

Η αποτελεσματικότητα της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας για άτομα με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας και παραβατικότητα

Ιωάννα Σκαλτσά¹, Ευαγγελία Ξηρού¹

¹ Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (ΙΕΘΣ)

Αλληλογραφία: Ιωάννα Σκαλτσά, Λάκωνος 19 και Λάμπα, Αμπελόκηποι, Αθήνα, 11524

Email: ioannaskaltsa@gmail.com

Περίληψη

Στόχος: Η μελέτη αναλύει την αποτελεσματικότητα της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (ΔΣΘ) σε ασθενείς σε δικανικά πλαίσια με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (ΟΔΠ) και ΟΔΠ με συννοσηρά στοιχεία Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας (ΑΔΠ), επιδιώκοντας να παρέχει εμπειρική κατανόηση της προσαρμοστικότητας και αποτελεσματικότητας της σε αυτά τα σύνθετα κλινικά πλαίσια.

Μέθοδος: Μέσω εκτενούς ανασκόπησης της βιβλιογραφίας από το 2003 και εντεύθεν, εξετάστηκαν δεδομένα από βάσεις δεδομένων όπως οι Medline, Scopus, Science Direct και PsycINFO. Επιλέχθηκαν δέκα μελέτες από διάφορες γεωγραφικές περιοχές και πλαίσια (ψυχιατρικές μονάδες υψηλής ασφάλειας, εξωτερικές ψυχιατρικές υπηρεσίες, σωφρονιστικές δομές), συμπεριλαμβάνοντας 278 συμμετέχοντες, κυρίως γυναίκες (76,3%).

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα υποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της ΔΣΘ, ιδίως όταν προσαρμόζεται στις ανάγκες των δικανικών πληθυσμών, στη μείωση βίαιων συμπεριφορών και στη βελτίωση της συναισθηματικής ρύθμισης σε άνδρες με ΟΔΠ. Επίσης, παρατηρήθηκαν βελτιώσεις στον έλεγχο της παρορμητικότητας και στη ρύθμιση του συναισθήματος σε αμφότερα τα φύλα. Παρά τις προκλήσεις όπως η διακοπή θεραπείας και η ανάγκη συνεχούς υποστήριξης μετά την παρέμβαση, η ΔΣΘ φαίνεται ενδεδειγμένη.

Συμπεράσματα: Η έρευνα τονίζει το δυναμικό της ΔΣΘ σε δικανικά περιβάλλοντα, ειδικά για άτομα με ΟΔΠ και ΟΔΠ με συννοσηρή ΑΔΠ. Με τις κατάλληλες προσαρμογές, η ΔΣΘ αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τις προκλήσεις και ανάγκες αυτής της ομάδας. Η εστίαση σε βίαιες συμπεριφορές, οι τροποποιήσεις στη διατύπωση του υλικού των δεξιοτήτων βάσει φύλου και μορφωτικού επιπέδου, ή η προσθήκη επιπλέον συνεδριών για την ενίσχυση της δέσμευσης στη θεραπεία, φαίνεται να συμβάλλουν στην καλύτερη διαχείριση των βίαιων συμπεριφορών, της συναισθηματικής αστάθειας, των τάσεων αυτοτραυματισμού και του κινδύνου υποτροπής σε παραβατική συμπεριφορά.

Λέξεις-κλειδιά: Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία, Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας, παραβατικότητα, δικανικά πλαίσια

1. Εισαγωγή

Έπειτα από δεκαετίες εφαρμογής τιμωρητικών, κυρίως, μοντέλων και τα αδιαμφισβήτητα ευρήματα της μη αποτελεσματικότητάς τους για τη μείωση της εγκληματικότητας, αλλά και δεδομένου του υψηλού οικονομικού τους κόστους, τα συστήματα ποινικής δικαιοσύνης παγκοσμίως επιζητούν την κοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με παραβατικότητα [1]. Επιπλέον, ως αποτέλεσμα της αποϊδρυματοποίησης, σημειώθηκε μετατόπιση ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές από

τα νοσοκομεία σε ποινικά πλαίσια, η οποία χαρακτηρίστηκε «εγκληματικοποίηση των ψυχικά ασθενών» [2].

Το παρόν ρεύμα βασίζεται σε εμπειρικά τεκμηριωμένες μελέτες για την αποτελεσματική αποκατάσταση της παραβατικότητας που υποστηρίζουν τη σύνθεση των εγκληματολογικών θεωριών ρίσκου και των ψυχολογικών προσεγγίσεων. Μελέτες κατέδειξαν ότι τα προγράμματα Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας (ΓΣΘ) που εστιάζουν σε δυναμικούς παράγοντες κινδύνου (π.χ. αντικοινωνικές γνώσεις) δύνανται να μειώσουν

τα επίπεδα επανάληψης παραβατικής συμπεριφοράς (recidivism) κατά 55% [3, 4]. Σύμφωνα με μετα-αναλυτικά ευρήματα, οι ΓΣΘ παρεμβάσεις είναι σημαντικά πιο αποτελεσματικές όταν έχουν συστατικά στοιχεία επιπρόσθετα από της πρότυπης ΓΣΘ, όπως η διαχείριση θυμού, η διαπροσωπική επίλυση προβλήματος, η εστίαση στην τροποποίηση της συμπεριφοράς (μοντέλα ενίσχυσης-τιμωρίας) και η εξέταση του αντίκτυπου στα θύματα [5]. Επίσης, παρόλο που τα περισσότερα προγράμματα σε δικανικά πλαίσια παρέχονται σε ομάδες, υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν την ενσωμάτωση της ατομικής θεραπείας [5].

1.1. Έρευνα στη θεραπεία για ψυχιατρικούς ασθενείς με παραβατικότητα

Η μελέτη παρεμβάσεων σε άτομα με διαταραχές προσωπικότητας παρουσίασε αυξανόμενο ενδιαφέρον από τις αρχές του 2000 [6]. Στα δικανικά πλαίσια, τα άτομα αυτά συχνά δεσμεύονται πιο δύσκολα στη θεραπεία με υψηλότερα επίπεδα παραίτησης, ενώ χρησιμοποιούν πιο εντατικής ή μακροχρόνιας θεραπείας, σημειώνοντας πιο φτωχά θεραπευτικά αποτελέσματα [7, 8].

Παρά την ισχυρή τεκμηρίωση προγραμμάτων ΓΣΘ ακόμη και σε μακροχρόνιες μελέτες παρακολούθησης [9], από το ερευνητικό πεδίο διατηρήθηκε ενήμερο όσον αφορά τις ταχείες εξελίξεις προσεγγίσεων του τρίτου κύματος της ΓΣΘ όπως η Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία (ΔΣΘ) και η Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης (ΘΑΔ). Οι παρεμβάσεις αυτές φάνηκαν αποτελεσματικές για τις διαταραχές προσωπικότητας και τις διαταραχές χρήσης ουσιών, η θεραπεία των οποίων είναι ουσιώδης καθώς συσχετίζονται σημαντικά με την υποτροπή σε παραβατική συμπεριφορά [10, 11]. Επίσης, εισήχθησαν εμπειρικά τεκμηριωμένα προγράμματα ΓΣΘ για τον θυμό, τη σεξουαλική επιθετικότητα, και τη συντροφική βία [12, 13, 14]. Η επιρροή της θετικής ψυχολογίας αντανακλάστηκε στην έμφαση των δυνατών στοιχείων του ατόμου και την καλλιέργεια του κινήτρου και της δέσμευσης για βελτίωση [15].

1.2. Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία σε δικανικά πλαίσια

Η ΔΣΘ αρχικά αναπτύχθηκε για τη θεραπεία ατόμων με οριακή διαταραχή προσωπικότητας (ΟΔΠ) και χρόνια αυτοκτονικότητα [16]. Θεμελιώνεται σε ένα διαλεκτικό θεωρητικό πλαίσιο, όπου αντιτιθέμενες δυνάμεις μπορούν να συνυπάρχουν δίχως να αλληλοσυγκρούονται, όπως η ταυτόχρονη αποδοχή του θεραπευόμενου και η προαγωγή της αλλαγής του. Η ΔΣΘ στην τυπική της μορφή περιλαμβάνει εβδομαδιαία ατομική θεραπεία και ομάδα δεξιοτήτων, τηλεφωνική επικοινωνία όταν είναι απαραίτητο με τον ατομικό θεραπευτή και εβδομαδιαία ομάδα θεραπευτών. Οι ενότητες δεξιοτήτων που διδάσκονται είναι αυτές της αυτοεπίγνωσης, της διαπροσωπικής αποτελεσματικότητας, της ρύθμισης συναισθήματος και της αντοχής στο δύσφορο συναισθήμα. Η αποτελεσματικότητά της έχει καταδειχθεί σε άτομα με ΟΔΠ [17], συννοσηρές διαταραχές χρήσης ουσιών, διαταραχές σίτισης και πρόσληψης τροφής [18, 19], και στοιχεία αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας [20].

Οι δεξιότητες της ΔΣΘ βρίσκουν αντιστοίχιση σε πολλούς από τους προεξάρχοντες παράγοντες κινδύνου για εγκληματική συμπεριφορά. Η ρύθμιση του συναισθήματος μπορεί να συμβάλει στην αποτροπή παρορμητικών ή επιθετικών συμπεριφορών, η διαπροσωπική αποτελεσματικότητα στην τροποποίηση δυσπροσαρμοστικών διαπροσωπικών στίλ που σχετίζονται με την ανάπτυξη σχέσεων με άτομα με εγκληματική συμπερι-

φορά, ενώ η εκπαίδευση δεξιοτήτων μπορεί να επαναληφθεί βάσει των αναγκών των συμμετεχόντων. Η ανάδειξη της ΔΣΘ ως «παρέμβασης μείωσης κινδύνου» βασίζεται, συνεπώς, στην εναρμόνιση του θεωρητικού της πλαισίου με το πλέον ερευνητικά τεκμηριωμένο μοντέλο για την εκτίμηση και μείωση του κινδύνου για εγκληματική συμπεριφορά, το μοντέλο κινδύνου-ανάγκης-ανταποκρισιμότητας (Risk-Need-Responsivity Model – RNR) [21]. Το μοντέλο αυτό εστιάζει σε οξείς παράγοντες κινδύνου και στην παρέμβαση που ταιριάζει στην ένταση του επιπέδου κινδύνου και τις ανάγκες του ατόμου [22].

1.3. Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία και ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας και παραβατικότητα

Η ΟΔΠ αποτελεί μία από τις πιο συχνά διαγνωσμένες διαταραχές προσωπικότητας μεταξύ ψυχιατρικών ασθενών και φυλακισμένων σε νοσοκομεία υψηλής ασφαλείας και ειδικές μονάδες σωφρονιστικών ιδρυμάτων [23].

Σε μία μελέτη που εφαρμόστηκε τροποποιημένη παρέμβαση ΔΣΘ σε 21 άνδρες ασθενείς σε μονάδα κλειστής νοσηλείας, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, διαπιστώθηκε βελτίωση στη διάθεση, τις διαπροσωπικές δεξιότητες, τον παρανοειδή ιδεασμό, τις προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης και τη συνολική λειτουργικότητα, ενώ το προσωπικό παρουσίασε χαμηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης [24]. Το μισό δείγμα πληρούσε τα κριτήρια για ΟΔΠ, το άλλο μισό τρία τουλάχιστον κριτήρια, ενώ περίπου το ένα τρίτο του δείγματος πληρούσε κριτήρια για Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας (ΑΔΠ). Η παρέμβαση ενείχε τροποποιήσεις στο βιοκοινωνικό μοντέλο και εστίαση στις επιθετικές και καταστροφικές συμπεριφορές, ώστε να είναι αντιπροσωπευτική του υψηλού ποσοστού ανδρών και της κλινικής τους εικόνας. Επίσης, αναθεωρήθηκαν δεξιότητες για να ανταποκρίνονται στην εικόνα της ΑΔΠ, όπως η έμφαση στη βελτίωση των συναισθηματικών δεσμών και η αύξηση της ενσυνειδητότητας για ενσυναίσθηση ως προς τις συνέπειες στους άλλους.

Σύμφωνα με τους van den Bosch και συνεργάτες [25], η υλοποίηση προγραμμάτων ΔΣΘ είναι εφικτή και σε εξωνοσοκομειακά κλινικά πλαίσια, με τον αποκλεισμό του πληθυσμού αυτού από εμπειρικά τεκμηριωμένες θεραπείες να κρίνεται ανατιολογητός, δεδομένης της υψηλής συγκρισιμότητας των κλινικών και αιτιολογικών χαρακτηριστικών που μοιράζονται με ασθενείς με ΟΔΠ σε γενικά πλαίσια ψυχικής υγείας. Παρά τη μεταστροφή από μια πεσιμιστική στάση της θεραπευτικής κοινότητας σε μια πιο ρεαλιστική [26, 27], η κατάσταση για τους ασθενείς με ΟΔΠ και παραβατικότητα παραμένει δυσμενής. Μελέτες δείχνουν ότι εγκλήματα που διαπράττονται (π.χ. εμπρησμός, παρενοχλητική παρακολούθηση), δύνανται να θεωρηθούν εκδηλώσεις της διαταραχής [28, 29]. Σε μια ανασκόπηση της επιδημιολογίας και θεραπείας σε γυναίκες ψυχιατρικές ασθενείς με ΟΔΠ και παραβατικότητα, βρέθηκε ότι περίπου το 70% είχαν προβεί σε εγκληματικές ενέργειες έντονα παρορμητικής φύσεως με σκοπό να επιφέρουν βλάβη στον εαυτό (π.χ. το 39% καταδικάστηκε για εμπρησμό που στόχο είχε την αυτοκτονία) [30]. Παρότι το 60% επικοινωνήσε με την αστυνομία ζητώντας άμεσα βοήθεια, εκ των οποίων το 70% είχε εκτεταμένο ιστορικό θεραπείας και το 44% δεν είχε ιστορικό παραβατικότητας, καταδικάστηκε σε τετραετή φυλάκιση και υποχρεωτική πενταετή θεραπεία. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν το παράδοξο της εστίασης της δικανικής ψυχιατρικής στην πρόληψη της υποτροπής

υιοθετώντας γενική ψυχιατρική φροντίδα και παρεμβάσεις για την επιθετικότητα, παρά στην αποτελεσματική θεραπεία των δυσκολιών της ΟΔΠ, δεδομένου ότι παραβατικές συμπεριφορές που διαπράττονται από άτομα με ΟΔΠ δύνανται να θεωρηθούν εκδηλώσεις της διαταραχής [28].

1.4. Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία και ασθενείς

με Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας και παραβατικότητα

Επιδημολογικές έρευνες καταδεικνύουν ότι η ΑΔΠ αποτελεί μια κοινή διαταραχή με επιπολασμό 2-4% στους άνδρες στον γενικό πληθυσμό, ποσοστό που φτάνει το 80% σε πληθυσμό κρατουμένων, και 0,5-1% στις γυναίκες [31].

Οι επιδράσεις της ΑΔΠ είναι σημαντικές, περιλαμβάνοντας εγκληματική συμπεριφορά, βία και αυτοτραυματισμούς [32]. Παρά τη βλάβη σε διαπροσωπικό και εγκληματικό επίπεδο, η μελέτη αποτελεσματικών θεραπειών είναι ελλιπής [33]. Η πλειονότητα των ατόμων με ψυχοπαθητικότητα εντοπίζεται στο ποινικό σύστημα όπου οι ψυχολογικές θεραπείες δεν συνιστούν προτεραιότητα, ενώ κάποιες έρευνες υποστήριξαν ότι η θεραπεία είναι πιθανότερο να οδηγήσει σε υποτροπή σε εγκληματική ενέργεια, εντούτοις με χαμηλή εγκυρότητα των αποτελεσμάτων λόγω σημαντικών μεθοδολογικών περιορισμών [34]. Ο μεγαλύτερος αριθμός των μελετών καθοδηγείται από το μοντέλο κινδύνου-ανάγκης-ανταποκρισιμότητας, έχοντας καταδείξει μικρά μεγέθη επίδρασης της θεραπείας [35]. Μία πιθανή εξήγηση έγκειται στο ότι περιορίζονται στην τροποποίηση γνώσεων και συμπεριφορών, ενώ δεν λαμβάνουν υπόψη τους τη συναισθηματική απορρύθμιση και την παρορμητικότητα που αυξανόμενα αναγνωρίζονται ως βασικά στοιχεία σοβαρών διαταραχών της προσωπικότητας [36]. Επιπλέον, τα άτομα με ψυχοπαθητικότητα ενδέχεται να έχουν περιορισμένη ικανότητα αφηρημένης σκέψης ή αυτοπαρατήρησης των παρορμήσεων που απαιτούνται, ώστε να επωφεληθούν από την ψυχοεκπαίδευση στα συναισθήματα που στις συνήθειες θεραπείες εστιάζει στον θυμό και να συνδέσουν τη δική τους συναισθηματική εμπειρία με το υλικό της θεραπείας.

1.5. Σκοπός της ανασκόπησης

Η έρευνα σε άτομα με παραβατικότητα και διάγνωση από την Ομάδα Β των διαταραχών προσωπικότητας κρίνεται επιτακτική δεδομένων των υψηλών ποσοστών υποτροπής [37]. Από την άλλη πλευρά, η διάχυτη εφαρμογή προσαρμοσμένων προγραμμάτων ΔΣΘ υπερέβη ταχέως την αξιολογική έρευνα για την αποτελεσματικότητά τους, με σημαντικές προσαρμογές στις παρεμβάσεις αυτές να καθιστούν την ποσοτική ανασκόπηση τους πρόωρη [38]. Παράλληλα, δεν έχει πραγματοποιηθεί έως τώρα βιβλιογραφική ανασκόπηση που να εστιάζει στην εφαρμογή της ΔΣΘ σε ενήλικες με ΟΔΠ και παραβατικότητα, ενώ εξακολουθεί να υπάρχει περιορισμένη γνώση για άνδρες με ΟΔΠ και συννοσηρή ΑΔΠ.

Ως εκ τούτου, ο σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να προσδιορίσει τους θεραπευτικούς στόχους και την αποτελεσματικότητα των ΔΣΘ παρεμβάσεων για άτομα με ΟΔΠ ή και συννοσηρά στοιχεία ΑΔΠ και παραβατικότητα, ώστε σύγχρονα, μείζονα ευρήματα να υπογραμμιστούν και να παρουσιαστούν ταυτόχρονα. Επίσης, να διασαφηνιστεί ο βαθμός στον οποίο οι παρεμβάσεις αυτές είναι επιτυχείς ως προς τη μείωση του κινδύνου και της υποτροπής σε παραβατική συμπεριφορά, και, τέλος, να διερευνηθούν τυχόν υπάρχοντα κενά στη σύγ-

χρονη βιβλιογραφία και να αναγνωριστούν κατευθυντήριες για μελλοντική έρευνα.

2. Μεθοδολογία

Η διερεύνηση της βιβλιογραφίας, με έτος δημοσίευσης από το 2003 και μετά, πραγματοποιήθηκε στις ηλεκτρονικές βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων: Medline, Scopus, Science Direct και PsycINFO. Χρησιμοποιήθηκαν λέξεις-κλειδιά και τελεστές Boole (AND, OR, NOT). Οι πηγές χρειάζονταν να περιλαμβάνουν τουλάχιστον μία από τις ακόλουθες λέξεις: (borderline personality disorder OR BPD OR borderline personality traits OR antisocial personality disorder OR ASPD OR antisocial personality traits OR psychopathy), (offender* OR forensic OR criminal OR inmate OR felon OR prison) και (DBT OR dialectical behaviour therapy OR CBT OR cognitive behaviour therapy) προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα να αποκλειστούν επιλέξιμες έρευνες. Η διερεύνηση πραγματοποιήθηκε τον Ιανουάριο του 2022 με μία επανάληψη της αναζήτησης τον Ιανουάριο του 2023, αναδεικνύοντας δέκα έρευνες που πληρούσαν τα κριτήρια.

3. Ευρήματα

3.1. Χαρακτηριστικά μελετών

Από τις 10 μελέτες, 4 πραγματοποιήθηκαν στην Αγγλία, 2 στις ΗΠΑ, 2 στην Ολλανδία, 1 στον Καναδά και 1 στην Ιταλία. Τέσσερις πραγματοποιήθηκαν σε ενδονοσοκομειακά ψυχιατρικά πλαίσια μέσης ή υψηλής ασφαλείας [39, 40, 41, 42], δύο σε εξωνοσοκομειακά ψυχιατρικά πλαίσια [43, 44] και τέσσερις σε σωφρονιστικό πλαίσιο [45, 46, 47, 48]. Τα μεγέθη των δειγμάτων διέφεραν σημαντικά από $n = 6$ έως $n = 87$. Πέντε από τις μελέτες διεξήχθησαν αποκλειστικά με δείγματα γυναικών, τρεις με δείγματα ανδρών, και δύο με δείγματα ανδρών και γυναικών. Συνολικά, συμμετείχαν 278 άτομα, εκ των οποίων 212 γυναίκες (76,3 %) και 66 άνδρες (23,7%).

3.2. Μελέτες ανδρών με ΟΔΠ σε δικανικά πλαίσια

Μία μελέτη [40] εξέτασε την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος ΔΣΘ 18 μηνών για τη μείωση συμπεριφορών σχετικών με τον θυμό και τη βία, σε 8 άνδρες με ΟΔΠ και παραβατική συμπεριφορά σε νοσοκομείο υψηλής ασφαλείας. Η ομάδα ελέγχου ($n = 9$) έλαβε συνηθισμένη θεραπεία. Στόχος ήταν η σύγκριση της ΔΣΘ με τη συνηθισμένη θεραπεία. Οι συμπεριφορικές αλλαγές αξιολογήθηκαν μέσω ψυχομετρικών εργαλείων και σημειώσεων προσωπικού για συμπεριφορές λεκτικής και σωματικής βίας, απειλές και καταστροφή ιδιοκτησίας πριν από την έναρξη της παρέμβασης, 7-12 μήνες κατόπιν, και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Η ΔΣΘ προσαρμόστηκε για τις ανάγκες των ασθενών, εστιάζοντας σε συμπεριφορές που οι άνδρες παρουσιάζουν τάση, όπως η βίαιη συμπεριφορά, ο ιδεασμός, τα συναισθήματα και οι παρορμήσεις που εντάχθηκαν στην παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά και τις συμπεριφορές που παρεμβάλλονται στη θεραπεία. Η τηλεφωνική επικοινωνία αντικαταστάθηκε από τη διαθεσιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού της πτέρυγας για συμβουλευτική δεξιοτήτων σε καταστάσεις κρίσης. Κάποιες δεξιότητες προσαρμόστηκαν στον πληθυσμό των ανδρών νοσηλευόμενων (π.χ. από τις δεξιότητες αυτοφροντίδας αντικαταστάθηκαν δραστηριότητες που δεν είναι εφικτές σε περιβάλλοντα υψηλής ασφαλείας, όπως ο περίπατος, ή από πιο κατάλληλες, όπως να δω αγώνα ποδοσφαίρου στην τηλεόραση). Οκτώ από τους εννέα άνδρες έκαναν ατομική

ΓΣΘ για τη διαχείριση θυμού, άγχους και αυτοτραυματισμών, ενώ είχαν πρόσβαση σε ομάδες για σεξουαλικούς παραβάτες και για κατάχρηση ουσιών.

Τα ευρήματα έδειξαν μεγαλύτερη μείωση στη σοβαρότητα των βίαιων συμπεριφορών στην ομάδα ΔΣΘ (53% έναντι 22% στην ομάδα ελέγχου) στην ενδιάμεση και μετά τη θεραπεία αξιολόγηση, με τη συχνότητα της βίας να μειώνεται και στις δύο ομάδες. Η ομάδα ΔΣΘ επέδειξε βελτίωση σε 6 από τις 12 κλίμακες μέτρησης επιθετικότητας και θυμού (φανερής και συγκαλυμμένης επιθετικότητας, τάσης για βίωμα θυμού, εξωτερικής έκφρασης και εμπειρίας του θυμού, και γνωσιακής συνιστώσας του θυμού). Η μεταπαρακολούθηση έδειξε επαναφορά των βελτιωμένων δεικτών, παρά την αρχική επιδείνωση μετά τη λήξη της θεραπείας, αντικατοπτρίζοντας, πιθανώς, τον φόβο εγκατάλειψης ως κεντρικό θέμα στην ΟΔΠ και την ανάγκη για συνεχιζόμενη ψυχολογική υποστήριξη [49]. Το χαμηλό ποσοστό παραιτήσεων και η δημιουργία ομάδας αυτοβοήθειας για την εφαρμογή δεξιοτήτων επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα και την καταλληλότητα της προσαρμοσμένης παρέμβασης. Ωστόσο, η δύναμη της έρευνας περιορίστηκε από το μικρό μέγεθος δείγματος και τη μη ταυτόχρονη ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, σε ορισμένες υποκλίμακες, οι αρχικές τιμές της ομάδας ΔΣΘ ήταν παρόμοιες με εκείνες της κοινότητας, περιορίζοντας το πεδίο για σημαντική αλλαγή. Τα αποτελέσματα μπορεί επίσης να επηρεάστηκαν από την έλλειψη εκπαίδευσης κάποιων θεραπευτών στη ΔΣΘ και από τη διεξαγωγή των ομαδικών συνεδριών δύο φορές την εβδομάδα αντί για εβδομαδιαία.

Σε μία πιλοτική μελέτη [39] συμμετείχαν 21 άνδρες με ΟΔΠ. Οι 10 από αυτούς ανατέθηκαν τυχαία σε 12μηνη παρέμβαση ΔΣΘ σε συνδυασμό με τη συνηθισμένη θεραπεία, ενώ οι υπόλοιποι 11 υποβλήθηκαν μόνο στη συνηθισμένη θεραπεία (π.χ. φαρμακοθεραπεία, κοινωνικές δεξιότητες). Η υπόθεση ήταν ότι οι ασθενείς στην ομάδα ΔΣΘ θα έδειχναν βελτίωση στη συναισθηματική ρύθμιση, στον έλεγχο της παρορμητικότητας και στην αλεξιθυμία. Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική μείωση στην παρορμητικότητα και βελτίωση στη ρύθμιση του συναισθήματος στην ομάδα ΔΣΘ. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην αλεξιθυμία, πιθανώς λόγω του μικρού δείγματος και της δυσκολίας στην αναγνώριση των προβλημάτων από τους ασθενείς.

3.3. Μελέτες γυναικών με ΟΔΠ σε δικανικά πλαίσια

Πέντε έρευνες [41, 45-48] επικεντρώθηκαν σε γυναίκες με ΟΔΠ και παραβατικότητα. Οι μελέτες των Nee και Farman [47, 50, 51] διεξήχθησαν σε σωφρονιστικό πλαίσιο και εξέτασαν τη βιωσιμότητα της ΔΣΘ μέσα από παρεμβάσεις 1 έτους σε φυλακές για 9 άτομα με ισόβια κάθειρξη και προγράμματα 16 εβδομάδων για 13 προφυλακισθέντες. Οι ερευνητές εστίασαν στην αξιολόγηση της ΔΣΘ ως προς τα γενικά χαρακτηριστικά της ΟΔΠ, τον εγκληματογόνο κίνδυνο (παρορμητικότητα, απόδοση ελέγχου, αυτοπεποίθηση, συναίσθημα και έλεγχο του θυμού), τον αυτοτραυματισμό, και τη διαφορετική διάρκεια της παρέμβασης, χρησιμοποιώντας ψυχομετρικά τεστ και συμπεριφορικές μετρήσεις. Για το ετήσιο πρόγραμμα συλλέχθηκαν δεδομένα προ έναρξης, στους 6 μήνες θεραπείας, στην ολοκλήρωση, και 6 μήνες μετά, ενώ για το πρόγραμμα των 16 εβδομάδων η συλλογή στάθηκε ανέφικτη μετά το πέρας της θεραπείας, καθώς οι συμμετέχοντες αφέθηκαν ελεύθεροι ή μετακινήθηκαν σε άλλο πλαίσιο.

Τα αποτελέσματα από τις μελέτες αυτές έδειξαν σημαντική βελτίωση 6 μήνες μετά τη θεραπεία στα επίπεδα εγκληματογόνου κινδύνου και στις δύο παρεμβάσεις. Παρ' όλα αυτά, παρατηρήθηκε αύξηση στα ποσοστά αυτοτραυματισμού προς το τέλος της θεραπείας και 6 μήνες μετά, η οποία αποδόθηκε στην έλλειψη επαγγελματικής υποστήριξης μετά την παρέμβαση. Βελτιώσεις, αν και όχι στατιστικά σημαντικές, παρατηρήθηκαν επίσης σε τεστ για τον συναισθηματικό έλεγχο, την ντροπή και την ενοχή, καθώς και στη μείωση των αυτοτραυματισμών. Οι ερευνητές τόνισαν την ανάγκη για αλλαγές στην υλοποίηση της ΔΣΘ σε σωφρονιστικά πλαίσια, όπως η παροχή προσανατολιστικών συνεδριών, μια πιο ευέλικτη πολιτική αποκλεισμού από το πρόγραμμα, η δημιουργία μικρότερων ομάδων και η μείωση του υλικού δεξιοτήτων. Πρότειναν, ακόμη, μακροχρόνια προγράμματα με επανάληψη και ευρύτερη συλλογή δεδομένων μεταπαρακολούθησης.

Οι Gee και Reed [45] εφάρμοσαν μια προσαρμοσμένη ΔΣΘ παρέμβαση σε 29 γυναίκες με ΟΔΠ σε σωφρονιστικό πλαίσιο. Η παρέμβαση αποσκοπούσε στην αντιμετώπιση του προβλήματος των βραχυπρόθεσμων ποινών φυλάκισης και των συχνών μετακινήσεων των γυναικών εντός του σωφρονιστικού πλαισίου. Η προσέγγιση περιλάμβανε ατομική θεραπεία, ομάδες δεξιοτήτων, εβδομαδιαίες συναντήσεις της ομάδας θεραπευτών, και πρόσθετη εκπαίδευση δεξιοτήτων όταν κάποιος είχε χάσει κάποια συνεδρία. Η εκπαίδευση διεξήχθη σε ενότητες 8 εβδομάδων με 2 εβδομάδες διαλείμματος, με τις συμμετέχουσες να παρακολουθούν δύο ομάδες δεξιοτήτων την εβδομάδα. Πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις κατά την έναρξη της θεραπείας, 4 εβδομάδες μετά και την 8η εβδομάδα. Τα αποτελέσματα έδειξαν μείωση των συμπεριφορών αυτοτραυματισμού, του χρόνου επιδίκασης, βελτίωση της ψυχικής υγείας (68% έναντι 72% σε κοινοτικά πλαίσια) και υψηλό ποσοστό ικανοποίησης (98%) των συμμετεχόντων.

Σε μία μελέτη [46] συμμετείχαν 42 γυναίκες κρατούμενες με ΟΔΠ σε 6μηνη παρέμβαση ΔΣΘ με επίκεντρο τις δεξιότητες αντιμετώπισης. Η ομάδα ελέγχου (n = 16) έλαβε συνηθισμένη θεραπεία (ψυχοεκπαιδευτική ομάδα 6 εβδομάδων για τη διαχείριση της συμπτωματολογίας ή/και τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής). Μετρήθηκαν η παρορμητικότητα και η ικανότητα προσαρμοστικής αντιμετώπισης την 1η εβδομάδα, 3 και 6 μήνες μετά, και 3 μήνες μετά την ολοκλήρωση. Παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της παρορμητικότητας και αύξηση αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης, χωρίς σημαντικές αλλαγές στις αρνητικές στρατηγικές. Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, διαφορές σημειώθηκαν μόνο στο συνολικό σκορ παρορμητικότητας.

Σε άλλη μελέτη [41] διερευνήθηκε η επίδραση ενός 3μηνου προγράμματος ΔΣΘ σε 6 γυναίκες με βαριά ΟΔΠ, σε ψυχιατρικοδικαστική κλινική, ως προς την επιθετική και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, την αυτοεκτίμηση, την απόδοση ελέγχου, και την ποιότητα ζωής. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές αλλαγές, εκτός από μικρή βελτίωση στη συχνότητα αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Επιπλέον, μελετήθηκε η σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής, αυτοκτονικής συμπεριφοράς, απόδοσης ελέγχου και αυτοεκτίμησης σε 10 γυναίκες. Τα αποτελέσματα έδειξαν θετική συσχέτιση της ποιότητας ζωής με την αυτοεκτίμηση και αρνητική με την αυτοκτονική συμπεριφορά.

Μία μελέτη με 13 γυναίκες κρατούμενες με ΟΔΠ και ομάδα ελέγχου της λίστας αναμονής για ΔΣΘ [48] εφάρμοσε παρέμβαση

4 εβδομάδων με 2 εβδομαδιαίες συναντήσεις, εστιάζοντας στην ενσυνειδητότητα και την αντοχή στο δύσφορο συναίσθημα. Παρατηρήθηκε βελτίωση στην ενσυνειδητότητα, μείωση στην έκφραση του θυμού, στην ΟΔΠ συμπτωματολογία και στη συχνότητα παραβάσεων κανονισμών. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι μια μερική εφαρμογή της ΔΣΘ μπορεί να αποτελέσει χρήσιμη εναλλακτική όταν δεν είναι δυνατή η ολοκληρωμένη παρέμβαση.

3.4. Μελέτη ανδρών και γυναικών με ΟΔΠ σε δικανικό πλαίσιο

Κινούμενοι από την ίδια συλλογιστική, δηλαδή τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας προσαρμοσμένης παρέμβασης που εμπεριλαμβάνει μόνο τις δεξιότητες, οι Tomlinson και Hoaken [42] πραγματοποίησαν τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή διασταυρούμενη σε 15 ασθενείς (12 άνδρες, 3 γυναίκες) ψυχιατρικοδικαστικής κλινικής που παραπέμφθηκαν από το προσωπικό λόγω συναισθηματικής απορρύθμισης. Η προσαρμοσμένη παρέμβαση διάρκειας 6 μηνών (24 συνεδρίες), με σκοπό τη μείωση της επιθετικότητας, περιλάμβανε εκπαίδευση δεξιοτήτων με αλλαγή στη σειρά των ενοτήτων (ενσυνειδητότητα, διαπροσωπική αποτελεσματικότητα, ρύθμιση συναισθήματος, και αντοχή στο δύσφορο συναίσθημα), συμβουλευτική για τις δεξιότητες μεταξύ των συνεδριών και εβδομαδιαίες συναντήσεις των θεραπειών. Η πρώτη ομάδα (n = 8) συμμετείχε σε πρόγραμμα διάρκειας 6 μηνών και μετά την ολοκλήρωση έλαβε συνηθισμένη θεραπεία (συνεδρίες με ψυχίατρο και 24ωρη νοσηλευτική επιτήρηση) για άλλους 6 μήνες, ενώ η ομάδα ελέγχου (n = 7) έλαβε πρώτα για 6 μήνες συνηθισμένη θεραπεία και στη συνέχεια ΔΣΘ για 6 μήνες, αποτελώντας τους πρώτους 6 μήνες την ομάδα ελέγχου.

Οι μετρήσεις για την επιθετικότητα επαναλήφθηκαν στην έναρξη της θεραπείας, 6 μήνες και 1 έτος μετά. Παρόλο που στη δεύτερη μέτρηση δεν εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές, όταν συνδυάστηκαν τα αποτελέσματα των δύο ομάδων καταδείχθηκε σημαντική μείωση της επιθετικότητας στους 6 μήνες εφαρμογής της ΔΣΘ και 6 μήνες μετά την ολοκλήρωση. Αναλύσεις σε ατομικό επίπεδο ανέδειξαν, κατά τη συμμετοχή στη ΔΣΘ, βελτίωση στην παρορμητική και σωματική επιθετικότητα, την εχθρικότητα και στη γενική αξιολόγηση της επιθετικότητας, με τη βελτίωση αυτή να διατηρείται στους 6 μήνες μετά την ολοκλήρωση. Αρκετοί συμμετέχοντες από την ομάδα που έλαβε στους πρώτους 6 μήνες συνηθισμένη θεραπεία παρουσίασε επιδείνωση, ενώ οι συμμετέχοντες στη ΔΣΘ είτε βελτιώθηκαν είτε παρέμειναν σταθεροί.

3.5. Μελέτες με άτομα με ΟΔΠ και συννοσηρή ΑΔΠ σε δικανικά πλαίσια

Η μελέτη των van den Bosch και συνεργατών [44] αφορούσε ασθενείς με ΟΔΠ και παραβατικότητα σε εξωτερικές κλινικές ΔΣΘ. Συμμετείχαν 29 ασθενείς με ΟΔΠ και παραβατικότητα (10 άνδρες, 19 γυναίκες) και 58 γυναίκες εξωτερικοί ασθενείς με ΟΔΠ σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και απεξάρτησης από ουσίες. Η έρευνα εστίασε στη διαφοροποίηση κλινικών και αιτιολογικών χαρακτηριστικών μεταξύ των φύλων με ΟΔΠ και παραβατικότητα, των γυναικών με ΟΔΠ και παραβατικότητα ή χωρίς, καθώς και στην αξιολόγηση της τυπικής ΔΣΘ σε εξωνοσοκομειακά πλαίσια. Η παρέμβαση ΔΣΘ εφαρμόστηκε με εστίαση σε επικίνδυνες και αυτοκτονικές συμπεριφορές, με τους ασθενείς και θεραπευτές να αναφέρονται περιοδικά σε υπηρεσίες δικαστικής επιτήρησης. Οι θεραπευτές είχαν λάβει εντατική εκπαίδευση στη ΔΣΘ και λάμβαναν συνεχή εποπτεία.

Για τις γυναίκες με παραβατικότητα βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερα σκορ σοβαρότητας της ΟΔΠ, μεγαλύτερη εμπλοκή σε παρα-αυτοκτονικές/αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, και περισσότερα κριτήρια της ΟΔΠ συγκριτικά με τους άνδρες. Και τα δύο φύλα είχαν υψηλά ποσοστά αποπειρών αυτοκτονίας (95% για τις γυναίκες έναντι 80% για τους άνδρες) το προηγούμενο έτος, ενώ οι άνδρες είχαν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ΑΔΠ. Τα ποσοστά συννοσηρότητας με κατάχρηση αλκοόλ ήταν παραπλήσια για τα δύο φύλα (56% για τις γυναίκες έναντι 60% για τους άνδρες), ενώ για την κατάχρηση ουσιών ήταν σημαντικά υψηλότερο για τους άνδρες. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς με παραβατικότητα λάμβαναν ψυχιατρική αγωγή, με το ποσοστό παραίτησης να ανέρχεται το πρώτο τρίμηνο σε 6% και 25% στο τέλος του πρώτου έτους. Δεν υπήρξε διαφορά στα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών με ή χωρίς παραβατικότητα. Οι γυναίκες με παραβατικότητα είχαν υψηλότερο ποσοστό εμπλοκής με τον νόμο, αλλά οι παραβατικές πράξεις (εμπρησμός, βία, επικίνδυνη οδήγηση, κλοπή καταστημάτων, παρενοχλητική παρακολούθηση) ήταν συγκρίσιμες με αυτές των μη παραβατικών. Και οι δύο ομάδες πληρούσαν τα περισσότερα κριτήρια της ΟΔΠ, χωρίς σημαντικές διαφορές στη συμπτωματολογία, τη μετατραυματική διαταραχή, τις απόπειρες αυτοκτονίας το προηγούμενο έτος, τις παρα-αυτοκτονικές συμπεριφορές ή την κατάχρηση ουσιών. Σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στη διάγνωση της ΑΔΠ (37% έναντι 26%), ενώ τα ποσοστά παραίτησης ήταν παραπλήσια (21% έναντι 26%). Η μελέτη υπογράμμισε την εφικτότητα εφαρμογής της ΔΣΘ σε άνδρες και γυναίκες με ΟΔΠ και παραβατικότητα σε εξωνοσοκομειακό πλαίσιο. Το 70% των ανδρών και το 79% των γυναικών ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα. Κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, κανένας συμμετέχων δεν πραγματοποίησε απόπειρα αυτοκτονίας και δεν υπήρξε αναφορά ανθρωποκτονικής ή σωματικής βίας συμπεριφοράς, επισημαίνοντας την ικανότητα ανάπτυξης θεραπευτικής συμμαχίας στο πλαίσιο της ΔΣΘ.

Οι Russell και Siesmaa [43] πραγματοποίησαν μελέτη για τις εμπειρίες ανδρών με ΟΔΠ και ΑΔΠ (n = 6) σε θεραπευτική μονάδα για άτομα με ΟΔΠ, συννοσηρή ΑΔΠ και παραβατικότητα, με ιστορικό βίας συμπεριφοράς και υψηλό κίνδυνο για βλάβη. Η διάρκεια της ΔΣΘ θεραπείας κυμάνθηκε μεταξύ 12-29 μηνών, με μέσο όρο τους 18 μήνες, περιλαμβάνοντας όλα τα συστατικά στοιχεία της παρέμβασης. Η βίαιη συμπεριφορά και οι παρορμήσεις προστέθηκαν παράλληλα με την παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά, ενώ έγιναν τροποποιήσεις στο περιεχόμενο των δεξιοτήτων και υπήρξε περιορισμένη διαθεσιμότητα τηλεφωνικής υποστήριξης. Χρησιμοποιήθηκαν ημδομημένες συνεντεύξεις, με θεματική ανάλυση που αποκάλυψε σημαντικά θέματα σχετικά με τις διαδικασίες της ομάδας και τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Στις διαδικασίες, επισημάνθηκε η σημασία του κινήτρου, η επιθυμία για αλλαγή, η προσωπική ανάπτυξη, η ανάγκη αλλαγής δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών και η αφοσίωση στην αλλαγή. Η θετική εμπειρία με τη ΔΣΘ υπογραμμίστηκε μέσω της κοινής μάθησης, του επαγγελματισμού των θεραπειών, της εμπιστοσύνης προς τους θεραπευτές και την παρέμβαση, της ενίσχυσης δεξιοτήτων από προηγούμενες θεραπείες, και τον αναστοχασμό του υλικού των δεξιοτήτων. Στα αποτελέσματα της θεραπείας αναγνωρίστηκε το αίσθημα του ανήκειν, η υποστήριξη από τους θεραπευτές και τα άλλα μέλη της ομάδας, η προσωπική επίτευξη για σημαντικές αλλαγές που επέφερε η ΔΣΘ, τις οποίες ορισμένοι προ θεραπείας

θεωρούσαν ανέφικτες, η αυξημένη γνώση για τον εαυτό και τις συμπεριφορές και η εφαρμογή των δεξιοτήτων, τονίζοντας τη σημασία της συνοχής της ομάδας και της ανάπτυξης διαπροσωπικών παραγόντων.

3.6. Προσαρμογή της ΔΣΘ σε άτομα με παραβατικότητα και ψυχοπαθητικότητα

Βάσει της πιλοτικής μελέτης των Rosenfeld και συνεργατών [52] σε πληθυσμό παραβατών με παρενοχλητική παρακολούθηση, οι Galiotta και Rosenfeld [53] διαπίστωσαν ότι οι παρεμβάσεις σε παραβάτες με ψυχοπαθητικότητα απαιτούν στοιχεία πέραν της τυπικής ΔΣΘ. Ο συγκεκριμένος πληθυσμός εμφανίζει ετερογένεια στη ρύθμιση συναισθημάτων και ελλείμματα στην αφηρημένη σκέψη και επίλυση προβλημάτων. Στη θεραπεία, η παρέμβαση σε όλο το εύρος των συναισθημάτων κρίνεται ουσιώδης, ειδικά όσον αφορά τον θυμό και την εχθρικότητα που συχνά αποτελούν δευτερογενή συναισθήματα ως απάντηση σε μια βραχεία αναλαμπή – κύμα φόβου ή ευαλωτότητας, ειδικά σε άτομα με παιδικό τραύμα. Η δέσμευση στη θεραπεία απαιτεί στρατηγικές βελτίωσης, διότι οι αρνητικές συνέπειες όπως η φυλάκιση δεν αποτελούν επαρκές κίνητρο. Για την κινητοποίηση ατόμων που βάσει νόμου έχουν καταδικαστεί σε υποχρεωτική θεραπεία, σημαντικές κρίνονται και οι στρατηγικές επικύρωσης ώστε να αναγνωριστεί το αίσθημα αδικίας που βιώνουν από πλευράς του νομικού συστήματος, εφόσον η θεραπεία είναι επιβεβλημένη. Επιπρόσθετα, η έμφαση σε μια ζωή εκτός του ποινικού συστήματος θεωρείται ισχυρό κίνητρο, παρά μια ζωή που «αξίζει να ζει» το άτομο, στον βαθμό που μπορεί να την οραματιστεί.

Στην ατομική θεραπεία, συχνές και σοβαρές παρεμβαλλόμενες συμπεριφορές περιλαμβάνουν την ανειλικρίνεια, εκ νέου συλλήψεις ή απειλές κατά του θεραπευτή. Οι θεραπευτές μπορεί να βιώνουν έντονα συναισθήματα για τους θεραπευόμενους, όπως θυμό ή αηδία, και να αποσύρονται ή να γίνονται επικριτικοί και ελεγκτικοί. Η επικύρωση αποτελεί σημαντικό μηχανισμό για τη συναισθηματική ρύθμιση των ατόμων με ΑΔΠ, ενισχύοντας τη θεραπευτική σχέση. Η αυτοαποκάλυψη των συναισθηματικών αντιδράσεων του θεραπευτή στις συμπεριφορές του θεραπευόμενου είναι, επίσης, χρήσιμη. Οι προσαρμογές στις δεξιότητες περιλαμβάνουν τροποποιήσεις στη γλώσσα για να ανταποκρίνονται στους εκπαιδευτικούς περιορισμούς των ατόμων με παραβατικότητα και έμφαση στην ενσυναιδητότητα για την ενίσχυση της συμπόνιας και της ενσυναίσθησης. Συνστήνεται η τηλεφωνική επικοινωνία να γίνεται με πρωτοβουλία του θεραπευτή ή κατόπιν προγραμματισμού, ενώ επιτρέπεται εντός 24ώρου από περιστατικό βίαιης ή επιθετικής συμπεριφοράς η επικοινωνία με τον θεραπευτή, καθώς η πιθανότητα ενίσχυσης της επιθετικότητας θεωρείται μικρή.

4. Συζήτηση

4.1. Σύνοψη βασικών ευρημάτων

Τα ευρήματα των μελετών με άνδρες με ΟΔΠ και παραβατικότητα κατέδειξαν ότι η ΔΣΘ είναι αποτελεσματική για τη μείωση της σοβαρότητας βίαιων συμπεριφορών, της επιθετικότητας και του θυμού, της παρορμητικότητας, και τη βελτίωση στη ρύθμιση του συναισθήματος [39, 40]. Σημαντικό είναι ότι, παρόλο που δεν αξιολογήθηκε συγκεκριμένα η μείωση των αυτοτραυματιστικών συμπεριφορών, ενδέχεται να μειώθηκε, δεδομένης της βελτίωσης στη συναισθηματική ρύθμιση. Μία μελέτη πρότεινε την ενσωμάτωση επιπρόσθετων εργαλείων

αξιολόγησης για μια πιο αξιόπιστη εκτίμηση διαφορετικών διαστάσεων της αλεξιθυμίας [39].

Για τις γυναίκες με ΟΔΠ και παραβατικότητα είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι κλινικές διαφορές μεταξύ αυτών και των γυναικών με ΟΔΠ μόνο είναι σχετικά μικρές και ότι η θεραπεία στην κοινότητα είναι δυνατή και για άτομα με συννοσηρή ΑΔΠ [44]. Οι περισσότερες μελέτες που διεξήχθησαν με γυναίκες αναφέρουν σημαντική βελτίωση στην παρορμητικότητα, την απόδοση ελέγχου, την αυτοπεποίθηση και τη ρύθμιση του θυμού μετά από τυπικές ή βραχείες παρεμβάσεις ΔΣΘ. Μια βραχεία παρέμβαση [45] ανέδειξε βελτίωση στη συνολική ψυχική υγεία, μείωση της βίας, υψηλό ποσοστό ικανοποίησης με το πρόγραμμα, καθώς και μείωση της αυτοτραυματιστικής συμπεριφοράς. Σε δύο μελέτες που πραγματοποίησαν παρέμβαση μόνο εκπαίδευσης δεξιοτήτων διαπιστώθηκε σημαντική μείωση της παρορμητικότητας [46], της ΟΔΠ συμπτωματολογίας, στην έκφραση του θυμού, στη συχνότητα παραβάσεων του κανονισμού και βελτίωση στο επίπεδο ενσυναιδητότητας [48]. Διαφορετικά αποτελέσματα παρατηρήθηκαν στις μελέτες που αξιολόγησαν τις συμπεριφορές αυτοτραυματισμού, με μία μελέτη να καταδεικνύει μείωση αυτών [45], ενώ σε άλλη [41] σημειώθηκε από μη εμφανής έως και μικρού βαθμού βελτίωση της συχνότητας αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, με τη μελέτη αυτή, εντούτοις, να υπολείπεται σε διευκρίνιση των τροποποιήσεων που εφαρμόστηκαν, ενώ οι συντονιστές δεν ήταν εκπαιδευμένοι στη ΔΣΘ. Από την άλλη πλευρά, η μη βελτίωση στη μείωση των αυτοτραυματισμών στη μελέτη των Nee και Farman [47] συσχετίστηκε με την έλλειψη υποστήριξης μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Σε παρέμβαση δεξιοτήτων που πραγματοποιήθηκε σε άνδρες και γυναίκες [42] σημειώθηκε μείωση στον θυμό, την εχθρικότητα και την επιθετικότητα, παρότι δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Όσον αφορά τα άτομα με ΟΔΠ και συννοσηρή ΑΔΠ και παραβατικότητα, μια μελέτη [44] κατέδειξε ότι η τυπική ΔΣΘ είναι εφαρμόσιμη τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες σε εξω-νοσοκομειακό πλαίσιο, χωρίς κανένα από τα άτομα να εκδηλώνει αυτοκτονική ή σωματικά επιθετική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της παρέμβασης. Ποιοτικά δεδομένα από τη μελέτη των Russell και Siesmaa [43] υποστηρίζουν αυτή την πρόταση, με τους άνδρες συμμετέχοντες στην τυπική ΔΣΘ να αναγνωρίζουν τον ρόλο της κοινής μάθησης, της εμπιστοσύνης στην παρέμβαση, τη χρησιμότητα των αποκτηθεισών δεξιοτήτων, το αίσθημα του ανήκειν και της επίτευξης.

Τα εργαλεία μέτρησης των αποτελεσμάτων διέφεραν σημαντικά, καθώς ορισμένες μελέτες υιοθέτησαν εργαλεία αυτοαναφοράς του θυμού, της εχθρικότητας, της επιθετικότητας και της παρορμητικότητας [π.χ. 40, 42, 47], ενώ άλλες συμπεριφορικές μετρήσεις της επιθετικότητας και της θεσμικής ανυπακοής, όπως η συχνότητα παράβασης των κανονισμών [48], αναδεικνύοντας εντούτοις βελτίωση για τους συμμετέχοντες στη ΔΣΘ. Μία μελέτη [45] αξιολόγησε τον κίνδυνο υποτροπής σε εγκληματική συμπεριφορά, εντοπίζοντας σημαντική μείωση του κινδύνου για τους συμμετέχοντες στη ΔΣΘ. Άλλες έρευνες [π.χ. 45, 46, 47] μέτρησαν τα επίπεδα ψυχικής λειτουργικότητας (π.χ. κατάθλιψη, άγχος, αυτοτραυματιστική συμπεριφορά, δεξιότητες αντιμετώπισης) στα οποία αναδείχθηκε σταθερή βελτίωση.

4.2. Προσαρμογές της ΔΣΘ

Τροποποιήσεις που σημειώθηκαν στα ΔΣΘ προγράμματα συμπεριλάμβαναν αλλαγές ως προς τα συστατικά της ΔΣΘ

που χρησιμοποιήθηκαν (ενότητες δεξιοτήτων, ατομική θεραπεία, συναντήσεις ομάδας θεραπειών, συμβουλευτική μεταξύ συνεδριών), τη διάρκεια και τα υλικά που παρουσιάστηκαν κατά την εκμάθηση δεξιοτήτων. Από τις 10 μελέτες, 5 συμπεριέλαβαν όλα τα συστατικά στοιχεία [39, 40, 47, 43, 44], 2 τρία εκ των τεσσάρων συστατικών: εκπαίδευση δεξιοτήτων, ατομική θεραπεία και ομάδα θεραπειών [45], και αντίστοιχα εκπαίδευση δεξιοτήτων, συμβουλευτική μεταξύ των συνεδριών και ομάδα θεραπειών [42]. Επίσης, 2 προγράμματα εφόρμισαν μόνο την εκπαίδευση δεξιοτήτων [46] ή μέρος αυτών, όπως η ενσυνειδητότητα και η αντοχή στο δύσφορο συναίσθημα [48], ενώ σε 1 [41] αναφέρθηκε η ενσωμάτωση ατομικής θεραπείας και ορισμένων ενότητων δεξιοτήτων χωρίς να διασαφηνιστούν. Παρόλο που στα 9 από τα 10 προγράμματα συμπεριλήφθηκαν και οι τέσσερις ενότητες δεξιοτήτων σε ορισμένο βαθμό, καθίσταται σαφές ότι υπήρξε διαφοροποίηση ως προς την υιοθέτηση αλλά και εφαρμογή των υπόλοιπων συστατικών στοιχείων της ΔΣΘ (ατομική θεραπεία, τηλεφωνική συμβουλευτική, συναντήσεις θεραπειών).

Η τυπική ΔΣΘ παρέμβαση για την εκπαίδευση δεξιοτήτων που έχει μέσο όρο διάρκειας 48 εβδομάδες [54], εφαρμόστηκε από 5 προγράμματα με διάρκεια 12 μηνών [39, 44], 18 μηνών [40, 47], και 12-29 μήνες [43]. Τα υπόλοιπα προγράμματα διήρκεσαν 4 [48], 12 [42], 15 [42], 16 στη βραχεία παρέμβαση [47], 24 [46] και 32 εβδομάδες [45] αντίστοιχα. Οι περισσότερες προσαρμογές αφορούσαν αλλαγές στο υλικό των δεξιοτήτων. Για πρακτικούς λόγους, ορισμένες άλλαξαν τη διατύπωση σε πιο απλή γλώσσα (π.χ. διαχείριση στρες αντί για αντοχή στο δύσφορο συναίσθημα) [48] ή πιο ουδέτερη ως προς το φύλο γλώσσα, τη σειρά των ενότητων [42] αλλά και δραστηριότητες, ώστε να ανταποκρίνονται στον ανδρικό πληθυσμό σε δικανικά πλαίσια.

4.3. ΔΣΘ και μοντέλο RNR

Σύμφωνα με το RNR μοντέλο, η ένταση της θεραπείας πρέπει να ταιριάζει με τα επίπεδα κινδύνου του ατόμου. Εφόσον η ΔΣΘ συνιστά εντατική θεραπεία, είναι πιθανότερο να είναι περισσότερο αποτελεσματική για υψηλού κινδύνου πληθυσμούς [21]. Από τα 10 προγράμματα, 4 περιλάμβαναν μόνο ασθενείς υψηλού κινδύνου [40, 41, 43, 47], 2 χαμηλού [44] ή μετρίου κινδύνου [42], 1 διαφορετικών επιπέδων ρίσκου [46], ενώ 3 δεν ανέφεραν το επίπεδο κινδύνου των συμμετεχόντων [39, 45, 48]. Για παράδειγμα, μία μελέτη [51] συμπεριέλαβε άτομα που είχαν διαπράξει απόπειρα δολοφονίας ή ανθρωποκτονία, άλλη μελέτη άτομα με ενεργή επιθετικότητα κατά την κράτηση [41], ενώ σε μια τρίτη αυτοί που κρατούνταν σε πλαίσια υψηλής ασφάλειας θεωρήθηκαν υψηλού κινδύνου [40]. Δεδομένου ότι οι κλίμακες αξιολόγησης κινδύνου είναι ευρέως διαθέσιμες και εφαρμόζονται ως μέρος τυπικών πρωτοκόλλων σε δικανικά πλαίσια, οι πληροφορίες αυτές είναι σημαντικό να χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό των συμμετεχόντων στη ΔΣΘ, αλλά και για την προσαρμογή της, ώστε να ανταποκρίνεται στις διαφορετικές ανάγκες των ατόμων με διαφορετικά επίπεδα κινδύνου [55].

Στο πλαίσιο της αρχής της «ανάγκης», παρατηρήθηκαν τροποποιήσεις σε ομάδες για άτομα με ΑΔΠ [43], με τις δεξιότητες διαπροσωπικής αποτελεσματικότητας να εστιάζουν στη διακοπή καταστροφικών σχέσεων ή στη βελτίωση οικογενειακών παραγόντων. Η συναισθηματική ρύθμιση σε συνδυασμό με την αντοχή στο δύσφορο συναίσθημα μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών, προωθώντας υγιείς

τρόπους αντιμετώπισης για τη μείωση της συναισθηματικής αντιδραστικότητας [56]. Όσον αφορά την «ανταποκρισιμότητα», σημειώθηκαν προσαρμογές της ΔΣΘ που απευθύνονται σε ειδικές ανάγκες των πληθυσμών, όπως άνδρες, γυναίκες, ή άτομα με ΑΔΠ. Κάποια προγράμματα εστίασαν στην ενίσχυση του κινήτρου με επιπλέον συνεδρίες [45], επικύρωση, αποδοχή και προκοινωνική μίμηση, προσαρμόζοντας τη θεραπεία στα συγκεκριμένα ελλείμματα και ανάγκες του κάθε ατόμου.

4.4. Μεθοδολογικοί περιορισμοί

Στις μελέτες της ανασκόπησης αναγνωρίζονται μεθοδολογικοί περιορισμοί που επηρεάζουν την ερμηνεία των ευρημάτων. Οκτώ από τις 10 μελέτες είχαν μικρά δείγματα ($n < 30$), περιορίζοντας τη γενικευσιμότητα και την ερμηνευτική αξία των στατιστικών τεστ. Δύο μόνο μελέτες εφόρμισαν πειραματικό σχεδιασμό [39, 42], 2 χρησιμοποίησαν μη τυχαιοποιημένη ομάδα ελέγχου που λάμβανε συνηθισμένη θεραπεία [40, 45], και 1 χρησιμοποίησε ομάδα ελέγχου με ψυχοεκπαίδευση και ομάδα σύγκρισης χωρίς παρέμβαση [46]. Τρεις μελέτες δεν είχαν ομάδα ελέγχου και χρησιμοποίησαν μη πειραματικό σχεδιασμό πριν και μετά [41, 47, 48], ενώ 1 ήταν συγχρονική [44] και 1 ποιοτική [43]. Αξιοσημείωτη ήταν η δυσκολία εύρεσης κατάλληλης ομάδας ελέγχου, η απρόσμενη αποφυλάκιση ή μετακίνηση συμμετεχόντων [40, 45], και η επιμονή συμμετεχόντων για συμμετοχή σε ομάδα της επιλογής τους [46]. Παρά τη συγκέντρωση κατάλληλων δειγμάτων σε κάποιες μελέτες, σημειώθηκαν υψηλά ποσοστά παραίτησης [48], ενώ το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του πληθυσμού θα μπορούσε να περιορίσει την κατανόηση των κλιμάκων [39, 46].

Η χρήση εργαλείων αυτοαναφοράς συνεπάγεται τον κίνδυνο περιορισμένης ικανότητας περιγραφής των προβλημάτων ή θετικής παρουσίας του εαυτού. Αυτές οι δυσκολίες είναι εγγενείς σε μελέτες πληθυσμών δύσκολης προσεγγίσεως, με περιορισμένη χρηματοδότηση, υψηλό ποσοστό εναλλαγής προσωπικού, και σπάνια κίνητρο ή δέσμευση συμμετοχής στην έρευνα [40, 42]. Σε κάποιες μελέτες, οι θεραπευτές δεν είχαν εκπαιδευτεί στη ΔΣΘ [40, 41] ή δεν είχαν συστηματική εποπτεία [41, 46], ενώ σε άλλες δεν υπήρξε κατάλληλη ενημέρωση του προσωπικού πτέρυγας για το μοντέλο ΔΣΘ. Τέλος, λόγω της βιβλιογραφικής φύσης της ανασκόπησης, δεν εφαρμόστηκαν οι αναπαραγώγιμες μέθοδοι των συστηματικών ανασκοπήσεων, περιορίζοντας την αξιοπιστία των συμπερασμάτων [57].

4.5. Κλινικές προεκτάσεις

Η ΔΣΘ προσφέρει ένα κατάλληλο πλαίσιο για την αντιμετώπιση των βασικών δυναμικών της παραβατικής συμπεριφοράς, που συνιστούν η αντοχή στο δύσφορο συναίσθημα και η ρύθμιση του συναισθήματος. Αρχικά, εστιάζεται στην αντιμετώπιση επικίνδυνων συμπεριφορών και, μετά τη σταθεροποίηση αυτών, στην πρόληψη της υποτροπής και την ανάπτυξη προκοινωνικού τρόπου ζωής [45]. Τα κλινικά οφέλη της ΔΣΘ είναι σημαντικά, αλλά συχνά περιορίζονται από πρακτικά ζητήματα όπως η βραχύχρονη φυλάκιση ή η επαναφυλάκιση. Η εφαρμογή της ΔΣΘ, συνεπώς, σε σωφρονιστικές δομές που δεν εστιάζουν μόνο στην κράτηση μπορεί να ενισχύσει τα θεραπευτικά οφέλη της ολοκληρωμένης παρέμβασης. Επιπλέον, ουσιαστική είναι η ανάπτυξη ενός προγράμματος απαλλαγής για κρατούμενους που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, προσαρμοσμένο στις ανάγκες της μεταβατικής περιόδου μετά την αποφυλάκιση,

προκειμένου να συνεχίζεται η θεραπεία στην κοινότητα και να μειωθεί η ευαλωτότητα σε αυτοτραυματιστικές συμπεριφορές [58]. Η θεραπευτική ομάδα της ΔΣΘ πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα έμπειρο μέλος στην εφαρμογή της και υψηλής ποιότητας εξωτερική εποπτεία για τη διατήρηση της αξιοπιστίας του προγράμματος και τη βελτίωση των δεξιοτήτων των θεραπευτών [47]. Επιπρόσθετα, η επιτυχής εφαρμογή της ΔΣΘ απαιτεί πλήρη περίοδο προσανατολισμού και συνεχή βελτίωση των μεθόδων αποκλεισμού μη κατάλληλων συμμετεχόντων.

Η ανάπτυξη πρωτοκόλλων ΔΣΘ για παρεμβάσεις σε σωφρονιστικά πλαίσια θα βοηθούσε στην ευκολότερη εφαρμογή της. Οργανώσεις όπως το Colorado Mental Health Institute in Pueblo και το Correctional Services Canada έχουν αναπτύξει εγχειρίδια που μπορούν να υλοποιηθούν παγκοσμίως, με πιθανές προσαρμογές στη γλώσσα, τα σενάρια, τις ασκήσεις και τα παιχνίδια ρόλων [20, 59]. Η σύσταση των ομάδων θεραπείας με μέγιστο αριθμό 6 και της ομάδας θεραπευτών από τουλάχιστον 4 και η ενθάρρυνση της επανάληψης του προγράμματος είναι, επίσης, σημαντικές για την πραγματοποίηση των ομάδων και σε άδειες του προσωπικού και για την καλύτερη αφομοίωση των δεξιοτήτων στις βραχείες παρεμβάσεις. Η υποχρεωτική θεραπεία στο πλαίσιο της ποινής μπορεί να ενισχύσει τη δέσμευση με τη θεραπεία μετά την αποφυλάκιση. Η καθιέρωση μιας διαχρονικής βάσης δεδομένων σε δικανικά πλαίσια θα βοηθούσε στην ανάλυση και κατανόηση των μεταβολών συμπεριφορών. Τέλος, η δημιουργία μιας πτέρυγας διαμονής βασισμένης στη φιλοσοφία της ΔΣΘ θα επέτρεπε την πιο αποτελεσματική συμμετοχή κρατουμένων στο πρόγραμμα.

4.6. Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Οι μέχρι τώρα μελέτες για τις ετήσιες ΔΣΘ παρεμβάσεις σε σωφρονιστικά πλαίσια κατέδειξαν μείωση στα χαρακτηριστικά της ΟΔΠ, την παρορμητικότητα, την απόδοση ελέγχου, την αυτοεκτίμηση και τον συναισθηματικό έλεγχο, ενώ παρατηρήθηκε μείωση στους αυτοτραυματισμούς και τον εγκληματογόνιο κίνδυνο. Τα βραχυπρόθεσμα προγράμματα δεξιοτήτων είχαν επίσης θετικά αποτελέσματα, αλλά η απουσία δεδομένων μεταπαρακολούθησης δυσχεραίνει την αξιολόγηση μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων. Οι βραχύτερες παρεμβάσεις μπορούν να είναι χρήσιμες για ασθενείς με ήπια ΟΔΠ χαρακτηριστικά, καθώς είναι προσβάσιμες, επαναλαμβανόμενες και οικονομικές. Συνεπώς, για πραγματιστικούς λόγους χρήσιμη κρίνεται η εφαρμογή και των δύο τύπων παρεμβάσεων.

Σε μελλοντικές έρευνες, θα ήταν σημαντικό να αξιολογηθούν μεταβλητές που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των ΔΣΘ παρεμβάσεων, όπως η συννοσηρότητα με συμπτωματικές και χαρακτηρισιολογικές διαταραχές, τα επίπεδα φαρμακευτικής αγωγής, το κίνητρο, η εκδίκαση κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, καθώς και τα σημαντικά γεγονότα ζωής (π.χ. θάνατος ή αυτοκτονία προσφιλών προσώπων, ανίατες ασθένειες). Επιπρόσθετα, θα ήταν χρήσιμη η ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν τη δέσμευση ή την παραίτηση από την παρέμβαση. Η πραγματοποίηση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών θα βοηθούσε στην αξιολόγηση της ΔΣΘ σε σύγκριση με άλλες θεραπείες, ενώ η ενσωμάτωση κλιμάκων εγκυρότητας θα συνέβαλε στην αντιμετώπιση της κοινωνικής επιθυμίας των συμμετεχόντων.

Η ΔΣΘ προσφέρει στους συμμετέχοντες μια «δεύτερη ευκαιρία» για την εκμάθηση δεξιοτήτων, που δεν μπόρεσαν να κατακτήσουν στην παιδική τους ηλικία, σε ένα υποστηρικτικό,

ασφαλές περιβάλλον, προσφέροντας μία δίοδο μετακίνησης από την απελπισία στην ελπίδα. Είναι σημαντικό οι μελλοντικές έρευνες να εστιάσουν στις εμπειρίες των ατόμων που δεν μπόρεσαν να δεσμευτούν στη θεραπεία, καθώς η διερεύνηση αυτών θα βελτιώσει την κατανόηση του «πώς» και του «γιατί» η ΔΣΘ ήταν αποτελεσματική για τους συμμετέχοντες. Χωρίς κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, ο μειωμένος συμπεριφορικός έλεγχος ελλοχεύει κινδύνους για τη δημόσια ασφάλεια, όπως κρίσεις εντός των φυλακών, αποτυχία ενσωμάτωσης στην κοινότητα, και αυξημένη πιθανότητα για υποτροπή σε παραβατική συμπεριφορά. Ο πρωταρχικός στόχος των δικανικών ψυχιατρικών πλαισίων είναι η αποκατάσταση και η επιτυχής, βιώσιμη επανένταξη στην κοινότητα, στόχος ο οποίος για να επιτευχθεί χρήζει συγκεκριμένων δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση των αναπόφευκτων προκλήσεων της ενδοκοινωνιακής περίθαλψης και της επανένταξης. Εν κατακλείδι, τα αποτελέσματα των μελετών που ανασκοπήθηκαν προσφέρουν μία καλύτερη κατανόηση των παρεμβάσεων ΔΣΘ, καταδεικνύοντας ότι αποτελεί μια εφικτή και αποτελεσματική παρέμβαση που μπορεί να εφαρμοστεί σε ασθενείς με ΟΔΠ ή και συννοσηρά στοιχεία ΑΔΠ και παραβατικότητα. Η περαιτέρω διεξαγωγή ερευνών δύναται να συμβάλει σε μια νέα εποχή μεταρρύθμισης στην πολιτική ποινικής δικαιοσύνης στα σωφρονιστικά πλαίσια που να στηρίζεται σε εμπειρικά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις για την αποκατάσταση των ατόμων με παραβατικότητα.

The effectiveness of Dialectical Behaviour Therapy for individuals with Borderline Personality Disorder and Offending Behavior

I. Skaltsa¹, E. Xirou¹

¹ Institute of Behavioral Research and Therapy

Correspondence: Ioanna Skaltsa, Institute of Behavior Research and Therapy, Lakonos 19 & Lampsas, Athens, 11524, Greece

Email: ioannaskaltsa@gmail.com

Abstract

Objective: The review systematically assesses the efficacy of Dialectical Behaviour Therapy (DBT) in treating forensic populations diagnosed with Borderline Personality Disorder (BPD) and BPD with co-occurring Antisocial Personality Disorder (ASPD) traits. The analysis aims to provide empirical insights into DBT's adaptability and effectiveness within these challenging clinical settings.

Methods: Employing a comprehensive literature review spanning 2003 to present, the study examines data extracted from electronic databases including Medline, Scopus, Science Direct, and PsycINFO. The search strategy integrated keywords associated with BPD, ASPD, and DBT within forensic contexts. Ten studies, encompassing diverse geographic locations (England, USA, Netherlands, Canada, Italy) and settings (high-security units, outpatient psychiatric facilities, correctional institutions), were selected, involving a total of 278 participants, predominantly female (76.3%).

Results: The findings indicate that DBT, particularly when tailored to the specific needs of forensic populations, is effective in mitigating violent behaviours and enhancing emotional regulation in male offenders with BPD. Further, DBT interventions displayed significant improvements in impulsivity control and emotional regulation across both genders. Tailored interventions also showed efficacy in reducing self-harm

behaviours, improving mental health outcomes, and high patient satisfaction. However, challenges such as treatment dropout and the need for ongoing psychological support post-intervention were identified.

Conclusions: The study underscores the potential of DBT in forensic settings, especially for individuals with BPD and comorbid ASPD traits. Research suggests that with appropriate modifications, DBT can effectively cater to the distinct challenges and requirements of this demographic. Particularly, focusing on the management of violent behaviours, modifying the wording of skills materials based on gender and educational level, or adding additional sessions to enhance treatment commitment can contribute to the better management of violent behaviours, emotional dysregulation, self-injurious tendencies and the risk of recidivism. The findings advocate for additional research to examine long-term effects and to refine DBT interventions for wider application in various forensic contexts. Further to this, it contributes to an evolving understanding of effective therapeutic interventions within criminal justice settings, emphasizing the need for evidence-based, rehabilitative approaches.

Keywords: borderline personality disorder, antisocial personality disorder, offender, forensic, dialectical behaviour therapy

Βιβλιογραφία

- [1] Dvoskin JA, Skeem JL, Novaco RW, Douglas KS. What if psychology redesigned the criminal justice system. In: *Using social science to reduce violent offending*. New York, NY: Oxford University Press; 2012. p. 291-302.
- [2] Munetz MR, Grande TP, Chambers MR. The incarceration of individuals with severe mental disorders. *Community Ment Health J*. 2001; 37:361-72.
- [3] McGuire J, Bilby CA, Hatcher RM, Hollin CR, Hounsborne J, Palmer EJ. Evaluation of structured cognitive-behavioural treatment programmes in reducing criminal recidivism. *J Exp Criminol*. 2008; 4:21-40.
- [4] Wheeler J, Covell C. Recidivism Risk Reduction Therapy (3RT) Cognitive-Behavioral Approaches to Treating Sexual Offense Behavior. In: *Forensic CBT: A handbook for clinical practice*. 2013. p. 302-26.
- [5] Landenberger NA, Lipsey MW. The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *J Exp Criminol*. 2005; 1(4):451-76.
- [6] Bateman AW, Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2000; 177(2):138-43.
- [7] Blackburn R. Treatment or incapacitation? Implications of research on personality disorders for the management of dangerous offenders. *Legal Criminol Psychol*. 2000; 5(1):1-21.
- [8] Goldstein RB, Powers SI, McCusker J, Lewis BF, Bigelow C, Mundt KA. Anti-social behavioral syndromes among residential drug abuse treatment clients. *Drug Alcohol Depend*. 1998; 49(3):201-16.
- [9] Joy Tong LS, Farrington DP. How effective is the "Reasoning and Rehabilitation" programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries. *Psychol Crime Law*. 2006; 12(1):3-24.
- [10] Crocker AG, Nicholls TL, Seto MC, Charette Y, Côté G, Caulet M. The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 2: The people behind the label. *Can J Psychiatry*. 2015; 60(3):106-16.
- [11] Howells K. The third wave of cognitive-behavioral therapy and forensic practice. *Crim Behav Ment Health*. 2010; 20:251.
- [12] Amrod J, Hayes SC. ACT for the incarcerated. In: *Forensic CBT: A Handbook for Clinical Practice*. 2013. p. 43-65.
- [13] Fruzzetti AE, Levensky ER. Dialectical behavior therapy for domestic violence: Rationale and procedures. *Cogn Behav Pract*. 2000; 7(4):435-47.
- [14] McCann RA, Ivanoff A, Schmidt H, Beach B. Implementing dialectical behavior therapy in residential forensic settings with adults and juveniles. In: Dimeff LA, Koerner K, editors. *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York, NY: Guilford Press; 2007.
- [15] Ward T, Mann RE, Gannon TA. The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggress Violent Behav*. 2007; 12(1):87-107.
- [16] Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50(12):971-74.
- [17] Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, McDavid J, Comtois KA, Murray-Gregory AM. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72(5):475-82.
- [18] Lynch TR, Gray KL, Hempel RJ, Titley M, Chen EY, O'Mahen HA. Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*. 2013; 13(1):1-17.
- [19] Lynch TR, Hempel RJ, Dunkley C. Radically open-dialectical behavior therapy for disorders of over-control: signaling matters. *Am J Psychother*. 2015; 69(2):141-62.
- [20] McCann RA, Ball EM. The effectiveness of dialectical behaviour therapy with forensic inpatients: A preliminary analysis. *Institute of Forensic Psychiatry: Colorado Mental Health Institute at Pueblo*; 2000.
- [21] Bonta J, Andrews DA. Risk-need-responsibility model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation*. 2007; 6(1):1-22.
- [22] Berzins LG, Trestman RL. The development and implementation of dialectical behavior therapy in forensic settings. *Int J Forensic Ment Health*. 2004; 3(1):93-103.
- [23] Coid JW. DSM-III diagnosis in criminal psychopaths: A way forward. *Crim Behav Ment Health*. 1992; 2(2):78-94.
- [24] McCann RA, Ball EM, Ivanoff A. DBT with an inpatient forensic population: The CMHIP forensic model. *Cogn Behav Pract*. 2000; 7(4):447-56.
- [25] Van den Bosch LMC, Verheul R, Schippers GM, Van Den Brink W. Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addict Behav*. 2002; 27(6):911-23.
- [26] Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(6):649-58.
- [27] Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(7):757-66.
- [28] Coid J, Kahtan N, Gault S, Cook A, Jarman B. Medium secure forensic psychiatry services: comparison of seven English health regions. *Br J Psychiatry*. 2001; 178(1):55-61.
- [29] Purcell DW, Parsons JT, Halkitis PN, Mizuno Y, Woods WJ. Substance use and sexual transmission risk behavior of HIV-positive men who have sex with men. *J Subst Abuse*. 2001; 13(1-2):185-200.
- [30] Van den Bosch LMC, den Haan MPM, Lammers SMM. Vrouwen in de forensische psychiatrie. *Behandelingsstrategieën bij forensisch-psychiatrische patiënten*. Cure & Care development treatment strategies among forensic-psychiatric patients. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005.
- [31] Black DW, Baumgard CH, Bell SE. A 16-to 45-year follow-up of 71 men with antisocial personality disorder. *Compr Psychiatry*. 1995; 36(2):130-40.
- [32] DeMatteo D, Heilbrun K, Marczyk G. Psychopathy, risk of violence, and protective factors in a noninstitutionalized and noncriminal sample. *Int J Forensic Ment Health*. 2005; 4(2):147-57.
- [33] Skeem JL, Polaschek DL, Patrick CJ, Lilienfeld SO. Psychopathic personality: Bridging the gap between scientific evidence and public policy. *Psychol Sci Public Interest*. 2011; 12(3):95-162.
- [34] Harris GT, Rice ME. Treatment of psychopathy: A review of empirical findings. In: Patrick CJ, editor. *Handbook of Psychopathy*. New York: Guilford; 2006. p. 555-72.
- [35] Tyrer P, Cooper S, Rutter D, Seivewright H, Duggan C, Maden T, Barrett B, Joyce E, Rao B, Nur U, Cicchetti D, Crawford M, Byford S. The assessment of dangerous and severe personality disorder: lessons from a randomised controlled trial linked to qualitative analysis. *J Forensic Psychiatry Psychol*. 2009; 20(1):132-146.
- [36] Kuo JR, Linehan MM. Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *J Abnorm Psychol*. 2009; 118(3):531.
- [37] Howard R, McCarthy L, Huband N, Duggan C. Re-offending in forensic patients released from secure care: The role of antisocial/borderline personality disorder co-morbidity, substance dependence and severe childhood conduct disorder. *Crim Behav Ment Health*. 2013; 23(3):191-202.
- [38] Card NA. *Applied meta-analysis for social science research*. New York, NY: Guilford Publications; 2015.
- [39] Bianchini V, Cofini V, Curto M, Lagrotteria B, Manzi A, Navari S, Ortenzi R, Paoletti G, Pompili E, Pompili PM, Silvestrini C, Nicolò G. Dialectical behaviour therapy (DBT) for forensic psychiatric patients: an Italian pilot study. *Crim Behav Ment Health*. 2019; 29(2):122-30.
- [40] Evershed S, Tennant A, Boomer D, Rees A, Barkham M, Watson A. Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: A pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Crim*

Behav Ment Health. 2003; 13(3):198-213.

[41] Pol AJF. Locked up in freedom. Pilot Dialectical Behavioral Therapy and relation suicidal behaviour and quality of life in forensic female borderline patients. [Master's thesis]. Utrecht: Utrecht University, Netherlands; 2013.

[42] Tomlinson MF, Hoaken PN. The potential for a skills-based dialectical behavior therapy program to reduce aggression, anger, and hostility in a Canadian forensic psychiatric sample: a pilot study. *Int J Forensic Ment Health*. 2017; 16(3):215-226.

[43] Russell S, Siesmaa B. The experience of forensic males in dialectical behaviour therapy (forensic version): A qualitative exploratory study. *J Forensic Pract*. 2017; 19(1):47-58.

[44] Van den Bosch LMC, Hysaj M, Jacobs P. DBT in an outpatient forensic setting. *Int J Law Psychiatry*. 2012; 35(4):311-6.

[45] Gee J, Reed S. The HoST programme: A pilot evaluation of modified dialectical behaviour therapy with female offenders diagnosed with borderline personality disorder. *Eur J Psychother Couns*. 2013; 15(3):233-52.

[46] Lemmon G. Impact of a modified Dialectical Behavior Therapy treatment on coping methods and impulsiveness in female inmates. [Doctoral dissertation]. Pacific University; 2008.

[47] Nee C, Farman S. Treatment of borderline personality disorder in prisons: Findings from the two dialectical behaviour therapy pilots in the UK. In: *Personality disorders: New research*. New York, NY: Nova Science Publishers; 2008.

[48] Wahl CT. Evaluation of a dialectical behavior therapy skills group for female inmates who voluntarily seek treatment: A pilot study [Doctoral Dissertation]. Louisville, Kentucky: University of Louisville; 2011.

[49] Low G, Jones D, Duggan C, Power M, MacLeod A. The treatment of deliberate self-harm in borderline personality disorder using dialectical behaviour therapy: A pilot study in a high security hospital. *Behav Cogn Psychother*. 2001; 29(1):85-92.

[50] Nee C, Farman S. Female prisoners with borderline personality disorder: Some promising treatment developments. *Crim Behav Ment Health*. 2005; 15(1):2-16.

[51] Nee C, Farman S. Dialectical behaviour therapy as a treatment for borderline personality disorder in prisons: Three illustrative case studies. *J Forensic Psychiatry Psychol*. 2007; 18(2):160-180.

[52] Rosenfeld B, Galiotta M, Ivanoff A, Garcia-Mansilla A, Martinez R, Fava J, Fineran V, Green D. Dialectical behavior therapy for the treatment of stalking offenders. *Int J Forensic Ment Health*. 2007; 6(2):95-103.

[53] Galiotta M, Rosenfeld B. Adapting dialectical behavior therapy (DBT) for the treatment of psychopathy. *Int J Forensic Ment Health*. 2012; 11(4):325-35.

[54] Linehan MM. DBT Skills training manual, second edition. New York, NY: The Guilford Press; 2014.

[55] Tomlinson MF. A theoretical and empirical review of dialectical behavior therapy within forensic psychiatric and correctional settings worldwide. *Int J Forensic Ment Health*. 2018; 17(1):72-95.

[56] Kumari V, Postma P. Nicotine use in schizophrenia: the self medication hypotheses. *Neurosci Biobehav Rev*. 2005; 29(6):1021-34.

[57] Higgins JP, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* 5.1.0. The Cochrane Collaboration; 2011. Available from: <https://training.cochrane.org/handbook>

[58] Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Publications; 2018.

[59] Blanchette K, Brown SL. *The assessment and treatment of women offenders: An integrative perspective*. J Wiley & Sons. 2006.