη ΘΣ, οι τρόποι λειτουργίας που φέρει ένα άτομο και επηρεάζουν τη συμπεριφορά του και τη στάση του προς το σώμα και την εμφάνισή του. Έμφαση δίδεται και στον τρόπο που οι θεραπευόμενοι σχετίζονται και στο είδος των σχέσεων που διαμορφώνουν, καθώς μέσα από τις πληροφορίες αυτές αναδύονται σκέψεις και συναισθήματα που απαρτίζουν τους τρόπους λειτουργίας σύμφωνα με τη ΘΣ.

Με αυτή την προσέγγιση, η διατροφική αντίδραση γίνεται αντιληπτή ως ένας τρόπος λειτουργίας ο οποίος ενεργοποιείται προκειμένου να «βοηθήσει» το άτομο να αποκτήσει τον έλεγχο των συναισθημάτων του [48], είτε «προστατεύοντάς» το από δυσφορικά συναισθήματα (κυρίως σε περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας) είτε «βοηθώντας» το να διαχειριστεί δυσάρεστα συναισθήματα (κυρίως σε περιπτώσεις νευρικής βουλιμίας, υπερφαγίας και παχυσαρκίας). Εφαρμόζονται βιοματικές τεχνικές από τη ΘΣ και τεχνικές γνωστικής αναδόμησης έτσι ώστε ο/η θεραπευόμενος/η να βιώσει την υφιστάμενη σύνδεση μεταξύ διατροφικών συμπεριφορών και αναδυόμενων συναισθημάτων και να κατανοήσει τις πηγές προέλευσής τους.

Ως προς τις υπόλοιπες δυσλειτουργικές συμπεριφορές, οι οποίες προκύπτουν από τη διαταραχή προσωπικότητάς του/της, εφαρμόζονται τεχνικές από τη ΘΣ, όπως η νοερή εικόνα και η τεχνική της άδειας καρτέκλας [1, 49, 50].

Παράλληλα ενσωματώνονται στη θεραπευτική διαδικασία τεχνικές γνωστικής αναδόμησης ως προς την πρόσληψη και νοηματοδότηση πληροφοριών από το ευρύτερο και το εγγύτερο περιβάλλον και τους τρόπους σχετίσεθαι.

Με βάση τις πληροφορίες από τα ερωτηματολόγια για την εικόνα σώματος [44] και την αφήγηση του/της θεραπευόμενου/ης,

η επικέντρωση στρέφεται στην όποια διαστρέβλωση εντοπίστηκε σχετικά με την εικόνα του σώματος και εφαρμόζονται τεχνικές βελτίωσής της [42].

Οι τεχνικές αυτές διακρίνονται σε τεχνικές που αφορούν την οπτική διαστρέβλωση, τη γνωστική διαστρέβλωση και τη βιωματική σύνδεση με το σώμα και στοχεύουν στην καταπολέμηση της όποιας οπτικής, γνωστικής διαστρέβλωσης και σε μια πιο υγιή σχέση με το σώμα μέσα από βιωματικές τεχνικές (βλ. Πίνακα 1) [42].

Προς αποφυγήν μεγάλης έκτασης του άρθρου, θα αναφερθούν πολύ επιγραμματικά, ενδεικτικά μόνο, κάποιες τεχνικές. Αρχικά, η τεχνική του καθρέφτη ανήκει στην ομάδα της «οπτικής διαστρέβλωσης». Κατά την εφαρμογή της, ο/η θεραπευόμενος/η καλείται να παρατηρήσει το σώμα του/της μπροστά σε έναν καθρέφτη ώστε να εξοικειωθεί/συμφιλωθεί με την εικόνα του/της και να μετατοπίσει την οπτική εστίαση στο σώμα του/της από τα αρνητικά σημεία στα θετικά. Επίσης, η τεχνική του περιγράμματος του σώματος, κατά την οποία ο θεραπευτής σχεδιάζει το περίγραμμα του σώματος σε ένα χαρτί, πάνω στο οποίο έχει ξαπλώσει ο/η θεραπευόμενος/η, με στόχο να φανεί η διαφορά ανάμεσα στη ρεαλιστική εικόνα που δίνει το σώμα και στην υποκειμενική επικριτική εικόνα που διατηρεί ο/η θεραπευόμενος/η. Η συγκεκριμένη τεχνική εφαρμόζεται και προς το τέλος της θεραπευτικής διαδικασίας, όπου ο/η θεραπευόμενος/η το «στολίζει» με χρώματα, το «ντύνει» και του «μιλάει» έχοντάς το απέναντί του/της. Τέλος, η τεχνική της σύγκρισης, κατά την οποία στο εδώ και τώρα και στη διάρκεια της συνεδρίας γίνεται σύγκριση των άκρων του/της θεραπευόμενου/ης με αυτά του θεραπευτή, ώστε να λειτουργήσει ως αμφισβήτηση της εικόνας που έχει για το μέγεθος των άκρων του/της και άρα ίσως για τη διαστρεβλωμένη αντίληψή του/της για υπόλοιπο σώμα.

Οι τεχνικές για την αντιμετώπιση της γνωστικής διαστρέβλωσης περιλαμβάνουν την τεχνική του ημερολογίου αρνητικών σκέψεων (και αμφισβήτησης αυτών) και θετικών σκέψεων για το σώμα, όπου καταγράφονται καθημερινά οι αρνητικές σκέψεις που αφορούν το σώμα και αντιπαρατίθενται οι θετικές, την τεχνική της κάθετης διερεύνησης για την εικόνα του σώματος προκειμένου να διερευνηθεί η πυρηνική πεποίθηση που υποβόσκει της αρνητικής εικόνας για το σώμα και η σύνδεσή της με την αυταξία του/της θεραπευόμενου/ης, καθώς και την τεχνική της κάρτας υπενθύμισης [51]. Η τεχνική της κάρτας υπενθύμισης εφαρμόζεται με δύο τρόπους: καταρχάς, όσον αφορά την εικόνα σώματος, γίνεται καταγραφή των γνωστικών διαστρεβλώσεων έτσι ώστε να διευκολύνεται η αναγνώρισή τους και εκτός συνεδριών και γίνεται καταγραφή των επιχειρημάτων κατά των διαστρεβλώσεων. Συνήθως το περιεχόμενο των καρτών δεν αναφέρεται μόνο στην εικόνα σώματος, αλλά άπτεται και άλλων συναφών πάντα συμπεριφορών που σχετίζονται άμεσα με την εικόνα του σώματος, είτε ως εκλυτικός παράγοντας είτε ως αποτέλεσμα της αρνητικής εικόνας κ.ά.

Ο δεύτερος τρόπος χρήσης των καρτών υπενθύμισης αφορά την αναγνώριση των τρόπων λειτουργίας και τη διαφοροετική διαχείριση ψυχοπνευματικών συνθηκών, με βάση τη Θεραπεία Σχημάτων [1]. Προτείνεται στον/στη θεραπευόμενο/η να γράψει σε κάρτες, εντός της συνεδρίας, τον τρόπο λειτουργίας που αναγνωρίζει ότι αναδύεται σε μια δεδομένη στιγμή, την προέλευσή του και τον τρόπο διαφοροετικής αντίδρασης.

2.3. Τρίτο στάδιο

Κατά τη φάση ολοκλήρωσης της θεραπείας πραγματοποιείται και η ψυχοεκπαίδευση σχετικά με την πιθανότητα υποτροπής. Οι θεραπευόμενοι/ες είναι σημαντικό να μάθουν τα ενδεικτικά σημάδια μιας αρχόμενης υποτροπής, να αναγνωρίζουν τότε πυροδοτείται ένα αρνητικό συναίσθημα και με τι συνδέεται, καθώς και πότε/γιατί πυροδοτείται μια διαστρέβλωση για την εικόνα του σώματος ή μια αρνητική σκέψη για την εμφάνιση και πώς καταλήγουν να κάνουν ένα επεισόδιο υπερφαγίας, εμετού, υπεργύμναση, τροφική αποστέρηση, δηλαδή να γίνει ξεκάθαρη η αλυσιδωτή σύνδεση μεταξύ σκέψεων και συναίσθημάτων με τη διατροφική δυσλειτουργική αντίδραση [52].

Η σαφής ερμηνεία της διατροφικής συμπεριφοράς που έχει ήδη δοθεί στο δεύτερο στάδιο στον/στη θεραπευόμενο/η και αφορά την αιτιολόγηση της εμφάνισης της διατροφικής δυσλειτουργίας και την επισήμανση των παραγόντων διατήρησής της, λειτουργεί και σαν κάρτα υπενθύμισης, αλλά και ως παρεμπόδιση μετά από ένα επεισόδιο υπερφαγίας ή νηστείας για αποφυγή επανάληψης.

Συνήθως, οι υποτροπές συμβαίνουν όταν το δίκτυο –κοινωνικό, οικογενειακό, εργασιακό– δεν είναι υποστηρικτικό, όταν υποβόσκει διαταραχή προσωπικότητας την οποία δεν έχουμε διαχειριστεί θεραπευτικά, όταν συντελείται μετατροπή συμπτώματος από ένα είδος ΔΠΤ σε ένα άλλο (βλ. Πίνακα 1 στο Παράρτημα). Ενδεικτικά, η νευρική ανορεξία μπορεί εν δυνάμει να μετατραπεί σε βουλιμία, σε συμπεριφορές υπερεργύμνασης, σε μονοφαγία, σε ορθορεξία, σε σωματοδυσμορφοφοβία [53]. Η βουλιμία μπορεί να μετατραπεί σε υπερεργύμναση, σε περιοδικές νηστείες και υπερβολική ενασχόληση με την εικόνα σώματος γενικά ή και ειδικά για σημεία του σώματος (σωματοδυσμορφοφοβία) [54, 55]. Συνήθως προηγείται δυσκολία στη διαχείριση των αρνητικών συναίσθημάτων. Παρόμοια υποτροπή εμφανίζεται και στην παρόρμηση του ατόμου να καταναλώσει φαγητό. Για την παχυσαρκία, η υποτροπή εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον προσωπικό αυτοέλεγχο και την τάση για σκέψεις παραίτησης και αυτομομφής ως προς την επίτευξη ή μη του στόχου διατήρησης του βάρους.

Στον Πίνακα 2 του Παραρτήματος παρουσιάζονται επιγραμματικά οι πιθανές ενδείξεις αρχόμενης υποτροπής οι οποίες επικοινωνούνται στον/στη θεραπευόμενο/η ώστε να γνωρίζει εκ των προτέρων πότε χρειάζεται να επιστήσει την προσοχή του στα συμπτώματα.

2.4. Ολοκλήρωση της θεραπείας: Αποχαιρετιστήριο γράμμα σε παλιό εαυτό και αισιόδοξοι στόχοι για το μέλλον

Όπως και στις υπόλοιπες θεραπευτικές παρεμβάσεις, έτσι και σε αυτή την παρέμβαση είναι σημαντικό ο/η θεραπευόμενος/η να «αποχαιρετίσει» τη διαδικασία με φιλικούς όρους. Δηλαδή, ολοκληρώνοντας τη διαδικασία αυτή, να αισθανθεί ότι υπήρξε συνοδοιπόρος και όχι ασθενής, ότι ήταν μια πορεία συνεργασίας που οδήγησε σε κατανόηση και αποδοχή του εαυτού.

Αφού προηγηθεί μια ανασκόπηση των όσων μεσολάβησαν κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής πορείας (οφέλη, δυσκολίες, αλλαγές ζωής και σχέσεων, θεραπευτική σχέση) ο/η θεραπευόμενος/η καλείται να προετοιμάσει ένα γράμμα προς τον «παλιό εαυτό» του/της και να καταγράψει μελλοντικούς στόχους του/της. Η επιστολή αυτή διαβάζεται στη διάρκεια της τελευταίας συνεδρίας και επιστρέφεται στον/στη θεραπευόμενο/η ώστε να λειτουργήσει μελλοντικά σαν μια κάρτα υπενθύμισης για τις στιγμές πιθανής υποτροπής. Ένα παράδειγμα απόσπασμα

από μια τέτοια επιστολή είναι το ακόλουθο (παρατίθεται με την έγγραφη άδεια της θεραπευόμενης, η οποία παρακολούθησε το συνδυαστικό πρόγραμμα ΓΣΘ και ΘΑ):

«...και τώρα κάτι νέο αρχίζει! Εγώ και το σώμα μου! Εγώ και ο εαυτός μου! Χωρίς ντροπές, χωρίς ενοχές, με αισιοδοξία ότι θα τα καταφέρουμε, θα τα καταφέρω! Με ταλαιπώρησες, σε ταλαιπώρησα... όμως δεν ήξερα πόσο πολύ πονούσα και σε πονούσα. Δεν ήξερα ότι όλο αυτό ήταν ο τρόπος μου να επιβιώσω σε μια συναισθηματική ερημιά που ούτε θέλω να θυμάμαι. Δεν ήξερα ότι το παιδί μέσα μου πεινούσε για άλλα πράγματα και όχι για γλυκά. Τώρα ξέρω και μπορώ να με φροντίσω...».

3. Συμπεράσματα

Το μοντέλο παρέμβασης στις ΔΠΤ που περιεγράφηκε παραπάνω εφαρμόζεται με πολύ καλά θεραπευτικά αποτελέσματα στο επιμέρους πρόγραμμα εξειδίκευσης στις ΔΠΤ που προσφέρει το Παράρτημα Μακεδονίας της ΕΕΕΣ, σε ψυχολόγους και ψυχιάτρους που παρακολουθούν το γενικότερο πρόγραμμα εκπαίδευσης στη ΓΣΘ, όπως προκύπτει με την παρατήρηση της βελτίωσης της συμπτωματολογίας των ΔΠΤ και τη μείωση των συμπτωμάτων που οδηγούν στην κλινική τους διάγνωση στο τέλος της θεραπευτικής παρέμβασης.

Επί του παρόντος δεν είναι δυνατή η στατιστική παρουσίαση των αποτελεσμάτων, καθώς οι θεραπευτικές παρεμβάσεις του τρέχοντος κύκλου εξειδίκευσης δεν έχουν ολοκληρωθεί ακόμη και, αναφορικά με τους προηγούμενους κύκλους, ο αριθμός των θεραπευόμενων που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία επιστρέφοντας συμπληρωμένα τα τελικά ερωτηματολόγια δεν είναι αρκετός για να στηρίξει στατιστικά τη θετική έκβαση που διαφαίνεται από την κλινική παρατήρηση. Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων που στηρίζουν την αποτελεσματικότητα του μοντέλου θα δημοσιευτούν στο μέλλον, μόλις συγκεντρωθεί ο απαραίτητος αριθμός του δείγματος.

Παρά την έλλειψη ποσοτικών αποτελεσμάτων, η κλινική παρατήρηση δείχνει ότι ο συγκεκρισμός της Θεραπείας Σχημάτων με τη Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία λειτουργεί θετικά, σύμφωνα τουλάχιστον με τις αυτοαναφορές των θεραπευόμενων στην τελική θεραπευτική συνεδρία, όπου ζητείται ανατροφοδότηση για τη θεραπευτική πορεία και την παρούσα συναισθηματική και συμπεριφορική τους κατάσταση, αλλά και από την κλινική εικόνα τους ως προς το διατροφικό πρόβλημα.

Πιο συγκεκριμένα, σχεδόν όλες οι θεραπευόμενες ανέφεραν βελτίωση στον τρόπο που αντιμετώπιζαν το σώμα τους, αναγνώριζαν ότι αποδέχονταν και συμφιλιώθηκαν με το σώμα τους. Επιπλέον, το σχετιζόμενο άγχος για την εμφάνιση είχε υποχωρήσει αισθητά συγκριτικά με αυτά που ένιωθαν και σκέφτονταν στην αρχή της θεραπείας. Επίσης, υπήρξαν αναφορές για βελτίωση στην ανοχή των αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων, για βελτίωση της αναγνώρισης των δυσφορικών συναισθημάτων και αλλαγής στον τρόπο διαχείρισής τους, την οποία αλλαγή συνέδεαν με την υποχώρηση των διατροφικών προβληματικών συμπεριφορών τους. Πλήρης υποχώρηση της όποια διατροφικής διαταραχής και παχυσαρκίας δεν παρατηρήθηκε, ωστόσο, αυτό ήταν αναμενόμενο λόγω του περιορισμένου αριθμού συνεδριών (25 συνεδρίες) που προσέφερε το πρόγραμμα. Εντούτοις, σχεδόν όλες οι θεραπευόμενες περιέγραφαν μια βελτιωμένη στάση απέναντι στη διατροφή τους συγκριτικά με την αρχή της θεραπείας.

Θεωρούμε ότι ο συγκεκριμένος συγκεκρισμός λειτουργεί για τους εξής λόγους:

- (1) Η νοηματοδότηση της διατροφικής συμπεριφοράς ως ένας τρόπος λειτουργίας προς διαχείριση των δυσφορικών συναισθημάτων, και όχι ως μια δυσλειτουργικά αυτούσια συμπεριφορά, επιτρέπει την εφαρμογή βιοματικών παρεμβάσεων οι οποίες καταπολεμούν άμεσα τις πυρηνικές πεποιθήσεις.
- (2) Ο/Η θεραπευόμενος/η μαθαίνει να αναγνωρίζει τα συναισθηματά του/της ως αναβιώσεις παιδικών εμπειριών, και άρα
- (3) Η σύνδεση των παρόντων δυσφορικών συναισθημάτων με πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα επιτρέπει στον/στη θεραπευόμενο/η να αντιληφθεί τη διατροφική συμπεριφορά του/της όχι ως «ασθένεια», αλλά ως μια δυσλειτουργική στρατηγική διαχείρισης που δημιουργήθηκε ως αποτέλεσμα των αρνητικών εμπειριών και των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων.
- (4) Η στάση διαχείρισης μετακινείται από μια ηττοπαθή στάση, όπου το άτομο «υπόκειται σε μια κατάσταση», σε μια στάση όπου η διατροφική συμπεριφορά μεταφράζεται ως αντίδραση σε κάτι που βιώνεται αρνητικά, άρα είναι και εν δυνάμει διαχειρίσιμη, αφού υπάρχουν περιθώρια επιλογής και διαφορετικής αντίδρασης.

Στόχος αυτού του άρθρου ήταν η περιγραφή του συγκεκριμένου μοντέλου ως μια πρόσκληση για επιστημονική συζήτηση, καθώς και η επιστημονική και κλινική διάχυση της κλινικής εμπειρίας από την εφαρμογή του στις ΔΠΤ.

Ενώ οι ΔΠΤ αποτελούν ένα υπολογίσιμο ποσοστό των κλινικών αιτημάτων, στον βαθμό που γνωρίζουμε, στον ελλαδικό χώρο δεν φαίνεται να υπάρχουν δημοσιεύσεις για συγκεκριμένα μοντέλα παρέμβασης στις ΔΠΤ και φυσικά ούτε στατιστικά στοιχεία αποτελεσματικότητας. Επομένως, θεωρείται αναγκαίο να υπάρξουν προτάσεις διάφορων μορφών παρέμβασης, οι οποίες θα ελεγχθούν στατιστικά ως προς την αποτελεσματικότητά τους, προκειμένου να υπάρχουν στοχευμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις που θα μπορούν να υιοθετηθούν από οργανωμένα κέντρα ψυχολογικών θεραπειών ή και ιδιώτες θεραπευτές, με στόχο την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των ΔΠΤ. Μια τέτοιου είδους πρόταση αποτελεί το μοντέλο παρέμβασης που παρουσιάστηκε στο άρθρο αυτό και του οποίου η αποτελεσματικότητα βρίσκεται υπό στατιστική ανάλυση και επίκειται η δημοσίευση των αποτελεσμάτων.

Παράρτημα

Πίνακας 1. Ασκήσεις βελτίωσης της εικόνας του σώματος

Τεχνικές για την αντιμετώπιση της οπτικής διαστρέβλωσης	Τεχνικές για την αντιμετώπιση της γνωστικής διαστρέβλωσης	Τεχνικές βίωσης του σώματος και συμφιλίωσης με το σώμα
Η τεχνική του καθρέφτη	Η τεχνική του ημερολογίου αρνητικών (και αμφισβήτησης αυτών) και θετικών σκέψεων για το σώμα	Η τεχνική της αναγνώρισης και της ορθής ονομασίας των συναισθημάτων
Η τεχνική της φωτογραφίας και η τεχνική της βιντεοσκόπησης	Η τεχνική της κάθετης διερεύνησης στην εικόνα του σώματος	Η τεχνική της ένδυσης και του στολισμού του περιγράμματος του σώματος
Η τεχνική του περιγράμματος του σώματος	Η τεχνική της κάλυψης υπενθύμισης των γνωστικών διαστρεβλώσεων	Η τεχνική της συνομιλίας με το περίγραμμα
Η τεχνική της σύγκρισης	Η τεχνική της καθημερινής θετικής αυτοαξιολόγησης	Η τεχνική της επιστολής προς τον εαυτό και της περιγραφής των αισθήσεων κατά σωματικά τμήματα
	Η τεχνική της προβολής στο μέλλον	
	Η τεχνική της συνομιλίας με τον «προβοκάτορα» εαυτό	
	Η τεχνική της θετικής συνομιλίας με τον εαυτό	

Πηγή: Χάιντς (2020)

Πίνακας 2. Πιθανές ενδείξεις αρχόμενης υποτροπής

Γνωστικές/Συμπεριφορικές ενδείξεις	Συναισθηματικές ενδείξεις
Ένδυση με φαρδιά ρούχα	Άγχος, στρες που καταλήγει σε δυσφορία λόγω δυσκολιών διαχείρισής τους Συναισθήματα πίεσης λόγω οικογενειακών θεμάτων ή θεμάτων που αναδύθηκαν στη θεραπεία
Τελειοθηρικές σκέψεις	Συναισθήματα λύπης ή αβοηθησίας
Αύξηση του χρόνου παρατήρησης του σώματος μπροστά στον καθρέφτη	Αυξανόμενη ανάγκη για έλεγχο
Αύξηση του χρόνου ενασχόλησης και ανησυχίας για το σχήμα/βάρος του σώματος	Αισθήματα ενοχής μετά από φαγητό
Ψέματα ή απόκρυψη διατροφικών συμπεριφορών από την οικογένεια ή και φίλους	Αύξηση συναισθημάτων μοναξιάς που οδηγούν σε επιλογή μοναχικού χρόνου και μοναχικών δραστηριοτήτων
Αποφυγή συνθηκών όπου εμπλέκεται και φαγητό	

Cognitive Behavioral Therapy combined with Schema Therapy: Presentation of a clinical therapeutic intervention for Eating Disorders

Elena Heinz¹, Christi Pasalidou²

¹ PhD, Psychologist, Cognitive Behaviour Therapist and Supervisor, Schema Therapist and Supervisor

² Pasalidou Christi, MSc, Cognitive Behaviour Therapist and Supervisor, Schema Therapist and Supervisor

Greek Association for Behavioral Therapy and Research, Branch of Macedonia. Psychological Center «STIRIXIS», Ermou 48, Thessaloniki, 54623
Email: eesm@otenet.gr – Tel.: 2310 274 610

Correspondence: Elena Heinz, Mitropoleos 61, 5423 Thessaloniki

Abstract

The link between Eating Disorders (ED) and Early Maladaptive Schemas (EMS), as described by Young [1] is becoming more and more evident over the last years, as there is more and more evidence focusing on the therapeutic outcome of Schema Therapy in single or more complex and combined ED.

It seems that there are some factors such as the lack of therapeutic response in Cognitive Behavioral Treatment of Eating Disorders, the large percentage of relapses as well as the increasing evidence of the important role of different Personality Disorders in Eating Disorders, that point out the necessity of the contribution of a new therapeutic approach in Eating Disorders.

In the present article, we will present a suggested therapeutic model combining CBT and Schema Therapy, as well as the new research evidence which support the need of its implementation in the new therapeutic approach, combining and ameliorating the CBT perspective of eating behavior as an isolated behavior as well as its therapeutic focus on “here and now”, using only cognitive-behavioral techniques.

Keywords: Eating Disorders, Cognitive behavioral Therapy, Schema Therapy

Βιβλιογραφία

- [1] Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (Rev. ed.). Professional Resource Press/Professional Resource Exchange, 1994.
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC, 2013.
- [3] Murphy R, Straepler S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 2010 Sep; 3 (3): 611-27.
- [4] Fairburn CG. A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychol Med*, 1981; 11: 707-711.
- [5] Garner DM, Bemis KM. A cognitive-behavioural approach to anorexia nervosa. *Cog Ther Res*, 1982; 6: 123-150.
- [6] Vitousek KB. The current status of cognitive-behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In P. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. Guilford Press, 1996: 383-418.
- [7] Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In CG Fairburn, & GT Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. Guilford Press, 1993: 361-404.
- [8] Agras WS, Walsh BT, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicentre comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 2000; 57: 459-466.
- [9] Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA & Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry*, 1995; 52: 304-312.
- [10] Goldbloom DS, Olmsted M, Davis R, Clewes J, Heinmaa M, Rockert W, Shaw B. A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa: Short-term outcome. *Behav Res Ther*, 1997; 35: 803-811.
- [11] Fairburn CG, Shafran R, Cooper Z. A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behav Res Ther*, 1999; 37: 1-13.

- [12] Berg KC, Crosby RD, Cao L, Peterson CB, Engel SG, Mitchell JE, Wonderlich SA. Facets of negative affect prior to and following binge-only, purge-only, and binge/purge events in women with bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol.* 2013 Feb; 122(1): 111-8.
- [13] Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol Bull.* 1991 Jul; 110(1): 86-108.
- [14] Schmidt U, Treasure J. Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *Br J Clin Psychol.* 2006 Sep; 45(Pt 3): 343-66.
- [15] Fairburn CG, Cooper Z, Shafran, R. Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders: A “Transdiagnostic” Theory and Treatment. *Behav Res Ther.* 2003; 41: 509-528.
- [16] Fairburn CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders.* Guilford Press, 2008.
- [17] 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.
- [18] Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O’Connor ME, Bohn K, Hawker DM. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry.* 2009; 166: 311-319.
- [19] Byrne SM, Fursland A, Allen KL, Watson H. The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behav Res Ther.* 2011; 49(4): 219-226.
- [20] 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; 51: 2-8.
- [21] Leung N, Thomas G, Waller G. The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *Br J Clin Psychol.* 2000; 39(2): 205-13.
- [22] Mountford V, Waller G. Using imagery in cognitive-behavioral treatment for eating disorders: Tackling the restrictive mode. *Int J Eat Disord.* 2006; 39(7): 533-43.
- [23] Lawson R, Waller G, Lockwood R. Cognitive content and process in eating-disordered patients with obsessive-compulsive features. *Eat Behav.* 2007; 8(3): 305-10.
- [24] Waller G, Corstorphine E, Mountford V. The Role of Emotional Abuse in the Eating Disorders: Implications for Treatment. *Eat Disord.* 2007; 15(4): 317-31.
- [25] Hudson JI, Hiripi E, Pope HG JR, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol. Psychiatry.* 2007; 1, 61(3): 348-358.
- [26] Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosom Med.* 2006; 68(3): 454-62.
- [27] Thompson-Brenner H, Eddy KT, Satir DA, Boisseau CL, Westen D. Personality subtypes in adolescents with eating disorders: validation of a classification approach. *J. Child Psychol.* 2008; 49(2): 170-180.
- [28] Spindler G, Milos G. Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eat Behav.* 2007; 8(3): 364-73.
- [29] Grilo CM, Pagano ME, Skodol AE, Sanislow CA, McGlashan TH, Gunderson JG, Stout RL. Natural Course of Bulimia Nervosa and of Eating Disorder Not Otherwise Specified: 5-Year Prospective Study of Remissions, Relapses, and the Effects of Personality Disorder Psychopathology. *J Clin Psychiatry.* 2007; May; 68(5): 738-746.
- [30] Waller G, Ohanian V, Meyer C, Osman S. Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *Int J Eat Disord.* 2000; 28: 235-241.
- [31] Waller G, Kennerley H. Cognitive behavioural treatments. In J. Treasure, U. Schmidt & E. Furth (Eds.). *Handbook of eating disorders.* Chichester: Wiley, 2003: 233-252.
- [32] Murphy S, Russell L, Waller G. Interpersonal psychodynamic therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder: Theory, practice and preliminary findings. *Eur Eat Disord Rev.* 2005; 13: 383-391.
- [33] Ford G, Waller G, Mountford V. Invalidating childhood environments and core beliefs in women with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2011; 19(4): 316-321.
- [34] Edwards DJA. Reparenting in der schematherapie - Eine fallstudie bei anorexia nervosa. In C. Archonti, E. Roediger & M. de Zwaan (Eds.), *Schematherapie bei Essstörungen* Beltz, 2016: 163-191.
- [35] Edwards, DJA. An interpretative phenomenological analysis of schema modes in a single case of anorexia nervosa: Part 1 - Background, method and Child and Parent Modes. *IPJP.* 2017a; 17(1): 1-13.
- [36] Edwards, DJA. An interpretative phenomenological analysis of schema modes in a single case of anorexia nervosa: Part 2-Coping modes, Healthy Adult mode, superordinate themes and implications for research and practice. *IPJP.* 2017b; 17(1): 1-12.
- [37] Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clin Psychol Rev.* 2015; 39: 30-41.
- [38] Simpson S. Schema therapy for eating disorders: A case study illustration of the mode approach. In M van Vreeswijk, J Broersen & M Nadort (Eds.), *The Wiley Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice.* John Wiley & Sons, 2012: 145-171.
- [39] Simpson S. Schema therapy assessment of eating disorders. In S Simpson & E Smith (Eds.), *Schema therapy for eating disorders.* Routledge, 2020a: 37-55.
- [40] Simpson, S. Schema therapy conceptualisation of eating disorders. In S Simpson & E Smith (Eds.), *Schema therapy for eating disorders: theory and practice for individual and group settings.* Routledge, 2020b: 56-66.
- [41] Simpson S, Pietrabissa G, Rossi A, Seychell T, Manzoni GM, Munro C, Nesci JB, Castelnovo G. Factorial structure and preliminary validation of the Schema Mode Inventory for Eating Disorders (SMI-ED). *Front Psychol.* 2018; 9(600): 1-17.
- [42] Χάνιτς Ε. *Εικόνα Σώματος και Διατροφικές Διαταραχές Ένας Οδηγός για Θεραπευτές.* Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 2020.
- [43] Μαλογιάννης ΙΑ, Αγγελή Αικ, Γαρόνη Ντ, Τζαβάρια Χ, Μιχόπουλος Ι, Πεγλιβανίδης Α, Καλαντζή-Αζίζι Α & Παπαδημητρίου ΓΝ. Στάθμιση της ελληνικής έκδοσης του Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-S3): Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και εγκυρότητα. *Ψυχιατρική.* 2018; 29 (3): 220-230.
- [44] Cash TF. *The body image workbook: An eight-step program for learning to like your looks* (2nd ed.). New Harbinger Publications, 2008.
- [45] Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y & Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* 1982; 12(4): 871-8.
- [46] Henderson M, Freeman CP. A Self-rating Scale for Bulimia The BITE. *Br J Psychiatry.* 1987; 150:18-24.
- [47] Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd edition). Guilford Press, 2013.
- [48] Branley-Bell D, Talbot CV. “It is the only constant in what feels like a completely upside down and scary world”: Living with an eating disorder during COVID-19 and the importance of perceived control for recovery and relapse. *Appetite.* 2021; 167: 18-24.
- [49] Farrell, JM, Reiss N, Shaw I. *The Schema Therapy Clinician’s Guide A Complete Resource for Building and Delivering Individual, Group and Integrated Schema Mode Treatment Programs.* West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd, 2014.
- [50] Arntz A, van Genderen UJ. *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder.* West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd, 2009.
- [51] Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: Meridian, 1979.
- [52] Sainsbury K, Evans EH, Pedersen S, Marques MM, Teixeira PJ, Lähteenmäki L, Stubbs RJ, Heitmann BL & Sniehotta FF. Attribution of weight regain to emotional reasons amongst European adults with overweight and obesity who regained weight following a weight loss attempt. *Eat Weight Disord.* 2019; 24: 351–361.
- [53] Bewell-Weiss CV, Carter JC. Predictors of excessive exercise in anorexia nervosa. *Compr Psychiatry.* 2010; 51,6: 566-571.
- [54] Sala M, Keshishian An, Song S, Moskowitz R, Bulik CM, Roos CR, Levinson ChA. Predictors of relapse in eating disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2023; 158, Feb: 281-299.
- [55] Walsh BT, Xu T, Wang Y, Attia E, Kaplan AS. Time Course of Relapse Following Acute Treatment for Anorexia Nervosa. *Am J Psychiatry.* 2021; 178,9: 848-85.

Περιγραφή ατομικής περίπτωσης με παρεμβάσεις γνωστικής συμπεριφορικής σε ενήλικη πρόσφυγα

Παναγιώτης Τζουράκης¹, Βασιλική Μπατρακούλη²

¹ Ψυχολόγος, MSc, Ελληνική Εταιρεία Έρευνας της Συμπεριφοράς, Παράρτημα Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη, ΤΚ 54626, Τηλ.: 2310274610, Email: info@eespm.gr

² Ψυχολόγος, MSc, Εκπαιδύτρια, Επόπτρια ΓΣΘ, Ελληνική Εταιρεία Έρευνας της Συμπεριφοράς, Παράρτημα Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη, ΤΚ 54626, Τηλ.: 2310274610, Email: info@eespm.gr

Αλληλογραφία: Παναγιώτης Τζουράκης, Π. Κωστοπούλου 6, 62122, Σέρρες
Email: p.tzourakis@yahoo.gr – Τηλ.: +306980759557

Περίληψη

Η ανάλυση περίπτωσης αφορά μια γυναίκα 35 ετών, η οποία διαμένει μαζί με τον σύζυγο και τα παιδιά της στη Δομή Φιλοξενίας Προσφύγων στην Ελλάδα. Η γυναίκα κατάγεται από το Ιράκ και ανήκει στη θρησκευτική κοινότητα των Γιαζίντι. Εκλυτικός παράγοντας για την αναζήτηση ψυχοθεραπείας αποτέλεσαν τα έντονα ψυχοσωματικά συμπτώματα που παρουσίασε μετά από διακοπή κύησης σε πρώιμο στάδιο. Εφαρμόστηκαν γνωστικές συμπεριφορικές τεχνικές, όπως: ψυχοεκπαίδευση της φυσιολογίας του άγχους, ψυχοεκπαίδευση της κατάθλιψης, έλεγχος και αξιολόγηση των σκέψεων, αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων, διαφραγματική αναπνοή, νευρομυϊκή χαλάρωση, γνωστική αναδόμηση, συμπεριφορικά πειράματα και πρόληψη υποτροπής. Πραγματοποιήθηκαν τριάντα (30) συνεδρίες ψυχοθεραπείας. Αναπτύχθηκε γνωστικός έλεγχος των σκέψεων, μείωση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, ενίσχυση του γονεϊκού ρόλου και βελτίωση της διάθεσής της. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μπορούν να συμβάλουν στη διαμόρφωση νέων ολοκληρωμένων προγραμμάτων παροχής υπηρεσιών ψυχολογικής υγείας σε πρόσφυγες, τα οποία να δίνουν έμφαση σε γνωστικές συμπεριφορικές παρεμβάσεις.

Λέξεις-κλειδιά: Πρόσφυγες, Γιαζίντι, γνωστική συμπεριφορική, άγχος, κατάθλιψη, θεραπεία

1. Γενικές πληροφορίες

Η περίπτωση αφορά μια γυναίκα 35 ετών, η οποία διαμένει μαζί με τον σύζυγο και τα δύο ανήλικα παιδιά της σε Δομή Φιλοξενίας Προσφύγων στην Ελλάδα. Η γυναίκα κατάγεται από το Ιράκ και ανήκει στη θρησκευτική κοινότητα των Γιαζίντι. Πληροφορήθηκε για τη δυνατότητα ψυχολογικής υποστήριξης από την ομάδα κοινωνικής προστασίας της δομής.

Οι Γιαζίντι αποτελούν μια φυλή ή κλειστή εθνοθρησκευτική κοινότητα, που στην πλειονότητά τους ζουν στο Ιράκ. Η θρησκεία τους βασίζεται κυρίως στον Ζωροαστρισμό και χαρακτηρίζεται από στοιχεία διάφορων θρησκειών της Μεσοποταμίας [1]. Σύμφωνα με την πίστη τους, δεν επιτρέπεται να παντρευτούν άτομα που ανήκουν σε διαφορετική θρησκεία. Βασικό στοιχείο της ζωής των Γιαζίντι είναι η έννοια της οικογένειας και η παροχή βοήθειας από το ένα μέλος στο άλλο. Σημειωτέον ότι η θρησκευτική οργάνωση ISIS, θεωρώντας ότι είναι οπαδοί του «διαβόλου», επιδίωξε την εξάφaniση της συγκεκριμένης μειονότητας, με αποτέλεσμα στις 3 Αυγούστου του 2014 οι «μαχητές» του ISIS να δολοφονήσουν χιλιάδες Γιαζίντι, να

αιχμαλωτίσουν γυναίκες, να κάψουν σπίτια και να τους τρέψουν σε φυγή από τη χώρα τους [2].

1.1. Κύριο αίτημα

Εκλυτικός παράγοντας για την αναζήτηση ψυχολογικής υποστήριξης αποτέλεσαν τα έντονα ψυχοσωματικά συμπτώματα που παρουσίασε μετά από διακοπή κύησης σε πρώιμο στάδιο. Συγκεκριμένα, οι δυσκολίες που παρουσίασε ήταν έντονοι πονοκέφαλοι, ημικρανίες, έντονος πόνος στην κοιλιά, δυσφορικό συναίσθημα, δυσκολία στην αναπνοή, γενικευμένο άγχος, χαμηλή διάθεση. Με την ψυχολογική υποστήριξη, ευελπιστούσε πως θα μειωθούν οι συνεχόμενες αρνητικές σκέψεις, θα βελτιωθεί η διάθεσή της και θα μειωθούν τα ψυχοσωματικά της συμπτώματα (ημικρανίες, πόνος στην κοιλιά).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η πολιτισμικά προσαρμοσμένη γνωστική συμπεριφορική παρέμβαση συμβάλλει θετικά στη μείωση συμπτωμάτων ανηδονίας, άγχους, ευερεθιστότητας και στη διαχείριση δυσλειτουργικών μοτίβων σκέψης [3, 4].

2. Παρούσα διαταραχή και προσπάθειες αντιμετώπισης

Η θεραπευόμενη, για να αντιμετωπίσει τα παραπάνω ψυχοσωματικά συμπτώματα, αναζήτησε αρχικά ιατρική βοήθεια. Για τον λόγο αυτό υποβλήθηκε σε γενικές εξετάσεις, καθώς και σε αξονική τομογραφία. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων έδειξαν πως δεν παρουσίαζε κάποια οργανική παθολογία. Ωστόσο, ο νευρολόγος της συνταγογράφησε ένα φαρμακευτικό σχήμα και την προέτρεψε να απευθυνθεί και σε ψυχολόγο.

Ταυτόχρονα, η θεραπευόμενη, ως κύρια στρατηγική, υιοθέτησε την αποφυγή καταστάσεων και δραστηριοτήτων (π.χ. συγγενθρώσεις με παρέες, καταστάσεις που απαιτούν ανάληψη πρωτοβουλιών, καθαριότητα του σπιτιού, φροντίδα των παιδιών και του συζύγου, ενασχόληση με νομικές διαδικασίες κ.ά.) αποσκοπώντας στην προσωρινή μείωση των συμπτωμάτων της.

3. Ψυχιατρικό/Ιατρικό ιστορικό

Η θεραπευόμενη δεν αναφέρει προηγούμενη συνεργασία με κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Ωστόσο, κατά την πορεία της ψυχολογικής θεραπείας, ξεκίνησε να συνεργάζεται και με ψυχίατρο από δημόσια δομή υγείας. Ο ψυχίατρος διέγινωσε μεικτή διαταραχή γενικευμένου άγχους και κατάθλιψης (F41.2) και της χορήγησε φαρμακευτική αγωγή.

Σε ό,τι αφορά το ιατρικό ιστορικό, δεν αναφέρεται στο παρόν ή στο παρελθόν κάποια σοβαρή σωματική ασθένεια. Η μοναδική αναφορά της ήταν ότι λάμβανε φαρμακευτική αγωγή τους τελευταίους τρεις μήνες από νευρολόγο, λόγω της έντονης παρουσίας των ημικρανιών.

4. Νοητικές λειτουργίες

Η λειτουργία της αντίληψης παρουσιάστηκε φυσιολογική. Σύμφωνα με το μορφωτικό της επίπεδο είχε δομημένη σκέψη και γνωστική αντίληψη. Η παρουσία, όμως, των ημικρανιών επηρέαζαν σημαντικά την καθημερινότητά της σε ό,τι αφορά τη συγκέντρωση της προσοχής και την εκπλήρωση των ημερησίων υποχρεώσεών της (π.χ. φροντίδα παιδιών, καθαριότητα σπιτιού, νομικές διαδικασίες κ.ά.).

5. Ατομικό ιστορικό

Η θεραπευόμενη θυμάται τον εαυτό της ως έναν άνθρωπο ήσυχο που ακολουθούσε πάντα τους κανόνες των γονιών της. Συγκεκριμένα, περνούσε όλη τη ζωή της μαζί με τους γονείς και την οικογένειά της. Η επιθυμία της ήταν να δουλεύει μαζί με τους γονείς της και να τους βοηθά, για να βελτιωθεί η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς της. Αρχικά, δεν ήθελε να παντρευτεί, γι' αυτό και απέρριπτε διάφορες προτάσεις που της έκαναν. Ωστόσο, ερωτεύτηκε τον σύζυγό της και αποφάσισε να μείνει μαζί του με την πλήρη θέλησή της. Αντίθετα, η μητέρα του συζύγου της ήταν αρνητική με αυτή τη σχέση, καθώς ήθελε να τον παντρεύσει με μια άλλη κοπέλα. Αντίστοιχα, η οικογένεια της θεραπευόμενης ανέπτυξε αρνητική στάση σε αυτή τη σχέση, καθώς δεν τους άρεσε η στάση της οικογένειας του συζύγου. Παρ' όλα αυτά, η θεραπευόμενη αποφάσισε να κλεφτεί με τον σύζυγό της, καθώς ένιωσε έντονα συναισθήματα αγάπης και έρωτα για εκείνον. Αυτό, βέβαια, το χρονικό διάστημα αποτέλεσε ουσιαστικά και την πρώτη φορά κατά την οποία παραβίασε τους κανόνες της οικογένειας. Στη συνέχεια, η θεραπευόμενη αισθάνθηκε πολύ άσχημα και είχε ενοχές, καθώς είχε μάθει από μικρή πως δεν πρέπει να εμπιστεύεται κανέναν έξω από την οικογένεια και ότι δεν πρέπει σε καμία περίπτω-

ση να πηγαίνει αντίθετα στους κανόνες της οικογένειας. Επιπλέον, την παραπάνω ενοχική της διάθεση επιβάρυνε η στάση του μεγάλου της αδελφού. Ο αδελφός της μέχρι και σήμερα δεν την έχει συγχωρέσει για την απόφασή της να εναντιωθεί στη θέληση της οικογένειας, με αποτέλεσμα να έχει διακόψει κάθε επαφή μαζί της και να θεωρεί η ίδια ότι πλέον κανένας δεν ενδιαφέρεται για εκείνη και πως δεν έχει ανθρώπους να την υποστηρίξουν σε ό,τι χρειαστεί.

Οι έντονες ημικρανίες έκαναν την εμφάνισή τους τη στιγμή που ήρθαν στην προσφυγική δομή της Ελλάδας. Στην αρχή διέμεναν στις σκηνές, υπό άσχημες συνθήκες, επειδή ήρθαν χωρίς τις επίσημες διαδικασίες και δεν τους κατέγραψαν στη δομή κατευθείαν. Οι παραπάνω συνθήκες ζωής χειροτέρεψαν την ψυχολογική της υγεία. Την ίδια στιγμή ενισχύθηκε το αίσθημά της ότι δεν μπορεί και δεν θέλει να τη βοηθήσει κανένας, καθώς και η πεποίθηση ότι οι άλλοι άνθρωποι δεν ενδιαφέρονται για εκείνη και την οικογένειά της.

Κομβικό σημείο στη μέχρι τώρα ζωή της αποτέλεσε η διακοπή κύησης που έκανε ενάμιση μήνα πριν από την έναρξη της ψυχολογικής θεραπείας. Σύμφωνα με τα λεγόμενα του συζύγου της, ο γιατρός πρότεινε πως για ιατρικούς λόγους είναι καλύτερο να μην κρατήσουν το παιδί, καθώς ήταν πολύ πιθανόν να επιβαρυνθεί ακόμη περισσότερο η ήδη ταραγμένη ψυχολογική της υγεία. Ωστόσο, η ίδια δεν ήθελε να διακόψει την κύησή της, καθώς θεωρεί ότι είναι αμαρτία. Παρόλο που γνώριζε ότι δεν θα άντεχε τον πόνο, προτιμούσε να πονάει παρά να χάσει το παιδί. Από εκείνη τη στιγμή μέχρι και τώρα κατακλύζεται από ενοχές.

6. Οικογενειακό ιστορικό

Οι γονείς της ήταν απλοί άνθρωποι με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Ο πατέρας της εργαζόταν στα χωράφια και η μητέρα της φρόντιζε το σπίτι και τα παιδιά. Η θεραπευόμενη είχε ιδιαίτερη αδυναμία στον πατέρα της, τον οποίο περιέγραφε ως καλό και άγιο άνθρωπο. Μάλιστα, η ίδια περιγράφει ένα περιστατικό, όπου σε παιδική ηλικία είχε αρρωστήσει μαζί με τα αδέρφια της και ο πατέρας της είχε ζητήσει από τον γιατρό να κάνει ό,τι περνάει από το χέρι του για να μη νιώθει πόνο, χωρίς να έχει ζητήσει το ίδιο και για τα υπόλοιπα παιδιά του. Στα τελευταία χρόνια της ζωής του, η θεραπευόμενη είχε αναλάβει να φροντίζει τις πληγές του λόγω του καρκίνου. Ο θάνατός του κόστισε πολύ στη θεραπευόμενη, καθώς τότε βίωσε την πρώτη μεγάλη απώλεια στη ζωή της. Η μητέρα της περιγράφηκε ως άνθρωπος καλός και περιποιητικός, η οποία όμως είχε αρκετά προβλήματα υγείας λόγω των άσχημων συνθηκών διαβίωσης. Η θεραπευόμενη επιδίωκε πάντα να τη φροντίζει και να την απαλύνει από τα πιθανά βάρη και τους πόνους της.

Έχει τρεις αδελφές και τέσσερις αδελφούς. Οι δύο αδελφές και οι τρεις αδελφοί της διαμένουν στην Ευρώπη, ενώ οι υπόλοιποι στο Ιράκ. Η θεραπευόμενη έχει καλές σχέσεις με όλα τα αδέρφια της, εκτός από τον μεγαλύτερο αδελφό της, ο οποίος δεν τη συγχωρεσε ποτέ που παράκουσε τους γονείς τους και προχώρησε στον γάμο με τον σύζυγό της. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως μία από τις αδελφές της είχε αυτοκτονήσει βάζοντας φωτιά στον εαυτό της. Η θεραπευόμενη δεν γνώριζε τον λόγο για τον οποίο έκανε κάτι τέτοιο, αν και εκ των υστέρων κατάλαβε πως δεν ήταν ευτυχισμένη από τη ζωή της.

Ο σύζυγός της περιγράφεται ως άνθρωπος καλός, ευαίσθητος, πιστός και πολύ υποστηρικτικός. Όπως η ίδια αναφέρει, ο

σύζυγός της επωμίζεται τις καθημερινές δουλειές του σπιτιού, αλλά και τη φροντίδα των παιδιών, για να μην κουράσει την ίδια. Αυτό, βέβαια, έχει ως αποτέλεσμα να αρνείται διάφορες εργασίες που του προτείνονται, αφού δεν μπορεί να αφήνει μόνη τη σύζυγό του. Ακόμα, ο ίδιος περιστασιακά αυτοτραυματίζεται, για να νιώσει πιο χαλαρός. Για τον λόγο αυτό παραπέμφθηκε σε συνάδελφο ψυχολόγο, αποσκοπώντας στη διαχείριση των συμπτωμάτων του.

Έχει δύο παιδιά (ένα 4,5 ετών αγόρι και ένα 2,5 ετών κορίτσι). Χαρακτηρίζει τον γιο της ως γκρινιάρη, ζωηρό και απείθαρχο, γνωρίσματα που δεν θα ήθελε να εμφανίζει, καθώς της θυμίζουν τον δικό της χαρακτήρα. Από την άλλη, η κόρη της είναι ήσυχη, αλλά παρασύρεται ως παιδί από τον αδελφό της. Θεωρεί ότι και τα δύο της παιδιά είναι πολύ καλόκαρδα και ότι της έχουν υπερβολική ανάγκη. Ακόμα, η ίδια δεν μπορεί να τους χαλάσει χατήρι και να τα βλέπει να στενοχωριούνται.

7. Διάγνωση

Η θεραπευόμενη έλαβε από ψυχίατρο δημόσιου νοσοκομείου της περιοχής τη διάγνωση μεικτής αγχώδους και καταθλιπτικής διαταραχής (F41.2) [3]. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα που παρουσίαζε ήταν τα εξής: θλίψη, ανηδονία, δυσκολίες στον ύπνο, ευερεθιστότητα, άγχος, θυμός, απομόνωση και ψυχοσωματικά συμπτώματα (ημικρανίες, δυσκολία στην αναπνοή, πόνος στην κοιλιά). Ωστόσο, σύμφωνα με την ψυχολογική εκτίμηση, η θεραπευόμενη φαίνεται να παρουσιάζει πέρα από το άγχος αντιδραστική κατάθλιψη στο πλαίσιο διακοπής της κύησης με πιθανή παρουσία μη επιλυμένου πένθους.

8. Διατύπωση περίπτωσης

8.1. Έναρξη προβλήματος

Η θεραπευόμενη μεγάλωσε σε ένα οικογενειακό περιβάλλον όπου κυριαρχούσαν πολλοί άγραφοι-άκαμπτοι κανόνες και η παραβίαση των οποίων επηρέαζε τις συναισθηματικές σχέσεις μεταξύ των μελών της. Επίσης, προτεραιότητα της οικογένειας ήταν οι σχέσεις μεταξύ τους, με αποτέλεσμα να μην αναπτύξει κοινωνικές δεξιότητες, επειδή δεν υπήρχε «χώρος» για «ξένα» άτομα. Την ίδια στιγμή η επιθυμία των γονιών της να ικανοποιήσουν κάθε της επιθυμία της στερούσε τη δυνατότητα να αναπτύξει δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων. Επιπλέον, το γεγονός ότι ανέπτυξε ερωτική σχέση με έναν άντρα που δεν τον ενέκρινε η οικογένεια αποτελούσε ένα ακόμα δείγμα παραβίασης των άγραφων κανόνων. Παράλληλα, η οικογένεια του συζύγου επέδειξε την ίδια αρνητική στάση, με αποτέλεσμα να εδραιωθεί και να μεγιστοποιηθεί το συναίσθημα της απόρριψης από τον οικογενειακό ιστό. Ταυτόχρονα, οι δύσκολες συνθήκες διαβίωσης από την αναγκαστική μετανάστευσή της μαζί με τον σύζυγο σε προσφυγική δομή στην Ελλάδα επέτειναν το συναίσθημα της απόρριψης από τους ομοεθνείς της. Τέλος, η διακοπή κύησης, στην οποία προέβη η θεραπευόμενη, διατάραξε ακόμα περισσότερο την ήδη επιβαρυνόμενη ψυχολογική της υγεία, με αποτέλεσμα να οξυνθούν τα ψυχοσωματικά της συμπτώματα και η βίωση του σωματικού πόνου.

8.2. Κάθετη διερεύνηση

Η θεραπευόμενη μεγάλωσε με υπερπροστασία, υπό την επίβλεψη μιας οικογένειας η οποία διέπεται από αυστηρούς ηθικούς και θρησκευτικούς κανόνες, με αποτέλεσμα να μην καλυφθεί η ανάγκη της για σταδιακή και με ασφάλεια ανάληψη πρωτο-

βουλιών και ανεξαρτησίας. Παράλληλα, φαίνεται πως οι γονείς της δεν της έδωσαν τη δυνατότητα να συνδιαλέγεται κοινωνικά και με άλλα άτομα, εκτός του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Το γεγονός αυτό είχε ως αποτέλεσμα να θεωρεί η θεραπευόμενη τους «ξένους» ως άτομα «πονηρά» ή «κακά». Έτσι, η θεραπευόμενη με την πάροδο του χρόνου απέκτησε ποικίλες πυρηνικές πεποιθήσεις, όπως, για παράδειγμα, «τα ξένα άτομα δεν θέλουν το καλό μου», «οι άλλοι δεν ενδιαφέρονται για μένα», «είμαι αβοήθητη», «είμαι μόνη».

Την ίδια στιγμή, η αυστηρότητα των ηθικών και θρησκευτικών κανόνων της οικογένειας αλλά και της κουλτούρας της την οδήγησαν να υιοθετήσει σχετικά άκαμπτους κανόνες ζωής, όπως είναι, για παράδειγμα, «πρέπει πάντα να φροντίζω την οικογένειά μου», «πρέπει να ακολουθώ τους κανόνες της οικογένειας και της κουλτούρας μου», «δεν πρέπει να δείχνω τα συναισθήματά μου», «δεν πρέπει να μιλάω πολύ».

Επίσης, ανέπτυξε σκέψεις που σχετίζονται με ανασφάλεια και ενδιαμέσες πεποιθήσεις, όπως «χρειάζομαι προστασία/βοήθεια», «δεν μπορώ να τα καταφέρω μόνη μου». Ταυτόχρονα, αξίζει να τονιστεί ότι σε αυτόν τον τρόπο σκέψης συνέβαλε και το γεγονός ότι από το υπερπροστατευτικό και απαιτητικό περιβάλλον, όπου μεγάλωσε, προέρχονται και οι πεποιθήσεις της για τους άλλους: «οι άλλοι πρέπει να με βοηθούν, καθώς έχω υποφέρει πολύ στη ζωή μου» [6, 7].

Επιπλέον, το ιδιαίτερα ψυχοφόρο γεγονός της διακοπής της κύησης ενίσχυσε στη θεραπευόμενη την ένταση της αίσθησης αβοηθησίας και ευαλωτότητας [8], με αποτέλεσμα να κυριαρχείται από πυρηνικές πεποιθήσεις, όπως, λόγου χάρι, «είμαι το πιο ευάλωτο άτομο», «είμαι αβοήθητη», «είμαι μόνη».

Οι πυρηνικές πεποιθήσεις ενεργοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της μετάβασης και διαμονής της στη δομή φιλοξενίας προσφύγων, όπου θα έπρεπε να προσαρμοστεί σε ένα νέο μοτίβο ζωής που θα είχε περισσότερες ευθύνες, τόσο για την ίδια όσο και για την οικογένειά της. Η θεραπευόμενη θεωρεί πως τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς της, οι εργαζόμενοι στη δομή, καθώς και οι συμπολίτες της, θα πρέπει να τη βοηθούν στις καθημερινές της υποχρεώσεις και ανάγκες [9].

Η θεραπευόμενη ως μηχανισμούς αντιμετώπισης των δυσφοριών της συναισθημάτων υιοθέτησε την αποφυγή, την απομόνωση, καθώς και τη μη ανάληψη πρωτοβουλιών και ευθυνών στην καθημερινότητά της (π.χ. φροντίδα σπιτιού, ενασχόληση με τα παιδιά, υποστήριξη συζύγου, εκπλήρωση νομικών υποχρεώσεων, συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες). Προφανής συνέπεια της παραιτήσης είναι να έχει ελάχιστες και μη ικανοποιητικές κοινωνικές και φιλικές σχέσεις, να δυσκολεύεται στην επικοινωνία με τα παιδιά και τον σύζυγό της και να εστιάζει την προσοχή της στα σωματικά συμπτώματα.

Συν τοις άλλοις, εξαιτίας της αποφυγής και της συνακόλουθης έλλειψης θετικών εμπειριών διαχείρισης «δύσκολων καταστάσεων», διατηρείται η άγνοιά της σχετικά με τις κοινωνικές καταστάσεις, η οποία, σε συνδυασμό με τον φόβο (καθώς, όπως είδαμε, περιμένει πάντα τα χειρότερα από τους ανθρώπους), συντηρεί με τη σειρά της τον μηχανισμό της αποφυγής.

8.3. Οριζόντια διερεύνηση

Από την οριζόντια διερεύνηση παρατηρήθηκαν αυτόματες σκέψεις με περιεχόμενο απόρριψης από τους άλλους και προφίλ εαυτο-θυματοποίησης με αισθήματα αδικημένου. Σε σκέψεις όπως «δεν με καταλαβαίνει κανείς» ή «δεν με πιστεύουν, άρα θεωρούν ότι είμαι

ψεύτρα», βιώνει άγχος, θυμό, απόγνωση και θλίψη. Επίσης, σε καταστάσεις, όπως «δεν με βοηθάνε με τα νομικά μου έγγραφα και με τα σωματικά μου συμπτώματα», βιώνει πάλι άγχος, θυμό και θλίψη. Παρόμοια χαρακτηρίζεται από αυτόματες σκέψεις και σε άλλες κοινωνικές καταστάσεις, όπως «αυτοί δεν έχουν υποφέρει όπως εγώ, και δεν μπορούν να με καταλάβουν, καλύτερα να μην τους προσεγγίσω», νιώθοντας θυμό, άγχος και θλίψη. Τέλος, επιβάλλεται να επισημανθεί πως οι συγκεκριμένες αυτόματες σκέψεις της χαρακτηρίζονταν από γνωσιακές διαστρεβλώσεις της καταστροφολογίας, του «πρέπει», της υποτίμησης των θετικών, της συναισθηματικής συλλογιστικής και της εσφαλμένης τιτλοφόρησης.

Σε συμπεριφορικό επίπεδο, οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις της θεραπευόμενης διατηρούνταν μέσω των συμπεριφορών αποφυγής και της παθητικο-επιθετικής συμπεριφοράς. Όταν έπρεπε η θεραπευόμενη να φροντίσει καθημερινές υποχρεώσεις (π.χ. δουλειές του σπιτιού, νομικές διαδικασίες, φροντίδα παιδιών κ.ά.) σκεφτόταν το μέγεθος της μοναξιάς, της αδιαφορίας των άλλων και την αβοηθησία, με αποτέλεσμα να καταφεύγει σε συμπεριφορές αποφυγής. Η αποφυγή την ανακούφιζε βραχυπρόθεσμα, ωστόσο σε μακροχρόνιο επίπεδο η απουσία διορθωτικών εμπειριών οδηγούσε στη διατήρηση της πεποίθησης ότι είναι αβοήθητη και μόνη, με αποτέλεσμα διαμέσου της αυτοεκπληρούμενης προφητείας να διαμορφώνει ασυνείδητα τις συνθήκες της ζωής της με τέτοιο τρόπο, ώστε να επιβεβαιώνεται η πυρηνική της πεποίθηση.

9. Θεραπευτικός σχεδιασμός

9.1. Υπόθεση εργασίας

Σύμφωνα με τη διατύπωση των προβλημάτων, η υπόθεση εργασίας για τη θεραπευτική παρέμβαση ήταν ότι έπρεπε να γίνει επικέντρωση στις πυρηνικές πεποιθήσεις της θεραπευόμενης, οι οποίες σχετιζόνταν με τη μεικτή αγχώδη-καταθλιπτική διαταραχή. Οι δυσκολίες της, που επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά και συνδιαλέγεται με το περιβάλλον της, συνδέονται με συγκεκριμένες αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό της (π.χ. είμαι μόνη, είμαι αβοήθητη, δεν με νοιάζουν). Τέλος, η τροποποίηση αυτών των πεποιθήσεων κρίνεται απαραίτητη για να επιτευχθούν θετικές αλλαγές, τόσο σε επίπεδο συναισθημάτων όσο και σε επίπεδο συμπεριφοράς.

9.2. Κατάλογος προβλημάτων

Τα προβλήματα που εντοπίστηκαν αφορούσαν τις έντονες ενδογενείς που ένιωθε λόγω της διακοπής κήσης που πραγματοποίησε τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, τα έντονα ψυχοσωματικά συμπτώματα (π.χ. ημικρανίες, πόνος στην κοιλιά, δυσκολίες στην αναπνοή), το κοινωνικό άγχος, δυσκολίες στη φροντίδα των παιδιών, δυσκολίες ως προς την επικοινωνία με τον σύζυγο και την έλλειψη διεκδικητικότητας.

9.3. Θεραπευτικοί στόχοι

Ο αρχικός θεραπευτικός σχεδιασμός ήταν εστιασμένος στο παρόν και στα πρωταρχικά αιτήματα της θεραπευόμενης για τις δυσκολίες που αντιμετώπιζε συναισθηματικά, σωματικά και συμπεριφορικά στην καθημερινότητα. Μέσα από τη διερεύνηση και τη γνωσιακή διατύπωση αναδιαμορφώθηκαν κατάλληλα και συνεργατικά οι στόχοι της θεραπείας ως εξής:

1. Να εκφράζει και να διαχειρίζεται τα αρνητικά συναισθήματα, όπως τον θυμό, το άγχος και τη στενοχώρια για τη διακοπή της κήσης, την προσφυγιά και τις δύσκολες

συνθήκες της ζωής της, και γενικότερα να βελτιώσει τη διάθεσή της.

2. Να μάθει να διαχειρίζεται το άγχος και τα σωματικά της συμπτώματα.
3. Να αποκτήσει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον εαυτό της και στην επάρκειά της στους διάφορους ρόλους που κατέχει στη ζωή της (μητέρα, σύζυγος, αδελφή, παιδί, φίλη).

9.4. Θεραπευτικό πλάνο

Αρχικά, κρίθηκε απαραίτητο, για την αποτελεσματική έκβαση της θεραπείας, να δοθεί έμφαση στη δόμηση μιας ικανοποιητικής θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα σε θεραπευτή, θεραπευόμενη και διερμηνέα. Η συνεργασία μεταξύ ψυχολόγου και θεραπευόμενης είναι βασική για την επίτευξη θεραπευτικών αποτελεσμάτων [10]. Είναι σημαντικό να δημιουργηθεί ένα ασφαλές και ανοιχτό περιβάλλον, όπου η θεραπευόμενη μπορεί να εκφράσει ελεύθερα τα συναισθήματα και τις σκέψεις της. Ο ψυχολόγος είναι σημαντικό να ακούει ενεργητικά και να βοηθά το άτομο να αποκτά σταδιακά και σταθερά τον έλεγχο της συμπεριφοράς του. Ο διερμηνέας χρειάζεται να διευκολύνει την επικοινωνία, εξασφαλίζοντας ότι η ανταλλαγή πληροφοριών είναι ακριβής και κατανοητή. Με αμοιβαίο σεβασμό και συνεργασία, η διαδικασία θεραπείας μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική και επωφελής για τη θεραπευόμενη.

Στις πρώτες έξι συνεδρίες δόθηκε στη θεραπευόμενη ο κατάλληλος χώρος και χρόνος για να εκφράσει με τον δικό της τρόπο τα συναισθήματα και τις σκέψεις της. Επίσης, τονίστηκε η σημασία της τοποθέτησης ορίων και κανόνων στη συνεργασία ψυχολόγου, θεραπευόμενης και διερμηνέα. Στη συνέχεια, λόγω του γεγονότος πως τα σωματικά συμπτώματα επηρέαζαν έντονα την καθημερινή λειτουργικότητά της, κρίθηκε απαραίτητο να εκπαιδευτεί σε τεχνικές χαλάρωσης [11]. Παράλληλα, δόθηκε έμφαση στο να εκπαιδευτεί η θεραπευόμενη στην αναγνώριση, κατανόηση και έκφραση των συναισθημάτων της [12, 13]. Ταυτόχρονα, χρησιμοποιώντας τις αρχές της γνωστικής αναδόμησης επιχειρήθηκε να αναγνωριστούν οι αυτόματες σκέψεις, να ελεγχθεί η εγκυρότητά τους και να αντικατασταθούν με πιο λειτουργικές εναλλακτικές σκέψεις [14]. Αποσκοπώντας στην περαιτέρω ενδυνάμωση των εναλλακτικών σκέψεων, διαμορφώθηκαν από κοινού συμπεριφορικά πειράματα για να ελεγχθεί η εγκυρότητά τους [13]. Τέλος, για να προβλεφθεί πιθανή υποτροπή στο μέλλον, ο ψυχολόγος και η θεραπευόμενη οργάνωσαν μαζί ένα πλάνο αντιμετώπισης υποτροπών, με αποτέλεσμα να ενισχυθεί ακόμα περισσότερο η αυτεπάρκειά της, η αυτοεκτίμηση και ο αυτοέλεγχός της.

10. Πορεία θεραπείας

10.1. Θεραπευτική σχέση

Η θεραπευτική σχέση που αναπτύχθηκε ήταν αρκετά ικανοποιητική. Στις πρώτες συνεδρίες παρατηρήθηκε ιδιαίτερο άγχος, φόβος και αμηχανία, καθώς η θεραπευόμενη πρώτη φορά μίλούσε σε «ξένα» άτομα (θεραπευτής και διερμηνέας) για τόσο προσωπικά και ευαίσθητα θέματα. Για τον λόγο αυτό προτιμούσε να είναι παρών στις αρχικές συνεδρίες και ο σύζυγός της. Ωστόσο, η ενεργητική επικοινωνία, η άνευ όρων αποδοχή, η ενσυναίσθηση και η συμπόνια του θεραπευτή διαμέσου του διερμηνέα συνέβαλαν στη σταδιακή μείωση της έντασης των παραπάνω συναισθημάτων και στην αύξηση της εμπιστοσύνης στη θεραπευτική διαδικασία. Μέχρι το τέλος της ψυχολογικής θεραπείας, εξοικειώθηκε με τον θεραπευτή και τον διερμηνέα και ήταν σε θέση να εκφράζει τις σκέψεις και τα συναισθήματά της.

10.2. Εμπόδια, δυσκολίες

Η πορεία προς όλες αυτές τις αλλαγές δεν ήταν εύκολη, καθώς υπήρχαν διάφορα εμπόδια αλλά και προκλήσεις κατά τη διάρκεια της συνεργασίας μεταξύ ψυχολόγου, θεραπευόμενης και διερμηνέα. Αρχικά, το διαφορετικό κοινωνικο-πολιτισμικό υπόβαθρο μεταξύ των τριών προσώπων δημιουργούσε προβλήματα στη διαδικασία των ψυχολογικών παρεμβάσεων. Γι' αυτόν τον λόγο επενδύθηκε πολύς χρόνος στην κατανόηση της διαφορετικής κουλτούρας και στην εκμάθηση των πολυπολιτισμικών στοιχείων από την πλευρά του ψυχολόγου. Επίσης, η ταυτόχρονη παρουσία τριών προσώπων επηρέαζε το κλίμα κατανόησης, ενσυναίσθησης και ιδιωτικότητας. Ακόμα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο της θεραπευόμενης αποτελούσε ένα επιπλέον εμπόδιο στη θεραπεία. Για όλους τους παραπάνω λόγους αποφασίστηκε πως θα είναι πιο αποτελεσματικό οι συνεδρίες να διαρκούν μιάμιση ώρα [15].

10.3. Θεραπευτικές παρεμβάσεις και τεχνικές

Χρησιμοποιήθηκαν οι κλασικές γνωσιακές τεχνικές για τον εντοπισμό και την αμφισβήτηση των μη βοηθητικών σκέψεων. Για τη διαχείριση του άγχους πραγματοποιήθηκε ψυχοεκπαίδευση στη φυσιολογία του άγχους, εκπαίδευση στην αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων, εκπαίδευση στη διαφραγματική αναπνοή και στη νευρομυϊκή χαλάρωση, έλεγχος και αξιολόγηση των σκέψεων, συμπεριφορικά πειράματα, εκπαίδευση στην αντιμετώπιση προβλημάτων και πρόληψη υποτροπής. Αρχικά, η θεραπευόμενη εκπαιδεύτηκε στην τεχνική της διαφραγματικής αναπνοής (Benson method). Μέσω αυτής της τεχνικής η θεραπευόμενη άρχισε να αντιλαμβάνεται πρακτικά τόσο ότι ο τρόπος αναπνοής της συνδέεται με τον πόνο στο στήθος και την αίσθηση ασφυξίας όσο και το γεγονός ότι μπορεί να επανακτά τον έλεγχό της. Ακολούθησε εκπαίδευση στη νευρομυϊκή χαλάρωση (μέθοδος Jacobson), προκειμένου η θεραπευόμενη να αρχίσει να αντιλαμβάνεται τα προειδοποιητικά σήματα έντασης του σώματός της και να μπορεί εκούσια να τα διαχειρίζεται αποτελεσματικά [11]. Παράλληλα, αποφασίστηκε η εστίαση στην αναγνώριση και κατανόηση της σχέσης σκέψης, συναισθήματος, σωματικών συμπτωμάτων, αντιδράσεων και συνεπειών, με εφαρμογή στις καταστάσεις κατά τις οποίες αγχώνεται. Σκοπός ήταν να αντιληφθεί ότι έχει τη δυνατότητα να ασκεί έλεγχο στο άγχος [7, 14]. Επίσης, δόθηκε αρκετός χώρος και χρόνος στην εκπαίδευση της θεραπευόμενης στην αναγνώριση, κατανόηση και έκφραση των συναισθημάτων της, με σκοπό την καλύτερη επαφή με τα συναισθήματά της και την αποτελεσματικότερη έκφρασή τους. Το εγχείρημα αυτό ήταν αρκετά δύσκολο, καθώς η παραπάνω δεξιότητα ήταν αρκετά «ξένη», σύμφωνα με τα πολιτισμικά, θρησκευτικά και ηθικά πρότυπα της κουλτούρας της. Για να καμφθεί η προαναφερόμενη δυσκολία, χρησιμοποιήθηκαν κάρτες οπτικής απεικόνισης συναισθημάτων. Επίσης, χρησιμοποιώντας αρχές της γνωστικής συμπεριφορικής σε παιδιά και εφήβους, η θεραπευόμενη κλήθηκε να αναπαραστήσει εικονογραφημένα τον εαυτό της τη στιγμή που ένιωθε τα βασικά συναισθήματα (άγχος, θυμός, λύπη, χαρά, αηδία) [12, 13]. Αντίστοιχα, για τη βελτίωση της αυτοεκτίμησής πραγματοποιήθηκε εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά, εκπαίδευση στην αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων, γνωστική πρόβα και μίμηση προτύπου. Για την ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας διαμορφώθηκαν συμπεριφορικά πειράματα, όπως η κινητοποίησή της να επισκεφθεί τη νομική ομάδα της δομής και να αναζητήσει απαντήσεις στα νομικά της ζητήματα. Με αυτόν τον τρόπο πυροδοτούσε τις πυρηνικές της πεποιθήσεις περί αδιαφορίας των άλλων, καθώς διαπίστωνε στην πράξη ότι υπάρχουν άτομα στα

οποία μπορεί να απευθυνθεί για την επίλυση των προβλημάτων της και άρα δεν είναι μόνη. Ακόμα, διαμέσου της μίμησης προτύπου (δηλαδή του θεραπευτή), κινητοποιήθηκε να αναπαράγει αποτελεσματικές συμπεριφορικές αντιδράσεις, όπως, για παράδειγμα, να κινητοποιήσει τον γιο της να προσέλθει στο νηπιαγωγείο, με αποτέλεσμα να ενισχυθούν οι γονεϊκές της δεξιότητες. Τέλος, για τη βελτίωση της διάθεσης χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές όπως γνωστική αναγνώριση και παρατήρηση των αυτόματων σκέψεων, γνωστική αναδόμηση, παρατήρηση και έκφραση των συναισθημάτων, επίλυση προβλημάτων, συμπεριφορική κινητοποίηση και ιεράρχηση στόχων [7].

10.4. Έκβαση της θεραπείας

Ενώ είχε ήδη συμπληρώσει τριάντα (30) συνεδρίες (μία συνεδρία σε εβδομαδιαία βάση), συζήτησε για τις αλλαγές της σε σχέση με το ξεκίνημα της θεραπείας [16]. Συγκεκριμένα, σε ό,τι αφορά τη διαχείριση του άγχους και των σωματικών της συμπτωμάτων, ο πόνος στην κοιλιά έχει σχεδόν υποχωρήσει και ο πόνος από τις ημικρανίες είναι πιο υποφερτός, ενώ διαχειρίζεται πιο αποτελεσματικά τις στρεσογόνες καταστάσεις της καθημερινότητάς της. Επίσης, ως προς την εμπιστοσύνη στον εαυτό της και στους διάφορους ρόλους που υπηρετεί, συμμετέχει πιο ενεργά στον ρόλο της ως μητέρα και νιώθει μεγαλύτερη πίστη στον εαυτό της. Τέλος, για τη διαχείριση των συναισθημάτων νιώθει περισσότερη συναισθηματική ασφάλεια, έχει μεγαλύτερο έλεγχο στην αναγνώριση-κατανόηση-διαχείριση των συναισθημάτων της και νιώθει μια συνολική βελτίωση της διάθεσής της.

Ολοκληρώνοντας, έκανε ανατροφοδότηση της θεραπείας της και κατανόησε ότι οι «ανάγκες» της οικογένειάς της μπορεί να είναι διαφορετικές με τις δικές της, ενώ συνάμα αυτό δεν σημαίνει πως δείχνει ασέβεια και διαπράττει κάποιο «αμάρτημα».

Case study of adult refugee with cognitive-behavioral interventions

Panagiotis Tzourakis, Vasiliki Batrakouli

Panagiotis Tzourakis¹, Vasiliki Batrakouli²

¹ Psychologist, MSc, Hellenic Society for Behavioral Research Branch of Macedonia, Thessaloniki, 54626, Tel.: 2310274610,

Email: info@eespm.gr

² Psychologist, MSc, CBT Trainer-Supervisor, Hellenic Society for Behavioral Research Branch of Macedonia, Thessaloniki, 54626,

Tel.: 2310274610, Email: info@eespm.gr

Correspondence: Panagiotis Tzourakis, P. Kostopoulou 6, 62122 Serres,

Tel.: +30 6980759557, Email: p.tzourakis@yahoo.gr

Abstract

The analysis of the case concerns a 35 year-old woman who lives with her husband and her children in the Refugee Hospitality Structure in Greece. The female comes from Iraq and is a member of Yazidi religious community. Reasons for psychotherapy were the severe psychosomatic symptoms she suffered after termination of pregnancy. Cognitive behavioral techniques such as psychoeducation of stress physiology, psychoeducation of depression, control and evaluation of thoughts, recognition and expression of emotions, diaphragmatic breathing, neuromuscular relaxation, cognitive reconstruction and compression experiments, relapse prevention were applied. Thirty (30) psychotherapy sessions took place. Cognitive control of thoughts developed, reduction of psychosomatic symptoms, strengthening of her

parental role and improvement of her mood. The results of this study may contribute to the development of new integrated health programs for the provision of psychological well-being services to the refugees supporting placing emphasis on cognitive behavioral interventions.

Keywords: refugees, Yazidi, cognitive behavior, anxiety, depression, therapy

Βιβλιογραφία

- [1] Kizilhan JI. The Yazidi—Religion, culture and trauma. *Advances in Anthropology*. 2017 Nov; 7(4): 333-339.
- [2] Cheterian V. ISIS genocide against the Yazidis and mass violence in the Middle East. *British Journal of Middle Eastern Studies*. 2021 Oct 48(4): 629-641.
- [3] Kananian S, Ayoughi S, Farugie A, Hinton D, Stangier U. Transdiagnostic culturally adapted CBT with Farsi-speaking refugees: A pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017 Nov 8(2): 1390362.
- [4] Zemestani M, Mohammed AF, Ismail AA, Vujanovic AA. A Pilot Randomized Clinical Trial of a Novel, Culturally Adapted, Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Intervention for War-Related PTSD in Iraqi Women. *Behavior Therapy*. 2022 Jul 53(4): 656-672.
- [5] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- [6] Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Θεραπεία Σχημάτων*. Μετάφραση: Φ Λέγκας. Επιμέλεια: Γ Σίμος. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη, 2010.
- [7] Beck J. Εισαγωγή στη Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία. (Επιμέλεια: Γ Σίμος. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη, 2016.
- [8] Seligman MEP. On the generality of the laws of learning. *Psychological Review*. 1970 Nov 77(5): 406-418.
- [9] Leahy R. Αντιμετωπίζοντας την αντίσταση στη γνωστική θεραπεία. Μετάφραση: Έλενα Χάντζ. Επιμέλεια: Χριστίνα Χιονίδου. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press, 2011.
- [10] Gryesten JR, Brodersen KJ, Lindberg L G, Carlsson J, Poulsen S. Interpreter-mediated psychotherapy—a qualitative analysis of the interprofessional collaboration between psychologists and interpreters. *Current Psychology*. 2021 Jan 1-14.
- [11] Αντωνίου Μ, Κουλουβάρη ΜΣ. Αναπνευστικές Δεξιότητες και Τεχνικές Διαφοραγματικής. Στο Κ. Ευθυμίου – Μ. Σ. Κουλουβάρη (επιμ.), *Τεχνικές της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας*. Αθήνα: Εκδόσεις ΙΕΘΣ, 2014.
- [12] Stallard P. *Σκέφτομαι καλά – νοιώθω μια χαρά* (Μ Ζαφειροπούλου, επιμ.). Αθήνα: Δαρδανός, 2006.
- [13] Αγγελή Κ. Μέθοδοι και τεχνικές της γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας για παιδιά και εφήβους. Στο Καλαντζή-Αζίζι Α & Σοφianoπούλου Α (επιμ.), *Γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία παιδιών και εφήβων: Θεωρία και πράξη* (σσ. 145-188). Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο, 2016.
- [14] Greenberger D. *Σκέφτομαι άρα αισθάνομαι. Άλλαξε διάθεση αλλάζοντας τρόπο σκέψης*. Επιμέλεια: Σκαπινάκης Πέτρος. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2019.
- [15] World Health Organization. *Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity*. Geneva: World Health Organization, 2016.
- [16] Cuijpers P, Huibers M, Ebert DD, Koole SL, Andersson G. How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. *Journal of affective disorders*. 2013 Jan 149(1-3): 1-13.

ACT for Treating Children: The Essential Guide to Acceptance and Commitment Therapy for Kids

Η Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης (ΘΑΔ) είναι μία συμπεριφοριστική θεραπεία η οποία ανήκει στις θεραπείες του τρίτου κύματος της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας (ΓΣΘ). Κύριο συστατικό της προσέγγισης αυτής είναι η αλλαγή της σχέσης με τις σκέψεις μας, η αποδοχή του ανθρώπινου πόνου, αλλά και η ανάληψη δράσης με δέσμευση στις αξίες του ατόμου. Η ΘΑΔ έχει πλούσια ερευνητική τεκμηρίωση, κυρίως στον πληθυσμό των ενηλίκων, και τα τελευταία χρόνια αναδύεται ένα έντονο ενδιαφέρον για την εφαρμογή της στα παιδιά και τους εφήβους.

Το βιβλίο *ACT for Treating Children* της Tamar D. Black είναι ένας πρακτικός, επιστημονικός οδηγός μίας βραχύχρονης παρέμβασης (6-10 συνεδριών) της ΘΑΔ σε παιδιά 5-12 ετών, ο οποίος συμβάλλει σημαντικά στον εμπλουτισμό της βιβλιογραφίας για τη θεραπεία παιδιών. Το βιβλίο εκδόθηκε για πρώτη φορά τον Μάιο του 2022 από τις εκδόσεις New Harbinger και κυκλοφορεί μόνο σε αγγλόφωνη έκδοση. Αποτελεί μέρος μιας πλούσιας σειράς βιβλίων για τη ΘΑΔ του εκδοτικού οίκου New Harbinger, ο οποίος προεσβύει, σύμφωνα με τις αρχές της επιστημονικής κοινότητας της ΘΑΔ, τη διάδοση του περιεχομένου της ΘΑΔ μέσα από έγκυρα και πρωτότυπα επιστημονικά βιβλία τα οποία είναι προσίτα και στο ευρύ κοινό. Η Tamar D. Black είναι διεθνούς φήμης αναπτυξιακή και εκπαιδευτική ψυχολόγος, η οποία εργάζεται στο πεδίο θεραπείας παιδιών τα τελευταία 22 χρόνια στη Μελβούρνη της Αυστραλίας. Σημειωτέον ότι το βιβλίο προλογίζει ο Russ Harris, επίσης διεθνούς φήμης Αυστραλός εκπρόσωπος της ΘΑΔ.

Το βιβλίο παρουσιάζει την προσαρμογή του μοντέλου της ΘΑΔ σε παιδιά ώστε να αποκτήσουν δεξιότητες ζωής για να αντιμετωπίσουν δυσκολίες όπως το άγχος και η κατάθλιψη. Στόχος της παρέμβασης είναι η ανάπτυξη ψυχολογικής ευελιξίας και, συνεπώς, η απόκτηση ψυχικής ανθεκτικότητας. Τα κεφάλαια οδηγούν τον αναγνώστη βήμα βήμα στη θεραπευτική διαδικασία και την πραγμάτωση των 6 διεργασιών της ΘΑΔ που στοχεύουν στην ψυχολογική ευελιξία, ξεκινώντας από τη λήψη ιστορικού με τους γονείς και τη διαμόρφωση αιτήματος μέχρι τη λήξη της θεραπείας.

Η θεραπευτική διαδικασία ξεδιπλώνεται μέσα από πρακτικές ενσυνειδητότητας, ασκήσεις παρατήρησης του νου, αλλά και παιχνίδια που με βιωματικό τρόπο μετατρέπουν τις αφηρημένες έννοιες της ΘΑΔ σε χειροπιαστές και συγκεκριμένες για τα παιδιά. Άλλωστε, ακρογωνιαίος λίθος της ΘΑΔ είναι οι θεραπευτές να κάνουν θεραπεία με τα παιδιά και όχι στα παιδιά, ώστε αυτά να εμπλέκονται ενεργά και με προθυμία στη θεραπεία. Η συγγραφέας επιτυγχάνει σε μεγάλο βαθμό αυτόν τον σκοπό, ξεπερνώντας έτσι τα εμπόδια που μπορεί να θέσει ο διάλογος στη θεραπεία με τα παιδιά. Αξίζει, επιπλέον, να αναφερθεί ότι η συγγραφέας δίνει ιδιαίτερη έμφαση στον αναστοχασμό του θεραπευτή, τον βαθμό αυτοαποκάλυψής του στη θεραπεία, τη στάση του προς το παιδί, και τον τρόπο που αυτά επιδρούν στη θεραπευτική διαδικασία. Επιπρόσθετα, δεν παραλείπει να παρουσιάσει ειδικά θέματα, όπως αυτά για τον βαθμό εμπλοκής των γονέων και ειδικότερα για τις περιπτώσεις που η θεραπεία του παιδιού γίνεται έμμεσα, μέσω της εκπαίδευσης των γονέων.

Η ιδιαιτερότητα του βιβλίου, ωστόσο, θα μπορούσε κανείς να πει ότι είναι η γραφή της Tamar Black, η οποία είναι απλή, χωρίς περιττές ορολογίες. Παραθέτει με γενναιοδωρία αναλυτικά σενάρια διαλόγων θεραπευτή-παιδιού, ερωτήσεις διερεύνησης που μπορεί να κάνει ο θεραπευτής στα παιδιά, αλλά και λεκτικές αποκρίσεις του ίδιου του θεραπευτή παιδιών. Με αυτόν τον τρόπο το βιβλίο κάνει προσίτες τις διεργασίες της ΘΑΔ στη θεραπεία παιδιών ακόμα και σε ειδικούς οι οποίοι δεν έχουν προηγούμενη εμπειρία με το μοντέλο ή με τη θεραπεία παιδιών.

Συμπερασματικά, το βιβλίο κινείται με έναν ευχάριστο τρόπο μεταξύ του αναστοχασμού του θεραπευτή, της θεραπευτικής σχέσης, αλλά και των διεργασιών που λαμβάνουν χώρα κατά τη θεραπευτική συνεδρία. Εμπλουτίζει τη φαρέτρα του θεραπευτή παιδιών με μία νέα οπτική για μια ενσυνειδητή στάση απέναντι στις σκέψεις και στα συναισθήματα του ίδιου όσο και των παιδιών και παρέχει ποικιλίες πρακτικές ασκήσεις ώστε η συνεδρία με τα παιδιά να γίνεται βιωματική και ελκυστική. Αξίζει να αναφερθεί ότι πρόσφατα εκδόθηκε και δεύτερο βιβλίο της Tamar D. Black (2024), *The ACT Workbook for Kids: Fun Activities to Help you Deal with Worry, Sadness, and Anger, Using Acceptance and Commitment Therapy*, το οποίο αποτελείται από εικονογραφημένες δραστηριότητες, συμπληρώνοντας έτσι τα θεραπευτικά εργαλεία που προσφέρει η συγγραφέας στους θεραπευτές παιδιών.

Αγγελική Παναγιωτοπούλου
Ψυχολόγος – MSc. Ψυχικής Υγείας ΕΚΠΑ
Πιστοποιημένη Θεραπεύτρια CBT, ACT, EMDR

8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών και Συμπεριφορικών Ψυχοθεραπειών

Μεταβάλλον αναπαύεται

(Στην αλλαγή βρίσκουν τα πράγματα ανάπαυση)

Ηράκλειτος

8-10 Νοεμβρίου 2024

Αθήνα

Φιλοσοφική Σχολή,
Πανεπιστημιούπολη

www.cbt2024.gr • www.eees.gr

Γραμματεία Συνεδρίου: Easy Travel

Τηλ.: 2103615201, 2103601502

Email: info@easytravel.gr

ΧΟΡΗΓΟΣ

