

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ Γνωσιακής - Συμπεριφοριστικής Έρευνας & Θεραπείας

Hellenic Journal of
Cognitive Behavioral Research & Therapy

Τόμος 10 • Τεύχος 1 • Ιανουάριος - Ιούνιος 2024
Volume 10 • No 1 • January - June 2024

Περιεχόμενα

- Δέκα χρόνια χωρίς τη Μίκα Χαρίτου-Φατούρου – Μια τόσο κοντινή απουσία...
- Το ιδανικό πρόσωπο του Επιστήμονα, Θεραπευτή και Ανθρώπου
- Θεραπεία Σχημάτων στην Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας: Αποτελεσματικότητα και διαφορές με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία
- Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία σε ΛΟΑΤΚΙ+ πληθυσμό: Αποτελεσματικότητα, ο ρόλος της θεραπευτικής σχέσης και των χαρακτηριστικών του θεραπευτή
 - Teaching Recovery Techniques: Πιλοτική μελέτη ομαδικής παρέμβασης σε ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες
- Η αποτελεσματικότητα της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας για άτομα με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας και παραβατικότητα



Ινστιτούτο Έρευνας
& Θεραπείας της
Συμπεριφοράς

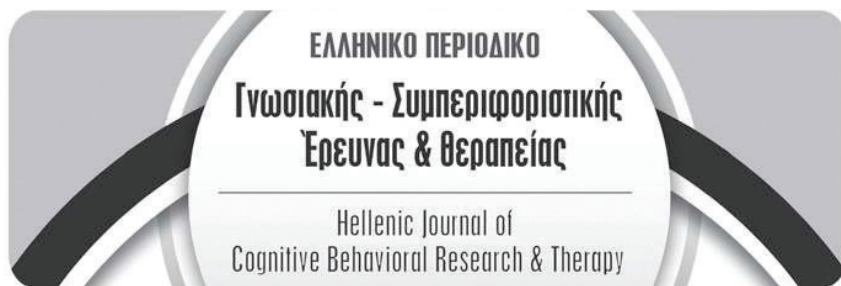


ΕΕΕΣ
Ελληνική Εταιρεία
Έρευνας της Συμπεριφοράς

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, Καραμανή Κατερίνα, Λάιους Ρόζα, Πέννα Υβόννη



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 Σοφιανοπούλου

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

Επιστημονική Επιτροπή

Αργυροπούλου, Μαρία - Ιωάννα
Βαϊδάκης, Νίκος
Βάρσου, Ελευθερία
Βγόντζας, Αλέξανδρος
Γενά, Αγγελική
Γιαννοπούλου, Ιωάννα
Δασκαλοπούλου, Ευγενία
Ευσταθίου, Γιώργος
Ζαφειροπούλου, Μαρία
Ζέρβας, Πάννης
Καλαντζή-Αζίζι, Αναστασία
Καλπάκογλου, Θωμάς
Καραδήμας, Ευάγγελος
Καρανίκας, Βαγγέλης
Καραταράκη, Μαρία
Κασβίκης, Πάννης
Κόλλιας, Κώστας

Κουβαράκη, Έλλη
Κούλης, Στέφανος
Κούτρα, Αικατερίνη
Λιόση, Αγγελική
Λυμπέρης, Πέτρος
Μαδιανός, Μιχάλης
Μαλογιάννης, Πάννης
Μασδράκης, Βασίλειος
Μιχόπουλος, Ιωάννης
Μπάσδρας, Αθανάσιος
Μπίμπου-Νάκου, Ιωάννα
Μπρούμας, Βασίλης
Μυτσκίδου, Πασχαλία
Νεστορίης, Χριστόφορος
Νικολαΐδης, Νικόλας Νταφού-
λης, Βάιος
Οικονόμου, Μαρίνα

Πανταζούδης, Πανταζής
Παπαγεωργίου, Βάγια
Παπακώστας, Πάννης †
Παπανικολάου, Κατερίνα
Πασχάλη, Τώνια
Πεχλιβανίδης, Αρτέμης
Ραμπαβίλας, Ανδρέας
Σίμος, Γρηγόρης
Σκαπινάκης, Πέτρος
Σταλίκας, Τάσος †
Φιστέ, Μαρκέλα
Χάιντς, Έλενα
Χαλιμούρδας, Θεόδωρος
Χαρίλα, Ντιάνα
Χαρίτου-Φατούρου, Μίκα †
Χρυσάγη, Αλεξάνδρα

Διεθνής Επιστημονική Επιτροπή

Alai-Rosales, Shahla
Altherr, Peter Callias
Maria Dubose, Antony

Kazantzis, Nikolaos
Kryspin-Exner, Ilse
Laireiter, Anton-Ruppert
Nikopoulos, Christos

Roder, Volker
Stallard, Paul
Καρεκλά, Μαρία

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 10 • Τεύχος 01 • Ιανουάριος - Ιούνιος 2024

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

EDITORIAL

- 07 **Σημείωμα της έκδοσης**
Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι
- 09 **Δέκα χρόνια χωρίς τη Μίκα Χαρίτου-Φατούρου – Μια τόσο κοντινή απουσία...**
Ντιάνα Χαρίλα
- 11 **Το ιδανικό πρόσωπο του Επιστήμονα, Θεραπευτή και Ανθρώπου**
Θοδωρής Χαλμούρδας

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

- 15 **Θεραπεία Σχημάτων στην Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας:
Αποτελεσματικότητα και διαφορές με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία**
Φωτεινή Μαρία Σκαρπαλέζου, Ασπασία Νίκα

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

- 29 **Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία σε ΛΟΑΤΚΙ+ πληθυσμό:
Αποτελεσματικότητα, ο ρόλος της θεραπευτικής σχέσης και των χαρακτηριστικών του θεραπευτή**
Μαρία Ελένη Αρβανιτάκη, Σοφία Κατούδη

ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

- 35 **Teaching Recovery Techniques: Πιλοτική μελέτη ομαδικής παρέμβασης σε ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες**
Βασιλική-Μαρία Ερμηλίου, Ιωάννα Γιαννοπούλου

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

- 45 **Η αποτελεσματικότητα της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας για άτομα με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας και παραβατικότητα**
Ιωάννα Σκαλτσά, Ευαγγελία Ξηρού

ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

- 55 **Mindfulness for OCD: Η Ενσυνειδητότητα στην Αντιμετώπιση της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής**
Μελίνα Νόνη

- 26 **Schema Therapy for Avoidant Personality Disorder: Effectiveness and Differences from Cognitive Behavioral Therapy**
F. M. Skarpalezou, A. Nika
- 33 **Cognitive Behavioral Therapy in LGBTQ+ population:
Efficacy, the role of the therapeutic relationship and therapist characteristics**
M.E. Arvanitaki, S. Katoudi
- 43 **Teaching Recovery Techniques: Pilot study of a group-based intervention for Unaccompanied Refugee Minors in Greece**
V.-M. Ermiliou, I. Giannopoulou
- 52 **The effectiveness of Dialectical Behaviour Therapy for individuals with Borderline Personality Disorder
and Offending Behavior**
I. Skaltsa, E. Xirou

Σημείωμα της έκδοσης *Editorial*

Αγαπητοί/ές φίλοι/ες και συνάδελφοι,

Έχετε στα χέρια σας το τεύχος 1, τόμος 10 (Ιανουάριος-Ιούνιος, 2024), το οποίο αφιερώνουμε στη μνήμη της Ομ. Καθηγήτριας Μίκας Χαρίτου-Φατούρου, η οποία έφυγε από κοντά μας πριν από δέκα χρόνια. Η Μίκα Χαρίτου-Φατούρου υπήρξε πρωτοπόρος στη χώρα μας ως προς την εδραίωση και διάδοση της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας. Εκτός αυτού έτυχε διεθνούς αναγνώρισης για το επιστημονικό της έργο, το οποίο αφορά τη συστηματική εφαρμογή των Νόμων της Ψυχολογίας της Μάθησης και της Κοινωνικής Ψυχολογίας για τη δημιουργία ακραίων αρνητικών συμπεριφορών, όπως, λόγου χάρη, ο ρατσισμός, η απάνθρωπη βία κ.ά. Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι ίδρυσε το πρώτο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στην Κοινωνική-Κλινική Ψυχολογία και πρωτοστάτησε στην προαγωγή της ψυχικής υγείας σε διάφορα πλαίσια.

Σε αυτό το τεύχος φιλοξενούνται δύο κείμενα, της Ντιάννας Χαρίλα και του Θοδωρή Χαλιμούρδα, οι οποίοι γνώρισαν τη Μίκα ως καθηγήτρια, συνάδελφο και φίλη. Έτσι, θα δοθεί η ευκαιρία στους/στις αναγνώστες/τριες να μάθουν περισσότερα για τη Μίκα Χαρίτου-Φατούρου όχι μόνο ως επιστήμονα, αλλά και ως άνθρωπο.

Το παρόν τεύχος φιλοξενεί τέσσερα άρθρα, το πρώτο διαπραγματεύεται την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Σχημάτων (ΘΑ) στην Αποφενκτική Διαταραχή Προσωπικότητας (ΑΔΠ) και τις διαφορές με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία (ΓΣΘ). Τα πορίσματα της συστηματικής διερεύνησης των ερευνητικών ερωτημάτων δίνουν τη δυνατότητα να αξιοποιηθούν άμεσα στην ψυχοθεραπευτική πράξη.

Στο δεύτερο άρθρο γίνεται προσπάθεια να φωτιστεί ο ρόλος της θεραπευτικής σχέσης και των χαρακτηριστικών του θεραπευτή στη γνωσιο-συμπεριφοριστική θεραπεία ατόμων που δυσλειτουργούν από τη ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα. Αναλύοντας τις ιδιαίτερες προκλήσεις που συναντούν οι θεραπευτές, εντοπίζονται αποτελεσματικές στρατηγικές παρέμβασης που ανταποκρίνονται καλύτερα στις ψυχολογικές ανάγκες αυτού του πληθυσμού.

Το τρίτο άρθρο αφορά μια πιλοτική εφαρμογή του Teaching Recovery Techniques σε Ασυνόδετους Ανήλικους Πρόσφυγες. Εφαρμόστηκε ως ομαδική βραχυπρόθεσμη ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση, όπου πήραν μέρος Ασυνόδετοι Ανήλικοι Πρόσφυγες με Μετατραυματική Διαταραχή Στρες. Η ποσοτική και ποιοτική ανάλυση των δεδομένων παρέχει χρήσιμες πληροφορίες στους θεραπευτές που δραστηριοποιούνται σε αυτόν τον ειδικό πληθυσμό.

Το τέταρτο άρθρο αφορά μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας –από το 2003 έως τώρα– σχετικά με την αποτελεσματικότητα της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας για άτομα με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας με ή χωρίς συννοσηρότητα. Τα ευρήματα αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας όταν ληφθούν υπόψη οι ειδικές ανάγκες του εν λόγω πληθυσμού.

Το τεύχος ολοκληρώνεται με την παρουσίαση του βιβλίου με τίτλο, *Mindfulness for OCD. Η Ενσυνειδητότητα στην Αντιμετώπιση της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής*, των Jon Hershfield και Tom Corboy σε επιμέλεια Θοδωρή Χαλιμούρδα και Μαρίας Έρσης Κολίρη. Στο βιβλίο παρουσιάζεται ένα σύνολο χρήσιμων εργαλείων για τη διαχείριση των ανεπιθύμητων συμπτωμάτων της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής, τα οποία προκύπτουν από τον συνδυασμό των πρακτικών Ενσυνειδητότητας με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία.

Κλείνοντας αυτό το σημείωμα έκδοσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους συγγραφείς που μας εμπιστεύτηκαν την επιστημονική τους δουλειά και τους κριτές των άρθρων για τη συνεργασία. Ευχόμαστε οι γνώσεις που αποκομίζετε μέσω της ύλης αυτού του τεύχους να βρουν άμεση εφαρμογή στην ψυχοθεραπευτική σας πράξη και να εμπλουτίσουν τις γνώσεις σας σχετικά με τις νεότερες εξελίξεις στον χώρο της γνωσιο-συμπεριφοριστικής θεραπείας.

Αναστασία Κаланτζή-Αζίζι
Διευθύντρια Σύνταξης και Έκδοσης

Δέκα χρόνια χωρίς τη Μίκα Χαρίτου-Φατούρου

Μια τόσο κοντινή απουσία...

Πέρασαν δέκα χρόνια από τότε που η Μίκα τυπικά δεν είναι πια κοντά μας. Κι αυτή η απουσία είναι μόνο φυσική, γιατί η Μίκα είναι εδώ, μέσα από τα γραπτά της, τις πρωτοπόρες ιδέες της και το μεγάλο έργο της, που ακόμη προσπαθούμε να κατανοήσουμε και να ακολουθήσουμε.

Μου ζητήθηκε να γράψω κάτι για εκείνη, λόγω της γνωριμίας μας και της συνεργασίας μας. Θα ξεκινήσω λοιπόν από την αρχή:

Γνώρισα τη Μίκα τον Νοέμβριο του 1987, όταν ανέβηκα στη Θεσσαλονίκη για να της δώσω συνέντευξη για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα στην Κλινική Ψυχολογία, το οποίο είχε η ίδια ιδρύσει και διηύθυνε. Από την πρώτη στιγμή, με κέρδισε η αμεσότητά της. Είχα την τύχη να γίνω δεκτή στο πρόγραμμα και να την έχω δασκάλα. Η Μίκα αγαπούσε τους νέους ανθρώπους, αγαπούσε τους φοιτητές και τις φοιτήτριές της. Ήταν κοντά μας σε κάθε απορία μας, ακούραστη κυριολεκτικά στη διδασκαλία. Το μάθημα μαζί της, στο παλιό κτίριο της Φιλοσοφικής Σχολής, ήταν ένα ταξίδι όπου η θεωρία και τα αμέτρητα κλινικά παραδείγματα εναλλάσσονταν κάνοντας αυτό το ταξίδι συναρπαστικό.

Ήταν πάντα απλή, προσιτή αλλά και με όρια. Ήταν εκείνη που στο δεύτερο έτος κατήργησε τον πληθυντικό και μας ζήτησε να της μιλάμε στον ενικό. Ήταν η Μίκα... σκέτο. Ήταν τόσο ασφαλής, γιατί γνώριζε ότι ο σεβασμός και η εκτίμηση περνάνε από άλλους δρόμους, πολύ πιο ουσιαστικούς. Γι' αυτό κι εγώ αναφέρομαι σ' εκείνη ως Μίκα. Μετά το τέλος των μεταπτυχιακών μου σπουδών, συνεργαστήκαμε, ως συνάδελφοι πλέον, στην Ελληνική Εταιρεία Έρευνας της Συμπεριφοράς και στο Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς. Το πιο σημαντικό όμως για μένα ήταν η φιλική σχέση που σταδιακά αναπτύξαμε – μια σχέση μέντορα-μαθήτριας θα έλεγα, καθώς ίσως αυτό αποτυπώνει καλύτερα το πώς την ένιωθα. Γιατί από τη Μίκα μάθαινα συνεχώς. Μιλούσαμε για θέματα κοινωνικά και πώς αυτά αντανakλώνται στον ψυχισμό των ανθρώπων. Η Μίκα ήταν μπροστά από την εποχή της. Δημιούργησε την πρωτοποριακή θεωρία περί βασανιστών, παρακολουθώντας τη δίκη των βασανιστών της Χούντας το 1975. Πάνω στη δική της θεωρία βασίστηκαν αργότερα οι μελέτες για τους βασανιστές-δολοφόνους στη Λατινική Αμερική και το Abu Graib σε συνεργασία με τους Huggins και Zimbardo. Ακολούθησε το αντίστοιχο βιβλίο τους, το οποίο έλαβε διεθνείς διακρίσεις και βραβεύθηκε ως το καλύτερο βιβλίο το 2003. Η Μίκα διακρίθηκε από το Βιογραφικό Κέντρο του Cambridge ως Διεθνής Προσωπικότητα για το έτος 2001, λόγω του πρωτοπόρου έργου της. Το 2002 βραβεύθηκε για τη συνεισφορά της στην Πολιτική Ψυχολογία και το 2009 το Αμερικανικό Βιογραφικό Ινστιτούτο την κατέταξε στα σπουδαία μυαλά του 21ου αιώνα. Κορυφαίες διακρίσεις που ποτέ δεν πρόβαλλε, κάνοντάς την ακόμη πιο ξεχωριστή και σπουδαία, σε μια εποχή που το ασήμαντο ανακηρύσσεται σε σημαίνον.

Ενυασητοποιημένη σε θέματα ισότητας των δύο φύλων, η Μίκα υπήρξε η πρώτη ψυχολόγος στην Ελλάδα που έκανε εκπαίδευση συμβούλων ψυχολόγων στη Συμβουλευτική Γυναικών και δημιούργησε τον Οδηγό Συμβούλων Γυναικών για Θέματα Ισότητας. Αλλά και η ίδια η συμβουλευτική γυναικών αποτελεί μια ριζοσπαστική πρόταση στην αντιμετώπιση πολλών ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες μέσα από την οπτική του φύλου.

Επίσης, στον χώρο της εκπαίδευσης, η Μίκα πρωτοστατεί στην υλοποίηση του προγράμματος για τα Σχολεία Συνεργατικής Μάθησης και Πρόληψης. Πάντα με νέες ιδέες, πάντα δυναμική και με ενθουσιασμό, μια έφηβη καρδιά.

Φοβάμαι ότι δεν καταφέρνω να αποτυπώσω την επιστήμονα και άνθρωπο Μίκα. Γνωρίζω ότι όσα και να γράψω, πάλι κάτι θα μου έχει ξεφύγει, πάλι θα είναι λίγα για τη Μίκα. Γι' αυτό σταματώ εδώ. Η Μίκα μας άφησε παρακαταθήκη ένα πλούσιο, σε φρέσκες ιδέες, έργο και κυρίως αποτέλεσε ένα πρότυπο γυναίκας, μπροστά από την εποχή της, που έβαλε στόχους, τόλμησε και κατάφερε να φτάσει ψηλά. Αισθάνομαι πολύ τυχερή που τη γνώρισα.

Πολλές φορές μου λείπουν οι συζητήσεις μαζί της. Συχνά, ανατρέχω στα λόγια της και συμβουλευόμαι τα βιβλία της, συνειδητοποιώντας πόσο επίκαιρες και μη αυτονόητες, ακόμη και σήμερα, είναι οι ιδέες της. Με την έννοια αυτή, για μένα, η Μίκα είναι παρούσα, ή, μάλλον, είναι μια τόσο κοντινή απουσία.

Ντιάνα Χαρίλα

Δρ. Κλινικής Ψυχολογίας

Πρόεδρος του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Το ιδανικό πρόσωπο του Επιστήμονα, Θεραπευτή και Ανθρώπου

Με ιδιαίτερη τιμή αλλά και μεγάλη μου χαρά αποδέχτηκα την πρόταση από τους επιστημονικά υπεύθυνους του περιοδικού για τη Γνωσιακή Συμπεριφορική Έρευνα και Θεραπεία, ώστε να συμβάλω στο αφιέρωμα για την ιστορία και προσφορά της Μίκας Χαρίτου-Φατούρου στον χώρο της ψυχικής υγείας. Σκέφτηκα ότι ίσως είναι καλό να κάνω αναφορά στις επαγγελματικές μας στιγμές, στο πλαίσιο συνεργασίας μας στην Ελληνική Εταιρεία Έρευνας της Συμπεριφοράς (ΕΕΕΣ) και πώς αυτές εναλλάσσονταν με τις προσωπικές μας. Μάλιστα, ανασύροντας στη μνήμη μου τη συχνή αναφορά της στα λόγια του καθηγητή της στην Αγγλία «*Mika, you have good ideas, write them down*», άρχισα χαμογελώντας να σημειώνω, χωρίς βέβαια να τολμήσω να συγκρίνω τις ιδέες μου με τις δικές της. Άλλωστε εκείνη είχε εξαιρετικές ιδέες, τόσο, που κάποιες φορές, όταν αποχωρούσε από το ΔΣ της ΕΕΕΣ και παρά την εμφανώς καταβεβλημένη κατάσταση της υγείας της, δυο-τρία χρόνια πριν φύγει από τη ζωή, με τα υπόλοιπα μέλη λέγαμε «*ακόμη και σε αυτή την κατάσταση η Μίκα, μας βάζει όλους κάτω!*».

Προσωπικά, γνώρισα τη Μίκα το 1992 ως εκπαιδευόμενος στο Ινστιτούτο Έρευνας της Συμπεριφοράς (ΙΕΣ), το «παιδί» της ΕΕΕΣ που ίδρυσε το 1974 ο αείμνηστος ψυχίατρος Γιάννης Μπουλουγούρης και δύο χρόνια αργότερα μετονομάστηκε σε Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (ΙΕΘΣ). Την πρώτη φορά σε μάθημά της νιώσαμε όλοι οι εκπαιδευόμενοι δέος. Μάλιστα, όταν χρειάστηκε να χωριστούμε σε δυο ομάδες, σπεύσαμε οι περισσότεροι να μπούμε στη δική της ομάδα παρά σε εκείνη της εξαιρετικής συναδέλφου, Ντίνας Διαμαντίδου, που τη συνόδευε ως συνεργάτιδά της.

Μετά το Ευρωπαϊκό Συνέδριο για τη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ) -το οποίο διοργανώθηκε με μεγάλη επιτυχία από την ΕΕΕΣ στην Κέρκυρα το 1994- παρατηρήθηκε μια καμπή στις δραστηριότητες της Εταιρείας, τόση, που απασχόλησε τα μέλη της. Τότε, επρόκειτο εκείνη να αφυπηρετήσει από το ΑΠΘ και, έτσι, το 1997 της προτάθηκε να εμπλακεί στις εκπαιδευτικές δραστηριότητες της ΕΕΕΣ και λίγο αργότερα να αναλάβει την προεδρία της. Στις αρχικές συνεδρίες του ΔΣ, θυμάμαι, ως νέος κι άπειρος για Γενικός Γραμματέας της Εταιρείας, πως αρκετές φορές η Μίκα μπερδευε το όνομά μου, αποκαλώντας με πότε Θωδωρή και πότε Θωμά, εννοώντας τον, επίσης εξαιρετικό συνάδελφο, Θωμά Καλπάκογλου, που εκείνη την περίοδο εκπροσωπούσε την ΕΕΕΣ στην European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT). Προσωπικά, ως γραμματέας και αργότερα ταμίας της ΕΕΕΣ, ένιωσα να «μπαίνω στην οπτική της συμπάθειας», καθώς η ίδια συχνά μου έλεγε «*Μίλα μου βρε παιδί μου στον ενικό, τι έχεις πάθει;*». Κάποια φορά, που της απάντησα «*Δεν μου βγαίνει κυρία Φατούρου... θα 'ρθει η ώρα...σας παρακαλώ*» μου απάντησε «*...ε...καλά άμα δεν σου βγαίνει τι να κάνουμε τώρα...*».

Ωστόσο, ακολούθησε κι ο ενικός στην ώρα του και στη συνέχεια και η πρόσκλησή της για καλοκαιρινές διακοπές στο σπίτι που διατηρούσε, στο νησάκι της Περιστεράς στη Χαλκιδική. Εκεί, τα βράδια μετά το φαγητό, ξαπλώναμε στις πεζούλες κι αρχίζαμε διάφορες συζητήσεις παρέα με άλλους καλεσμένους της μέχρι στις 4 π.μ., βαθμολογώντας κάθε φορά το επίπεδο της συζήτησής μας, με 8άρια, 9άρια και 10άρι μία φορά. Υπήρξαν, ωστόσο, και περιπτώσεις, που γελώντας, βάζαμε 2άρι ή 3άρι. Ωραίες μέρες! Το ίδιο έγινε και το επόμενο καλοκαίρι, όπου αρχίσαμε να φυτεύουμε τους σπόρους της συνεργασίας μας, οι οποίοι γρήγορα άρχισαν να ανθίζουν.

Οι ιδέες της ήταν καταπληκτικές και σε αυτές προστέθηκαν και εκείνες των μελών του ΔΣ της ΕΕΕΣ. Έτσι, άρχισε η συνεργασία μας με Εκπαιδευτικά προγράμματα και σεμινάρια που άπτονται της ΓΣΘ και απευθύνονταν σε ψυχολόγους – ψυχιάτρους, με μεγάλη επιτυχία. Κάποια από αυτά ήταν η Ψυχοεκπαίδευση και Συμπεριφορική Θεραπεία Οικογένειας, τριετούς διάρκειας, με οικογένειες ατόμων που παρουσίαζαν σοβαρό ψυχιατρικό πρόβλημα, όπως σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή. Το συγκεκριμένο σεμινάριο, πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με τον Σύλλογο Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ), με επιστημονικά υπεύθυνη τη Μαρίνα Οικονόμου. Το παρακολούθησαν όλα τα μέλη του ΔΣ της ΕΕΕΣ, ενώ με τη Μίκα αποτελούσαμε θεραπευτικό ζευγάρι για τις οικογένειες αυτές ακόμη και μετά το πέρας του σεμιναρίου. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν σεμινάρια διετούς διάρκειας για τον Αυτισμό, με επιστημονικά υπεύθυνη την Αγγελή Γενά, καθώς επίσης σεμινάρια και ημερίδες για τα σχολεία πρόληψης. Άλλα Σεμινάρια που διοργανώσαμε μαζί αφορούσαν: Πανικό, Αγοραφοβία, Συστηματική Απευαισθητοποίηση, Χαλάρωση κ.ά. Μάλιστα, συχνά αναφερόμενη στη χαλάρωση έλεγε: «*η καλή ποιότητα ζωής, θέλει και λίγο τέχνη*». Επίσης, οργανώσαμε μαζί ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης νέων, αμέσως μετά με την έναρξη της κρίσης. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα περιλάμβανε ομάδες 25 ατόμων σε 12 συναντήσεις με χαλάρωση, κατανόηση

της ισχυρής σχέσης: σχέσεων-συναισθημάτων-συμπεριφοράς με αυτοπαρατήρηση-αυτοκαταγραφή, παρακίνηση σε σωματική δραστηριότητα και ορισμό στόχων. «*Να μη κοιτάζουν τα άδεια τους χέρια και να νιώθουν άχρηστοι, βρε Θεοδωρή*», μου έλεγε συχνά. Μια πολύ έμπειρη συνεργάτιδά μας, έλεγχε τη ροή των ενδιαφερομένων για ένταξη στο πρόγραμμα και συμπλήρωνε κατάλληλα, μαζί με τον άνεργο, το βιογραφικό του κάνοντας αιτήσεις σε Ελλάδα και εξωτερικό. Άρχισε να αποδίδει “καρπούς” αυτή η προσπάθεια και 6-7 ψυχολόγοι που παρακολουθούσαν το συγκεκριμένο πρόγραμμα, ξεκίνησαν να το εφαρμόζουν και σε άλλους χώρους, με την εποπτεία μας. Ωστόσο τον δεύτερο χρόνο λειτουργίας του, η ΕΕΕΣ δυσκολεύτηκε να το υποστηρίξει οικονομικά, η περίοδος εκείνη δεν ευόδωσε τη χορηγία που επιδιώξαμε και δυστυχώς το θεάρεστο αυτό πρόγραμμα σταμάτησε.

Έπειτα οργανώσαμε εκπαιδευτικά τις «Νέες Τάξεις στη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία», προκειμένου να αποδώσουμε, κατά κάποιο τρόπο, αυτό που σήμερα λέμε “3ο κύμα” Ψυχοθεραπειών. Το περιεχόμενο αυτού του σεμιναρίου εκδόθηκε σε βιβλίο. Αξίζει να αναφερθεί ότι είχε προηγηθεί σχετική ημερίδα της ΕΕΕΣ στη μνήμη του Γιάννη Μπουλουγούρη, το 2002, η οποία πραγματοποιήθηκε στη Φιλοσοφική Σχολή του ΕΚΠΑ με το προαναφερθέν θέμα.

Η Μίκα έφυγε από κοντά μας 10 χρόνια πριν (2014) και παρά το γεγονός ότι είχε την ηλικία της αείμνηστης μητέρας μου, τη θεωρούσα μεγάλη μου αδερφή. Και άλλοι νέοι συνάδελφοι ένιωθαν ισότιμα μαζί της, χωρίς αυτό σε καμία περίπτωση να απειλεί σε κάτι τον ρόλο της. Ήταν μια κυρία του σαλονιού και αν χρειαζόταν και του λιμανιού. Άλλωστε όπως η ίδια έλεγε κάποιες φορές μετά από κάποιο μάθημα «*Ωραίο μάθημα κάναμε Θεοδωρή, ε τι στο καλό, μπρίκια κολλάμε*;». Αναπολώντας το προαναφερθέν σεμινάριο («*Νέες Τάξεις στη ΓΣΘ*»), θυμάμαι, είχε καλέσει έναν θεραπευόμενο της να μιλήσει για το πρόβλημά του αλλά και τη θεραπευτική τους προσέγγιση, που ήταν σε εξέλιξη. Όταν τελείωσε η παρουσίαση, άρχισε η συζήτηση για την περίπτωση του κυρίου, που αφορούσε τη διαχείριση του πένθους του από τον θάνατο του πατέρα του. Σε κάποιο σημείο κατά τη διάρκεια της παρουσίασης, αναφερόμενη στον θεραπευόμενο, η Μίκα του είπε «*αυτό ίσως δεν το χειριστήκαμε καλά, μμμ... τι λες και εσύ Θεοδωρή*;» απηυθύνοντάς μου τον λόγο. Έκανα το σχόλιό μου και η ίδια του λέει «*Α, δεν το κάναμε αυτό! Πώς ακριβώς το είπες*;», κι άρχισε να σημειώνει την τοποθέτησή μου. «*Αυτό θα κάνουμε!*», του λέει. Ακολούθησαν ενδιαφέροντα σχόλια. Εμένα, ωστόσο, μου έμεινε ότι τη Μίκα δεν τη μείωσε καθόλου το γεγονός ότι “εκτέθηκε” στους εκπαιδευόμενους και στον θεραπευόμενο, ρωτώντας τον Θεοδωρή, κρατώντας μάλιστα σημειώσεις κατά γράμμα για τη θεραπευτική του ιδέα. Ήταν τόσο επαρκής επιστήμονας, γεμάτη σιγουριά, που σε καμία περίπτωση δεν ένιωσε απειλή, απεναντίας, ήταν ανοιχτή και ευγενική στην τοποθέτηση του άλλου. Πέρα από τα επαγγελματικά, συχνά βρισκόμασταν φίλοι και γνωστοί για φαγητό, κρασάκι και χορό στο σπίτι μου, στο σπίτι της, ή στο σπίτι της Ντιάννας Χαρίλα. Μάλιστα, μια από τις φορές που ήρθε στο σπίτι μου, απολογούμενη μου είπε «*Ξέχασα να ψωνίσω κάτι για την επίσκεψη και έφερα αυτά φεύγοντας από το σπίτι...*» δίνοντάς μου μισό μπουκάλι κρασί που πήρε από το τραπέζι της, ένα ωραίο κερί εσωτερικού χώρου μισοχρησιμοποιημένο και μια καρφίτσα πέτου, που είχε στο κομοδίνο της, για τη γυναίκα μου! Η Μίκα ήταν Μοναδική! Ποτέ δεν μιλούσε για τις κορυφαίες διακρίσεις που έλαβε σε παγκόσμιο επίπεδο. Με τίμησε ιδιαίτερα με τη συνεργασία και τη φιλία της και θα παραμείνει στη μνήμη μου με αγάπη και σεβασμό, ως το ιδανικό πρόσωπο Επιστήμονα, Θεραπευτή και Ανθρώπου!

Θοδωρής Χαλιμούρδας MSc, PhD

Ψυχολόγος ΕΔΙΠ, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Παν/μίου Αθηνών

Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας της Συμπεριφοράς (ΕΕΕΣ)

Μίκα Χαρίτου-Φατούρου

Ο ΒΑΣΑΝΙΣΤΗΣ ΩΣ ΟΡΓΑΝΟ ΤΗΣ ΚΡΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΣΙΑΣ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΒΟΛΕΣ

Μετάφραση: Μαρία Αβαριτσιώτη



UNIVERSITY STUDIO PRESS

PHILIP ZIMBARDO

Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΟΥ ΕΩΣΦΟΡΟΥ

Πώς καλοί άνθρωποι γίνονται κακοί

- Το πείραμα της φυλακής του Stanford
- Οι κακοποιήσεις στη φυλακή Άμπου Γκράμπ και η μεταμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε συνθήκες πίεσης

Μετάφραση
Αγάθη Λακιάτη / Μαρία Φωτοπούλου

Επιστημονική Επιμέλεια
Μίκα Χαρίτου-Φατούρου

UNIVERSITY STUDIO PRESS

Nathan Stoltzfus

Η αντίσταση της καρδιάς



Μετάφραση: Μαρία Αβαριτσιώτη
Επιμέλεια: Μίκα Χαρίτου-Φατούρου

ΟΙ ΜΙΚΤΟΙ ΓΑΜΟΙ
ΚΑΙ Η ΔΙΑΜΑΡΤΥΡΙΑ
ΤΗΣ ΡΟΖΕΝΣΤΡΑΣΣΕ
ΣΤΗ ΝΑΖΙΣΤΙΚΗ
ΓΕΡΜΑΝΙΑ

UNIVERSITY STUDIO PRESS

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Νέες Τάσεις στην Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία

Επιμέλεια:
Μίκα Χαρίτου Φατούρου
Θοδωρής Χαλιμούρδας

ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΓΡΗΓΟΡΗ

Θεραπεία Σχημάτων στην Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας: Αποτελεσματικότητα και διαφορές με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία

Φωτεινή Μαρία Σκαρπαλέζου¹, Ασπασία Νίκα¹

¹ Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών

Αλληλογραφία: Φωτεινή Μαρία Σκαρπαλέζου, Γλάδστωνος 10, Αθήνα, 10677

Email: fotinimarskarpalezou@gmail.com – Τηλ.: 6955734553

Περίληψη

Η Θεραπεία Σχημάτων (ΘΣ – Schema Therapy) αποτελεί επέκταση του γνωσιακού-συμπεριφοριστικού μοντέλου και αναπτύχθηκε κυρίως για τη θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας και άλλων περίπλοκων διαταραχών. Η αποτελεσματικότητά της έχει μελετηθεί εκτενώς για την οριακή διαταραχή προσωπικότητας, όμως περιορισμένη παραμένει η έρευνα που έχει διενεργηθεί για τις υπόλοιπες διαταραχές προσωπικότητας. Οι στόχοι της παρούσας εργασίας είναι δύο, πρώτον, η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της ΘΣ στην Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας (ΑΔΠ – Avoidant Personality Disorder) και, δεύτερον, ο εντοπισμός των διαφορών της με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία (ΓΣΘ – Cognitive Behavioral Therapy). Για τους σκοπούς αυτούς, μελετήθηκαν πέντε έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ΘΣ και εκτενής βιβλιογραφία, η οποία αφορά την παρουσίαση των δύο μοντέλων. Από την ανασκόπηση των ερευνών προκύπτει η αποτελεσματικότητα της ΘΣ στην εξάλειψη των συμπτωμάτων της ΑΔΠ, καθώς και δευτερεύοντα αποτελέσματα όπως η μείωση του άγχους και της κατάθλιψης. Οι στοιχειώδεις διαφορές των δύο μοντέλων εντοπίζονται σε θέματα όπως η ερμηνεία της ΑΔΠ, οι κύριοι μηχανισμοί αλλαγής, οι στόχοι της παρέμβασης, η θεραπευτική σχέση και οι θεραπευτικές τεχνικές. Η φύση των προβλημάτων της ΑΔΠ και των διαταραχών προσωπικότητας γενικότερα φέρνει την παραδοσιακή ΓΣΘ αντιμέτωπη με ποικίλες προκλήσεις, οι οποίες αφορούν κυρίως τη θεραπευτική σχέση και τα όρια, τη συμμόρφωση του ατόμου στη θεραπεία και τη δουλειά για το σπίτι, γεγονός που καθιστά τη ΘΣ ολοένα και πιο δημοφιλή στη θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας.

Λέξεις-κλειδιά: Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία, Θεραπεία Σχημάτων, διαταραχές προσωπικότητας, Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας

1. Εισαγωγή

1.1. Διαταραχές προσωπικότητας

Η προσωπικότητα απαρτίζεται από ένα σύστημα χαρακτηριστικών που αφορούν τη γνωστική, συναισθηματική, συμπεριφορική λειτουργία και τα κίνητρα και αποτυπώνεται στις πράξεις του ατόμου [1]. Όταν τα χαρακτηριστικά αυτά είναι δύσκαμπτα και δυσπροσαρμοστικά σε βαθμό που να προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας ή δυσφορία, τότε συνιστούν διαταραχές προσωπικότητας [2]. Σύμφωνα με το DSM-V^(p848-9) οι διαταραχές προσωπικότητας αφορούν ένα διαρκές πρότυπο εσωτερικής εμπειρίας και συμπεριφοράς, το οποίο παρεκκλίνει σημαντικά από τις προσδοκίες του πολιτισμικού πλαισίου του ατόμου και εκδηλώνεται σε τουλάχιστον δύο από τα εξής πεδία: γνωστική, διαπροσωπική λειτουργία, συναισθηματική έκφραση και έλεγχος των παρορμήσεων. Το πρότυπο εσωτε-

κής εμπειρίας και συμπεριφοράς είναι δύσκαμπτο και διάχυτο σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών και προσωπικών καταστάσεων και προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση και έκπτωση της λειτουργικότητας. Έχει τις απαρχές του στην εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή, είναι σταθερό και μακράς διαρκείας και γι' αυτόν τον λόγο συνήθως είναι εγω-συντονικό και δεν νοείται ως προβληματικό από το άτομο. Οι διαταραχές προσωπικότητας ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες βάσει περιγραφικών ομοιοτήτων. Η Ομάδα Α περιλαμβάνει την Παρανοειδή, τη Σχιζοειδή και τη Σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας και αφορά άτομα που συχνά φαίνονται παράξενα και εκκεντρικά. Η Ομάδα Β περιλαμβάνει την Αντικοινωνική, την Οριακή, την Ιστριονική και τη Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας και αφορά δραματικά, συναισθηματικά και ασταθή άτομα. Τέλος, η Ομάδα Γ περιλαμβάνει την Αποφευκτική, την Εξαρ-

τητική και την Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας και αναφέρεται σε άτομα που συχνά παρουσιάζονται αγχώδη και φοβισμένα.

1.2. Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας

Η Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας (ΑΔΠ – Avoidant Personality Disorder) χαρακτηρίζεται από ένα διάχυτο πρότυπο κοινωνικής αναστολής, συναισθημάτων ανεπάρκειας και υπερευαίσθησίας στην αρνητική αξιολόγηση, με έναρξη στην πρώιμη ενήλικη ζωή και παρουσία σε ποικίλα πλαίσια. Το εξέχον πρόβλημα που συνδέεται με την ΑΔΠ αφορά την κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα. Τα άτομα με ΑΔΠ αποφεύγουν επαγγελματικές δραστηριότητες που περιλαμβάνουν σημαντική διαπροσωπική επαφή λόγω χαμηλής αυτοεκτίμησης, φόβου κριτικής, αποδοκιμασίας ή απόρριψης. Όσον αφορά τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, περιορίζονται σε στενές φιλίες, καθώς φοβούνται πως θα ντροπιαστούν ή θα γελοιοποιηθούν και αποφεύγουν να σχετιστούν με άλλα άτομα, αν δεν είναι βέβαιο πως θα γίνουν αρεστά. Αυτοί οι φόβοι επηρεάζουν αρνητικά τη συμπεριφορά τους, η οποία με τη σειρά της μπορεί να γίνει αντικείμενο χλευασμού από τους άλλους, γεγονός που επιβεβαιώνει τις αντιλήψεις για την αυτοεικόνα τους. Στον γνωσιακό τομέα συγκαταλέγονται: η έντονη ενασχόληση με την ιδέα της κριτικής ή απόρριψης, αισθήματα ανεπάρκειας, στα οποία οφείλεται η κοινωνική αναστολή που επιδεικνύουν σε νέες διαπροσωπικές καταστάσεις και η εικόνα του εαυτού ως κοινωνικά ανόητο, μη ελκυστικό, και κατώτερο. Σε ό,τι αφορά το συμπεριφορικό κομμάτι, διστάζουν να πάρουν πρωτοβουλίες, ρίσκα ή να συμμετάσχουν σε νέες δραστηριότητες υπό τον φόβο μήπως γίνει εμφανής η αμηχανία τους. Συνήθως περιγράφονται από τους άλλους ως ντροπαλοί, συνεσταλμένοι, μοναχικοί και απομονωμένοι [2].

Αν και η διαταραχή εμφανίζεται στην αρχή της ενήλικης ζωής, η αποφευκτική συμπεριφορά συχνά έχει τη βάση της στη βρεφική ή παιδική ηλικία, κατά την οποία το παιδί φαίνεται ντροπαλό, απομονωμένο και εκδηλώνει φόβο για άγνωστα πρόσωπα και νέες καταστάσεις. Τα χαρακτηριστικά αυτά εντείνονται στην εφηβεία και στην πρώιμη ενήλικη ζωή, όπου οι κοινωνικές σχέσεις καθίστανται πιο σημαντικές. Η ΑΔΠ εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα σε άνδρες και γυναίκες και σε ποσοστό 2,4% του γενικού πληθυσμού. Συχνά παρουσιάζει συννοσηρότητα με την εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας, καθώς τα άτομα προσκολλώνται και εξαρτώνται από τα λιγοστά φιλικά τους άτομα, την οριακή διαταραχή προσωπικότητας και τις διαταραχές προσωπικότητας της Ομάδας Α. Τέλος, μπορεί να υπάρξει συννοσηρότητα με κατάθλιψη, διπολικές και αγχώδεις διαταραχές, ιδίως με κοινωνική φοβία [2].

Η ΑΔΠ συγκλίνει σε αρκετά σημεία με κάποιες αγχώδεις διαταραχές και άλλες διαταραχές προσωπικότητας. Ως προς τις αγχώδεις διαταραχές, παρουσιάζει ομοιότητες με την κοινωνική φοβία και τη διαταραχή πανικού. Η διαφοροδιάγνωση συνίσταται στο γεγονός πως τα άτομα με κοινωνική φοβία εκδηλώνουν άγχος σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις, παραδείγματος χάριν, όταν πρόκειται να μιλήσουν μπροστά σε μεγάλο κοινό, ενώ στα άτομα με ΑΔΠ το κοινωνικό άγχος φαίνεται να είναι πιο βαθιά ριζωμένο, γι' αυτό και σχετίζεται με ένα πιο ευρύ φάσμα κοινωνικών καταστάσεων με προεξέχουσες τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις [3, 4]. Η στοιχειώδης διαφορά με τη διαταραχή πανικού έγκειται στον ρόλο της

αποφυγής. Στη διαταραχή πανικού η αποφυγή εστιάζεται σε καταστάσεις που δύνανται να προκαλέσουν μια κρίση πανικού, ενώ στην ΑΔΠ σε καταστάσεις που μπορούν να οδηγήσουν σε κριτική ή κοινωνική απόρριψη [3]. Κάποιες από τις διαταραχές προσωπικότητας που συχνά συγχέονται με την ΑΔΠ είναι η εξαρτητική, η σχιζοειδής, η σχιζοτυπη και η παρανοειδής. Το κοινό στοιχείο μεταξύ ΑΔΠ και εξαρτητικής είναι η διαστρεβλωμένη αντίληψη εαυτού, καθώς και στις δύο διαταραχές τα άτομα διακατέχονται από αισθήματα ανεπάρκειας. Η ειδοποιός διαφορά εντοπίζεται στην αντίληψη των απόμων για τους άλλους ανθρώπους. Συγκεκριμένα, τα άτομα με ΑΔΠ θεωρούν πως οι άλλοι θα τους κρίνουν και θα τους απορρίψουν, σε αντίθεση με τα άτομα με εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας τα οποία πιστεύουν πως οι άλλοι είναι δυνατοί και ικανοί να τους φροντίσουν. Γι' αυτό και οι πρώτοι φοβούνται τις στενές σχέσεις και αισθάνονται ευάλωτοι μέσα σε αυτές, ενώ οι δεύτεροι τις αναζητούν και αισθάνονται άνετα καλύπτοντας την ανάγκη τους για φροντίδα. Το κοινό χαρακτηριστικό της ΑΔΠ με τις διαταραχές προσωπικότητας της Ομάδας Α είναι η κοινωνική απομόνωση. Η διαφοροδιάγνωση στηρίζεται στον λόγο που επιλέγουν αυτά τα άτομα να απομονωθούν. Η διαφορά ανάμεσα στα άτομα με ΑΔΠ και άτομα με σχιζοειδή και σχιζοτυπη διαταραχή προσωπικότητας είναι πως αυτά τα άτομα αδιαφορούν για τις διαπροσωπικές σχέσεις, σε αντίθεση με τα άτομα με ΑΔΠ, τα οποία επιθυμούν τη σύναψη σχέσεων αλλά φοβούνται την κριτική και την απόρριψη [3]. Τέλος, στην παρανοειδή διαταραχή προσωπικότητας, τα άτομα είναι απρόθυμα να εμπιστευτούν τους άλλους, όχι όμως από φόβο απόρριψης, αλλά από φόβο κακόβουλης θέλησης των άλλων προς το πρόσωπό τους [2].

1.3. Η Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεωρία για τις διαταραχές προσωπικότητας και την ΑΔΠ

Η Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεωρία αντιλαμβάνεται τις διαταραχές προσωπικότητας στη βάση δύο εννοιών, τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και τις δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές. Οι δύο αυτές έννοιες προκύπτουν από την αλληλεπίδραση της γενετικής προδιάθεσης του ατόμου με την επιρροή των σημαντικών άλλων και την έκθεση σε τραυματικά γεγονότα [5]. Ο Beck [3] αρχικά εξηγεί τις διαταραχές προσωπικότητας από εξελικτική σκοπιά τονίζοντας με αυτόν τον τρόπο τον ρόλο της γενετικής προδιάθεσης. Αναφέρει, λοιπόν, γενετικά προκαθορισμένες στρατηγικές συμπεριφοράς οι οποίες κάποτε συνέβαλαν στην επιβίωση και διαίωνιση του ατόμου, όμως σήμερα δεν συνάδουν με τους κανόνες της κοινωνίας [3]. Η αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον έχει ως απόρροια την παγίωση συγκεκριμένων συμπεριφορικών μοτίβων, τα λεγόμενα προσωπικά χαρακτηριστικά [3]. Τα άτομα με διαταραχή προσωπικότητας τείνουν να εμφανίζουν συστηματικά και σε υπερβολικό βαθμό συμπεριφορικές στρατηγικές που κάποτε μπορεί να ήταν λειτουργικές, αλλά τώρα δεν είναι κατάλληλες με βάση τις κοινωνικές νόρμες και τις χρησιμοποιούν με άκαμπτο και καταναγκαστικό τρόπο [6]. Με άλλα λόγια, κάποιες δυσλειτουργικές συμπεριφορικές στρατηγικές υπεραναπτύσσονται εις βάρος άλλων πιο λειτουργικών [3]. Κεντρικό ρόλο στη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεωρία διαδραματίζει η έννοια του σχήματος, ως ένα σταθερό γνωστικό πρότυπο που αποτελεί τη βάση για την ερμηνεία των γεγονότων. Τα σχήματα εμπεριέχουν αντιλήψεις για τους άλλους και

για τον εαυτό και ανάλογα με τον βαθμό ενεργοποίησής τους διακρίνονται σε υπερσθεναρά και λανθάνοντα [3, 5]. Στις διαταραχές προσωπικότητας ενεργοποιείται ένα δυσλειτουργικό σχήμα, το οποίο εμποδίζει την ενεργοποίηση ενός άλλου που πιθανώς θα ήταν πιο λειτουργικό για μια δεδομένη κατάσταση. Το δυσλειτουργικό σχήμα, που είναι υπερσθεναρό επηρεάζει την επεξεργασία πληροφοριών και μέσω των γνωσιακών διαστρεβλώσεων, ασαφή ή ασήμαντα ερεθίσματα ερμηνεύονται ως σχετικά με το περιεχόμενο του σχήματος, επιβεβαιώνοντας και διαιωνίζοντας με αυτόν τον τρόπο το σχήμα [3]. Ο Turner συμπληρώνει πως στις διαταραχές προσωπικότητας κεντρικό ρόλο κατέχει το σχήμα εαυτού. Το άτομο, αλληλοεπιδρώντας με το περιβάλλον, επεξεργάζεται πληροφορίες και συναισθήματα τα οποία συντελούν στη διαμόρφωση εικόνας εαυτού. Στις διαταραχές προσωπικότητας, τα σχήματα εαυτού είχαν προσαρμοστικό ρόλο σε δύσκολες πρώιμες καταστάσεις, αλλά αργότερα καθίστανται δυσλειτουργικά. Όσο πιο άκαμπτες πεποιθήσεις έχει το άτομο για τον εαυτό και τους άλλους, τόσο πιο άκαμπτες είναι οι διαπροσωπικές συμπεριφορές του και ως συνέπεια λαμβάνει παρόμοιες απαντήσεις από το περιβάλλον του, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο που διαιωνίζει το σχήμα του [7].

Στη μεταγενέστερη διατύπωση της θεωρίας του, ο Beck εισάγει την έννοια των τρόπων λειτουργίας, οι οποίοι μαζί με τα σχήματα συγκροτούν την προσωπικότητα και συνδράμουν στον τρόπο που το άτομο νοηματοδοτεί και απαντά στα ερεθίσματα [8]. Οι τρόποι λειτουργίας αποτελούν ένα δίκτυο γνωσιακών, συναισθηματικών, κινητοποιητικών και συμπεριφορικών συστημάτων τα οποία έχουν και το αντίστοιχο σχήμα. Το κάθε σύστημα μπορεί να έχει διαφορετική λειτουργία, όμως όλα ενεργοποιούνται ταυτόχρονα. Όταν ένα ερέθισμα εμφανίζεται στο περιβάλλον, το σχήμα προσανατολισμού (αφορά το πρώτο στάδιο επεξεργασίας των πληροφοριών κατά το οποίο λαμβάνει χώρα η αρχική αναγνώριση του ερεθίσματος) είναι υπεύθυνο για την αρχική νοηματοδότησή του και την ενεργοποίηση των υπόλοιπων συστημάτων, τα οποία μαζί με τα αντίστοιχα σχήματα και το σύστημα συνειδητού ελέγχου (απαρτίζεται από πιο συνειδητές επιθυμίες και αξίες και αφορά μια μεταγνωσιακή λειτουργία η οποία οδηγεί σε δευτερογενή εκτίμηση του ερεθίσματος) έχουν ως απόρροια γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις [3, 8]. Το σύστημα συνειδητού ελέγχου βασίζεται στις πεποιθήσεις του ατόμου και σε συνδυασμό με το σύστημα κινητοποίησης (κινητοποίηση του οργανισμού για δράση ή απραξία) αναστέλλει τις παρορμήσεις [3].

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται το γνωσιακό προφίλ για την ΑΔΠ βάσει των κεντρικών εννοιών της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής θεωρίας [3, 5].

Πίνακας 1. Γνωσιακό Προφίλ Αποφενκτικής Διαταραχής Προσωπικότητας

Παιδικές εμπειρίες	Απόρριψη, επίκριση από σημαντικούς άλλους
Εικόνα εαυτού	Κοινωνικά ανίκανος, όχι ικανός για ανταγωνισμό σε επαγγελματικές ή ακαδημαϊκές συνθήκες, ευάλωτος στην υποτίμηση και απόρριψη
Εικόνα άλλων	Επικριτικοί, υποτιμητικοί, ανώτεροι χωρίς ενδιαφέρον για τον ίδιο
Πεποιθήσεις	«Δεν είμαι καλός», «Αν με γνωρίσει κάποιος, θα δει πώς είμαι πραγματικά και θα με εγκαταλείψει»
Φόβος	Να ανακαλυφθούν ως «απάτη», να απορριφθούν, να εξευτελισθούν
Υπερανπτυγμένες στρατηγικές	Κοινωνική ευαλωτότητα, αποφυγή, αναστολή
Υποαναπτυγμένες στρατηγικές	Αυτοπεποίθηση
Συναίσθημα	Δυσφορία, άγχος

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 1, μια από τις επικρατέστερες στρατηγικές της ΑΔΠ είναι η αποφυγή, την οποία τα άτομα χρησιμοποιούν σε όλα τα επίπεδα. Συγκεκριμένα, σε κοινωνικό επίπεδο αποφεύγουν καταστάσεις στις οποίες οι άλλοι μπορούν να ανακαλύψουν τον «πραγματικό» τους εαυτό. Σε συμπεριφορικό επίπεδο, αποφεύγουν καταστάσεις που μπορεί να φέρουν στην επιφάνεια σκέψεις που τους κάνουν να νιώθουν άβολα. Επιδεικνύουν, επίσης, γνωσιακή αποφυγή, δηλαδή αποφεύγουν να αναγνωρίσουν δυσάρεστες σκέψεις και πεποιθήσεις, γεγονός που στη θεραπεία καθιστά δύσκολη την ολοκλήρωση των εργασιών για το σπίτι. Εξαιτίας της μειωμένης ανοχής στη δυσφορία καθίστανται πιο επιρρεπείς στη χρήση ουσιών, η οποία τους βοηθά να μην έρχονται σε επαφή με δυσάρεστες σκέψεις και συναισθήματα. Επιπροσθέτως, αναπτύσσουν πολύ αυστηρό σύστημα συνειδητού ελέγχου, παρακολουθώντας και αξιολογώντας συνεχώς τον εαυτό τους, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν υψηλό βαθμό αναστολής. Τέλος, λόγω της μειωμένης ανοχής σε αρνητικά συναισθήματα και στην ευαισθησία στην αποτυχία και την απόρριψη, έχουν χαμηλές προσδοκίες και απέχουν από καταστάσεις, επιβεβαιώνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τα σχήματά τους. Συχνά αισθάνονται δυσαρεστημένοι με την επικρατούσα κατάστασή τους, αλλά ταυτόχρονα νιώθουν ανήμποροι να την αλλάξουν. Συνήθως έρχονται στη θεραπεία με τα εξής αιτήματα: κατάθλιψη, άγχος, χρήση ουσιών, διαταραχές ύπνου, ψυχοσωματικές διαταραχές, παράπονα σχετικά με στρες [3, 5].

1.4. Θεραπεία Σχημάτων

Συχνά, πολλοί ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας και χαρακτηριστικά προβλήματα δεν καταφέρνουν να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις παραδοσιακές γνωσιακές-συμπεριφοριστικές θεραπείες [3]. Ως εκ τούτου, ο Jeffrey Young, μαθητής του Beck, ένωσε την ανάγκη για την ανάπτυξη της ΘΣ ως επέκταση στο μοντέλο του Beck για δύσκολες περιπτώσεις, όπως οι διαταραχές προσωπικότητας και οι χρόνιες διαταραχές, λόγω χάριν, διαταραχές διάθεσης και αγχώδεις διαταρα-

χές που είναι ανθεκτικές στη θεραπεία [9, 10]. Η ΘΣ ενσωματώνει στοιχεία από τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεωρία, τη θεωρία δεσμού, την Gestalt, τις αντικειμενόμενες σχέσεις, την ψυχανάλυση και τον κονστρουκτιβισμό και χρησιμοποιεί γνωσιακές, συμπεριφορικές, βιωματικές και σχεσιακές τεχνικές [9, 11]. Βασική παραδοχή της θεωρίας αυτής είναι πως η ρίζα των παρόντων προβλημάτων ανιχνεύεται σε τραυματικές εμπειρίες της παιδικής και εφηβικής ηλικίας και στη ματαίωση των βασικών συναισθηματικών αναγκών, οι οποίες σε συνδυασμό με βιολογικούς και πολιτισμικούς παράγοντες οδήγησαν στη διαμόρφωση πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων (ΠΔΣ) και δυσπροσαρμοστικών τρόπων αντιμετώπισης [12]. Στόχος της θεραπείας είναι η κατανόηση των βασικών συναισθηματικών αναγκών, η σύνδεση των παρόντων προβλημάτων με το παρελθόν και η αναγνώρισή τους ως δυστονικά του «εγώ» και η ενίσχυση των μοτίβων του θεραπευόμενου με πιο προσαρμοστικούς τρόπους ικανοποίησης των βασικών του αναγκών, η οποία επιτυγχάνεται μέσω της αλλαγής σε μακροχρόνια γνωσιακά, συναισθηματικά και διαπροσωπικά μοτίβα [9, 11, 12]. Ιδιαίτερη έμφαση αποδίδεται στη θεραπευτική σχέση, η οποία λειτουργεί σαν διορθωτική εμπειρία, όπου μέσω της διορθωτικής γονικής στάσης, ο θεραπευτής καλύπτει μερικώς και εντός θεραπευτικού πλαισίου τις βασικές συναισθηματικές ανάγκες του θεραπευόμενου [12].

Κεντρική έννοια της ΘΣ, στην οποία οφείλεται και το όνομά της, είναι το σχήμα [12]. Στον πυρήνα της παθολογίας της

προσωπικότητας βρίσκονται τα ΠΔΣ τα οποία ορίζονται από τον Young ως ένα ευρύ, διάχυτο μοτίβο αποτελούμενο από μνήμες, συναισθήματα, γνώσεις και σωματικές αισθήσεις που αφορούν τον εαυτό και τους άλλους [9, 12, 13]. Οι ρίζες τους ανιχνεύονται σε αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, ένας εκ των οποίων είναι οι τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία. Επιπροσθέτως, τα ΠΔΣ είναι συνδεδεμένα με αναπτυξιακά στάδια της προσωπικότητας τα οποία αφορούν και τις βασικές συναισθηματικές ανάγκες [6]. Για τη ΘΣ, οι ανάγκες αυτές θεωρούνται ύψιστης σημασίας, αποτελούν αυτονόητο δικαίωμα και απαραίτητη προϋπόθεση για την ψυχική υγεία [12]. Έχουν διατυπωθεί πέντε πυρηνικές συναισθηματικές ανάγκες οι οποίες έχουν σχέση με τους ασφαλείς δεσμούς, συμπεριλαμβανομένων της ασφάλειας, της σταθερότητας, της φροντίδας και της αποδοχής, την αυτονομία και αίσθηση ταυτότητας, την ελευθερία έκφρασης ζωτικών αναγκών και συναισθημάτων, τον αυθορμητισμό και το παιχνίδι και τα ρεαλιστικά όρια με τον αυτοέλεγχο [9]. Σε αντιστοιχία με τις πυρηνικές ανάγκες έχουν ομαδοποιηθεί 18 ΠΔΣ σε πέντε κατηγορίες (βλ. Πίνακα 2) [12, 14]. Επομένως, η μη επιτυχής κάλυψη των βασικών συναισθηματικών αναγκών από τους γονείς συνιστά μία από τις αιτίες διαμόρφωσης των ΠΔΣ. Επιπλέον παράγοντες είναι η απουσία ορίων και η επιλεκτική εσωτερίκευση και ταύτιση με τους σημαντικούς άλλους. Όλα αυτά σε αλληλεπίδραση με την ιδιοσυγκρασία και το πολιτισμικό πλαίσιο του ατόμου έχουν ως συνέπεια τη διαμόρφωση των ΠΔΣ [12].

Πίνακας 2. Κατηγορίες πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων

Αποσύνδεση/Απόρριψη	Ανεπαρκής αυτονομία/ Απόδοση	Ανεπαρκή όρια	Προσανατολισμός στους άλλους	Υπερεπαγρύπνηση/ Αναστολή
Εγκατάλειψη/Αστάθεια	Εξάρτηση/ Ανικανότητα	Αυτονόητο δικαίωμα/ Μεγαλομανία	Υποτακτικότητα	Αρνητισμός/ Απαισιοδοξία
Κακοποίηση	Ευαλωτότητα σε βλάβη ή ασθένεια	Ανεπαρκής αυτοέλεγχος/ Αυτοπειθαρχία	Αυτοθυσία	Συναισθηματική αναστολή
Συναισθηματική στέρηση	Υπερεμπλοκή/ Ελλειμματικός εαυτός		Αναζήτηση επιδοκμασίας/ Αναγνώρισης	Ανελαστικά πρότυπα/ Υπερβολική επικριτικότητα
Ελαττωματικότητα/ Ντροπή	Αποτυχία			Τιμωρητικότητα
Κοινωνική απομόνωση/ Αποξένωση				

Τα ΠΔΣ επηρεάζουν την αντίληψη, το συναίσθημα, τις συμπεριφορές, τη διαπροσωπική αλληλεπίδραση και παλεύουν να επιβιώσουν. Οι δυσλειτουργικές συμπεριφορές δεν νοούνται ως μέρος του σχήματος, αλλά ως λογικές αντιδράσεις στο σχήμα [12]. Κατά την ενεργοποίηση του σχήματος, προκειμένου να αντέξουν τα αρνητικά συναισθήματα, τα άτομα καταφεύγουν σε ορισμένους τρόπους αντιμετώπισης, οι οποίοι αποδείχθηκαν αποτελεσματικοί στην παιδική ηλικία, ως υγιείς μηχανισμοί επιβίωσης, όμως στην ενήλικη ζωή καθίστανται δυσλειτουργικοί, καθώς συμβάλλουν στη διακρίση των σχημάτων [9]. Υπάρχουν τρεις τρόποι αντιμετώπισης, η παράδοση, η αποφυγή και η υπεραναπλήρωση του σχήματος. Κατά την παράδοση στο σχήμα, το άτομο αποδέχεται την ισχύ του σχήματος και λειτουργεί με

τρόπους που την επιβεβαιώνουν. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού του τρόπου αντιμετώπισης είναι η επιλογή συντρόφων που φέρονται στο άτομο με τον ίδιο τρόπο που το αντιμετώπιζε ο γονέας. Στην αποφυγή, το άτομο επιλέγει καταστάσεις που δεν ενεργοποιούν ποτέ το σχήμα και τείνει να μπλοκάρει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις εικόνες που δύνανται να το αφυπνίσουν. Τέλος, όσον αφορά την υπεραναπλήρωση, εδώ η αντίδραση του ατόμου σε γνωσιακό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο μοιάζει σαν να υποστηρίζει το αντίθετο από αυτό που δηλώνει το σχήμα. Πρόκειται για μια προσπάθεια του ατόμου να είναι διαφορετικό από το παιδί που ήταν όταν εδραιώθηκε το σχήμα. Για παράδειγμα, αν ένιωθε ανίκανο ως παιδί και έχει διαμορφώσει το σχήμα αποτυχίας, ως ενήλικας

στην προσπάθεια υπεραναπλήρωσης του σχήματος θα προσπαθεί συνεχώς να είναι τέλειος [9].

Σε αυτό το σημείο είναι αξιοσημείωτη η διάκριση μεταξύ των τρόπων αντιμετώπισης (coping styles) και των στρατηγικών αντιμετώπισης (coping responses). Οι πρώτοι αφορούν ένα μόνιμο χαρακτηριστικό, ενώ οι δεύτεροι ένα παροδικό. Με άλλα λόγια, οι στρατηγικές αντιμετώπισης αποτελούν εξειδικευμένες συμπεριφορές μέσω των οποίων εκφράζονται οι τρεις τρόποι αντιμετώπισης [9]. Παραδείγματος χάριν, η αποφυγή του σχήματος μπορεί να εκδηλωθεί με μια σειρά από αποφευκτικές αντιδράσεις, όπως αποφυγή σχέσεων, απόμων ή καταστάσεων που μπορεί να ενεργοποιήσουν το σχήμα, ή χρήση ουσιών με σκοπό να μην έρθουν στην επιφάνεια δυσφορικά συναισθήματα [12].

Τα άτομα με διαταραχές προσωπικότητας έχουν συνήθως έναν κυρίαρχο τρόπο αντιμετώπισης, όπως, για παράδειγμα, στην ΑΔΠ πρωτεύοντα ρόλο έχει η αποφυγή του σχήματος [12]. Ωστόσο, οι περισσότεροι άνθρωποι χρησιμοποιούν περισσότερους από έναν τρόπους σε διαφορετικές καταστάσεις και στην πορεία της ζωής τους [9, 12]. Η ενσωμάτωση των τρόπων αντιμετώπισης στη θεωρία σχημάτων αποτελεί μια από τις σημαντικότερες διαφορές της σε σύγκριση με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεωρία, καθώς με αυτόν τον τρόπο εξηγείται η διαφορά στη συμπεριφορά απόμων με το ίδιο σχήμα. Ενώ οι παραδοσιακές γνωσιακές-συμπεριφοριστικές θεωρίες ανάγουν αυτή τη διαφορά στις πυρηνικές πεποιθήσεις, η θεωρία σχημάτων την αποδίδει στους τρόπους αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί το κάθε άτομο. Στη θεωρία σχημάτων λοιπόν, τα ΠΔΣ σε συνδυασμό με τους τρόπους αντιμετώπισης συνιστούν τον εννοιολογικό πυρήνα των διαταραχών προσωπικότητας [12].

Σημαντική προσθήκη στη θεωρία σχημάτων αποτελεί η έννοια των τρόπων λειτουργίας (modes). Η έννοια αυτή αναφέρεται σε μια παροδική συναισθηματική κατάσταση την οποία απαρτίζουν γνώσεις, συναισθήματα, σχήματα και τρόποι αντιμετώπισης που ενεργοποιούνται σε μια δεδομένη χρονική στιγμή [9, 12]. Δύναται να υπάρχει γρήγορη εναλλαγή, ή συνύπαρξη περισσότερων του ενός τρόπου λειτουργίας, ανάλογα με την υφιστάμενη συνθήκη, παρ' όλα αυτά, τα άτομα διατηρούν μια συνεκτική εικόνα εαυτού [12]. Ορισμένες διαταραχές προσωπικότητας, όπως η οριακή και η αποφευκτική χαρακτηρίζονται από ξαφνικές και απότομες εναλλαγές τρόπων λειτουργίας, ενώ άλλες, όπως η ιδεοψυχαναγκαστική παρουσιάζουν μεγαλύτερη ακαμψία [15]. Ο Young αναφέρει τέσσερις κατηγορίες τρόπων λειτουργίας [9]. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τους τρόπους λειτουργίας του παιδιού (Ευάλωτο, Θυμωμένο, Παρορμητικό/Απείθαρχο, Χαρούμενο Παιδί) και χαρακτηρίζεται από παλινδρόμηση σε έντονες παιδικές συναισθηματικές καταστάσεις [15]. Στη δεύτερη κατηγορία συγκαταλέγονται οι δυσλειτουργικοί τρόποι λειτουργίας (Πειθήνιος, Αποστασιοποιημένος Προστάτης, Υπεραναπληρωτής), οι οποίοι αντιπροσωπεύουν στρατηγικές αντιμετώπισης του ατόμου στο δύσκολο παιδικό περιβάλλον [9]. Η τρίτη κατηγορία αφορά τρόπους λειτουργίας δυσλειτουργικού γονέα (Τιμωρητικός/Επικριτικός, Απαιτητικός), δηλαδή εσωτερικεύσεις των τρόπων αντιμετώπισης των γονέων [12]. Η τελευταία κατηγορία αφορά τον τρόπο λειτουργίας του υγιούς ενήλικα, ο οποίος είναι ικανός, δυνατός και λειτουργικός. Ορισμένα άτομα με διαταραχές προσωπικότητας έχουν κάποια εκδοχή του υγιούς ενήλικα, αλλά όχι σε απόλυτα αποτελεσματικό βαθμό. Ένας από τους βασικούς στόχους της θεραπείας σχημάτων είναι η

ανάπτυξη και η ενδυνάμωση του υγιούς ενήλικα, ο οποίος θα καλύψει με λειτουργικούς τρόπους τις βασικές ανάγκες του ατόμου και θα χαλιναγωγήσει τους υπόλοιπους τρόπους λειτουργίας [9, 12].

1.5. Η θεωρία σχημάτων για τις διαταραχές προσωπικότητας και την ΑΔΠ

Η θεωρία σχημάτων εντοπίζει στον πυρήνα των διαταραχών προσωπικότητας τα ΠΔΣ και αντιλαμβάνεται τα συμπεριφορικά στερεότυπα του DSM πρωτίστως ως αντιδράσεις σε αυτά [9]. Με άλλα λόγια, τα συμπτώματα των διαταραχών προσωπικότητας είναι ο τρόπος που αντιδρά το άτομο όταν ενεργοποιείται ένα σχήμα και η προσπάθειά του να διαχειριστεί τα δυσφορικά συναισθήματα που έχει ως απόρροια η ενεργοποίησή του. Τα άτομα με διαταραχές προσωπικότητας έχουν πιο άκαμπτα και βαθιά ριζωμένα σχήματα από τους ασθενείς με διαταραχές στον Άξονα Ι, καθώς αναπτύχθηκαν ως απάντηση σε τραυματικές παιδικές εμπειρίες και τους συντροφεύουν σε όλη τους τη ζωή, διαδραματίζοντας πρωτεύοντα ρόλο στην αίσθηση της ταυτότητάς τους [9]. Όσο δυσλειτουργικό και αν είναι το σχήμα, προσφέρει ασφάλεια και προβλεψιμότητα, με αποτέλεσμα το άτομο όχι μόνο να δυσκολεύεται να το εγκαταλείψει, αλλά και να λειτουργεί με τέτοιο τρόπο ώστε να επιλέγει καταστάσεις προς επιβεβαίωση και διαιώνισή του [9, 12]. Συγκεκριμένες διαταραχές προσωπικότητας επιλέγουν κάποιους από τους τρεις τρόπους αντιμετώπισης (παράδοση, αποφυγή, υπεραναπλήρωση) και συγκεκριμένους τρόπους λειτουργίας κάθε φορά που ενεργοποιείται το σχήμα τους [9].

Σύμφωνα με έρευνες, στην ΑΔΠ έχουν βρεθεί κυρίαρχα τα εξής σχήματα: Ελαττωματικότητα/Ντροπή, Εγκατάλειψη/Ασάθεια, Υποτακτικότητα, Συναισθηματική Αναστολή και Εξάρτηση/Ανικανότητα [16, 17]. Ο Lobbstaël και οι συνεργάτες του, σε έρευνά τους για τη σχέση μεταξύ παιδικών εμπειριών και διαταραχών προσωπικότητας, εντόπισαν υψηλή συσχέτιση της ΑΔΠ με συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία [18]. Θα μπορούσαμε, λοιπόν, να ισχυριστούμε πως η πιθανή συναισθηματική κακοποίηση από τους γονείς είναι ένας από τους παράγοντες που μπορούν να εξηγήσουν την ανάπτυξη των δυσλειτουργικών σχημάτων της ΑΔΠ. Τα άτομα αυτά βλέπουν τον εαυτό τους ως ανεπαρκή, κατώτερο, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και χρησιμοποιούν ως κυρίαρχη στρατηγική αντιμετώπισης την αποφυγή. Αποφεύγουν, συνεπώς, μια ευρεία γκάμα καταστάσεων μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η λήψη αποφάσεων, η βίωση θετικών, αρνητικών συναισθημάτων και σωματικών αισθήσεων και η ανάληψη ρίσκων [19]. Όσον αφορά τους τρόπους λειτουργίας, έχει βρεθεί πως τα άτομα με ΑΔΠ χρησιμοποιούν έξι από τους τρόπους λειτουργίας που προτείνει ο Young. Στον πυρήνα του προβλήματος βρίσκεται το Μοναχικό/Ελαττωματικό και το Εγκαταλελειμμένο/Κακοποιημένο Παιδί, τα οποία αντιπροσωπεύουν τη συναισθηματική κατάσταση την οποία το άτομο προσπαθεί να αποφύγει και νιώθει ξανά όπως και στην παιδική του ηλικία [19]. Υπάρχει επίσης ο Αποφευκτικός Προστάτης, ο οποίος οδηγεί το άτομο σε περιστασιακή αποφυγή, και ο Αποστασιοποιημένος Προστάτης, ο οποίος λειτουργεί κρατώντας το άτομο σε απόσταση από τις εσωτερικές ανάγκες, συναισθήματα, σκέψεις και τη συναισθηματική σύνδεση με άλλους ανθρώπους. Αναφορικά με τους τρόπους λειτουργίας του γονέα, κυριαρχεί ο Τιμωρητικός Γονέας, αντιπροσωπεύοντας τη συναισθηματική

κακοποίηση που βίωσαν τα άτομα ως παιδιά [15, 20]. Τέλος, ο Arntz συμπληρώνει και τον Υποχωρητικό Προστάτη, ο οποίος συμμορφώνεται με τις επιθυμίες των άλλων [19].

Καθίσταται, επομένως, σαφές πως η ΑΔΠ αποτελεί μια ιδιόζουσα διαταραχή προσωπικότητας, με βαθιά ριζωμένα σχήματα, τα οποία συντελούν στην εικόνα εαυτού του ατόμου [7, 9], επηρεάζοντας με αυτόν τον τρόπο τη συμπεριφορά του [7, 8, 9]. Μέχρι εδώ παρουσιάστηκαν οι κεντρικοί ορισμοί της ΓΣΘ και της ΘΣ και το εννοιολογικό πλαίσιο με βάση το οποίο ορίζει η κάθε θεωρία την ΑΔΠ.

2. Μέθοδος

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της ΘΣ, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς της και η σύγκρισή της με τη ΓΣΘ ως προς την παρέμβαση στην ΑΔΠ. Για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας μελετήθηκαν πέντε άρθρα τα οποία ανακτήθηκαν από τις ηλεκτρονικές ιστοσελίδες Google Scholar και PubMed. Οι λέξεις-κλειδιά για την αναζήτηση ήταν: «θεραπεία σχημάτων», «αποφενκτική διαταραχή προσωπικότητας», «Ομάδα Γ», «διαταραχές προσωπικότητας». Στα άρθρα αυτά οι ερευνητές μελέτησαν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας σχημάτων στην ΑΔΠ ή στην Ομάδα Γ των διαταραχών προσωπικότητας. Επειδή το παρόν θέμα αποτελεί ένα ζήτημα που δεν έχει διερευνηθεί τόσο, τα κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού άρθρων που τέθηκαν δεν ήταν τόσο αυστηρά. Τα κριτήρια συμπερίλη-

ψης μελετών ήταν το δείγμα με κύρια διάγνωση την ΑΔΠ και η εφαρμογή ατομικής παρέμβασης. Ωστόσο, λόγω της μη εκτενούς βιβλιογραφίας που μόλις προαναφέρθηκε, συμπεριλήφθηκαν και άρθρα στα οποία μεταξύ των ατόμων που μελετήθηκαν υπήρχαν και άτομα με άλλες διαταραχές προσωπικότητας, καθώς και έρευνες στις οποίες εφαρμόστηκε ομαδική παρέμβαση. Για τη σύγκριση της θεραπείας σχημάτων με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία μελετήθηκε βιβλιογραφία η οποία αντλήθηκε από τις ηλεκτρονικές ιστοσελίδες Google Scholar και PubMed και από τη βιβλιοθήκη της Εταιρείας Γνωσιακών και Συμπεριφοριστικών Σπουδών. Τις λέξεις-κλειδιά αποτέλεσαν οι εξής φράσεις: «θεωρία σχημάτων», «θεραπεία σχημάτων», «γνωσιακή θεωρία», «γνωσιακή συμπεριφοριστική θεωρία», «γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία», «διαταραχές προσωπικότητας», «Ομάδα Γ», «αποφενκτική διαταραχή προσωπικότητας».

3. Αποτελέσματα

3.1. Αποτελεσματικότητα της ΘΣ στην ΑΔΠ

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της ΘΣ, παρά την εκτενή διερεύνησή της στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας, περιορισμένη παραμένει η έρευνα που έχει διενεργηθεί για την ΑΔΠ [21]. Στην παρούσα ανασκόπηση, μελετήθηκαν πέντε έρευνες στις οποίες διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα της ΘΣ σε πληθυσμό με ΑΔΠ, τα αποτελέσματα των οποίων παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3. Ανασκόπηση ερευνών για αποτελεσματικότητα της ΘΣ στην ΑΔΠ

Χώρα διεξαγωγής	Περίοδος παρέμβασης και follow up	Συμμετέχοντες/ Ερευνητικός σχεδιασμός/ Είδος θεραπείας	Αποτελέσματα	Συγγραφείς/ Έτος δημοσίευσης
Ολλανδία	18 και 2 ενισχυτικές συνεδρίες	N = 26, 18-29 ετών (10 δεν πληρούσαν όλα τα κριτήρια για διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας, 6 με ΑΔΠ, 5 με οριακή, 3 με εξαρτητική, 1 με ναρκισσιστική, 1 με ιδεοψυχαναγκαστική SCBT-g protocol [23])	Σημειώθηκε σημαντική μείωση σε επίπεδα άγχους, τρόπους λειτουργίας και δυσλειτουργικών τρόπων αντιμετώπισης και σημαντική αύξηση σε λειτουργικούς τρόπους αντιμετώπισης	Renner et al., 2013 [22]
Ολλανδία	40 και 10 ενισχυτικές συνεδρίες	N = 323, 18-65 ετών, με διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας της ομάδας Γ, ιστριονική, παρανοειδής, ναρκισσιστική. Τοποθετήθηκαν τυχαία σε ΘΣ (N = 147), συνήθη θεραπεία (N = 135), ΘΒΜ ¹ (N = 45)	Πρωτεύοντα αποτελέσματα: τα άτομα που δέχτηκαν ΘΣ δεν πληρούσαν τα κριτήρια για διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας σε σύγκριση με τα άτομα που δέχτηκαν συνήθη θεραπεία και ΘΒΜ και σημειώθηκαν λιγότερα drop outs σε όσους δέχτηκαν ΘΣ και ΘΒΜ. Δευτερογενή αποτελέσματα: καλύτερα αποτελέσματα σε μετρήσεις για λειτουργικότητα, κοινωνικότητα, επαγγελματική ζωή, συμπτώματα, κατάθλιψη τα άτομα που δέχτηκαν ΘΣ συγκριτικά με συνήθη θεραπεία και ΘΒΜ	Bamelis et al., 2014 [24]

1. Θεραπεία βασισμένη στη μεταβίβαση (clarification-oriented psychotherapy).

Χώρα διεξαγωγής	Περίοδος παρέμβασης και follow up	Συμμετέχοντες/ Ερευνητικός σχεδιασμός/ Είδος θεραπείας	Αποτελέσματα	Συγγραφείς/ Έτος δημοσίευσης
Αυστραλία	20 συνεδρίες	N = 8 (2 με οριακή διαταραχή, 5 με ΑΔΠ, 1 με ΑΔΠ σε συννοσηρότητα με σχιζοειδή και εξαρτητική). Ομαδική θεραπεία σχημάτων	Πρωτεύοντα αποτελέσματα: αλλαγή στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΑΔΠ διαταραχής προσωπικότητας, 4 άτομα δεν πληρούσαν τα κριτήρια για διάγνωση μετά το πέρας της θεραπείας, μόνο δύο drop outs, κλινικά σημαντική αλλαγή (σημείωση προόδου σε δυσλειτουργικούς τρόπους λειτουργίας) Δευτερογενή αποτελέσματα: 6 άτομα δεν πληρούσαν τα κριτήρια για καταθλιπτική διαταραχή έως και 6 μήνες μετά τα follow up	Skewes et al., 2015 [21]
Γερμανία	12-15 συνεδρίες	N = 8, 20-31 ετών (6 με οριακή, 2 με ΑΔΠ, με συννοσηρότητα σε ΔΜΣ ² , κατάθλιψη, ανορεξία, χρήση ουσιών). Ομαδική θεραπεία σχημάτων βασισμένη στο μοντέλο του Farrell & Shaw	Σημαντική μείωση συμπτωμάτων, βελτίωση σε τρόπους λειτουργίας	Nenadić et al, 2017 [25]
Ολλανδία	32 και 4 ενισχυτικές συνεδρίες	Άτομα με διαταραχή προσωπικότητας ομάδας Γ, μελέτη περίπτωσης ατόμου με ΑΔΠ, με στοιχεία οριακής και ΜΚΔ ³	Σημαντική μείωση σε σοβαρότητας της ΑΔΠ, δυσλειτουργικών σχημάτων και τρόπων λειτουργίας, βελτίωση άγχους κατάθλιψης, ποιότητας ζωής, ευχαρίστησης και αυτοεκτίμησης (από αυτοαναφορές του ατόμου)	Bachrach et al., 2021 [11]

Σύμφωνα με την ανασκόπηση των ερευνών που παρουσιάζονται στον Πίνακα III, η εφαρμογή της ΘΣ φαίνεται να έχει καλά αποτελέσματα στην ΑΔΠ, καθώς συντελεί στην εξάλειψη των συμπτωμάτων, στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης και στην καλύτερη ποιότητα ζωής [22, 24, 21, 25, 11]. Ύψιστης σημασίας είναι και η εργασία με τους τρόπους λειτουργίας, η οποία αξιολογήθηκε ως βοηθητική τόσο από τους θεραπευτές, καθώς αποτελεί αρωγό στην επιλογή των κατάλληλων τεχνικών, όσο και από τους θεραπευόμενους, γιατί συνδράμει στη βέλτιστη κατανόηση της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων τους [24].

3.2. Σύγκριση ΘΣ με ΓΣΘ ως προς την παρέμβαση στην ΑΔΠ

3.2.1. ΓΣΘ στην ΑΔΠ

Η κλασική ΓΣΘ για τις διαταραχές προσωπικότητας είναι χρονικά περιορισμένη (30 συνεδρίες για έναν χρόνο) και επικεντρώνεται στην αλλαγή των βασικών πεποιθήσεων [26]. Με άλλα λόγια, προεξέχοντα στόχο της θεραπείας αποτελεί η αλλαγή του σχήματος, η οποία συντελείται μέσω της γνωσιακής αναδόμησης. Ο Beck [3] αναφέρει τέσσερις τρόπους γνωσιακής αναδόμησης, όμως λόγω χρονικού περιορισμού στη ΓΣΘ εφαρμόζεται η τροποποίηση και η επανανοηματοδότηση του σχήματος [7]. Κατά την τροποποίηση, το άτομο προχωρά σε αλλαγή συγκεκριμένων πτυχών του σχήματος σε συγκεκριμέ-

νες καταστάσεις, ενώ η επανανοηματοδότηση πρεσβεύει την κατανόηση του σχήματος με λειτουργικούς τρόπους [3]. Η γνωσιακή αναδόμηση επιτυγχάνεται μέσω της αναγνώρισης και τροποποίησης των βασικών πεποιθήσεων σε πιο λειτουργικές, τη μείωση των γνωσιακών παραποιήσεων, τον έλεγχο των αυτόματων αρνητικών σκέψεων (ΑΑΣ) και την υιοθέτηση εναλλακτικών, πιο ρεαλιστικών οπτικών της κατάστασης [26, 6]. Σε συμπεριφορικό επίπεδο, η ΓΣΘ αποσκοπεί στην προαγωγή υποαναπτυγμένων συμπεριφορικών μοτίβων και στην εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, η οποία θα βοηθήσει το άτομο να αποκτήσει πιο προσαρμοστική κοινωνική συμπεριφορά [26, 27].

Η ΓΣΘ των διαταραχών προσωπικότητας περιλαμβάνει πέντε φάσεις [6]. Συγκριτικά με τη θεραπεία άλλων διαταραχών, εδώ αφιερώνεται περισσότερος χρόνος στην εγκαθίδρυση καλής θεραπευτικής σχέσης και στη διαμόρφωση διατύπωσης περίπτωσης [6]. Στην πρώτη συνεδρία, ο θεραπευόμενος εξοικειώνεται με τις αρχές της ΓΣΘ και ξεκαθαρίζονται ρόλοι και προσδοκίες [7]. Η πρώτη φάση περιλαμβάνει τη θεραπευτική σχέση, την αξιολόγηση του θεραπευόμενου και τη διατύπωση περίπτωσης [6].

Εξέχουσα θέση στη θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας κατέχει η θεραπευτική σχέση, η οποία καθίσταται περισσότερο περίπλοκη και έρχεται αντιμέτωπη με περισσότερες δυσκολίες από ό,τι στις διαταραχές του Άξονα Ι. Η θερα-

2. διαταραχή μετατραυματικού στρες (Post Dramatic Stress Disorder).
3. Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

πεντική σχέση αφορά τον συνεργατικό εμπειρισμό μέσω του οποίου προάγεται ο έλεγχος υποθέσεων και η θεραπευτική αλλαγή [7] και χαρακτηρίζεται από ειλικρίνεια, ενδιαφέρον, συνεργατικό και ξεστό θεραπευτικό στίλ [6]. Για τον θεραπευτή που δουλεύει με διαταραχές προσωπικότητας, η εγκαθίδρυση θεραπευτικής συμμαχίας και κλίματος εμπιστοσύνης είναι καθοριστική για την πορεία της θεραπείας [7]. Λόγω της φύσης των δυσκολιών του ατόμου ο θεραπευτής στηρίζει και ενθαρρύνει επαρκώς τον θεραπευόμενο καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας [26]. Επιπλέον, εξαρχής προετοιμάζει και επεξηγεί με ενσυναίσθηση στο άτομο πως όσο προχωράει η θεραπεία θα έχει όλο και περισσότερο άγχος, καθώς θα έρχεται σε επαφή με το σχήμα του βγαίνοντας από τη «ζώνη ασφαλείας» του [28]. Οι στόχοι της θεραπείας συμφωνούνται από κοινού, ώστε να αποκλειστεί κάθε είδους μη συμμόρφωση [27] και ο θεραπευτής προσέχει να είναι ξεκάθαρος ώστε να μην εγείρει καχυποψία και δυσλειτουργικές ΑΑΣ στον θεραπευόμενο [6]. Τέλος, η θεραπευτική σχέση από μόνη της αποτελεί μια πολύ ουσιαστική πηγή πληροφοριών για τον θεραπευόμενο καθώς υποδηλώνει τον τρόπο που λειτουργεί στις σχέσεις του με τους ανθρώπους [26]. Ο θεραπευτής παρατηρεί και εξετάζει κάθε πεποίθηση που εμφανίζει ο θεραπευόμενος προς το πρόσωπό του, καθώς αποτελούν πτυχές των πεποιθήσεων που έχει το άτομο για τους άλλους [27]. Γενικά, η εικόνα του θεραπευόμενου μέσα στη συνεδρία αντικατοπτρίζει τη γενικότερη εικόνα του στον έξω κόσμο.

Όπως είναι γνωστό, η ΓΣΘ εστιάζει στο «εδώ και τώρα», όμως όσον αφορά τις διαταραχές προσωπικότητας δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη διερεύνηση και αξιολόγηση της παιδικής ηλικίας και των τραυμάτων κατά τις πέντε με έξι πρώτες συνεδρίες [26]. Εν συνεχεία, διαμορφώνεται η διατύπωση περίπτωσης και συζητείται με τον θεραπευόμενο [7, 26]. Η διατύπωση περίπτωσης περιλαμβάνει τις βασικές πεποιθήσεις, τα σχήματα, την αναγνώριση των προβλημάτων του θεραπευόμενου, τον τρόπο ανάπτυξης και τους παράγοντες διατήρησής τους και αποσκοπεί στον εντοπισμό μοτίβων και κοινών θεμάτων σύνδεσης των προβλημάτων, με απώτερο στόχο τη μελλοντική λήψη κλινικών αποφάσεων [6]. Σε αυτή τη φάση διενεργείται και η λειτουργική ανάλυση, όπου διαμορφώνεται μια υπόθεση σχετικά με το σχήμα και τις ΑΑΣ και ο θεραπευτής σε συνεργασία με τον θεραπευόμενο εξετάζουν το σχήμα ώστε να διαπιστώσουν τον ρόλο που διαδραματίζει στη διατήρηση των δυσκολιών του δεύτερου [7]. Κατά την πρώτη φάση της αξιολόγησης, προτού προχωρήσει στον θεραπευτικό σχεδιασμό, ο θεραπευτής εξετάζει αν υπάρχει αυτοκτονικότητα ή χρήση ουσιών [7], καθώς όπως ειπώθηκε και παραπάνω η χρήση ουσιών στην ΑΔΠ αποτελεί συχνό φαινόμενο στο πλαίσιο της γνωσιακής αποφυγής [3]. Στο τέλος της πρώτης φάσης, θεραπευτής και θεραπευόμενος ετοιμάζουν από κοινού μια λίστα προβλημάτων και επιλέγουν πού θα δοθεί προτεραιότητα, ξεκινώντας από τη μείωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, εάν υπάρχει [6].

Στη δεύτερη φάση της θεραπείας το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στα σχήματα του θεραπευόμενου. Σε αυτό το σημείο, σκοπός είναι η αναγνώριση του σχήματος από τον θεραπευόμενο και συγκεκριμένα οι πεποιθήσεις που έχει για τον εαυτό και τους άλλους και η διαπροσωπική συμπεριφορά του [7]. Ο θεραπευόμενος προσπαθεί να εντοπίσει συνδετικούς κρίκους μεταξύ των προβλημάτων του [7] και να τα συνδέσει με τις βασικές του πεποιθήσεις [6]. Σε αυτό το σημείο ο θεραπευτής,

μέσω του σωκρατικού διαλόγου, βοηθάει τον θεραπευόμενο να αναγνωρίσει τις πυρηνικές του πεποιθήσεις και τις γνωσιακές διαστρεβλώσεις μέσω των οποίων αυτές διαιωνίζονται και να επεξεργαστεί πληροφορίες που έως τότε αγνοούσε ή διαστρεβλώνε, ώστε να αξιολογήσει αν ταιριάζουν στις νέες πεποιθήσεις [6]. Σκοπός είναι οι νέες πεποιθήσεις να είναι πιο λειτουργικές και λιγότερο αυστηρές και απόλυτες [6]. Σειρά έχει η επιλογή προβλημάτων, από τη λίστα προβλημάτων, που σχετίζονται με τις βασικές πεποιθήσεις. Αφού ο θεραπευόμενος κατανοήσει τον τρόπο ανάπτυξής τους εστιάζει στην αλλαγή, προσδιορίζοντας τη νέα συμπεριφορά που θα υιοθετήσει [6].

Η τρίτη και τέταρτη φάση αποτελούν τον βασικό άξονα της παρέμβασης και αποσκοπούν στην ανάπτυξη νέων πεποιθήσεων και συμπεριφορών, η οποία επιτυγχάνεται μέσω συμπεριφορικών πειραμάτων και της ένταξης των σημαντικών άλλων [6]. Η βασική παραδοχή είναι πως το σχήμα δεν αλλάζει αν το άτομο δεν αλλάξει τη συμπεριφορά του, γι' αυτό μέσω πειραμάτων εφαρμόζει νέες συμπεριφορές, αξιολογεί τις συνέπειες και συλλέγει πληροφορίες για την ενδυνάμωση των νέων πεποιθήσεων [6].

Η τελική φάση αφορά τον τερματισμό της θεραπείας και την πρόληψη υποτροπής [6]. Σε αυτό το σημείο γίνεται ανασκόπηση του οφέλους της θεραπείας, πρόβλεψη μελλοντικών ανησυχιών και σχεδιασμός στρατηγικών αντιμετώπισης [7]. Ο θεραπευόμενος ενθαρρύνεται να προγραμματίσει δραστηριότητες ώστε να μην υπάρξει ξανά αποφυγή, η οποία με τη σειρά της θα αναζωπυρώσει άγχος, να θυμάται τι τον βοήθησε στην αντιμετώπιση των ΑΑΣ και να βρίσκεται σε διαρκή παρατήρηση καταστάσεων που αποφεύγει και γνωσιών που ενισχύουν την αποφυγή [3]. Αναφορικά με την πρόληψη, ο θεραπευόμενος μπορεί να χρησιμοποιήσει κάρτες υπενθύμισης, στις οποίες να καταγράφει τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις με τα γεγονότα κατά αυτών, στη μία πλευρά, και τις πιο λειτουργικές πεποιθήσεις με τα γεγονότα υπέρ, στην άλλη, και να βαθμολογεί πόσο πιστεύει την κάθε πεποίθηση. Η αύξηση του βαθμού της δυσλειτουργικής πεποιθήσεως μπορεί να λειτουργήσει ως προειδοποιητικό σημάδι [3].

Στον Πίνακα 4 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι τεχνικές που εφαρμόζονται στην ΑΔΠ, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες τις φάσεις της παρέμβασης, με στόχο την αξιολόγηση, την αλλαγή ή την πρόληψη.

3.2.2. Η ΘΣ στην ΑΔΠ

Η ΘΣ στις διαταραχές προσωπικότητας είναι πιο μακροχρόνη από τη ΓΣΘ, έχοντας διάρκεια ένα με δύο χρόνια [10, 24]. Στόχος της θεραπείας είναι η εγκαθίδρυση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης, η οποία θα λειτουργήσει ως συναισθηματικά διορθωτική εμπειρία στα ΠΔΣ του θεραπευόμενου, η κατανόηση των πυρηνικών συναισθηματικών αναγκών και η σύνδεση των παρελθοντικών εμπειριών με τις εμπειρίες του παρόντος [12, 24]. Απώτερο σκοπό της θεραπείας αποτελεί η μείωση των δυσλειτουργικών στρατηγικών και η κάλυψη των βασικών αναγκών με πιο υγιείς τρόπους [9].

Η θεραπευτική σχέση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στη θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας και κατέχει ζωτικό ρόλο καθ' όλη την πορεία της θεραπείας. Συγκεκριμένα, συνδράμει στην αξιολόγηση των σχημάτων, στην εκπαίδευση των δυσλειτουργικών τρόπων αντιμετώπισης και στην αλλαγή

Πίνακας 4. Τεχνικές ΓΣΘ στην ΑΔΠ

Γνωσιακές	Συμπεριφορικές
Καθοδηγούμενη αποκάλυψη [3]	Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες [3, 26]
Εστίαση στο συναίσθημα [3, 6]	Εκπαίδευση σε διεκδικητικότητα [28]
Εστίαση στην έννοια του συμβάντος [6]	Εκπαίδευση στην αναπνοή [7]
Εστίαση σε γεγονότα μέσα στη θεραπευτική σχέση [6]	Εκπαίδευση στη χαλάρωση [7, 28]
Διάγραμμα διαδικασίας αποφυγής [3]	Τεχνικές αυτοδυναμίας [7]
Ανάλυση κόστους-οφέλους αποφυγής [3]	Στρατηγικές εκτροπής/απόσπασης προσοχής [7]
Προγραμματισμός δραστηριοτήτων που αποφεύγει το άτομο για πρόκληση ΑΑΣ [7]	Συμπεριφορικό πείραμα (αξιολόγηση συμπεριφοράς ασφαλείας, έλεγχος υποθέσεων) [3, 26]
Αυτό-παρατήρηση/καταγραφή σκέψεων [6, 7]	Έκθεση (στη φαντασία, in vivo) [28]
Νοερές εικόνες [6, 7]	Ασκήσεις για το σπίτι [7]
Κάθετο τόξο [7]	Μίμηση προτύπου [7]
Αναγνώριση γνωσιακών διαστρεβλώσεων [7]	Παιχνίδι ρόλων [3, 7, 26]
Ασκήσεις αναπαράστασης (ο θεραπευτής παίρνει τη φωνή της δυσλειτουργικής πεποίθησης του θεραπευόμενου και ο θεραπευόμενος προσπαθεί να πείσει πως σκέφτεται παράλογα) [7]	
Προγραμματισμός δραστηριοτήτων (έλεγχος υποθέσεων, σπάσιμο φαύλου κύκλου αποφυγής) [3, 7]	
Τεχνική του παραδόξου («Συμπεριφέρσου σαν να...») [3]	
Ψυχόδραμα [3]	
3 ερωτήσεις:	
• Ποιες οι ενδείξεις υπέρ-κατά των πεποιθήσεων;	
• Ποιες οι εναλλακτικές ερμηνείες κατάστασης;	
• Ποιες οι πραγματικές συνέπειες αν η πεποίθηση είναι σωστή; [7]	
Έννοια του συνεχούς (βαθμός πίστης σε πεποίθηση) [6, 26]	
Ιστορική καταγραφή σχήματος [6, 26]	
Ημερολόγιο σχημάτων [6]	
Ημερολόγιο καταγραφής προβλέψεων μιας κατάστασης [3]	
Καταγραφή θετικών εμπειριών/παραδειγμάτων από καθημερινότητα όπου οι νέες πεποιθήσεις είναι πιο ισχυρές [3, 26]	
Γνωσιακή πρόβα [3, 7]	
Έκθεση στη φαντασία με στόχο την αποκαταστροφολογία [7]	
Χρήση μεταφορικού λόγου [7]	
Τεχνικές επίλυσης προβλημάτων [3, 7]	
Γράμμα από θεραπευτή [6]	
Κάρτες ευρητηρίου [3]	

τους. Ο θεραπευτής δημιουργεί ένα περιβάλλον αποδοχής και ασφάλειας και διατηρεί στάση που χαρακτηρίζεται από αντικειμενικότητα και συμπόνια. Δύο είναι τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής σχέσης στη ΘΣ: η συναισθητική αντιπαράθεση (empathic confrontation) και η διορθωτική γονική στάση (limited reparenting) [9]. Ο θεραπευτής προχωρά σε έλεγχο της πραγματικότητας επιδεικνύοντας ενσυναίσθηση και κατανόηση για τους λόγους ανάπτυξης των ΠΔΣ και των δυσλειτουργικών στρατηγικών του θεραπευόμενου, αλλά ταυτόχρονα τονίζοντας και την αυτοκαταστροφική φύση τους και, συνεπώς, την ανάγκη για αλλαγή [9, 12]. Αυτό αποτυπώνεται με όρους της ΘΣ, ώστε να υπάρχει κοινή γλώσσα μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, η οποία συνδράμει στην κατανόηση των δυσπροσαρμοστικών τρόπων αντιμετώπισης [12]. Κατά την ενεργοποίηση των ΠΔΣ στη θεραπεία, ο θεραπευτής αντιμετωπίζει τον θεραπευόμενο με ενσυναίσθηση, αλλά προσπαθεί να μην ενισχύει τους δυσλειτουργικούς τρόπους αντιμετώπισης, σε μια προσπάθεια φροντίδας του θεραπευόμενου [9]. Θεραπευτής και θεραπευόμενος

αξιολογούν συνεργατικά τα σχήματα και τις δυσλειτουργικές στρατηγικές στο «εδώ και τώρα» και στο πώς επεμβαίνουν στη θεραπευτική διαδικασία. Στο πλαίσιο αυτό, ο θεραπευτής παρέχει συνεχή ανατροφοδότηση αναφορικά με το πώς ένιωσε εξαιτίας της συμπεριφοράς του θεραπευόμενου προς αυτόν, κάνοντας έτσι έναν παραλληλισμό των συνεπειών της συμπεριφοράς του θεραπευόμενου στους ανθρώπους γύρω του [10]. Η διορθωτική γονική στάση αφορά την αναγνώριση, επικύρωση και κάλυψη των βασικών αναγκών που δεν καλύφθηκαν από τους γονείς, εντός θεραπευτικού πλαισίου. Ο θεραπευτής προσαρμόζει το στίλ του, ώστε να ταιριάζει με τις συναισθηματικές ανάγκες του θεραπευόμενου και αποτελεί πρότυπο για αυτόν, καθώς τελικός σκοπός είναι ο θεραπευόμενος να εσωτερικεύσει τη στάση και τον τρόπο λειτουργίας του υγιούς ενήλικα που επιδεικνύει ο θεραπευτής [9, 10, 12].

Σύμφωνα με το πρωτόκολλο του Arntz για τη θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας της ομάδας Γ, η παρέμβαση στη ΘΣ αποτελείται από δύο φάσεις, οι οποίες έχουν διάρκεια δύο

χρόνων [19]. Η πρώτη φάση εστιάζει στην αξιολόγηση των σχημάτων και στη γνωριμία του θεραπευόμενου με τη ΘΣ και η δεύτερη στην αλλαγή [9, 12]. Το πρωτόκολλο ορίζει 40 συνεδρίες για τον πρώτο χρόνο και 10 ενισχυτικές για τον δεύτερο. Οι πρώτες έξι συνεδρίες επικεντρώνονται στην αξιολόγηση και το ιστορικό του θεραπευόμενου, και των προσδοκιών του, στην ψυχοεκπαίδευση και την παρουσίαση της ΘΣ [19]. Σκοπός σε αυτό το στάδιο είναι ο εντοπισμός των δυσλειτουργικών μοτίβων ζωής, των ΠΔΣ, των τρόπων αντιμετώπισης και λειτουργίας [10, 12], οι ρίζες τους στην παιδική ηλικία και η συναισθηματική σύνδεση των τρεχόντων προβλημάτων με πρώιμα βιώματα και τα ΠΔΣ [9]. Αρχικά, ο θεραπευτής μοιράζεται με τον θεραπευόμενο τη διατύπωση περίπτωσης, η οποία περιλαμβάνει όλες τις έννοιες της ΘΣ, γεγονός που συντελεί στην απόκτηση κοινού λεξιλογίου μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, και αποβαίνει σε μια ολοκληρωμένη ιστορία για την προέλευση, διατήρηση και πιθανή λύση των προβλημάτων του θεραπευόμενου [12]. Πολλοί βρίσκουν αυτή τη φάση θεραπευτική, διότι κατανοούν τα έως τότε ανησυχητικά και ανεξήγητα πρότυπα ζωής τους [10].

Οι επόμενες συνεδρίες αποτελούν και τη δεύτερη φάση της παρέμβασης, η οποία εστιάζει στην αλλαγή και επιτυγχάνεται μέσα από γνωσιακές, βιωματικές και συμπεριφορικές τεχνικές [9, 19]. Οι συνεδρίες 7-24 επικεντρώνονται στα βιώματα της παιδικής ηλικίας [19]. Πρώτα, έρχεται εις πέρας η γνωσιακή αναδόμηση, όπου ο θεραπευόμενος συνεργατικά με τον θεραπευτή αμφισβητεί την εγκυρότητα των σχημάτων του, ώστε να πετύχει μια υγιή διανοητική απόσταση από αυτά [10]. Με τη γνωσιακή αναδόμηση, το άτομο προχωρά σε λογική αξιολόγηση των σχημάτων του. Παρά τη λογική αμφισβήτηση, ωστόσο, δεν παύει να αισθάνεται πως ισχύουν, γεγονός που θα αλλάξει μέσα από την εμπειρία, η οποία θα μειώσει τον συναισθηματικό αντίκτυπο του σχήματος [10]. Σε αυτό το σημείο, ιδιαίτερη πρόκληση για τον θεραπευτή αποτελεί ο Αποστασιοποιημένος Προστάτης, ο οποίος δεν επιτρέπει στον θεραπευόμενο να έρθει σε επαφή με αναμνήσεις και συναισθήματα της παιδικής του ηλικίας. Εδώ διαφαίνεται η σημασία της θεραπευτικής σχέσης με τη συναισθηματική αντιμετώπιση και εφαρμογή συγκεκριμένων τεχνικών (υπέρ και κατά, τεχνική πολλαπλών πολυθρονών, ασκήσεις με νοερές εικόνες) [19]. Ενδεδειγμένες βιωματικές τεχνικές εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση του κάθε τρόπου λειτουργίας. Για παράδειγμα, για τον Τιμωρητικό Γονέα ενδείκνυνται οι τεχνικές της άδειας πολυθρόνας, η επαναβίωση πρώιμων εμπειριών με αλλαγή σεναρίου (imagery rescripting), το γράμμα προς τους γονείς. Ο θεραπευτής αντιμετωπίζει το Εγκαταλελειμμένο/Κακοποιημένο Παιδί παρέχοντας φροντίδα και επικύρωση μέσω της διορθωτικής γονικής στάσης, όπου προσφέροντας ένα ασφαλές περιβάλλον για έκφραση συναισθημάτων και αναγκών θα λειτουργήσει διορθωτικά προς τον ανασφαλή δεσμό και την κακοποίηση [19]. Στις συνεδρίες 25-40 η έμφαση μετατοπίζεται στο παρόν και στη συμπεριφορική αλλαγή. Ο Arntz [19] τονίζει τη σημασία σύνδεσης παρόντος με παρελθοντικών εμπειριών, καθώς μέσω αυτής της σύνδεσης αναγνωρίζονται τα συναισθήματα και έτσι καθίσταται εμφανής η ανάγκη για συμπεριφορική αλλαγή στο παρόν. Αφού, λοιπόν, το άτομο έχει κατακτήσει λογική και συναισθηματική απόσταση από τα σχήματά του, προχωρά σε συμπεριφορικές τεχνικές μέσα από τις οποίες διευκολύνεται η αλλαγή και αντιμετωπίζεται η αποφυγή [10].

Ο δεύτερος χρόνος της θεραπείας αφορά τις ενισχυτικές συνεδρίες [19]. Σκοπό σε αυτό το σημείο αποτελεί η ολοένα αυξανόμενη ενίσχυση του υγιούς ενήλικα, ώστε το άτομο να γίνει ο θεραπευτής του εαυτού του χωρίς να χρειάζεται τις συνεδρίες. Εδώ, ο υγιής ενήλικας βρίσκεται αντιμέτωπος με μια απόφαση ορόσημο, αν θα συνεχίσει να χρησιμοποιεί τις παλιές στρατηγικές αντιμετώπισης ή θα υιοθετήσει τις καινούργιες, όσο κι αν του προκαλούν άγχος στην αρχή [19].

Στον Πίνακα 5 που ακολουθεί, παρουσιάζονται επιγραμματικά οι τεχνικές που εφαρμόζονται στη ΘΣ για τη θεραπεία της ΑΔΠ. Πέρα από τις παρακάτω τεχνικές, σημαντικό είναι να μην αγνοείται και η θεραπευτική σχέση, όπου μέσα από τα δύο χαρακτηριστικά της αποτελεί μαζί με τις υπόλοιπες τεχνικές ένα από τα πρωτεύοντα συστατικά αλλαγής [9].

Πίνακας 5. Τεχνικές ΘΣ στην ΑΔΠ

Γνωσιακές	Βιωματικές	Συμπεριφορικές
Ενδείξεις-αντενδείξεις σχήματος [9, 12]	Φαντασιακές αναπαραστάσεις [9]	Συμπεριφορικό πείραμα [9]
Ιστορική καταγραφή σχήματος [12]	Φαντασιακοί διάλογοι [9]	Εργασία για το σπίτι [12]
Αναδιατύπωση αντενδείξεων σχήματος [9]	Νοερή εικόνα • Φαντασιακές αναπαραστάσεις για διορθωτική γονική στάση • Φαντασιακές αναπαραστάσεις για τραυματικές αναμνήσεις [9]	Ανατροπή συμπεριφορικών μοτίβων (αντικατάσταση δυσλειτουργικών συμπεριφορικών μοτίβων με πιο υγιείς συμπεριφορές σε μείζονες αποφάσεις ζωής και σε καθημερινές συμπεριφορές) [9, 12]
Ανάλυση κόστους-οφέλους τρόπων λειτουργίας [9]	Νοερές εικόνες για ανατροπή συμπεριφορικών μοτίβων [9]	Πρόβα υγιούς συμπεριφοράς σε φαντασιακές αναπαραστάσεις [9]
Διάλογοι μεταξύ σχημάτων [9, 12]	Διάλογος με απόμακρο προστάτη [9]	Πρόβα υγιούς συμπεριφοράς με παιχνίδι ρόλων [9]
Ημερολόγιο σχημάτων [9, 12]	Τεχνική της άδειας πολυθρόνας [19]	Έκθεση στη φαντασία [12]
3στηλο ημερολόγιο καταγραφής [12]	Τεχνική των πολλαπλών πολυθρονών [19]	Έκθεση στην πραγματικότητα [9]
Καταγραφή γεγονότων που συνάδουν με υγιές σχήμα [12]	Διάλογοι μεταξύ τρόπων λειτουργίας και σχημάτων [12]	Εξάσκηση στη μείωση αντισταθμιστικών στρατηγικών [9]
Κάρτες υπενθύμισης σχημάτων [9, 12]	Παιχνίδια ρόλων μεταξύ γονέων-πυγχές εαυτού [12] Ιστορικό παιχνίδι ρόλων (μιας παιδικής ανάμνησης) [19]	

4. Συμπεράσματα

Η ΓΣΘ των διαταραχών προσωπικότητας βασίζεται σε μια απαρτιωμένη θεωρία, αντιλαμβανόμενη τις διαταραχές προσωπικότητας υπό το πρίσμα των βασικών πεποιθήσεων και σχημάτων [3, 6, 26]. Παρ' όλα αυτά, έρχεται αντιμέτωπη με ποικίλες προκλήσεις. Όπως αναφέρθηκε, η ΓΣΘ αποτελεί μια χρονικά περιορισμένη θεραπεία [26] και λόγω αυτού του περιορισμού επικεντρώνεται περισσότερο στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και όχι τόσο στο σχήμα [28]. Ωστόσο, τα χαρακτηριστικά προβλήματα είναι περισσότερο περίπλοκα και τόσο βαθιά ριζωμένα [27] που έχουν ως απόρροια την αντίσταση του θεραπευόμενου στην αλλαγή, με αποτέλεσμα να απαιτούν περαιτέρω δουλειά και χρόνο στη θεραπεία [28]. Επιπλέον, λόγω του άγχους που αναδύεται από την αξιολόγηση της αίσθησης του εαυτού και της αλλαγής των συμπεριφορικών μοτίβων [3], αρκετοί είναι οι θεραπευόμενοι που αναφέρουν πως δεν είναι έτοιμοι για τερματισμό της θεραπείας [7]. Αναφορικά μάλιστα με την ΑΔΠ, οι ερευνητές έχουν συμφωνήσει πως απαιτείται περισσότερος χρόνος για την επίτευξη δομικών και συναισθηματικών αλλαγών [21, 22]. Άλλωστε, η δουλειά με το σχήμα καθίσταται απαιτητική και μακροχρόνια, καθώς για να επιτευχθεί η αλλαγή, θεραπευτής και θεραπευόμενος πρέπει να εστιάσουν σε όλες τις παραμέτρους του (γνωσιακές, συμπεριφορικές, συναισθηματικές) [28]. Επιπρόσθετα, οι γνώσεις και τα συμπεριφορικά μοτίβα των ασθενών με διαταραχές προσωπικότητας είναι τόσο άκαμπτα και βαθιά ριζωμένα που δεν αρκούν μόνο οι γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές για την αλλαγή. Πολλοί είναι οι θεραπευόμενοι που αναφέρουν πως, παρόλο που πετυχαίνουν τη λογική αμφισβήτηση των πεποιθήσεών τους, νιώθουν ότι σε συναισθηματικό επίπεδο δεν έχουν πετύχει την αλλαγή [13].

Ιδιαίτερες δυσκολίες παρουσιάζει και η θεραπευτική σχέση, καθώς οι θεραπευόμενοι λόγω της φύσης των προβλημάτων τους επιδεικνύουν μεγάλη αντίσταση [3] και αντιμετωπίζουν διαπροσωπικές δυσκολίες [13]. Συγκεκριμένα, οι θεραπευόμενοι με ΑΔΠ λόγω της δυσπιστίας τους στην αρχή της θεραπείας δυσκολεύονται να εκφράσουν τις ΑΑΣ τους γύρω από τη θεραπεία και τον θεραπευτή [3]. Συν τοις άλλοις, παρουσιάζουν δυσλειτουργικές πεποιθήσεις για τον θεραπευτή, οι οποίες καθιστούν δύσκολη τη συνεργασία [3]. Οι πεποιθήσεις αυτές κατευθύνονται από τα σχήματα και τις προηγούμενες διαπροσωπικές τους εμπειρίες και επηρεάζουν την αντίληψη και τις προσδοκίες για τον θεραπευτή [27]. Ένα παράδειγμα δυσλειτουργικής πεποίθησης προς τον θεραπευτή, στηριζόμενο στον φόβο απόρριψης, μπορεί να αποτελεί το εξής: «Με δέχεσαι μόνο επειδή είσαι θεραπευτής και έχεις εκπαιδευτεί να αποδέχεσαι όλους τους ανθρώπους» [3]. Επίσης, λόγω του σχήματος υποτακτικότητας, τα άτομα με ΑΔΠ προσπαθούν στις σχέσεις τους να ευχαριστήσουν τον άλλον, γεγονός που παρακωλύει τη θεραπευτική σχέση λόγω έλλειψης διεκδικητικότητας και αρνητικής ανατροφοδότησης [3].

Τέλος, αξιολογή προέκληση αποτελεί και η συνεργασία του θεραπευόμενου στη θεραπεία και στη δουλειά για το σπίτι [13, 29]. Είναι γνωστό πως ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της ΓΣΘ αποτελεί η εργασία για το σπίτι. Με δεδομένο πως τις περισσότερες φορές η εργασία απαρτίζεται από αυτοπαρατήρηση και καταγραφή, τα άτομα με ΑΔΠ λόγω της γνωσιακής αποφυγής δυσκολεύονται αρκετά στην παρατήρηση και καταγραφή των ΑΑΣ [3] και παρουσιάζουν μεγάλη αντίσταση στην εκμάθηση

τεχνικών αυτοελέγχου [13]. Τροχοπέδη σε αυτή την κατάσταση καθίστανται και οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις τους για τα δυσφορικά συναισθήματα, λόγου χάρι «Είναι κακό να νιώθω άσχημα», και τον θεραπευτή, «Αν αποτύχω, ο θεραπευτής θα με κρίνει ή θα με απορρίψει» [7]. Η πενιχρή επαφή με το συναισθημά τους παρακωλύει τη βαθύτερη κατανόηση των προβλημάτων τους και την πορεία της θεραπείας [29].

Η αξιολόγηση και η δουλειά με το σχήμα αποτελούν μια επίπονη διαδικασία για τον θεραπευόμενο, η οποία καθιστά αναγκαία τη δημιουργία μιας λιγότερο αυστηρά επαγγελματικής σχέσης, κάτι το οποίο στη ΓΣΘ είναι δύσκολο εφικτό, καθώς σε μια τέτοια περίπτωση παραβιάζονται τα όρια [3]. Επιπροσθέτως, αν ο θεραπευτής δεν κατανοήσει τους λόγους δυσκολίας και δεν βοηθήσει τον θεραπευόμενο να αντιμετωπίσει το άγχος του, είναι πιθανό να αποχωρήσει πρόωρα από τη θεραπεία [28]. Όπως φαίνεται, η φύση των συμπτωμάτων των διαταραχών προσωπικότητας και ιδίως της ΑΔΠ καθιστούν δύσκολη την εφαρμογή της ΓΣΘ. Προς αντιστάθμιση των δυσκολιών της ΓΣΘ έρχεται η ΘΣ, η οποία κερδίζει ολοένα και περισσότερο πρόσφορο έδαφος στη θεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας. Η έρευνα για την αποτελεσματικότητά της στην ΑΔΠ μπορεί να είναι περιορισμένη, δεν παύει όμως να είναι σημαντική.

Η ΘΣ ως μετεξέλιξη στο γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο εμβαθύνει περισσότερο στο σχήμα και αποδίδει ύψιστη σημασία στη θεραπευτική σχέση [9, 12, 24]. Έχοντας τις ρίζες της στη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική προσέγγιση, εμφανίζει αρκετά κοινά σημεία με τη ΓΣΘ. Στις ομοιότητες συγκαταλέγονται η συνεργατική φύση της σχέσης, ο εμπειρισμός ως στοιχειώδες στοιχείο της γνωστικής μεταβολής και ορισμένες γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές, όπως η καταγραφή, η αναγνώριση των γνωσιακών παραποιήσεων, οι συμπεριφορικές πρόβες, οι ασκήσεις για το σπίτι και η ψυχοεκπαίδευση [9].

Αρκετά περισσότερες είναι οι διαφορές της ΘΣ με τη ΓΣΘ. Στον πυρήνα και των δύο θεωριών τίθεται το σχήμα. Ωστόσο, για τον Beck το γνωσιακό περιεχόμενο του σχήματος αποτελούν οι πυρηνικές πεποιθήσεις, οι οποίες λόγω διαστρεβλωμένων τρόπων σκέψης οδηγούν σε ΑΑΣ [9, 12]. Ο Young αναφέρει τα ΠΔΣ, τα οποία παρόλο που μοιάζουν ως προς το περιεχόμενο και τη δομή με το σχήμα του Beck, ενσωματώνουν επιπλέον και συναισθηματικά, κινητοποιητικά συμπεριφορικά συστατικά [9]. Ο Beck, από την άλλη, αναφέρεται σε αυτά τα συστατικά μόνο με την έννοια των τρόπων λειτουργίας οι οποίοι επηρεάζουν την αντίδραση του ατόμου [3]. Για τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεωρία η διαιώνιση του σχήματος πραγματοποιείται μέσω των γνωσιακών παραποιήσεων, ενώ για τη θεωρία σχημάτων μέσω των τρόπων λειτουργίας [9]. Η ΓΣΘ, λοιπόν, ερμηνεύει τις διαταραχές προσωπικότητας μέσω των αντιλήψεων για τον εαυτό και τους άλλους και των αρνητικών πεποιθήσεων, οι οποίες έχουν ως απόρροια δυσλειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης, και εστιάζει την παρέμβαση σε αυτά τα στοιχεία [3] έχοντας ως γνώμονα τη μείωση των συμπτωμάτων και την αλλαγή διακριτών συμπεριφορών στην τρέχουσα κατάσταση [9]. Από την άλλη, η ΘΣ θέτει στο μικροσκόπιο τα ΠΔΣ και τους τρόπους λειτουργίας, αποδίδοντας ιδιαίτερη έμφαση στις πυρηνικές ανάγκες και επιρροές της παιδικής ηλικίας, ως βάση των σχημάτων, και αποσκοπεί στην αλλαγή μακροχρόνιων δυσλειτουργικών μοτίβων ζωής [9]. Συγκεκριμένα, ως προς την παρέμβαση, η ΘΣ είναι λιγότερο δομημένη καθώς μπορεί να μεταπηδά από

το παρελθόν στο παρόν και από σχήμα σε σχήμα, σε αντίθεση με τη ΓΣΘ η οποία έχει την ατζέντα [9]. Επιπλέον, ξεκινά από πάνω προς τα κάτω, πρώτα δηλαδή από τα σχήματα, τα οποία εν συνεχεία συνδέει με τις ΑΑΣ και τις γνωσιακές παραποιήσεις [9], ενώ η ΓΣΘ θέτει ως βάση την παρατήρηση των ΑΑΣ [3]. Τέλος, η ΘΣ πέρα από τις γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται και στη ΓΣΘ, εισάγει επιπλέον βιωματικές και σχεσιακές τεχνικές [9, 12].

Η στοιχειώδης διαφορά των δύο μοντέλων έγκειται στη θεραπευτική σχέση, η οποία διαφέρει ως προς τον ρόλο και τα χαρακτηριστικά της. Στη ΓΣΘ χρησιμοποιείται ως μέσο παρακίνησης για συμμόρφωση και επίτευξη αλλαγής, αξιοποιώντας τις σχετικές με τη θεραπευτική σχέση γνώσεις που παρεμποδίζουν την πρόοδο [9]. Ωστόσο, κάποιες φορές τίθεται εμπόδιο εξαιτίας της δουλειάς για το σπίτι που αναθέτει ο θεραπευτής στον θεραπευόμενο [30]. Στη ΘΣ, η θεραπευτική σχέση λειτουργεί ως διορθωτική συναισθηματική εμπειρία [30] και αποτελεί ένα από τα τέσσερα πρωτεύοντα στοιχεία αλλαγής [9]. Τη θεραπευτική σχέση στη ΓΣΘ χαρακτηρίζουν η ισοτιμία, ο συνεργατικός εμπειρισμός και η καθοδηγούμενη αποκάλυψη [9, 30], ενώ στη ΘΣ η διορθωτική γονική στάση και η συναισθαντική αντιπαράθεση [9]. Τέλος, στη ΓΣΘ τίθενται ανυστερήα θεραπευτικά όρια, ενώ στη ΘΣ η σχέση είναι πιο ελεύθερη, λόγω της διορθωτικής γονικής στάσης [9]. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν τα τηλεφωνήματα, τα οποία ενώ αποφεύγονται στη ΓΣΘ, στη ΘΣ είναι πιο διαδεδομένα [30], ιδίως μετά τη δουλειά με φαντασιακές αναπαραστάσεις οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν έντονη φόρτιση στον θεραπευόμενο [9].

Schema Therapy for Avoidant Personality Disorder: Effectiveness and Differences from Cognitive Behavioral Therapy

F. M. Skarpalezou¹, A. Nika¹

¹ Cognitive Behavioral Society

Correspondence: Fotini Maria Skarpalezou, Gladstonos 10, Athens, 10677

Email: fotinimarskarpalezou@gmail.com – Tel.: 6955734553

Abstract

Schema Therapy (ST) is an extension of the cognitive-behavioral model and was developed primarily for the treatment of personality disorders and other complex disorders. The effectiveness of ST has been studied extensively for borderline personality disorder, but the research that has been conducted for the rest of personality disorders remains limited. The aims of this paper are twofold, firstly to investigate the effectiveness of ST in Avoidant Personality Disorder (APD) and secondly to identify the distinctions between ST and Cognitive Behavioral Therapy (CBT). Five researches on the effectiveness of ST and extensive literature concerning the presentation of the two models were studied. The review of research shed light on the effectiveness of ST in eliminating the symptoms of APD, as well as secondary effects, such as the reduction of anxiety and depression. The fundamental discrepancies between the two models are found in issues such as the interpretation of APD, the main mechanisms of change, the goals of the intervention, the therapeutic relationship, and the therapeutic techniques. Due to the nature of the problems of APD and personality disorders, traditional CBT is faced up with a variety

of challenges, such as those related to the therapeutic relationship and boundaries, individual adherence to treatment, and homework. As a result, ST is going to be recognized as a popular treatment of personality disorders.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, schema therapy, personality disorders, avoidant personality disorder

Βιβλιογραφία

- [1] Mayer JD. Asserting the Definition of Personality. The Online Newsletter for Personality Science. 2007; 1(1):1-4.
- [2] American Psychiatric Association. Personality disorders. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013.
- [3] Beck AT, Davis DD, Freeman A. Cognitive therapy of personality disorders. 2nd ed. New York: Guilford Press. 2004.
- [4] Weinbrecht A, Schulze L, Boettcher J, Renneberg B. Avoidant personality disorder: a current review. Current psychiatry reports. 2016; 18(3):1-8. Available from <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0665-6>
- [5] Beck AT, Freeman A, Associates. Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford Press. 1999.
- [6] Davidson KM. Cognitive Therapy for Personality Disorders. A guide for Clinicians (2nd ed.). London: Routledge. 2008.
- [7] Turner AE, Muran JC, Ochoa E. Cognitive-behavioral therapy for personality disorders: A treatment manual. San Diego, CA: Social & Behavioral Documents. 2004.
- [8] Ευσταθίου Γ, Χαρίλα Ν. Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία των διαταραχών προσωπικότητας στο: Ευσταθίου Γ, Ευθυμίου Κ, Χαρίλα Κ. Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία. Διαταραχών Προσωπικότητας. Αθήνα: ΙΕΘΣ. 2014
- [9] Young JE, Klosko J, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioners Guide. New York, NY: Guilford. 2003.
- [10] Reich J. (Ed.). Personality disorders: Current research and treatments. New York: Routledge. 2013.
- [11] Bachrach N, Arntz A. Group schema therapy for patients with cluster-C personality disorders: A case study on avoidant personality disorder. Journal of Clinical Psychology. 2021; 77(5):1233-1248.
- [12] Rafaeli E, Bernstein DP, Young J. Schema Therapy. Hove, East Sussex: Routledge. 2011.
- [13] Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Press; 1999.
- [14] Young JE, Gary B. Young schema questionnaire-short form; Version 3. Psychological Assessment. 2005.
- [15] Peled O, Bar-Kalifa E, Rafaeli E. Stability or instability in avoidant personality disorder: Mode fluctuations within schema therapy sessions. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2017; 57:126-134. Available from <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.05.004>
- [16] Beck AT, Butler AC, Brown GK, Dahlsgaard KK, Newman CF, Beck JS. Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. Behavior Research and Therapy. 2001; 39(10):1213-1225.
- [17] Jovev M, Jackson HJ. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. Journal of personality disorders. 2004; 18(5):467-478.
- [18] Lobbetael J, Arntz A, Bernstein DP. Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. Journal of Personality Disorders. 2010; 24(3):285-295.
- [19] Arntz A. Schema therapy for cluster C personality disorders. In: van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M, editors. The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: theory, research and practice. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012. p. 397-414.
- [20] Bamelis LLM, Renner F, Heidkamp D, Arntz A. Extended Schema Mode conceptualizations for specific personality disorders: an empirical study. Journal of Personality Disorder. 2011; 25(1):41-58.
- [21] Skewes, SA, Samson RA, Simpson SG, van Vreeswijk M. Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. Frontiers in Psychology. 2015; 5:1-9.
- [22] Renner F, van Goor M, Huibers M, Arntz A, Butz B, Bernstein D. Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. Behavior Research and Therapy. 2013; 51(8):487-92.
- [23] Broersen, J, van Vreeswijk, MF. Schema therapy in groups: a short-term schema CBT protocol. In MF Van Vreeswijk, J Broersen, & M Nadort (Eds.), The Wiley-

Blackwell handbook of schema therapy theory, research, and practice. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012. p. 373-381.

[24] Bamelis LLM, Evers SMAA, Spinhoven P, Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2014; 171(3):305-22.

[25] Nenadić I, Lamberth S, Reiss N. Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry Research*. 2017; 253:9-12.

[26] Davidson KM. Cognitive-behavioral therapy for personality disorders. *Psychiatry*. 2008; 7(3): 117-120. Available from <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.01.005>

[27] Pretzer JL, Fleming B. Cognitive-behavioral treatment of personality disorders. *The Behavior Therapist*. 1989; 12(5):105-109.

[28] Freeman A, Jackson JT. Cognitive-Behavioral Treatment of Personality Disorders. In *Behavior and Cognitive Therapy Today*. Kidlington, Oxford: Pergamon. 1998: 103-116.

[29] Μαλλογιάννης ΙΑ, Βλαβιανού Μ. Η θεραπεία σχημάτων στις διαταραχές προσωπικότητας στο: Ευσταθίου Γ, Ευθυμίου Κ, Χαρίλα Κ. Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία Διαταραχών Προσωπικότητας. Αθήνα: ΙΕΘΣ. 2014.

[30] Rafaeli E. Cognitive-behavioral therapies for personality disorders. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 2009; 46(4):290.

Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία σε ΛΟΑΤΚΙ+ πληθυσμό: Αποτελεσματικότητα, ο ρόλος της θεραπευτικής σχέσης και των χαρακτηριστικών του θεραπευτή

Μαρία Ελένη Αρβανιτάκη¹, Σοφία Κατούδη¹

¹ Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς – Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών

Αλληλογραφία: Μαρία Ελένη Αρβανιτάκη, Πολυδεύκου 40, Αθήνα, 13122

Email: mar.vanit@hotmail.com – Τηλ.: 6973675827

Περίληψη

Το παρόν άρθρο επιχειρεί να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα των υποστηρικτικών παρεμβάσεων παράλληλα με τη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ) για ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα. Γίνεται εμβάθυνση στις προκλήσεις ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν δυσανάλογα τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα, με έμφαση στις δυσκολίες μέσω του Μοντέλου Στρες Μειονοτήτων και της Θεωρίας Αποδοχής Γονικής Απόρριψης.

Ως απάντηση σε αυτές τις προκλήσεις, οι προσαρμοσμένες υποστηρικτικές προσεγγίσεις εντός των θεραπευτικών πλαίσίων έχουν αναδειχθεί απαραίτητες για αποτελεσματικές στρατηγικές παρέμβασης. Οι θεραπευτές που διαθέτουν πολιτισμική επάρκεια και γνώσια ενσυναίσθηση δημιουργούν έναν ασφαλές χώρο για τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα να εξερευνήσουν τις εμπειρίες τους χωρίς τον φόβο της κρίσης. Επιπλέον, η καλλιέργεια μιας θεραπευτικής σχέσης που χαρακτηρίζεται από εμπιστοσύνη και επικύρωση των βιωμένων εμπειριών είναι υψίστης σημασίας για την κατάκτηση ουσιαστικών θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

Η ενσωμάτωση υποστηρικτικών πρακτικών στη ΓΣΘ βοηθά στην αντιμετώπιση των μοναδικών αναγκών ψυχικής υγείας των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων. Βασισμένη σε τεκμηριωμένες αρχές, η ΓΣΘ παρέχει εργαλεία για την αμφισβήτηση αρνητικών μοτίβων σκέψης και την ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης. Όταν συνδυάζεται με υποστηρικτικές παρεμβάσεις που επιβεβαιώνουν τις ταυτότητες και τις εμπειρίες των ΛΟΑΤΚΙ+, η ΓΣΘ γίνεται μια πιο ολιστική και περιεκτική θεραπευτική προσέγγιση.

Λέξεις-κλειδιά: Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία, ΛΟΑΤΚΙ+, υποστηρικτική

1. Εισαγωγή

Το παρόν άρθρο εξετάζει την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας (ΓΣΘ) σε ΛΟΑΤΚΙ+ πληθυσμούς μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης της πιο πρόσφατης αρθρολογίας. Τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα συχνά αντιμετωπίζουν προκλήσεις, όπως ο κοινωνικός στιγματισμός και οι διακρίσεις, οι οποίες επηρεάζουν την ψυχική τους υγεία. Σκοπός είναι να αναδειχθεί η ανάγκη για προσαρμογή της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας στις ειδικές ανάγκες αυτού του πληθυσμού, εστιάζοντας στα απαραίτητα χαρακτηριστικά των θεραπειών και τις προσαρμογές που απαιτούνται για την παροχή υποστηρικτικής και κατάλληλης θεραπείας [1-4].

Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία εστιάζει στην αναδόμηση αρνητικών σκέψεων και συμπεριφορών. Οι θεραπευτές

που εργάζονται με ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα πρέπει να κατανοούν τις μοναδικές προκλήσεις αυτής της κοινότητας, όπως ο στιγματισμός και η εσωτερικευμένη ομοφοβία. Σχετικές μελέτες έχουν υπογραμμίσει τη συνεχιζόμενη έλλειψη ικανοτήτων και κατάρτισης που παρουσιάζουν πολλοί θεραπευτές όταν εργάζονται με ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα, με αποτέλεσμα η θεραπεία συχνά να αποτυγχάνει να είναι υποστηρικτική [5]. Επομένως, η προσαρμογή της ΓΣΘ απαιτεί όχι μόνο ευαισθησία, αλλά εκπαίδευση και συνεχή ενημέρωση σε ζητήματα ταυτότητας φύλου και σεξουαλικού προσανατολισμού για την επιτυχή θεραπεία [4, 6, 7]. Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι να αναδειχθούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει η συγκεκριμένη μειονότητα, καθώς και τρόποι διαχείρισης από τους ειδικούς ψυχικής υγείας, υιοθετώντας μια υποστηρικτική προσέγγιση.

2. Μοντέλο Μειονοτικού Στρες

Το Μοντέλο Μειονοτικού Στρες, όπως περιγράφηκε από τον Meyer, αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο για την κατανόηση των διαφορών στην ψυχική υγεία μεταξύ των σεξουαλικών μειονοτήτων και των ετεροκανονικών θεραπευόμενων. Σύμφωνα με τον Meyer, τα άτομα από μειονοτικές ομάδες βιώνουν ένα μοναδικό είδος άγχους λόγω της σύγκρουσης μεταξύ της εσωτερικής τους ταυτότητας και των εμπειριών τους από τις προσδοκίες και τις κοινωνικές νόρμες του πλειοψηφικού συνόλου, το οποίο οδηγεί σε τρεις διαφορετικές οδούς άγχους: (α) οι αντικειμενικοί ή εξωτερικοί στρεσογόνοι παράγοντες, όπως οι θεσμοθετημένες ή δομικές διακρίσεις και οι άμεσες διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις θυματοποίησης ή προκατάληψης· (β) οι προσδοκίες του ατόμου ότι θα θυματοποιηθεί ή θα απορριφθεί και η επαγρύπνηση που σχετίζεται με αυτές τις προσδοκίες· (γ) η εσωτερική αρνητικών κοινωνικών στάσεων (που συχνά αναφέρονται ως εσωτερικευμένη ομοφοβία) [8].

Ακόμη, τα μέλη κοινωνικά στιγματισμένων πληθυσμών μπορεί να μην αποκαλύψουν τις εμπειρίες τους στον κοινωνικό τους περίγυρο και έτσι να μη λάβουν υποστήριξη στην προσπάθειά τους να κινηθούν εντός της ετεροκανονικής πραγματικότητας. Η κατανόηση και αντιμετώπιση αυτού του άγχους είναι κρίσιμη, καθώς οι παραδοσιακές θεραπευτικές προσεγγίσεις συχνά παραβλέπουν τις ιδιαίτερες ανάγκες των μειονοτικών ταυτοτήτων [9]. Μελέτες έχουν δείξει ότι το άγχος από τη διαχείριση μιας κρυφής ταυτότητας, η απόρριψη από τους γονείς, η εσωτερικευμένη καταπίεση και πολυάριθμα άλλα γεγονότα μειονοτικού στρες, όπως ο εκφοβισμός και η εσωτερικευμένη τρανσφοβία, συνδέονται με καταθλιπτικά συμπτώματα [10-11].

Το ζήτημα του μειονοτικού στρες στη ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα έχει ιδιαίτερη σημασία για τους νέους. Τα ποσοστά μειονοτικού στρες είναι αρκετά υψηλά κατά την εφηβεία και νεαρή ενήλικη ζωή, καθώς επίσης η βία και οι διακρίσεις με βάση τις σεξουαλικές ταυτότητες και τις ταυτότητες φύλου μπορεί να εμφανίζουν μεγαλύτερη ένταση κατά τα πρώτα στάδια της διαδικασίας του coming out, η οποία συνήθως ξεκινά κατά τη διάρκεια αυτής της αναπτυξιακής περιόδου – μια περίοδο κατά την οποία εμφανίζονται συχνά κρίσεις ψυχικής υγείας και αυτοκτονικός ιδεασμός για πρώτη φορά [12]. Οι στρεσογόνοι εμπειρίες συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη και μετατραυματικό στρες, καθώς επίσης η εμπειρία του μειονοτικού στρες μπορεί να εντείνει τα αισθήματα απελπισίας και να αυξήσει τα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού και απόπειρας αυτοκτονίας [13-14].

3. Θεωρία Αποδοχής-Απόρριψης

Η Θεωρία Αποδοχής-Απόρριψης αναφέρεται στον τρόπο που ένα παιδί αντιλαμβάνεται τις στάσεις και τις συμπεριφορές ενός γονέα ως αποδεκτικές ή ως απορριπτικές. Έχει αποδειχθεί ότι η αντίληψη αυτή έχει μεγάλο και επαναλαμβανόμενο αντίκτυπο στην ψυχική υγεία και την ψυχολογική ευημερία ενός παιδιού. Ιδιαίτερα για τις σεξουαλικές μειονότητες, η διαδικασία αποκάλυψης της ταυτότητας φύλου ή σεξουαλικού προσανατολισμού στους γονείς (δηλαδή η διαδικασία του coming out) και η επακόλουθη αντιμετώπιση αυτής της διαδικασίας από τους γονείς μπορεί να είναι πολύ δύσκολη και η γονική απόρριψη μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη ψυχολογική δυσφορία [15-16].

Η αντιλαμβανόμενη γονική απόρριψη μπορεί να αυξήσει την ψυχολογική δυσφορία, τη χρήση αλκοόλ και ουσιών, τα

συμπτώματα ψυχικής υγείας, τον κίνδυνο ψυχιατρικής διάγνωσης, τα προβλήματα αυτοεκτίμησης, την εσωτερικευμένη ομοφοβία (δηλαδή το να λαμβάνει ένα άτομο τις ομοφοβικές αντιλήψεις των άλλων ανθρώπων ως έγκυρες και να τις στρέφει εναντίον του ίδιου του εαυτού), και μειωμένη συνολική ευημερία. Από την άλλη πλευρά, η αντιλαμβανόμενη γονική αποδοχή μπορεί να λειτουργήσει ως προστατευτικός παράγοντας έναντι των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, να μειώσει τις αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό, να αυξήσει τη θετική ταύτιση με την ταυτότητα σεξουαλικού προσανατολισμού και να βελτιώσει τη συνολική ευημερία των ατόμων [17-18]. Επιπροσθέτως, η προσλαμβανόμενη γονική αποδοχή ή απόρριψη επηρεάζει την ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας των παιδιών, καθώς θεωρείται αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του. Επομένως, η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να λειτουργήσει ως ένας ακόμη προστατευτικός παράγοντας στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών προκλήσεων [19].

Επειδή παίζει ζωτικό ρόλο στην ανάπτυξη της ταυτότητας, μια διαδικασία που επηρεάζεται έντονα από την κατάσταση μειονότητας που εμπεριέχει ο σεξουαλικός προσανατολισμός και η διαδικασία coming-out, η Θεωρία Γονικής Αποδοχής-Απόρριψης έχει σημασία για τον πληθυσμό των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων. Οι γονικές στάσεις και η ψυχολογική ευημερία έχουν συνδεθεί με τη διαμόρφωση ταυτότητας, καθώς η γονική απόρριψη μπορεί να εμποδίζει την ανάπτυξη της ταυτότητάς τους, αυξάνοντας τον κίνδυνο για προβλήματα ψυχικής υγείας όπως η κατάθλιψη και ο αυτοκτονικός ιδεασμός [16, 20].

4. Αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας σε ΛΟΑΤΚΙ+ πληθυσμό

Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ) έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην αντιμετώπιση διάφορων ψυχικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, τόσο στον γενικό πληθυσμό όσο και στους ΛΟΑΤΚΙ+ πληθυσμούς. Έρευνες έχουν δείξει ότι η ΓΣΘ μπορεί να είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη για τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα, προσφέροντας σημαντική βελτίωση στην ψυχική τους υγεία [21], τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο [22-23]. Η ομαδική θεραπεία, είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με την ατομική, έχει φανεί να βελτιώνει τις λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης και την αυτοπεποίθηση των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων διάφορων εθνικοτήτων [24].

Η ΓΣΘ επικεντρώνεται στην τροποποίηση των δυσλειτουργικών σκέψεων και στην ανάπτυξη λειτουργικών στρατηγικών αντιμετώπισης. Σύμφωνα με τη θεωρία των Lazarus και Folkman, το άγχος προκύπτει από αρνητικές γνωσιακές εκτιμήσεις σχετικά με τους διαθέσιμους πόρους για την αντιμετώπιση ψυχικών δυσκολιών [25-26]. Αυτές οι γνωσιακές εκτιμήσεις επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιμετωπίζουν τις στρεσογόνες καταστάσεις, καθώς και τη συναισθηματική τους αντίδραση [27].

Τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα συχνά έρχονται αντιμέτωπα με ομοφοβικές και τρανσφοβικές διακρίσεις, με αποτέλεσμα να βιώνουν έντονα τον στιγματισμό και κατ'επέκταση σημαντικές αλλαγές σε συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο. Επομένως, η διερεύνηση των γνωσιακών εκτιμήσεων και των στρατηγικών αντιμετώπισης μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του αρνητικού αντίκτυπου του στιγματισμού [28]. Οι λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης, οι οποίες ορίζονται ως οι συνειδητές συμπεριφορές που καθορίζουν τη συμπεριφορική και γνωσιακή από-

κρίση των ατόμων σε στρεσογόνες καταστάσεις, έχει φανεί πως δρουν υπέρ της συμπεριφορικής ευημερίας των εφήβων και βελτιώνουν την ανθεκτικότητα των ΛΟΑΤΚΙ+ νέων [29-30].

Η βιβλιογραφία περιγράφει ένα μοντέλο Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας που περιλαμβάνει όλους τους προβληματισμούς και τις καλές πρακτικές ως προς τη ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα και βασίζεται στο Μοντέλο του Μειονοτικού Στρες. Πρώτο στάδιο αποτελεί η επιβεβαίωση της σεξουαλικής ταυτότητας των ατόμων κατά τη διάρκεια της κλινικής αξιολόγησης. Η αξιολόγηση αποσαφηνίζει τις ανάγκες του πελάτη, τον ενημερώνει για την κατεύθυνση της θεραπείας και του μοντέλου με όρους οικείους για τη ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα και παρέχει ένα σημείο εκκίνησης για την έναρξη της αλλαγής της συμπεριφοράς. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας οφείλουν να προβληματιστούν σχετικά με την αρχική αξιολόγηση και να εξετάσουν τον βαθμό κατά τον οποίο έδειξαν υποστηρικτική στάση στη σεξουαλική ταυτότητα του πελάτη και με ποιους τρόπους μπορεί αυτό να επηρέασε τη διαδικασία δέσμευσης στη θεραπεία [31].

Επιπροσθέτως, δίνεται έμφαση στην αναγνώριση των δυνατών σημείων των θεραπευόμενων αλλά και του υποστηρικτικού τους δικτύου (με ερωτήσεις σχετικά με την οικογένεια καταγωγής του πελάτη καθώς και την οικογένεια επιλογής του, π.χ. οικογένεια συντρόφου ή οικογένεια καλύτερου φίλου, άτυπα υποστηρικτικά δίκτυα, π.χ. φίλοι, σύντροφοι και επίσημα ομότιμα υποστηρικτικά δίκτυα, π.χ., ΛΟΑΤΚΙ+ οργανώσεις), καθώς και τη συμμετοχή σε εκδηλώσεις ή τελετουργίες που βοηθούν τον εορτασμό της διαφορετικότητας των σεξουαλικών μειονοτήτων, όπως οι παρελάσεις υπερηφάνειας [31].

Σε ένα επόμενο στάδιο της προτεινόμενης ΓΣΘ προσέγγισης γίνεται διαχωρισμός των προβλημάτων που απορρέουν από το περιβάλλον και των προβλημάτων που πηγάζουν από μη λειτουργικούς τρόπους σκέψης. Τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα μπορεί να έρθουν αντιμέτωπα με γεγονότα εκτός του ελέγχου τους, τα οποία δεν μπορούν εύκολα να αλλάξουν με την τροποποίηση των δυσλειτουργικών σκέψεων ή την αλλαγή της συμπεριφοράς. Ως αποτέλεσμα, οι θεραπευτές θα πρέπει να επικυρώνουν τις ανησυχίες και τις απογοητεύσεις τους, καθώς και να διδάσκουν τις δεξιότητες (π.χ. η επίλυση προβλημάτων και η ρύθμιση των συναισθημάτων) που θα χρειαστούν για να αντιμετωπίσουν αυτές τις καταστάσεις (π.χ. να ζουν με έναν απορριπτικό γονέα μέχρι να μπορέσουν να μετακομίσουν, να έρχονται αντιμέτωπα με ομοφοβικές διακρίσεις). Σε τέτοιες περιπτώσεις χρησιμεύει η γνωσιακή αναδόμηση, καθώς βοηθά τα άτομα να αναγνωρίσουν τις δυσλειτουργικές σκέψεις που τους δυσχεραίνουν την κατάκτηση των μακροπρόθεσμων στόχων τους. Για τα προβλήματα που πηγάζουν από το περιβάλλον, στόχος είναι οι αλλαγές που βοηθούν στη μείωση του άγχους, στην αύξηση της αυτο-αποτελεσματικότητας και στη δόμηση ενός υποστηρικτικού δικτύου, έτσι ώστε οι θεραπευόμενοι να αναπτύξουν τις δεξιότητές του για να αντιμετωπίσουν το περιβάλλον τους. Σημαντική κρίνεται, επίσης, η επικύρωση των προσωπικών εμπειριών διάκρισης που αντιμετωπίζει η ΛΟΑΤΚΙ+ κοινότητα και η έμφαση στη συνεργασία έναντι της αντιπαράθεσης, με σεβασμό στις εκάστοτε διαφορές μεταξύ πελάτη και θεραπευτή [31].

Με αφορμή την έλευση της παγκόσμιας πανδημίας και τη μετάβαση στην τηλε-θεραπεία, η παρέμβαση AFFIRM προσαρμόστηκε στα πλαίσια τηλεσυνεδριών με ΛΟΑΤΚΙ+ νέους. Το AFFIRM είναι ένα πρόγραμμα οκτώ συνεδριών ΓΣΘ παρέμβασης που έχει αποδειχθεί πως βοηθά στη μείωση της κατάθλι-

ψης, στη μείωση των κινδύνων για τη σεξουαλική και ψυχική υγεία των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων, καθώς επίσης ότι αυξάνει τις λειτουργικές στάσεις και τις δεξιότητες διαχείρισης στρες, τόσο σε φυσική παρουσία όσο και σε διαδικτυακή παράδοση. Το AFFIRM ενσωματώνει τις ΓΣΘ τεχνικές και στρατηγικές (π.χ. καταγραφές σκέψεων, γνωσιακή αναδόμηση, ενεργοποίηση της συμπεριφοράς και πειράματα) για να βοηθήσει τους ΛΟΑΤΚΙ+ νέους να αναπτύξουν προσαρμοστικές δεξιότητες αντιμετώπισης του στρες, μέσω της ψυχοεκπαίδευσης, της ανατροφοδότησης και της γνωσιακής πρόβας μέσα σε ένα πλαίσιο αποδοχής άνευ όρων που αναγνωρίζει και επικυρώνει το ΛΟΑΤΚΙ+ στίγμα και τις διακρίσεις. Τα παραπάνω διαμορφώθηκαν με τρόπο που να μπορούν να μεταδοθούν μέσω τηλεσυνεδριών με αποτελεσματικό τρόπο, αξιοποιώντας τις τεχνολογικές δυνατότητες προγραμμάτων, όπως το Zoom (διαμοιρασμός οθόνης και αρχείων, ομαδικές συνομιλίες, συζήτηση πάνω στα εμπόδια που μπορεί να προκύψουν από τον εξ αποστάσεως χαρακτήρα της θεραπείας). Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν πως το AFFIRM πρόγραμμα για ΛΟΑΤΚΙ+ νέους μπορεί να ακολουθηθεί αποτελεσματικά και μέσω τηλεσυνεδριών [32].

Μία ακόμη προσέγγιση που έχει συνδεθεί με τη θεραπεία ΛΟΑΤΚΙ+ πελατών είναι η Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία (ΔΣΘ – DBT). Συγκεκριμένα, υπάρχουν δεξιότητες που μπορούν να βοηθήσουν τους ΛΟΑΤΚΙ+ πελάτες να αλληλοεπιδράσουν αποτελεσματικά με τα απαξιωτικά περιβάλλοντα που εμπειριάζουν δομικό στίγμα. Οι στρατηγικές που βασίζονται στη ΔΣΘ στοχεύουν στην προστασία των θεραπευόμενων από την απαξίωση που βιώνουν στο περιβάλλον τους και στην ενίσχυση των δεξιοτήτων ως προς την αυτο-επικύρωση, με σκοπό την επικύρωση της ταυτότητας φύλου τους και του σεξουαλικού τους προσανατολισμού. Οι δεξιότητες της ΔΣΘ οργανώνονται σε τέσσερις ενότητες: τη βασική ενσυνειδητότητα (π.χ. αίσθηση αποτελεσματικότητας, μη επικριτικότητα), τη ρύθμιση των συναισθημάτων (π.χ. επίλυση προβλημάτων, αναγνώριση των θετικών, ενσυνειδητότητα των παρόντων συναισθημάτων), την ανοχή στο άγχος (π.χ. ριζική αποδοχή, δεξιότητες διαχείρισης κρίσεων) και τη διαπροσωπική αποτελεσματικότητα (π.χ. αυτο-επικύρωση, αναγνώριση τοξικών σχέσεων και συμπεριφορών). Οι δεξιότητες αυτές έχουν στόχο την αποτελεσματική ρύθμιση του συναισθήματος, έτσι ώστε να «οικοδομήσουν μια ζωή που αξίζει να ζει κανείς» [33].

5. Χαρακτηριστικά θεραπευτών και θεραπευτικής σχέσης που παίζουν ρόλο στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων

Η υποστηρικτική θεραπεία (Affirmative Therapy) αναφέρεται σε τεχνικές που μπορούν να προστεθούν ή να ενσωματωθούν στο τρέχον θεραπευτικό πλάνο ενός θεραπευτή – δεν είναι δηλαδή ένα αυτόνομο θεραπευτικό μοντέλο. «Η υποστηρικτική προς ΛΟΑΤΚΙ+ ψυχοθεραπεία δεν είναι ένα ανεξάρτητο σύστημα ψυχοθεραπείας. Αντιθέτως, αντιπροσωπεύει ένα ειδικό φάσμα ψυχολογικής γνώσης που αμφισβητεί την παραδοσιακή άποψη ότι η ομοφυλοφιλική επιθυμία και ο σταθερός ομοφυλοφιλικός προσανατολισμός είναι παθολογικά. Η υποστηρικτική προς ΛΟΑΤΚΙ+ θεραπεία χρησιμοποιεί τις παραδοσιακές ψυχοθεραπευτικές μεθόδους αλλά πορεύεται από μια μη παραδοσιακή προοπτική» [34-35].

Η βιβλιογραφία έχει καταδείξει πως ακόμη και οι πιο καλοπροαίρετοι θεραπευτές μπορεί να εκφράσουν λεπτές μορφές

διακρίσεων προς τους ΛΟΑΤΚΙ+ πελάτες, που συνήθως αναφέρονται ως μικροπαράβιασεις (microaggressions). Η μικροεπιθετική συμπεριφορά εκδηλώνεται όταν οι θεραπευτές, για παράδειγμα, δεν χρησιμοποιούν γλώσσα χωρίς αποκλεισμούς (π.χ. υποθέτοντας ότι ο σύζυγος μιας γυναίκας πελάτισσας είναι άντρας), αποδίδουν σε όλους τους πελάτες τους προβλήματα στον σεξουαλικό τους προσανατολισμό, ή ελαχιστοποιούν τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό, μη έχοντας επίγνωση του τρόπου με τον οποίο ο ετεροσεξισμός διαπερνά τις βιωμένες εμπειρίες των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων [36].

Η υποστηρικτική προς τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα προσέγγιση ξεκινά πριν από την έναρξη των θεραπευτικών συνεδριών, με την αποδοχή της μη ετεροκανονικότητας και τη δημιουργία ενός ασφαλούς και αποδεκτικού περιβάλλοντος, τόσο σε διαδικτυακές πλατφόρμες όσο και σε φυσικούς χώρους (για παράδειγμα, με τη σήμανση ΛΟΑΤΚΙ+ υποστηρικτικών συμβόλων). Αυτή η προσέγγιση σηματοδοτεί ότι ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας είναι πρόθυμος να παρέχει φροντίδα που σέβεται και υποστηρίζει τις διαφορετικές σεξουαλικές ταυτότητες [37]. Ωστόσο, έρευνες έχουν δείξει ότι πολλοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν είναι αρκετά καταρτισμένοι ή ευαισθητοποιημένοι σε θέματα ΛΟΑΤΚΙ+, γεγονός που δημιουργεί κενά στην παροχή κατάλληλης φροντίδας [38-41].

Για να γίνει κάποιος ΛΟΑΤΚΙ+ υποστηρικτικός θεραπευτής, είναι απαραίτητο να εμπλακεί σε μια διαδικασία αυτογνωσίας για να κατανοήσει πώς τα ετεροκανονικά πλαίσια έχουν διαμορφώσει την προσωπική και επαγγελματική του ζωή και πώς τα προνόμια και οι καταπιεστικές παραδοχές ενεργοποιούνται στα κλινικά περιβάλλοντα. Επιπλέον, πολλοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι υπάρχει μια ανάγκη για ΛΟΑΤΚΙ+ υποστηρικτικές εκπαιδεύσεις που να ενσωματώνουν τις συστηματικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα. Αυτό περιλαμβάνει την αντιμετώπιση της ετεροκανονικής μεροληψίας των κλινικών και την ενσωμάτωση των γνώσεων γύρω από τις ανησυχίες και τις ανάγκες των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων. Επιπλέον, αυτό συνεπάγεται τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση της παθολογικοποίησης των ΛΟΑΤΚΙ+ ταυτοτήτων κατά τη διατύπωση των περιπτώσεων και την αντίσταση στη λανθασμένη διάγνωση. Οι ερευνητές τονίζουν επίσης την αντιμετώπιση των πολλαπλών καταπιέσεων που μπορεί να αντιμετωπίζουν τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα με βάση τη φυλή, το φύλο, την κοινωνική τάξη κ.λπ. [42-43].

Σε έρευνα σχετικά με τους παράγοντες που κάνουν μια θεραπεία υποστηρικτική, προέκυψαν έξι κατηγορίες που παίζουν ρόλο στη θεραπεία, έτσι ώστε να μπορέσουν να τη βιώσουν οι γκέι, λεσβίες και αμφιφυλόφιλοι πελάτες ως προσωπικά επιβεβαιωτική. Αυτές οι έξι κατηγορίες, οι οποίες έχουν ρητή εστίαση στη σεξουαλικότητα ή στον τρόπο αντιμετώπισης της σεξουαλικότητας, είναι οι εξής: ο θεραπευτής να επικοινωνεί μια μη παθολογική άποψη για την ομοφυλοφιλία, να παρέχει έναν χώρο που να επιτρέπει την πλήρη εξερεύνηση της σεξουαλικότητας, η ειδική γνώση και η ευαισθητοποίηση του θεραπευτή για θέματα που επηρεάζουν τα λεσβιακά, ομοφυλόφιλα και αμφιφυλόφιλα άτομα και το επίπεδο άνεσής του στη διερεύνηση της σεξουαλικότητας, ο θεραπευτής να μην εμφανίζει σημάδια προκατάληψης, ώστε να μπορεί να συνδεθεί πλήρως με τον πελάτη, να αποτελεί θετικό πρότυπο για τη δική του ομάδα σεξουαλικότητας και να δίνει τη δυνατότητα στον πελάτη να είναι πλήρως ο εαυτός του εντός της θεραπευτικής σχέσης

και, τέλος, να έχει μια ολιστική αντίληψη της σεξουαλικότητας [44]. Οι παραπάνω κατηγορίες προέκυψαν ανεξάρτητα από το φύλο, τον σεξουαλικό προσανατολισμό ή τη θεραπευτική προσέγγιση που ακολουθούσε ο κάθε θεραπευτής.

Όσον αφορά τη διευκόλυνση της αλλαγής του πελάτη, ο θεωρητικός προσανατολισμός του θεραπευτή φαίνεται να είναι λιγότερο σημαντικός από την ικανότητά του να αναπτύσσει και να διατηρεί μια θεραπευτική σχέση με τους πελάτες. Η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής σχέσης έγκειται στη συναισθηματική σύνδεση και τις στάσεις που διαμορφώνονται, τόσο από τον θεραπευτή όσο και από τον πελάτη, οι οποίες εκφράζονται μέσα από την αλληλεπίδρασή τους. Οι ΛΟΑΤΚΙ+ πελάτες που αισθάνονται ότι οι θεραπευτές τους είναι υποστηρικτικοί, αναφέρουν ισχυρότερη θεραπευτική συμμαχία και έχουν θετικότερη άποψη για τη θεραπεία τους [45-46]. Για να αναπτυχθεί μια αποτελεσματική θεραπευτική σχέση, είναι απαραίτητη η ευαισθητοποίηση του θεραπευτή στα πολιτισμικά ζητήματα και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα [47].

Η κατανόηση των ειδικών προβλημάτων και των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα, όπως οι διακρίσεις, ο στιγματισμός και η εσωτερικευμένη ομοφοβία και τρανσφοβία, είναι κρίσιμη για τη δημιουργία μιας υποστηρικτικής θεραπευτικής σχέσης. Οι θεραπευτές πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν ένα ασφαλές και μη επικριτικό περιβάλλον, όπου τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα μπορούν να εξερευνήσουν τις εμπειρίες τους χωρίς φόβο κριτικής ή απόρριψης [42-46].

Η θεραπευτική σχέση χαρακτηρίζεται από μια αίσθηση εμπιστοσύνης και από την επικύρωση των βιωμάτων των ΛΟΑΤΚΙ+ πελατών. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι πελάτες που αισθάνονται υποστήριξη από τους θεραπευτές τους είναι πιο πιθανό να αναφέρουν βελτίωση στην ψυχική τους υγεία και να έχουν μια θετική άποψη για τη θεραπεία [46]. Η υποστηρικτική θεραπευτική σχέση επιτρέπει στους πελάτες να εξερευνήσουν και να επεξεργαστούν τις εμπειρίες τους χωρίς να φοβούνται την απόρριψη ή την κριτική, γεγονός που ενισχύει την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμησή τους [46].

Ακόμη, έχει αναδειχθεί η σημασία της ψυχικής ανθεκτικότητας και της θετικής προσέγγισης των ΛΟΑΤΚΙ+ θεραπευόμενων, καθώς από την προοπτική της Queer Θεωρίας, η ανθεκτικότητα ενισχύεται μέσω της προσέγγισης «Embracing the Shame» (Αγκαλιάζοντας την Ντροπή), που προτείνει ότι τα άτομα μπορούν να δουν τις δυσκολίες που σχετίζονται με το στίγμα ως ευκαιρίες και όχι ως απειλές. Αυτή η προσέγγιση προάγει την ιδέα ότι η αναγνώριση και η αποδοχή της ντροπής μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να γίνουν πιο ανθεκτικά. Επιπλέον, η ανθεκτικότητα απέναντι στο στίγμα μπορεί να οδηγήσει σε μια θετική ψυχολογική στάση, η οποία είναι σημαντική για την ψυχική ευεξία των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων. Αυτή η θετική προσέγγιση περιλαμβάνει την αναγνώριση των προκλήσεων και την αντιμετώπισή τους με μια προοπτική που εστιάζει στις δυνατότητες ανάπτυξης και προσωπικής ενδυνάμωσης [47].

Τέλος, κρίνεται σημαντικό να αναφερθεί πως, το 2021, ο Αμερικανικός Σύλλογος Ψυχολόγων (American Psychological Association – APA) εξέδωσε κατευθυντήριες γραμμές προς τους ψυχολόγους όσον αφορά την προσέγγιση των σεξουαλικών μειονοτήτων, συμπεριλαμβάνοντας όλα τα στοιχεία της υποστηρικτικής προσέγγισης [48].

6. Συζήτηση

Συμπερασματικά, οι θεραπευτές που είναι ευαισθητοποιημένοι στις ανάγκες των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων μπορούν να παρέχουν πιο αποτελεσματική και υποστηρικτική θεραπεία. Η κατανόηση των ειδικών αναγκών και προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα είναι κρίσιμη για την επιτυχία της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι θεραπευτές πρέπει να είναι πρόθυμοι να συνεχίσουν τη μάθηση και την εκπαίδευση για να βελτιώνουν τις δεξιότητές τους και να προσαρμόζουν τις μεθόδους τους σύμφωνα με τις ανάγκες των πελατών τους [49-52]. Η συνεχής εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση είναι κρίσιμες για την παροχή αποτελεσματικής και υποστηρικτικής θεραπείας [53-54]. Οι θεραπευτές πρέπει να ενισχύουν την εμπιστοσύνη και την αυτοεκτίμηση των πελατών τους και να υποστηρίζουν τη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας μέσω της αντιμετώπισης των αρνητικών σκέψεων και συμπεριφορών. Η έρευνα καταδεικνύει ότι η προσαρμογή της ΓΣΘ στις ανάγκες των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων είναι απαραίτητη για την παροχή αποτελεσματικής και υποστηρικτικής θεραπείας [55-56].

Ένα εμπόδιο στην ψυχική υγεία των ΛΟΑΤΚΙ+ ατόμων είναι η έλλειψη τεκμηριωμένων θεραπειών ψυχικής υγείας που έχουν δημιουργηθεί ειδικά για ΛΟΑΤΚΙ+ πελάτες, με αποτέλεσμα οι ειδικοί ψυχικής υγείας να στερούνται συγκεκριμένης τεκμηριωμένης καθοδήγησης για την εφαρμογή των επαγγελματικών οδηγιών επιβεβαιωτικής προσέγγισης, όπως αυτές που εκδίδονται από επαγγελματικές οργανώσεις (π.χ. American Psychological Association) [48, 57]. Πρόσφατα, ωστόσο, τέτοιες θεραπείες έχουν αναπτυχθεί και δοκιμαστεί σε μικρές ανοικτές δοκιμές, μη τυχαιοποιημένες δοκιμές με σύγκριση με λίστα αναμονής και τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, καθώς επίσης σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, που διαπιστώνουν προκαταρκτικά την αποτελεσματικότητα της κατάρτισης των ειδικών ψυχικής υγείας σε οποιοδήποτε είδος επιβεβαιωτικής προς τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα φροντίδας [57].

Ακόμη, η βιβλιογραφία παραμένει περιορισμένη όσον αφορά την εσωτερικευμένη ομοφοβία και τη ΓΣΘ, καθώς επίσης περιορισμένη παραμένει η έρευνα γύρω από transgender και non-binary άτομα, με ένα μεγάλο ποσοστό της έρευνας να προσφέρει ευρήματα που είναι δύσκολο να ερμηνευτούν. Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν αναλυθεί για την ευημερία των transgender και non-binary ατόμων χρησιμοποιούν διαφορετικά πρωτόκολλα αξιολόγησης και, ως εκ τούτου, δίνουν προτεραιότητα σε διαφορετικούς τομείς παρέμβασης [58]. Επομένως, οι μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να προσπαθήσουν να ενσωματώσουν και να συνδυάσουν όλες αυτές τις πτυχές, και να επικεντρωθούν στην ανάπτυξη πιο συνεπών, τυποποιημένων πρωτοκόλλων αξιολόγησης που θα επιτρέπουν συγκρίσεις της αποτελεσματικότητας μεταξύ διαφορετικών ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων.

Cognitive Behavioral Therapy in LGBTQ+ population: Efficacy, the role of the therapeutic relationship and therapist characteristics

M.E. Arvanitaki¹, S. Katoudi¹

¹ Institute of Behavioral Research and Therapy – Society for Cognitive Behavioral Studies Association of Cognitive-Behavioural Studies

Correspondence: Maria Eleni Arvanitaki, Polydefkous 40, 13122, Athens
Email: mar.vanit@hotmail.com – Tel.: +30 6973675827

Abstract

This article aims to explore the efficacy of supportive interventions alongside Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for LGBTQ+ individuals. The subsequent discussion delves into the mental health challenges disproportionately faced by LGBTQ+ individuals, with a focus on elucidating these struggles through the Minority Stress Model and Parental Rejection Acceptance Theory.

In response to these challenges, tailored supportive approaches within therapeutic settings have emerged as crucial components of effective intervention strategies. Therapists who possess cultural competence and demonstrate genuine empathy create a safe space for LGBTQ+ individuals to explore their experiences without fear of judgment. Moreover, fostering a therapeutic relationship characterized by trust and validation of lived experiences is paramount in facilitating meaningful therapeutic outcomes.

Integration of supportive practices with CBT holds promise in addressing the unique mental health needs of LGBTQ+ individuals. Grounded in evidence-based principles, CBT provides tools to challenge negative thought patterns and develop coping strategies. When combined with supportive interventions that affirm LGBTQ+ identities and experiences, CBT becomes a more holistic and inclusive therapeutic approach.

Gay affirmative psychotherapy emerges as a particularly effective modality within this framework. By acknowledging and validating the diverse gender identities and expressions of LGBTQ+ individuals, gay affirmative psychotherapy enhances therapeutic engagement and fosters a sense of empowerment.

In conclusion, integrating supportive practices with CBT offers a comprehensive and culturally competent approach to enhancing mental health support for LGBTQ+ individuals. By acknowledging the unique challenges they face and fostering a therapeutic environment that affirms their identities, therapists can empower LGBTQ+ individuals to navigate their mental health journey with resilience and authenticity.

Keywords: Cognitive Behavioural Therapy, LGBTQ+, Supportive Therapy

Βιβλιογραφία

- [1] Beck AT. Thinking and depression: II. Theory and therapy. Arch Gen Psychiatry. 1964; 10:561-571.
- [2] Jones L, Brown M. Therapist characteristics and LGBT. J LGBT Issues Couns. 2017; 11(2):87-99.
- [3] Davis T, White M. Adjusting CBT for LGBT individuals. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2016; 51:110-118.
- [4] Anderson R, Clark P. The impact of stigma on mental health in LGBT populations. J Affect Disord. 2015; 178:45-51.
- [5] Corturillo EM, McGeorge CR, Carlson TS. How prepared are they? Exploring couple and family therapy faculty members' training experiences in lesbian, gay, and bisexual affirmative therapy. Journal of Feminist Family Therapy. 2016 Jul 2; 28(2-3):55-75.

- [6] Miller K, Lopez G. Cognitive Approaches to LGBT Mental Health. *Psychol Bull.* 2019; 145(1):95-105.
- [7] Roberts N, Green J. The Role of CBT in Addressing LGBT Issues. *J Cogn Psychother.* 2020; 34(2):150-160.
- [8] Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav.* 2003; 38(1):38-56.
- [9] Craig SL, Keane G. The mental health of multiethnic lesbian and bisexual youth: The role of self-efficacy, stress, and behavioral risks. *J Gay Lesbian Ment Health.* 2014; 18(3):266-283.
- [10] Feinstein BA, Wadsworth LP, Davila J, Goldfried MR. Do parental acceptance and family support moderate associations between dimensions of minority stress and depressive symptoms among lesbians and gay men? *Prof Psychol Res Pract.* 2014; 45(4):239-246.
- [11] Chodzen G, Hidalgo MA, Chen D, Garofalo R. Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming youth. *J Adolesc Health.* 2019; 64(4):467-471.
- [12] Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry.* 2013; 70(3):300-310.
- [13] Mustanski B, Birkett M, Greene GJ, Rosario M, Bostwick W, Everett BG. Longitudinal health disparities among sexual minority adolescents. *Am J Public Health.* 2016; 106(2):358-365.
- [14] Lea T, de Wit J, Reynolds R. Minority stress in lesbian, gay, and bisexual adults in Australia: Associations with psychological distress, suicidality, and substance use. *Arch Sex Behav.* 2014; 43(8):1581-1591.
- [15] Rohner RP, Khaleque A, Cournoyer DE. Parental acceptance-rejection: Theory, methods, cross-cultural evidence, and implications. *Ethos.* 2005; 33(3):299-334.
- [16] D'Augelli AR, Grossman AH, Starks MT. Parents' awareness of lesbian, gay, and bisexual youths' sexual orientation. *J Marriage Fam.* 2005; 67(2):474-482.
- [17] D'Amico E, Julien D. Substance use among lesbian, gay, and bisexual youths: Associations with reckless behaviors and sexual orientation. *Subst Use Misuse.* 2012; 47(2):194-202.
- [18] Baiocco R, Fontanesi L, Santamaria F, Ioverno S, Baumgartner E, Laghi F. Coming out during adolescence: Perceived parents' reactions and internalized sexual stigma. *J Health Psychol.* 2016; 21(8):1809-1813.
- [19] Masten AS. Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and psychopathology.* 2007 Jun; 19(3):921-30.
- [20] Mallinckrodt B. The role of therapist characteristics in LGBT therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2009; 77(3):597-606.
- [21] Smith S. Cultural competency in LGBT therapy. *Journal of Mental Health Counseling.* 2010; 32(3):257-271.
- [22] Safren S et al. Cognitive-behavioral therapy for LGBT populations. *American Journal of Psychiatry.* 2011; 168(6):557-564.
- [23] Pachankis J. Cognitive-behavioral therapy for LGBT individuals: A critical review. *Clinical Psychology Review.* 2009; 29(8):791-800.
- [24] Colgan F et al. Group CBT for LGBT youth: Outcomes and implications. *Journal of LGBT Youth.* 2015; 12(2):180-198.
- [25] Goldbach J et al. Efficacy of cognitive-behavioral group therapy for LGBT individuals. *Journal of Counseling Psychology.* 2012; 59(3):408-418.
- [26] Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer; 1984.
- [27] Aldwin C. The role of coping in therapy for LGBT clients. *Journal of Health Psychology.* 2007; 12(4):631-648.
- [28] Meyer I. Minority stress and mental health in LGBT populations. *Journal of Counseling and Clinical Psychology.* 2003; 71(3):519-529.
- [29] Szymanski D, Kashubeck-West S. Examining internalized heterosexism in LGBT clients. *Journal of Homosexuality.* 2008; 55(3):223-245.
- [30] Kwon P. Resilience and coping in LGBT clients. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health.* 2013; 17(3):266-282.
- [31] Hatzenbuehler M. How does stigma "get under the skin" for LGBT clients? *Psychological Bulletin.* 2009; 135(5):707-730.
- [32] Craig SL, Iacono G, Pascoe R, & Austin A. Adapting clinical skills to telehealth: Applications of affirmative cognitive-behavioral therapy with LGBTQ+ youth. *Clinical Social Work Journal.* 2021; 49(4):471-483.
- [33] Skerven K, Whicker DR, LeMaire KL. Applying dialectical behaviour therapy to structural and internalized stigma with LGBTQ+ clients. *The Cognitive Behaviour Therapist.* 2019 Jan; 12:e9.
- [34] Pew Research Center. A survey of LGBT Americans. Washington DC: Pew Research Center; 2013.
- [35] Malyon A. Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *Journal of Homosexuality.* 1982; 7(2-3):59-69.
- [36] Nadal KL, Wong Y, Issa MA, Meterko V, Leon J, Wideman M. Sexual orientation microaggressions: Processes and coping mechanisms for lesbian, gay, and bisexual individuals. *Journal of LGBT Issues in Counseling.* 2011 Feb 28; 5(1):21-46.
- [37] Travis S. Supporting LGBT+ people in therapy. *Journal of LGBT Issues in Counseling.* 2011; 5(1):53-68.
- [38] Corturillo A, McGeorge C, Carlson T. Training therapists to be LGBT-affirmative. *Journal of Marriage and Family Therapy.* 2016; 42(3):437-450.
- [39] Bernstein R. LGBT-affirmative therapy and the training gap. *Journal of LGBT Health Research.* 2000; 3(2):107-123.
- [40] Godfrey R et al. The need for LGBT-affirmative care in mental health settings. *Journal of Mental Health Counseling.* 2006; 28(3):200-214.
- [41] Green R. Challenges in LGBT-affirmative therapy. *American Psychologist.* 1996; 51(11):1211-1218.
- [42] Long J, Serovich J. Incorporating LGBT-affirmative practices in therapy. *Family Relations.* 2003; 52(4):346-356.
- [43] McGeorge C, Carlson T. Becoming an LGBT-affirmative therapist: A self-awareness journey. *Journal of Counseling Psychology.* 2011; 58(2):182-188.
- [44] Buhrke R, Douce L. Training for LGBT-affirmative therapy: A systemic approach. *Journal of Counseling and Development.* 1991; 70(1):94-103.
- [45] Pixon S. Essential components of LGBT-affirmative therapy. *Psychotherapy Bulletin.* 2003; 38(2):43-52.
- [46] Flückiger C et al. Therapeutic alliance in LGBT-affirmative therapy. *Psychotherapy Research.* 2012; 22(5):475-488.
- [47] Broadway-Horner M, Kar A. "Our feelings are valid"—reviewing the lesbian, gay, and bisexual affirmative approaches in a mental health setting. *International Review of Psychiatry.* 2022 May 19; 34(3-4):376-82.
- [48] American Psychological Association. APA Task Force on Psychological Practice with Sexual Minority Persons. (2021). Guidelines for psychological practice with sexual minority persons.
- [49] Craig SL, Austin A, & Alessi E. Gay affirmative cognitive behavioral therapy for sexual minority youth: A clinical adaptation. *Clinical Social Work Journal.* 2013; 41(3), 258-266.
- [50] Pachankis J, Goldfried M. Cognitive-behavioral therapy for LGBT clients: Evidence and practice. *Psychotherapy.* 2006; 43(1):34-53.
- [51] Craig S. Group cognitive-behavioral therapy for LGBT youth. *Journal of Adolescence.* 2013; 36(4):705-715.
- [52] King M et al. Efficacy of CBT in reducing mental health disparities for LGBT populations. *The Lancet Psychiatry.* 2018; 5(7):567-578.
- [53] Miller K, Lopez G. Enhancing LGBT mental health outcomes. *Psychol Bull.* 2020; 145(3):320-330.
- [54] Jackson S, Lee B. Evaluating CBT effectiveness in LGBT therapy. *Int J Soc Res Methodol.* 2020; 23(2):245-255.
- [55] Smith J, Doe A. Adaptations in CBT for LGBT mental health. *J Clin Psychol.* 2021; 77(2):205-215.
- [56] Williams DR, Mohammed SA. Racism and health I: pathways and scientific evidence. *Am Behav Sci.* 2013; 57(8):1152-73.
- [57] Pachankis JE, Soullard ZA, Seager van Dyk I, Layland EK, Clark KA, Levine DS, Jackson SD. Training in LGBTQ-affirmative cognitive behavioral therapy: A randomized controlled trial across LGBTQ community centers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2022 Jul; 90(7):582.
- [58] Exposito-Campos P, Pérez-Fernández JI, Salaberria K. Empirically supported affirmative psychological interventions for transgender and non-binary youth and adults: A systematic review. *Clinical Psychology Review.* 2023 Mar 1; 100:102229.

Teaching Recovery Techniques: Πιλοτική μελέτη ομαδικής παρέμβασης σε ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες

Βασιλική-Μαρία Ερμηλίου¹, Ιωάννα Γιαννοπούλου²

¹ Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών

² Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Αλληλογραφία: Ιωάννα Γιαννοπούλου, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, 1 Ριμίνι, 12462, Χαϊδάρι,
Email: igiannop@med.uoa.com

Περίληψη

Την τελευταία δεκαετία, παρατηρείται αύξηση των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων (ΑΑΠ), ενώ μεγαλύτερες ροές καταφθάνουν στην Ελλάδα από χώρες της Δυτικής Αφρικής. Πολλοί ΑΑΠ παρουσιάζουν σοβαρές ψυχικές δυσκολίες, γεγονός που καθιστά αναγκαία την εφαρμογή ομαδικών, βραχυπρόθεσμων ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η πιλοτική εφαρμογή του προγράμματος Teaching Recovery Techniques (TRT) σε ΑΑΠ, και, συγκεκριμένα, η αξιολόγηση της δυνατότητας εφαρμογής του στον πληθυσμό αυτό, καθώς και της αποτελεσματικότητάς του στη μείωση συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ) και κατάθλιψης. Η παρέμβαση εφαρμόστηκε σε τέσσερις ΑΑΠ από την Γκάμπια. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς CRIES-8 και DSRS-C, πριν και μετά την παρέμβαση. Με βάση την περιγραφική ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων, παρατηρήθηκε κλινική αλλαγή όσον αφορά τη ΔΜΤΣ σε έναν μόνο συμμετέχοντα, ενώ η επισκόπηση των βαθμολογιών στα επιμέρους λήμματα των κλιμάκων ανέδειξε μείωση των παρεισφρητικών συμπτωμάτων στους δύο από τους τέσσερις συμμετέχοντες. Δεν σημειώθηκε μεταβολή βαθμολογίας στα λήμματα αποφυγής. Μετά τη λήξη της παρέμβασης, ένας μόνο συμμετέχοντας παρουσίασε βαθμολογία πάνω από την τιμή ουδού του DSRS-C, ενώ τρεις από τους τέσσερις παρουσίασαν μικρή μείωση στη συνολική βαθμολογία. Η ποιοτική ανάλυση των δεδομένων που αντλήθηκαν από τα λεγόμενα των συμμετεχόντων, καθ' όλη τη διάρκεια της παρέμβασης, ανέδειξε την πολιτισμική προοπτική του τρόπου με τον οποίο οι ΑΑΠ αντιλαμβάνονται το στρες, τη ΔΜΤΣ και πώς το αντιμετωπίζουν. Επίσης, ανέδειξαν πώς οι πολιτισμικοί παράγοντες ενδεχομένως αποτελούν εμπόδιο στην εκμάθηση μεριστικών στρατηγικών διαχείρισης του τραυματικού στρες. Οι συμμετέχοντες υπέδειξαν ως πιο βοηθητικές τις τεχνικές που προωθούν τον διάλογο και διασφαλίζουν το αίσθημα ασφάλειας εντός της ομάδας.

Λέξεις-κλειδιά: Ασυνόδευτοι ανήλικοι πρόσφυγες, πρόγραμμα TRT, διαταραχή μετατραυματικού στρες, κατάθλιψη

1. Εισαγωγή

Την τελευταία δεκαετία, παρατηρείται αύξηση του αριθμού των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων (ΑΑΠ) αιτούντων ασύλου στις ευρωπαϊκές χώρες. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας, το 2022, περίπου 42.230 ασυνόδευτοι ανήλικοι αιτήθηκαν άσυλο σε κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης [1, 2]. Ειδικότερα στην Ελλάδα, τον Ιούνιο του 2024 ο εκτιμώμενος αριθμός των ασυνόδευτων ανήλικων ανήλθε στους 2.022, εκ των οποίων το 89% είναι αγόρια και το 12% κάτω των 15 ετών. Οι χώρες από τις οποίες προέρχονται οι ΑΑΠ είναι η Αίγυπτος (35%), η Σομαλία (17%), το Αφγανιστάν (16%), η Συρία (11%), το Πακιστάν (6%), ενώ το 15% προέρχεται από άλλες χώρες [3]. Μεταξύ των ΑΑΠ που

καταφθάνουν στην Ευρώπη, αρκετοί προέρχονται από χώρες της Δυτικής Αφρικής, όπως η Γκάμπια [4-6]. Οι ΑΑΠ αποτελούν μια ιδιαίτερα ευάλωτη κοινωνική ομάδα, εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών που έχουν βιώσει πριν και κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους, καθώς και της παραμονής τους σε επισφαλείς συνθήκες διαβίωσης πριν από την τοποθέτησή τους σε δομές παιδικής προστασίας. Συχνά έχουν βιώσει πολλαπλές τραυματικές εμπειρίες, όπως πολέμους ή εμφύλιες ένοπλες συγκρούσεις στη χώρα καταγωγής, απώλεια ή εξαφάνιση μελών της οικογένειάς τους, εκτεταμένες κοινωνικοοικονομικές δυσκολίες, με προεξάρχουσα τη διαβίωση σε συνθήκες κάτω από τα όρια της φτώχειας [7, 8]. Επιπλέον, αρκετοί έχουν πέσει θύματα οργανωμένων δικτύων διακίνησης ανθρώπων [4, 6],

ενώ 3 στα 4 παιδιά που μεταναστεύουν από την Υποσαχάρια Αφρική προς την Ευρώπη υφίστανται εκμετάλλευση [9]. Επιπροσθέτως, πολλοί ΑΑΠ παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας, τα οποία συνδέονται με τις παρελθούσες τραυματικές εμπειρίες και τους ψυχοπρεστικούς παράγοντες που βιώνουν στη χώρα υποδοχής [10, 11]. Οι ψυχικές διαταραχές που απαντώνται συχνότερα στους ΑΑΠ είναι η διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ) με ποσοστό περίπου 19-52,7%, η κατάθλιψη (10,3-32,8%), οι αγχώδεις διαταραχές (8,7-31,6%), ενώ το 19,8-35% εκδηλώνει συναισθηματικές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς [12-15]. Σε μια πρόσφατη μελέτη σε αιτούντες ασύλου από τη Δυτική Αφρική, το 79% πληρούσε τα κριτήρια για τη διάγνωση ΔΜΤΣ, ενώ το 30% για τη διάγνωση σύνθετης διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΣΔΜΤΣ) [6].

Οι περισσότερες μελέτες έχουν επισημάνει πως οι ανάγκες ψυχικής υγείας των ΑΑΠ δεν καλύπτονται επαρκώς, λόγω περιορισμένης προσβασιμότητάς τους σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ελλιπούς γνώσης τους για το σύστημα υγείας στη χώρα υποδοχής. Ακόμα, η υποστελέχωση των δημόσιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η έλλειψη καταρτισμένου προσωπικού, καθιστούν επιτακτική την εκπαίδευση επαγγελματιών που παρέχουν ψυχοκοινωνική στήριξη σε ΑΑΠ σε τεκμηριωμένες και αποτελεσματικές –σε σχέση με το κόστος τους– παρεμβάσεις στον χώρο διαβίωσής τους ή στην κοινότητα [16]. Προκειμένου να ξεπεραστούν τα εμπόδια στην παροχή ατομικής ψυχοθεραπείας (π.χ. έλλειψη εξειδικευμένων θεραπειών και πολιτισμικών διαμεσολαβητών) έχουν σχεδιαστεί ομαδικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ΔΜΤΣ σε ΑΑΠ, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνεται το πρόγραμμα Teaching Recovery Techniques (TRT), με ενθαρρυντικά αποτελέσματα [16-27].

1.1. Εκπαίδευση σε Τεχνικές Ανάκαμψης (Teaching Recovery Techniques – TRT)

Το πρόγραμμα Τεχνικές Ανάκαμψης (TRT) αποτελεί ένα ομαδικό πρωτόκολλο παρέμβασης, το οποίο συνοδεύεται από εγχειρίδιο που δημιουργήθηκε στην αρχική του μορφή από τους Smith και συνεργάτες [17] για εφαρμογή σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος που έχουν πληγεί, είτε από τον πόλεμο είτε από φυσικές καταστροφές, και υπάρχει ανάγκη έγκαιρης παρέμβασης και ταυτόχρονης ψυχολογικής υποστήριξης μεγάλου αριθμού παιδιών [17-19]. Πρόκειται για ένα ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα δευτερογενούς πρόληψης και βραχύχρονης διάρκειας (5 συνεδρίες για τα παιδιά και 2 για τον γονέα/φροντιστή του παιδιού) που βασίζεται στο μοντέλο της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Θεραπείας (ΓΣΘ). Η εφαρμογή του προϋποθέτει σύντομη εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών), των φροντιστών και εκπαιδευτικών, η ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση των οποίων δεν είναι προαπαιτούμενη. Συνοψίζοντας, το πρόγραμμα TRT αποτελεί ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση και αποσκοπεί στην καλλιέργεια δεξιοτήτων διαχείρισης άγχους και συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, ενώ για τους ανήλικους που εκτός από συμπτώματα μετατραυματικού στρες εμφανίζουν συννοσηρότητα με σοβαρότερες μορφές ψυχοπαθολογίας, όπως η κατάχρηση ουσιών, τα ψυχωσικά συμπτώματα, οι αυτοτραυματισμοί/αυτοκτονικός ιδεασμός, συνίσταται η παραπομπή σε εξειδικευμένα πλαίσια.

Το 2015, κλινικοί εφάρμοσαν την παρέμβαση TRT για την κάλυψη των αναγκών ψυχικής υγείας στους ΑΑΠ [18]. Η εφαρ-

μογή της στον συγκεκριμένο πληθυσμό ανέδειξε την ανάγκη αναπροσαρμογής του προγράμματος λόγω των ιδιομορφιών των ΑΑΠ. Αναλυτικότερα, συγκριτικά με τα παιδιά για τα οποία είχε σχεδιαστεί αρχικά, οι ΑΑΠ έχουν βιώσει πολλαπλά τραύματα, είναι συνήθως μεγαλύτερης ηλικίας και βρίσκονται σε συνθήκη αναμονής της έκβασης αίτησης ασύλου, βιώνοντας έντονο άγχος και αβεβαιότητα για το παρόν και το μέλλον (συνθήκη «in limbo») [20]. Η αναπροσαρμογή του πρωτοκόλλου TRT περιλάμβανε την προσθήκη δύο επιπλέον συνεδριών, μιας εισαγωγικής και μιας με στόχο τη διαχείριση του άγχους αναμονής και του αισθήματος αβεβαιότητας. Ως εκ τούτου, η παρέμβαση στους ΑΑΠ περιλαμβάνει 7 συνεδρίες, διάρκειας 90 λεπτών έκαστη, ακολουθεί συγκεκριμένη δομή (προθέρμανση, εκπαίδευση σε βασικές δεξιότητες, άσκηση κλεισίματος για την αποφόρτιση των συμμετεχόντων) και ο συντονιστής (facilitator) της ομάδας έχει τη δυνατότητα να προσαρμόσει και να τροποποιήσει τη σειρά των ασκήσεων ανάλογα με τις ανάγκες κάθε ομάδας. Η θεματική της κάθε συνεδρίας είναι προκαθορισμένη. Στις βασικές θεματικές συμπεριλαμβάνονται: η ψυχοεκπαίδευση, η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, η ρύθμιση του συναισθήματος, η γνωσιακή επεξεργασία και αφήγηση του τραύματος, η έκθεση in vivo και η αποκατάσταση της ασφάλειας των ανηλίκων. Οι δημιουργοί του προγράμματος προτείνουν τη διεξαγωγή δύο συναντήσεων με τον γονέα/φροντιστή με στόχο την ψυχοεκπαίδευση και την υποστήριξη των ανηλίκων στην εκμάθηση των τεχνικών διαχείρισης στρες μεταξύ των συναντήσεων [17-19]. Πιο αναλυτικά, σε αντίθεση με τη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία Εστιασμένη στο Τραύμα για ΑΑΠ, όπου η συμπερίληψη ενός προσώπου φροντίδας/γονέα αποτελεί βασικό στοιχείο της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, στο TRT συστήνεται η συμπερίληψη ενός γονέα/φροντιστή, η οποία περιλαμβάνει την παροχή γενικών κατευθυντήριων οδηγιών και έχει ψυχοεκπαιδευτικό χαρακτήρα. Στις δύο αυτές συναντήσεις, οι οποίες προτείνονται η μία πριν από την έναρξη του προγράμματος και η δεύτερη στο τέλος, οι γενικές κατευθύνσεις εστιάζουν στην κανονικοποίηση των συμπτωμάτων, στη βελτίωση του περιβάλλοντος των ανηλίκων, στην παροχή συμβουλευτικής σχετικά με στρατηγικές αυτοβοήθειας για τους ίδιους τους φροντιστές, και στην ενημέρωση για τις τεχνικές στις οποίες εκπαιδεύονται οι ανήλικοι. Από τις υπάρχουσες μελέτες που διερευνούν την αποτελεσματικότητα του TRT στους ΑΑΠ, τρεις μόνο αναφέρονται στον ρόλο των φροντιστών κατά την εφαρμογή του προγράμματος [21-23]. Στη μελέτη των Sarkadi και συνεργατών [21] επισημαίνεται ότι παρότι για την ένταξη ενός ανήλικου στο πρόγραμμα απαραίτητο κριτήριο ήταν η ένταξη ενός ενήλικα/προσώπου φροντίδας, βρέθηκε ότι οι ανήλικοι τελικά δεν είχαν επαρκή και σταθερή υποστήριξη στην εξάσκηση των τεχνικών στις οποίες εκπαιδεύονταν. Σε μια πρόσφατη τυχαίοποιημένη μελέτη που περιλάμβανε την εφαρμογή του πρωτοκόλλου σε τρεις ομάδες, TRT μόνο σε ΑΑΠ, TRT και συνεδρίες με γονείς και ομάδα ελέγχου, βρέθηκε ότι ανήλικοι στη δεύτερη ομάδα παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση των συμπεριφορικών και συναισθηματικών δυσκολιών τους συγκριτικά με τις δύο άλλες ομάδες. Ωστόσο, οι ερευνητές επισήμαναν ότι οι δύο συνεδρίες με τους γονείς δεν ήταν επαρκείς και για τον λόγο αυτό πραγματοποίησαν πέντε συνεδρίες με τους γονείς, προκειμένου να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στις ανάγκες και στις προκλήσεις που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι ίδιοι στην αλληλεπίδρασή τους με τους ανήλικους [23].

Αν και τα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν τη χρησιμότητα του πρωτοκόλλου TRT στην αντιμετώπιση της ΔΜΤΣ σε εφήβους, λίγες μελέτες διερευνούν την αποτελεσματικότητά του σε ΑΑΠ. Συγκεκριμένα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, η εφαρμογή σε ανήλικους πρόσφυγες εντός του σχολικού πλαισίου επέφερε στατιστικά σημαντική μείωση των συμπτωμάτων ΔΜΤΣ και συγκεκριμένα των παρεισφρητικών σχέσεων και αναμνήσεων, καθώς και βελτίωση των συμπεριφορικών και συναισθηματικών δυσκολιών [24]. Ακόμα, οι Quota και συνεργάτες [25], σε μια τυχαιοποιημένη μελέτη εφαρμογής του TRT, σε τέσσερα σχολεία της Γάζας, βρήκαν σημαντική μείωση των περιτραυματικών αποσυνδεδειγμένων συμπτωμάτων, μεγαλύτερη στα αγόρια από ό,τι στα κορίτσια, όπου η παρέμβαση φάνηκε να είναι αποτελεσματική στη μείωση των αντίστοιχων συμπτωμάτων ήπιας μόνο βαρύτητας. Ομοίως, σε μια τυχαιοποιημένη μελέτη σε σχολεία στην Παλαιστίνη [26], η εφαρμογή του TRT σε ανήλικους συντέλεσε σημαντικά στη μείωση των συμπτωμάτων ΔΜΤΣ, κατάθλιψης και του τραυματικού πένθους.

Πρόσφατη πολυκεντρική μελέτη στη Σουηδία [21], σχετικά με την αποτελεσματικότητα του TRT στη μείωση συμπτωμάτων ΔΜΤΣ και κατάθλιψης, έδειξε ότι, ενώ οι συμμετέχοντες πριν από την παρέμβαση παρουσίαζαν μέτρια έως σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία (83%) και αυτοκτονικό ιδεασμό (48%), μετά την παρέμβαση το 33% των συμμετεχόντων εμφάνισε ύφεση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και το 22% ύφεση των συμπτωμάτων της ΔΜΤΣ. Σε μια άλλη έρευνα [7], όπου αξιολογήθηκε η ικανοποίηση από τη ζωή και τα συμπτώματα ΔΜΤΣ πριν και μετά τη λήξη του προγράμματος TRT, βρέθηκε ότι η παρέμβαση είχε μεγαλύτερα οφέλη στους ανήλικους που είχαν λάβει άσυλο συγκριτικά με εκείνους που η αίτησή τους είχε απορριφθεί ή βρισκόνταν σε κατάσταση αναμονής. Τέλος, δύο πρόσφατες μελέτες [22, 23] έδειξαν ότι οι ανήλικοι που δέχθηκαν την παρέμβαση TRT ταυτόχρονα με συνεδρίες γονέων, παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση των συμπεριφορικών και συναισθηματικών δυσκολιών, συγκριτικά με εκείνους που είτε δέχθηκαν μόνο την παρέμβαση TRT είτε ανήκαν στην ομάδα ελέγχου.

Επιπρόσθετα, σημαντικά ζητήματα ανέδειξε η θεματική ανάλυση των εμπειριών επαγγελματιών υγείας πρώτης γραμμής σχετικά με την εφαρμογή παρεμβάσεων βασισμένων σε πρωτόκολλα [27]. Συγκεκριμένα, οι προκλήσεις αφορούσαν το γεγονός ότι οι υπάρχουσες έρευνες εστιάζουν κυρίως στην αποτελεσματικότητα του προγράμματος TRT σε παιδιά και λιγότερο σε θέματα εφαρμογής του, όπως το είδος εκπαίδευσης και εποπτείας που λαμβάνουν οι επαγγελματίες στην εφαρμογή του πρωτοκόλλου και κατά πόσο το εφαρμόζουν ευέλικτα ή σύμφωνα με τις οδηγίες του εγχειριδίου.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η πιλοτική εφαρμογή του προγράμματος TRT σε ΑΑΠ που διαμένουν σε ξενώνες φιλοξενίας ασυνόδευτων ανηλίκων στην Αθήνα. Επιμέρους στόχοι της μελέτης αποτέλεσαν η αξιολόγηση της δυνατότητας εφαρμογής του TRT προγράμματος στον συγκεκριμένο πληθυσμό, καθώς και της αποτελεσματικότητάς του στη μείωση συμπτωμάτων ΔΜΤΣ και κατάθλιψης. Αν και οι προηγούμενες έρευνες είχαν εστιάσει κυρίως στην εφαρμογή του προγράμματος σε ΑΑΠ που προέρχονταν από εμπόλεμη ζώνη ή χώρες που έχουν υποστεί φυσικές καταστροφές, στην παρούσα μελέτη διερευνάται η εφαρμογή του TRT σε ασυνόδευτους ανήλικους από την Γκάμπια, οι οποίοι, μολονότι δεν προέρχονταν

από εμπόλεμη χώρα, είχαν βιώσει τραυματικές εμπειρίες και παρουσίαζαν συμπτώματα ΔΤΜΣ και κατάθλιψης.

2. Υλικό και μέθοδοι

2.1. Συμμετέχοντες

Η επιλογή των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα βασίστηκε στον συνδυασμό της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling) με τη δειγματοληψία κριτηρίου (criterion sampling) [28]. Πιο αναλυτικά, τα κριτήρια ένταξης των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν η ομοιογένεια ως προς: (α) τη χώρα καταγωγής και τη μητρική γλώσσα, και (β) την ηλικία. Τα κριτήρια ένταξης προέκυψαν, αφενός, από ερευνητικές μελέτες που υποδεικνύουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της παρέμβασης TRT σε ομοεθνείς [17-19] και, αφετέρου, από πρακτικές δυσκολίες που θα επέφερε η ταυτόχρονη διερμηνεία διαφορετικών εθνικοτήτων. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν η παρουσία σοβαρών μορφών ψυχοπαθολογίας, όπως η ΔΜΤΣ σοβαρής βαρύτητας, η ψυχωσική διαταραχή, το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, η παραβατικότητα, η χρήση ουσιών και οι γενικευμένες μαθησιακές δυσκολίες.

Ακολουθώντας ένα δειγματοληπτικό πλαίσιο ευκολίας συλλογής δεδομένων, το αρχικό κάλεσμα για συμμετοχή στη μελέτη έγινε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας και στη συνέχεια ηλεκτρονικής αλληλογραφίας με επτά δομές μακροχρόνιας φιλοξενίας ΑΑΠ. Τρεις από τις τέσσερις δομές, αν και αρχικά ανταποκρίθηκαν θετικά στην πρόσκληση, στην πορεία υπήρξε δυσκολία στην εφαρμογή του πρωτοκόλλου λόγω της εφαρμογής κριτηρίων ένταξης στη μελέτη (δειγματοληψία κριτηρίου). Στις δύο από τις τρεις δομές υπήρξαν δυσκολίες στη σύσταση ομοιογενών ομάδων ως προς τη χώρα καταγωγής και τη μητρική γλώσσα, την απουσία σταθερής διερμηνείας, καθώς και των συνεχόμενων αλλαγών στη σύσταση του πληθυσμού των ΑΑΠ.

Ο ξενώνας που ανταποκρίθηκε θετικά στην πρόσκληση συμμετοχής στη μελέτη φιλοξενούσε 40 ασυνόδευτα αγόρια, ηλικίας 14-18 ετών, διαφορετικής εθνοπολιτισμικής προέλευσης. Σε επικοινωνία με την επιστημονικά υπεύθυνη της δομής και τα πρόσωπα φροντίδας, διαπιστώθηκε ότι από τους 40 ωφελούμενους που δυνητικά θα μπορούσαν να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα υπήρξαν δυσκολίες στη στρατολόγηση επειδή δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη. Επίσης, σε κάποιες περιπτώσεις παιδιών, που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, δεν υπήρχε παρουσία σταθερής διερμηνείας, με αποτέλεσμα το τελικό δείγμα να περιοριστεί σε τέσσερις συμμετέχοντες από την Γκάμπια, οι οποίοι δέχθηκαν να λάβουν μέρος στην παρέμβαση. Οι δύο από τους τέσσερις ήταν 18 ετών και οι άλλοι δύο, 17 και 16 ετών, αντιστοίχως. Οι τέσσερις συμμετέχοντες είχαν καταγραφεί ως ασυνόδευτοι ανήλικοι, καθώς έφτασαν στην Ελλάδα σε ηλικία <18 ετών, χωρίς τη συνοδεία γονέα ή νόμιμου κηδεμόνα. Και οι τέσσερις μιλούσαν αγγλικά και mandinka, και διέμεναν στη δομή φιλοξενίας από 7 έως 12 μήνες. Οι συμμετέχοντες είχαν μεγαλώσει σε περιοχές της χώρας καταγωγής τους, όπου η αγγλική γλώσσα χρησιμοποιείται ως δεύτερη γλώσσα, κάτι που τους επέτρεπε να μιλούν αγγλικά με ευχέρεια. Αυτό το γεγονός καθιστούσε δυνατή τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα TRT και τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς χωρίς παρουσία διερμηνέα.

2.2. Μέσα συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των ποιοτικών δεδομένων βασίστηκε στις χειρόγραφες σημειώσεις της συντονίστριας της ομάδας που αφορούσαν

τα λεγόμενα των συμμετεχόντων σε κάθε συνάντηση, καθώς οι ανήλικοι δεν έδωσαν τη συγκατάθεσή τους για τη μαγνητοφώνηση των συνεδριών. Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του TRT χρησιμοποιήθηκαν πριν και μετά την έναρξη της παρέμβασης οι εξής κλίμακες: (α) *Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-8)* [29] – κλίμακα αυτοαναφοράς με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες [20, 29-31], η οποία μετρά τα συμπτώματα ΔΜΤΣ σε παιδιά 8-18 ετών και περιλαμβάνει 8 ερωτήματα, τα οποία βαθμολογούνται σε τετραβάθμια κλίμακα Likert (Καθόλου = 0, Σπάνια = 1, Μερικές φορές = 3 και Συχνά = 5). Αποτελείται από δύο υποκλίμακες: «Παρεϊσφόρηση» και «Αποφυγή». Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των τιμών που αντιστοιχούν στις απαντήσεις και κυμαίνεται από 0 έως 40 για τη συνολική κλίμακα, ενώ βαθμολογία 17 και άνω αποτελεί την τιμή ουδού (cut off score) για πιθανή ΔΜΤΣ. (β) *Depression Self-Rating Scale for Children (DSRS-C)* – αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα που αποτελείται από 18 ερωτήματα και μετρά συμπτώματα κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους 8-18 ετών [32-35]. Τα παιδιά καλούνται να βαθμολογήσουν σε τριτοβάθμια κλίμακα Likert, αν είχαν τα συμπτώματα κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων (Καθόλου = 0, Μερικές φορές = 1, Συνέχεια = 2). Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 36, με τιμή ουδού ≥ 15 για πιθανή κλινική κατάθλιψη [32-35].

Οι ανωτέρω κλίμακες έχουν χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του TRT προγράμματος σε προηγούμενες μελέτες [7, 19, 21, 23-26].

2.3. Σχεδιασμός και διαδικασία συλλογής των δεδομένων

Για τη διεξαγωγή της ομαδικής παρέμβασης απαραίτητη ήταν η εκπαίδευση στο πρωτόκολλο TRT. Αρχικά, η ερευνήτρια συμμετείχε σε διήμερο βιωματικό εργαστήριο, το οποίο διεξήχθη από το Children & War Foundation διαδικτυακά και δόθηκε πιστοποίηση παρακολούθησης. Η εκπαίδευση περιλάμβανε το θεωρητικό υπόβαθρο και την περιγραφή του περιεχομένου της κάθε συνεδρίας, καθώς και τη βήμα προς βήμα εφαρμογή των τεχνικών και παραδείγματα για το πώς μπορεί να παρουσιαστεί το περιεχόμενο κάθε συνεδρίας.

Για τη συμμετοχή των ανηλίκων στο πρόγραμμα, αρχικά λήφθηκε έγγραφη εξουσιοδότηση από την Εισαγγελέα Ανηλίκων, καθώς και άδεια από την πρόεδρο, τη συντονίστρια και την επιστημονικά υπεύθυνη του κέντρου φιλοξενίας. Ακολούθησαν δύο ατομικές συναντήσεις με τον κάθε συμμετέχοντα πριν από την έναρξη της ομαδικής παρέμβασης. Στην πρώτη συνάντηση δόθηκε το έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης για τη συμμετοχή στη μελέτη, το οποίο παρείχε πληροφορίες για τον σκοπό της παρέμβασης, τη διαδικασία, τη διασφάλιση της εχεμύθειας και τη μη κοινοποίηση των προσωπικών τους στοιχείων. Στη δεύτερη, χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια CRIES-8 και DSRS-C, σε έντυπη μορφή στην αγγλική γλώσσα, παρουσία της ερευνήτριας για αποσαφήνιση πιθανών αποριών. Οι ΑΑΠ συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο με προθυμία χωρίς να ζητήσουν διευκρινιστικές ερωτήσεις.

Τέλος, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η συντονίστρια της ομάδας ήταν ψυχολόγος στη δομή όπου διέμεναν οι τέσσερις συμμετέχοντες. Ο διπλός ρόλος της συντονίστριας δεν έρχεται σε αντίθεση με τους αρχικούς στόχους του TRT, η ανάπτυξη του οποίου αποσκοπούσε στην εκπαίδευση και στη μετέπειτα εφαρμογή του από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εκπαιδευτικούς και φροντιστές που βρίσκονται σε άμεση και

σταθερή επαφή με τους ΑΑΠ [18, 19]. Καθ' όλη τη διάρκεια της παρέμβασης, η συντονίστρια λάμβανε συστηματική εποπτεία από παιδοψυχίατρο εκπαιδευμένη στο πρωτόκολλο TRT για την ορθή εφαρμογή του και επίλυση ό,τι δυσκολιών ανέκυπταν κατά τη διάρκεια παρέμβασης.

2.4. Περιγραφή του προγράμματος παρέμβασης TRT

Η ομαδική παρέμβαση διεξήχθη σε οκτώ συναντήσεις. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται συνοπτικά η θεματική και οι δραστηριότητες για την επίτευξη του στόχου της κάθε συνεδρίας. Για τις ανάγκες της παρούσας ομάδας χρησιμοποιήθηκε επιπλέον οπτικοακουστικό υλικό ψυχοεκπαίδευσης στην αγγλική γλώσσα, καθώς και χαρτοπίνακας. Στην παρούσα μελέτη, λόγω ότι οι συνεδρίες με τα πρόσωπα φροντίδας/γονείς δεν αποτελούν βασικό στοιχείο της TRT παρέμβασης και οι φροντιστές στη συγκεκριμένη δομή χρειαζόταν να εξυπηρετούν τις πολλαπλές ανάγκες των ωφελούμενων κατά τη διάρκεια του ωαρίου εργασίας τους, η συμπερίληψη των φροντιστών στο πρόγραμμα δεν ήταν εφικτή.

Πίνακας 1. Θεματική και δραστηριότητες κάθε συνεδρίας

Θεματική	Δραστηριότητες
1 Εισαγωγική συνάντηση 1-Ψυχοεκπαίδευση στα συμπτώματα στρες	1. Βιωματικές ασκήσεις (σπάσιμο του πάγου και κανόνες ομάδας) 2. Χρήση οπτικοακουστικού υλικού 3. Διαφραγματική αναπνοή
2 Εισαγωγική συνάντηση 2-Ψυχοεκπαίδευση στα συμπτώματα ΔΜΤΣ	1. Συζήτηση βινέτας 2. Άσκηση νοερής απεικόνισης «ασφαλές μέρος»
3 Διαχείριση άγχους και αισθήματος αβεβαιότητας	1. Άσκηση «πλάνο ανησυχίας» 2. Εκπαίδευση στην επίλυση προβλήματος 3. Άσκηση «χρόνος ανησυχίας» 4. Άσκηση «Let it be» 5. Εκμάθηση απόσπαση προσοχής 6. Θετικός εσωτερικός μονόλογος
4 Ψυχοφυσιολογική υπερέγερση	1. Ψυχοεκπαίδευση «Φυγή-Πάλη-Πάγωμα» 2. Θερμόμετρο συναισθημάτων 3. Διαφραγματική αναπνοή 4. Κάρτες υπενθύμισης
5 Παρεϊσφορητικές αναμνήσεις	1. Εκπαίδευση σε τεχνικές υγιεινής ύπνου 2. Οργάνωση καθημερινού προγράμματος δραστηριοτήτων 3. Άσκηση νοερής απεικόνισης «τεχνική οθόνης»
6 Παρεϊσφορητικές εικόνες και εφιάλτες	1. Άσκηση «Taping tap» 2. Ασκήσεις νοερής διαχείρισης εφιαλτών
7 Συμπεριφορές Αποφυγής και Αποφυγή αναμνήσεων	1. Βινέτα 2. «Σκάλα του φόβου» – Συστηματική απευαισθητοποίηση
8 Κλείσιμο ομάδας	1. Συζήτηση/απολογισμός 2. Ζωγραφική

3. Ενρήματα

3.1. Ανάλυση

Δεδομένου του μικρού αριθμού συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης και της μη κανονικής κατανομής των μεταβλητών, δεν ήταν εφικτή η στατιστική ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων και, ως εκ τούτου, οι βαθμολογίες στις κλίμακες πριν και μετά τη λήξη της παρέμβασης παρουσιάζονται ξεχωριστά για κάθε συμμετέχοντα.

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων, εξαιτίας του μικρού αριθμού συμμετεχόντων, βασίστηκε στις στρατηγικές ανάλυσης που προτείνονται στις μελέτες περίπτωσης [36, 37]. Αρχικά, η επεξεργασία περιλάμβανε την προσεκτική ανάγνωση των λεγομένων των συμμετεχόντων από τις χειρόγραφες λεπτομερείς σημειώσεις της συντονίστριας της ομάδας και την περιγραφή τους, βήμα προς βήμα, μέσα από την ονομασία κατηγοριών με λέξεις/ετικέτες (naming). Οι ετικέτες βασίστηκαν σε περιγραφικά, γλωσσικά και εννοιολογικά σχόλια και αντιπροσώπευαν κατηγορίες. Μετά τον προσδιορισμό των κατηγοριών, ακολούθησε ο προσδιορισμός των υποκατηγοριών και η αντιστοίχιση αυτούσιων αντιπροσωπευτικών αποσπασμάτων. Ακολούθησαν κριτήρια αυστηρότητας και αξιοπιστίας για ποιοτικές μελέτες: οι δύο συγγραφείς (ερευνήτρια και επόπτρια) πραγματοποίησαν την κωδικοποίηση ξεχωριστά, συζήτησαν και συμφώνησαν στα τελικά ονόματα των κατηγοριών και υποκατηγοριών. Στο στάδιο αυτό έγινε αναζήτηση του τρόπου με τον οποίο οι υποκατηγορίες συνδέονται νοηματικά σε μια ευρύτερη κατηγορία.

3.2. Αποτελέσματα

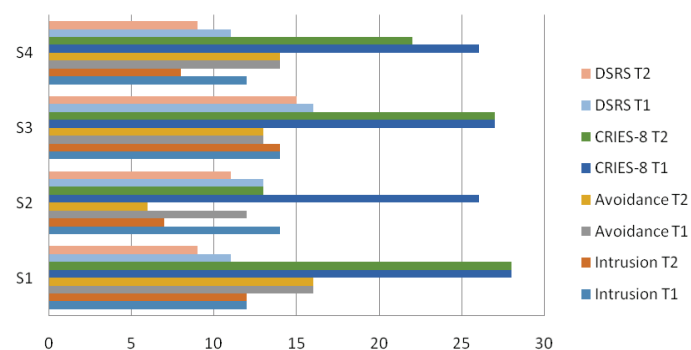
Σχετικά με τα συμπτώματα ΔΜΤΣ, όλοι οι συμμετέχοντες, πριν από την παρέμβαση είχαν στο CRIES-8 βαθμολογία >17, τιμή ουδό για πιθανή ΔΜΤΣ, ενώ μετά την παρέμβαση μόνο ένας εκ των συμμετεχόντων ήταν κάτω από την τιμή ουδό (<17).

Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την επισκόπηση της βαθμολογίας στα επιμέρους λήμματα της υποκλίμακας «Παρείσφρηση», δύο συμμετέχοντες παρουσίασαν μείωση της βαθμολογίας (από 3 στο 0 και 1, αντιστοίχως) στο λήμμα που μετρά την αναστά-

τωση/έντονα συναισθήματα που εγείρει η ανάμνηση του τραυματικού γεγονότος, καθώς και μείωση της βαθμολογίας (από 3 στο 1) στο λήμμα που αφορά τις παρεισφρητικές εικόνες. Δεν σημειώθηκαν μεταβολές στα λήμματα της υποκλίμακας «Αποφυγή» (βλ. Παράρτημα).

Όσον αφορά τις μετρήσεις καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, παρατηρήθηκε ότι μόνο ένας συμμετέχων πριν από την έναρξη της παρέμβασης είχε βαθμολογία άνω της τιμής ουδού του ερωτηματολογίου (πιθανή κλινική κατάθλιψη), την οποία διατήρησε μετά τη λήξη της. Οι υπόλοιποι τρεις συμμετέχοντες πριν από την έναρξη της παρέμβασης είχαν βαθμολογία κάτω από την τιμή ουδό για πιθανή κατάθλιψη και παρουσίασαν μικρού βαθμού μείωση στη συνολική βαθμολογία μετά την ολοκλήρωσή της.

Το παρακάτω Γράφημα παρουσιάζει τη βαθμολογία σε όλες τις υποκλίμακες πριν και μετά τη λήξη της παρέμβασης.



Γράφημα. Βαθμολογία στις υποκλίμακες πριν και μετά τη λήξη της παρέμβασης DSRs = Depression Self Rating Scale· CRIES-8: Children's Revised Impact of Event Scale· T1 = πριν από την παρέμβαση· T2 = μετά τη λήξη της παρέμβασης

Από την ποιοτική ανάλυση των λεγομένων των συμμετεχόντων, κατά τη διάρκεια των οκτώ συναντήσεων, διαμορφώθηκαν οι ακόλουθες κατηγορίες και υποκατηγορίες (βλ. Πίνακα 2).

Πίνακας 2. Κατηγορίες και υποκατηγορίες της ποιοτικής ανάλυσης

Κατηγορίες	Υποκατηγορίες	Ενδεικτικές εκφράσεις συμμετεχόντων (Σ1, Σ2, Σ3, Σ4)
1. Αντίληψη του στρες	1.1. Στον εαυτό – Σωματικές εκδηλώσεις και σκέψεις	Σ1: «...πονοκέφαλος»
		Σ2: «ταχυκαρδία, εφίδρωση»
		Σ3: «πονοκέφαλος, ζάλη, αϋπνία»
		Σ4: «ταχυκαρδία, ένταση στους μυς»
	1.2. Στους άλλους – Εξωλεκτική επικοινωνία	Σ1: «Πολλά πράγματα στο μυαλό σου»
		Σ2: «Κάθονται μόνοι τους, σκέφτονται αρνητικά...»
	1.3. Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων	Σ3: «Το μυαλό σου δεν σκέφτεται ευθεία, μπορεί κάποιος να σκέφτεται την αυτοκτονία»
		Σ1: «Καταλαβαίνεις, όταν ο άλλος βιώνει στρες 5 λεπτά μετά, αφού μπεις στο χώρο, από τα μάτια, τη φωνή...»
		Σ3: «Από το πρόσωπο, τον τρόπο που μιλά, την ένταση της φωνής»
		Σ4: «Καταλαβαίνεις το στρες από τη γλώσσα του σώματος, τα μάτια...»
		Σ1: «Είναι διαφορετικό μεταξύ ανδρών και γυναικών... οι γυναίκες είναι πάντα γυναίκες... χάνουν τον έλεγχο, ενώ οι άνδρες είναι πάντα ψύχραιμοι»
		Σ3: «Οι γυναίκες τσακώνονται... βλέπεις πιο συχνά γυναίκες θυμωμένες, φοβισμένες αντί για άνδρες»

Κατηγορίες	Υποκατηγορίες	Ενδεικτικές εκφράσεις συμμετεχόντων (Σ1, Σ2, Σ3, Σ4)
2. Εκλυτικοί παράγοντες του στρες	2.1. Αναμονή της απόφασης για χορήγηση ασύλου	Σ1: «Αυτές τις ανησυχίες δεν τις έχει κάποιος ατομικά, είναι κοινές ανησυχίες... Για να αφήσει τη χώρα του κάποιος εξαναγκάστηκε. Ανησυχεί για την υπόθεσή του, τη συνέντευξη, είναι μια διαδικασία που παίρνει πολύ χρόνο...» Σ2: «Είναι διαδικασία που παίρνει πολύ χρόνο» Σ3: «Δεν μπορείς να ζήσεις σε μια χώρα χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα» Σ4: «Κάθε στιγμή σκέφτομαι για την υπόθεσή μου»
	2.2. Απώλειες – αποχωρισμοί/σκέψεις και ανησυχίες για αυτούς που έμειναν πίσω	Σ1: «Αυτές τις ανησυχίες δεν τις έχει κάποιος ατομικά, είναι κοινές ανησυχίες... Για να αφήσει τη χώρα του κάποιος εξαναγκάστηκε. Ανησυχεί για την υπόθεσή του, τη συνέντευξη, είναι μια διαδικασία που παίρνει πολύ χρόνο...» Σ2: «Είναι διαδικασία που παίρνει πολύ χρόνο» Σ3: «Δεν μπορείς να ζήσεις σε μια χώρα χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα» Σ4: «Κάθε στιγμή σκέφτομαι για την υπόθεσή μου»
	2.3. Δυσκολίες προσαρμογής στη χώρα υποδοχής	Σ1: «Ο ρατσισμός είναι το χειρότερο, ακόμα και αν σκοτώσεις τον πατέρα μου, ο ρατσισμός είναι χειρότερος, καθέννας μας είναι ανθρώπινο ον και ο θεός είναι ο δημιουργός όλων μας, ο ρατσισμός είναι σαν ασθένεια που εξαπλώνεται», «Χρειάζομαι να βρω δουλειά, ο πατέρας μου είναι μεγάλος» Σ2: «Να βρεις δουλειά», «Στο λεωφορείο, αν δεν φοράς μάσκα, μόνο σε έναν μαύρο άνθρωπο θα κάνουν παρατήρηση, κυρίως οι ηλικιωμένοι...» Σ3: «Άλλη ανησυχία μπορεί να είναι οι πολιτισμικές διαφορές, πρέπει να καταλάβεις τη νέα χώρα και είναι μεγάλη διαφορά να προσαρμοστείς» Σ4: «Είναι σημαντικό να βρεις δουλειά, να νοικιάσεις σπίτι»
3. Ψυχολογικός αντίκτυπος του ταξιδιού	3.1. Τραυματικές εμπειρίες	Σ1: «Δεν είναι μόνο η βάρκα επικίνδυνη, τα αυτοκίνητα είναι επίσης, τόσο άνθρωποι σε ένα αυτοκίνητο, όταν περνάς τα σύνορα μπορεί να είναι 7 άτομα σε ένα αυτοκίνητο» Σ3: «Η βάρκα, είδα ένα ζευγάρι πνιγμένο και ένα μωρό»
	3.2. Εκδηλώσεις ΔΜΤΣ	Σ1: «Αισθάνεσαι το κεφάλι σου βαρύ, δεν μπορείς να κοιμηθείς», «Δεν αντέχω τα πολλά αυτοκίνητα, δεν μπορώ να είμαι με πολύ κόσμο» Σ2: «Έχουμε εφιάλτες, έχω ακόμα εφιάλτες με τον θάνατο της μητέρας μου... μιλάς στον ύπνο σου... ιδρώνεις... έχεις πονοκέφαλο, νιώθεις ξεστός...», «Η εικόνα της θάλασσας δεν φεύγει από το μυαλό μου» Σ3: «Η (εικόνα) της βάρκας, η εικόνα της αστυνομίας, η καρδιά χτυπά δυνατά, δεν μπορώ να κοιμηθώ» Σ4: «Η μυρωδιά της θάλασσας... Φοβάμαι επίσης τους ξαφνικούς θορύβους, όπως ήταν οι πυροβολισμοί στα σύνορα»
4. Βοηθητικοί τρόποι αντιμετώπισης του στρες	4.1. Θρησκευτικοί/Πολιτισμικοί	Σ1: «Η προσευχή βοηθά να φύγουν οι εφιάλτες... ναι, όταν προσεύχομαι φεύγουν» Σ3: «Στην Γκάμπια, μιλάμε για τα όνειρά μας μόνο με τον Μαραμπού» Σ4: «Άκου το κοράνι»
	4.2. Συζήτηση με υποστηρικτικό δίκτυο	Σ1: «Μίλα με τους γονείς σου, το να μιλήσεις με τους εργαζόμενους (της δομής) δεν βοηθά» Σ2: «Να μιλήσεις με τους εργαζόμενους», «Μιλάω για τις τραυματικές μου εμπειρίες με την ψυχολόγο μου» Σ3: «Μίλα με την ψυχολόγο σου ή την κοινωνική σου λειτουργό»
5. Δυσκολίες/Εμπόδια στην εκμάθηση των τεχνικών διαχείρισης στρες	5.1. Πολιτισμικές	Σ1: «Δεν είναι καλό να μιλάς για τα όνειρά σου, μπορεί να γίνουν πραγματικότητα» Σ3: «Στην Γκάμπια, μιλάμε για τα όνειρά μας μόνο με τον Μαραμπού. Πιστεύουμε ότι αν πεις ένα κακό όνειρο και μιλήσεις γι' αυτό σε κάποιον που δεν σε συμπαθεί, τότε το όνειρο θα γίνει αληθινό και το αντίθετο... Ο τρόπος σας διαφέρει πολύ από τον δικό μας» Σ4: «Η άσκηση αυτή είναι για παιδιά, όχι για εμάς» Σ3: «Είχε πλάκα, δεν έχουμε συνηθίσει τέτοιες τεχνικές»
	5.2. Δυσκολίες στην εφαρμογή	Σ1: «Στη δομή έχει πολλή φασαρία, γι' αυτό δεν μπορείς να κοιμηθείς, πώς να εφαρμόσεις αυτές τις τεχνικές» Σ2: «Πολύ ενδιαφέρουσα άσκηση, δεν ξέρω αν μπορώ να την κάνω μόνος μου» Σ3: «Αυτές τις τεχνικές μπορείς να τις κάνεις στο σπίτι σου, όχι στη δομή, καθόμαστε στο κρεβάτι γιατί μόνο στο δωμάτιο έχουμε προσωπικό χώρο, στα άλλα μέρη έχει πολλή φασαρία»

Κατηγορίες	Υποκατηγορίες	Ενδεικτικές εκφράσεις συμμετεχόντων (Σ1, Σ2, Σ3, Σ4)
6. Βοηθητικές τεχνικές για τους ίδιους		Σ1: «Διαμόρφωση πλάνου ανησυχίας», «Θερμόμετρο συναισθημάτων», «Διαφραγματική αναπνοή» Σ2: «Καθορισμός χρόνου ανησυχίας», «Διαμόρφωση πλάνου ανησυχίας», «Βινιέτα» Σ3: «Διαμόρφωση πλάνου ανησυχίας», «Διαφραγματική αναπνοή» Σ4: «Διαφραγματική αναπνοή», «Θερμόμετρο συναισθημάτων»
7. Μη βοηθητικές τεχνικές για τους ίδιους		Σ1: «Safe place», «Ρυθμικό χτύπημα γονάτων», «Τεχνική οθόνης», «Πρακτικές υγιεινής ύπνου» Σ2: «Ρυθμικό χτύπημα γονάτων», «Τεχνική οθόνης» Σ3: «Ρυθμικό χτύπημα γονάτων», «Τεχνική οθόνης», «Πρακτικές υγιεινής ύπνου» Σ4: «Ρυθμικό χτύπημα γονάτων», «Πρακτικές υγιεινής ύπνου»

Σχετικά με την πρώτη κατηγορία, «Τρόποι αντίληψης του στρες», οι περισσότεροι συμμετέχοντες φάνηκε να κατανοούν τις εκδηλώσεις του στρες κυρίως μέσα από σωματικές ενοχλήσεις και λιγότεροι μέσα από την αναγνώριση των αρνητικών σκέψεων. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί ο τρόπος κατανόησης του στρες στους άλλους, το οποίο γίνεται αντιληπτό κυρίως μέσα από εξωλεκτικά στοιχεία επικοινωνίας. Η δεύτερη κατηγορία αναφέρεται στους εκλυτικούς παράγοντες στρες. Βασικός παράγοντας φαίνεται να είναι το άγχος αναμονής της απόφασης χορήγησης ασύλου, ακολουθούν η ανησυχία για την οικογένειά τους και οι δυσκολίες προσαρμογής στη χώρα υποδοχής.

Η τρίτη κατηγορία αφορά τον ψυχολογικό αντίκτυπο του ταξιδιού και διακρίνεται σε δύο υποκατηγορίες, την άμεση έκθεση (ως μάρτυρας) σε τραυματικά γεγονότα και τις εκδηλώσεις συμπτωμάτων ΔΜΤΣ, καθώς και τα ερεθίσματα που λειτουργούν ως υπενθυμίσεις των τραυματικών εμπειριών (θάλασσα, οχήματα, αστυνομία). Μέσα από τις βιωματικές ασκήσεις και τις συνακόλουθες συζητήσεις αναδείχθηκαν δύο κατηγορίες: οι βοηθητικοί τρόποι διαχείρισης του στρες και τα εμπόδια στην εκμάθηση των τεχνικών διαχείρισης που προτείνονται από το πρόγραμμα. Η θρησκευτική πίστη, η διαθεσιμότητα υποστηρικτικού δικτύου (επικοινωνία με τους γονείς, στήριξη από ομοεθνείς, ψυχοκοινωνική στήριξη που παρέχεται στη δομή), καθώς και η συμμετοχή σε δομημένες καθημερινές δραστηριότητες δηλώθηκαν από τους ΑΑΠ ως βοηθητικές στρατηγικές στη μείωση του στρες. Αναφορικά με τις προτεινόμενες από το πρόγραμμα τεχνικές, οι συμμετέχοντες συγκατέλεξαν στις βοηθητικές τις τεχνικές χαλάρωσης («διαφραγματική αναπνοή»), το «θερμόμετρο συναισθημάτων» και τη «διαμόρφωση πλάνου ανησυχίας», ενώ ως λιγότερο βοηθητικές θεώρησαν το «ρυθμικό χτύπημα γονάτων», την «τεχνική οθόνης» και τις πρακτικές υγιεινής ύπνου. Τα εμπόδια στην εκμάθηση και οι δυσκολίες στην εφαρμογή των τελευταίων φαίνεται να συνδέονται με τις πολιτισμικές επιρροές και πρακτικά ζητήματα στο πλαίσιο της ζωής στον ξενώνα.

4. Συζήτηση

Η παρούσα πιλοτική μελέτη αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια στον ελληνικό χώρο να διερευνηθεί η δυνατότητα εφαρμογής του προγράμματος TRT σε ΑΑΠ που διαμένουν σε δομές μακροχρόνιας φιλοξενίας και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς του στη μείωση συμπτωμάτων ΔΜΤΣ και κατάθλιψης. Παρά τους σημαντικούς περιορισμούς που διέπουν την παρούσα μελέτη λόγω του μικρού αριθμού συμμετεχόντων και απουσίας ομάδας ελέγχου, που δεν επιτρέπουν τη γενίκευση των συμπερασμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό των ανήλικων

προσφύγων, τα ευρήματά της έχουν σημαντική αξία για την κλινική πρακτική και μελλοντική έρευνα, όπως έχουν και οι μελέτες περίπτωσης [36, 37].

Οι βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν επιτρέπουν την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης για κάθε συμμετέχοντα της ομάδας. Στην παρούσα μελέτη, η συνολική βαθμολογία για κάθε συμμετέχοντα στην κλίμακα CRIES-8, πριν και μετά την παρέμβαση, παρουσίασε ομοιότητες με τα ευρήματα προηγούμενης μελέτης [21], στην οποία ο μέσος όρος πριν από την παρέμβαση ήταν 29.02 (± 6.33) και μετά την παρέμβαση 25.93 (± 5.96). Σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες που έχουν αναδείξει την κλινική αλλαγή όσον αφορά τη ΔΜΤΣ μετά την εφαρμογή του προγράμματος TRT, στην παρούσα μελέτη μόνο ένας από τους τέσσερις συμμετέχοντες (25%) παρουσίασε βαθμολογία κάτω από την τιμή ουδού της κλίμακας CRIES-8 (< 17) [20, 21, 25, 26]. Το συγκεκριμένο εύρημα μπορεί να συνδέεται με το γεγονός ότι η παρέμβαση ολοκληρώθηκε σε έξι αντί σε οκτώ εβδομάδες, με αποτέλεσμα να μην υπήρξε ο απαιτούμενος χρόνος για την εκμάθηση των τεχνικών αντιμετώπισης των συμπεριφορών αποφυγής. Μια άλλη πιθανή ερμηνεία είναι ότι οι συμμετέχοντες ζούσαν για παρατεταμένο χρονικό διάστημα σε συνθήκη «in limbo», καθώς, από τη μια πλευρά, βίωναν άγχος αναμονής για την έκβαση της αίτησης ασύλου και, από την άλλη, το επόμενο διάστημα επρόκειτο να αποχωρήσουν από τη δομή λόγω της επερχόμενης ενηλικίωσής τους. Πρόσφατη μελέτη [20] έδειξε ότι η μακρόχρονη παραμονή των ΑΑΠ σε συνθήκη «in limbo» σε συνδυασμό με τις πολλαπλές τραυματικές εμπειρίες τους σχίζεται με αυξημένα επίπεδα ΔΜΤΣ. Ακόμα, η μείωση της βαθμολογίας, κατά δύο μονάδες στο λήμμα που μετρά τις παρεισφρητικές εικόνες στους δύο από τους τέσσερις συμμετέχοντες, συνάδει με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που έχουν αναδείξει την αποτελεσματικότητα του TRT στη μείωση των παρεισφρητικών συμπτωμάτων [21, 24-26].

Όσον αφορά τις μετρήσεις των συμπτωμάτων κατάθλιψης, πριν από την παρέμβαση οι βαθμολογίες στους τρεις από τους τέσσερις συμμετέχοντες παρουσιάζουν ομοιότητες με τον μέσο όρο που βρέθηκε στην έρευνα των Ehnthol και συνεργατών (Μ.Ο. = 11.25, SD = 3.62) [24], καθώς και με τα ευρήματα της μελέτης των El-Khani και συνεργατών (Μ.Ο. = 13.32 και SD = 5.86) [22, 23]. Η βαθμολογία στο DSRSC του ενός συμμετέχοντα παρέμεινε πάνω από την τιμή ουδού μετά τη λήξη της παρέμβασης. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι ο συγκεκριμένος ανήλικος ενημερώθηκε, κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, για τη δεύτερη απόρριψη της αίτησης ασύλου, γεγονός που επέφερε επιδείνωση του συναισθήματος απελπισίας και αβοηθητότητας.

Η αμετάβλητη βαθμολογία του εν λόγω συμμετέχοντα και στα δύο ερωτηματολόγια μετά τη λήξη της παρέμβασης συνάδει με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών που έχουν αναδείξει ότι το νομικό καθεστώς του ανήλικου μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ανταπόκρισή του στην παρέμβαση [7, 21, 38].

Σχετικά με τα δεδομένα που προέκυψαν από την ποιοτική ανάλυση των λεγομένων των συμμετεχόντων σημαντικό εύρημα αποτελεί ο τρόπος με τον οποίο οι ΑΑΠ αντιλαμβάνονται το στρες και τη ΔΜΤΣ. Οι περιγραφές των συμπτωμάτων αφορούσαν κυρίως τις σωματικές ενοχλήσεις και διαταραχές ύπνου, εύρημα σύμφωνο με προηγούμενες μελέτες σε πρόσφυγες από τη Δυτική και Κεντρική Αφρική που έχουν δείξει ότι η περιγραφή των συμπτωμάτων της ΔΜΤΣ γίνεται κυρίως μέσα από την αναφορά σε σωματικές ενοχλήσεις [39, 40]. Σύμφωνα με τους Rohlf και συνεργάτες [39], τα υψηλά ποσοστά σωματοποίησης στους πρόσφυγες μπορεί να συνδέονται με τον φόβο στιγματισμού από τους ομοεθνείς τους.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαφορετική αντίληψη των συμμετεχόντων όσον αφορά τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης. Οι τέσσερις συμμετέχοντες, έχοντας αναγνωρίσει την ανάγκη λήψης βοήθειας για τα συμπτώματα του στρες που βιώνουν τόσο σε επίπεδο σωματικών ενοχλήσεων όσο και σκέψεων, ανέφεραν ότι στη χώρα τους θα απευθύνονταν για βοήθεια σε τοπικούς θρησκευτικούς θεραπευτές, η προσέγγιση των οποίων διαφέρει από αυτή των θεραπειών στις δυτικές χώρες. Πράγματι, σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η απουσία στρατηγικών ευαισθητοποίησης σε θέματα ψυχικής υγείας, σχεδιασμού και ανάπτυξης υπηρεσιών, σε συνδυασμό με τις σημαντικές ελλείψεις σε ειδικούς ψυχικής υγείας στην Γκάμπια, έχουν ως αποτέλεσμα οι περισσότεροι άνθρωποι να αποδίδουν τις ψυχικές διαταραχές στην επίδραση υπερφυσικών και θρησκευτικών παραγόντων και να απευθύνονται σε τοπικούς θρησκευτικούς θεραπευτές για τη λήψη βοήθειας [41-44].

Η παρούσα μελέτη επικυρώνει την ανάγκη της συμπερίληψης στο αναθεωρημένο πρωτόκολλο TRT για τους ΑΑΠ της συνεδρίας που εστιάζει στην αντιμετώπιση του άγχους αναμονής. Όπως και στις προηγούμενες έρευνες [7, 18, 38], έτσι και στην παρούσα μελέτη το άγχος αναμονής έκβασης της αίτησης χορήγησης ασύλου φάνηκε να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα των ΑΑΠ που χρειάζεται να λαμβάνεται υπόψη κατά τον σχεδιασμό και την εφαρμογή του προγράμματος TRT.

Επιπλέον, τα λόγια των συμμετεχόντων αναδεικνύουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ΑΑΠ κατά την προσαρμογή τους στη χώρα υποδοχής και οι οποίες μπορούν να λειτουργήσουν ως παράγοντες πρόκλησης στρες. Οι δυσκολίες στις χώρες μετεγκατάστασης, όπως ο αποχωρισμός από την οικογένεια, η εύρεση εργασίας μετά την ενηλικίωση και η κατανόηση του τρόπου ζωής, έχουν επισημανθεί ευρέως στην υπάρχουσα βιβλιογραφία [7, 9, 11, 20, 45, 46].

Σχετικά με τους βοηθητικούς τρόπους αντιμετώπισης του στρες, οι ΑΑΠ της παρούσας μελέτης τόνισαν τη θρησκευτική πίστή, την προσβασιμότητα σε θρησκευτικούς θεραπευτές, την επικοινωνία με την οικογένειά τους, τη στήριξη από ψυχολόγο και προσωπικό της δομής και τη συμμετοχή σε δομημένες δραστηριότητες. Οι τρεις τελευταίες στρατηγικές προτείνονται από τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία που αφορά την ψυχοκοινωνική στήριξη των ΑΑΠ [21, 45, 46].

Αναφορικά με τα εμπόδια στην εκμάθηση των τεχνικών διαχείρισης του στρες, σε αυτά συμπεριλαμβάνονται οι πολι-

τισμικές επιρροές που συμβάλλουν στη δυσκολία υιοθέτησης μερικών τεχνικών και οι πρακτικές δυσκολίες στην εφαρμογή τους. Στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες δυσκολεύτηκαν ιδιαίτερα στην εφαρμογή τεχνικών νοερής απεικόνισης και διαχείρισης των παρειασφορητικών σκέψεων, εύρημα σύμφωνο με τη μελέτη των Heltne και συνεργατών [27] όπου αναφέρεται ότι οι ανήλικοι πρόσφυγες δυσκολεύτηκαν ιδιαίτερα στην εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης παρειασφορητικών αναμνήσεων, εικόνων και εφιαλτών.

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι οι τεχνικές που ήταν βοηθητικές για τους ίδιους ήταν οι «βινιέτες», οι οποίες διευκόλυναν την αναγνώριση και κατανόηση των συμπτωμάτων ΔΜΤΣ, το «πλάνο ανησυχίας», ο «καθορισμός χρόνου ανησυχίας», η διαφραγματική αναπνοή και το «θερμόμετρο συναισθημάτων». Το εύρημα αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα προηγούμενης έρευνας [21], όπου οι ποιοτικές συνεντεύξεις με τους συμμετέχοντες μετά τη λήξη της παρέμβασης ανέδειξαν ως βοηθητικά στοιχεία την κανονικοποίηση των συμπτωμάτων και τη νοηματοδότηση των εμπειριών (βινιέτες, συζήτηση μεταξύ των συμμετεχόντων), την εκμάθηση τεχνικών που αφορούν τη διαχείριση των σκέψεων (άσκηση «καθορισμός χρόνου ανησυχίας») και την απόκτηση ελέγχου των συναισθημάτων (διαφραγματική αναπνοή, μυϊκή χαλάρωση). Η θετική ανταπόκριση στις παραπάνω τεχνικές μπορεί να συνδέεται, αφενός, με την ανάγκη συζήτησης και κατανόησης των συμπτωμάτων [21] και, αφετέρου, με την υπόθεση ότι στις συγκεκριμένες ασκήσεις οι συμμετέχοντες ένωσαν ότι μπορούν να ασκήσουν περισσότερο έλεγχο και επομένως να νιώθουν πιο ασφαλείς. Σε αντίθεση με την έρευνα των Sarkadi και συνεργατών [21], στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες βρήκαν λιγότερο βοηθητικές για τους ίδιους τις ασκήσεις νοερής απεικόνισης και την άσκηση διπλής προσοχής «ρυθμικό χτύπημα γονάτων». Η μειωμένη ανταπόκριση στις εν λόγω τεχνικές μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός ότι στις ασκήσεις αυτές, στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να φέρουν στο μυαλό τους συγκεκριμένη τραυματική εμπειρία, επιλέγουν την αποφυγή από φόβο ότι θα χάσουν τον έλεγχο. Παρότι οι συμμετέχοντες δεν βρήκαν βοηθητικές τις πρακτικές υγιεινής ύπνου, δύο στους τέσσερις συμμετέχοντες σημείωσαν, μετά τη λήξη της παρέμβασης, μείωση των διαταραχών στον ύπνο. Το εύρημα αυτό συνδέεται πιθανά με τη μείωση του άγχους και την ανακούφιση που προσφέρει το μοίρασμα των δυσκολιών στην ομάδα, καθώς και με θετικά γεγονότα που συνέβησαν στη ζωή τους το ίδιο διάστημα (εύρεση εργασίας). Τέλος, το γεγονός ότι στην παρούσα μελέτη δεν διεξήχθησαν συνεδρίες με φροντιστές ενδεχομένως επηρέασε τη συστηματική εξάσκηση των συμμετεχόντων στις τεχνικές διαχείρισης του στρες στο διάστημα μεταξύ των ομαδικών συνεδριών. Παρότι το πρόγραμμα TRT έχει εφαρμοστεί σε αρκετές έρευνες με ΑΑΠ, τα ευρήματα όσον αφορά τον ρόλο των φροντιστών στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης είναι ελάχιστα [21, 22, 23].

Τα ευρήματα που προέκυψαν από την πιλοτική εφαρμογή του TRT στους ΑΑΠ διέπονται από ορισμένους περιορισμούς, οι οποίοι κρίνεται σημαντικό να επισημανθούν. Αναλυτικότερα, τα μειονεκτήματα της μεθόδου δειγματοληψίας ευκολίας και ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων αποτελεί περιορισμό της παρούσας μελέτης και δεν επιτρέπει τη γενίκευση των συμπερασμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό των ΑΑΠ. Συν τοις άλλοις, η γλωσσική και πολιτισμική διαφορά μεταξύ των συμμετεχόντων και της συντονίστριας ενδεχομένως επηρέασαν τα αποτελέσμα-

τα που αναμένονταν από την παρέμβαση. Επίσης, η ανάγκη να ολοκληρωθεί η ομάδα σε διάστημα έξι εβδομάδων, αντί των οκτώ, μπορεί να επηρέασε τα αποτελέσματα της παρέμβασης, ενώ δεν επέτρεψε την επανεκτίμηση στους έξι μήνες. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πριν από την έναρξη και μετά τη λήξη της παρέμβασης παρουσία της συντονίστριας της ομάδας αποτελεί περιορισμό της παρούσας μελέτης, καθώς ενδέχεται να επηρέασε τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Τέλος, ο διπλός ρόλος συντονίστριας-ψυχολόγου στη συγκεκριμένη δομή εκτιμάται ότι μπορεί να επηρέασε τον βαθμό αυτο-αποκάλυψης εντός της ομάδας, είτε θετικά είτε αρνητικά. Δηλαδή, είτε οι συμμετέχοντες αισθάνονταν μεγαλύτερη ασφάλεια και εμπιστοσύνη να μοιραστούν τις ανησυχίες τους αλλά και τις δυσκολίες που αντιμετώπιζαν κατά τη διαμονή τους στη δομή, είτε έδιναν απαντήσεις που θεωρούσαν ότι θα ήταν αρεστές στη συντονίστρια.

5. Συμπεράσματα

Με την παρούσα πιλοτική μελέτη επιχειρήθηκε η εφαρμογή ομαδικής ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης TRT σε ΑΑΠ που διαμένουν σε δομή μακροχρόνιας φιλοξενίας και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς της. Παρά τους σημαντικούς περιορισμούς της μελέτης, τα ευρήματα έχουν σημαντική κλινική αξία για την πρακτική της ψυχοκοινωνικής στήριξης και για την κατεύθυνση στον σχεδιασμό μελλοντικής έρευνας σχετικά με την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας του TRT προγράμματος. Η παρούσα πιλοτική μελέτη ανέδειξε τη χρησιμότητά του TRT ως ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος, βασισμένου στις αρχές της ΓΣΘ που μπορεί να συμβάλει στην ψυχολογική υποστήριξη των ΑΑΠ μέσω της εκμάθησης τεχνικών διαχείρισης του στρες. Επιπλέον, δεδομένου ότι τόσο οι εργαζόμενοι στο πεδίο όσο και οι ΑΑΠ βιώνουν πολλαπλές προκλήσεις που συχνά εμποδίζουν την παροχή αλλά και τη δυνατότητά τους να δεσμευτούν σε ατομική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, το ομαδικό TRT πρόγραμμα λόγω της βραχύχρονης διάρκειας και της ευελιξίας στην εφαρμογή του θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε δομές μακροχρόνιας φιλοξενίας με στόχο την πρόληψη και την έγκαιρη παρέμβαση. Επίσης, αναδείχθηκε η σημασία των πολιτισμικών παραγόντων που ενδεχομένως επηρεάζουν την εφαρμογή του προγράμματος, ιδίως στην εκμάθηση των τεχνικών διαχείρισης του τραυματικού στρες, αναδεικνύοντας ως πιο βοηθητικές τις τεχνικές που προάγουν τον διάλογο και το αίσθημα ασφάλειας μέσα στην ομάδα. Λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης, τις δυσκολίες που προέκυψαν στην εύρεση επαρκούς δείγματος ΑΑΠ –παρόμοιες με εκείνες στη συνηδηκή μελέτη [21]–, καθώς και τις προκλήσεις κατά τη διεξαγωγή της, οι μελλοντικές έρευνες χρειάζεται να συμπεριλάβουν βελτιωτικές ενέργειες για την ενημέρωση των φορέων και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται με ΑΑΠ, ώστε οι τελευταίοι να κατανοήσουν τον σκοπό και τα οφέλη που μπορεί να αποκομίσουν τα παιδιά αλλά και οι ίδιοι από το πρόγραμμα [38]. Τέλος, δεδομένου ότι η παρούσα μελέτη διέπεται από σημαντικούς περιορισμούς, κρίνεται απαραίτητη η εμπειρική τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας του TRT προγράμματος παρέμβασης μέσω της διενέργειας τυχαioποιημένης ελεγχόμενης μελέτης στο μέλλον.

Teaching Recovery Techniques: Pilot study of a group-based intervention for Unaccompanied Refugee Minors in Greece

V.-M. Ermiliou¹, I. Giannopoulou²

¹ Association for Cognitive Behavioural Studies

² 2nd Department of Psychiatry, Attikon University Hospital

Correspondence: Ioanna Giannopoulou, ATTIKON University Hospital

2nd Department of Psychiatry, 1 Rimini str, Haidari, Athens, Greece

Email: igiannop@med.uoa.com

Abstract

During the last decade there has been an increase in the number of unaccompanied refugee minors (URMs) arriving in Greece, while larger flows come from West Africa. A significant percentage of URMs present severe mental difficulties, which necessitates the implementation of group-based, short-term, psycho-educational interventions. The aim of the present study is the pilot implementation of the program “Teaching Recovery Techniques” (TRT) to URMs. More specifically, main objectives are to evaluate the feasibility in this population and its effectiveness in reducing the symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) and depression. Four URMs from Gambia, aged 16-18, participated in the TRT intervention. Participants completed the CRIES-8 and DSRS-C self-report questionnaires before and after the intervention. Based on descriptive analysis of quantitative data, a clinical change in PTSD was noted in only one participant (cut-off score <17 on CRIES-8), whereas inspection of scores on individual scale items revealed reduction in ratings of intrusive symptoms in two out of four participants. No changes in scores were noted in any of the avoidance symptoms. At the end of the intervention, only one participant showed a score above the DSRS-C cut-off value (>15), while three of the four showed a minor decrease in total score. The analysis of qualitative data derived from the content of what participants said throughout the intervention highlighted the cultural perspective of the way refugee minors perceive stress and deal with it. The participants indicated as more helpful the techniques that promote dialogue and feeling of safety within the group.

Keywords: Unaccompanied refugee minors, Teaching Recovery Techniques, PTSD, Depression.

Βιβλιογραφία

- [1] Annual asylum statistics (2023). Eurostat (Cited 8 October 2023) Available from https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Asylum_statistics&oldid=558844#Applications_by_unaccompanied_minors
- [2] Asylum applicants considered to be unaccompanied minors-annual data (2023). Eurostat (Cited 8 October 2023) Available from <https://ec.europa.eu/eurostat/data-browser/view/tps00194/default/table?lang=en>
- [3] Επικαιροποιημένη κατάσταση: Ασυνόδευτα Ανήλικα (Α.Α.) στην Ελλάδα. Ημερομηνία Αναφοράς: 01.06.2024. Γενική Γραμματεία Ενόπλων Πολιτών & Θεσμικής Προστασίας. Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου (Ανακτήθηκε στις 5 Ιουλίου 2024). Διαθέσιμο στο https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2024/06/SGVP_Statistics-May_GR.pdf
- [4] Barbieri A, Visco-Comandini F, Alunni Fegatelli D, Schepisi C, Russo V, Calò F, Dessì A, Cannella G, Stellacci A. Complex trauma, PTSD and complex PTSD in African refugees. Eur. J. Psychotraumatology. 2019; 10(1):2-15. 1700621-1700637.
- [5] Suso CT. Backway or bust: causes and consequences of Gambian irregular migration. J. Mod. Afr. Stud. 2019; 57(1):111-135.
- [6] Awosusi OE, Olagbaju OO, Ogbuleke LE. Human Trafficking and Tales of “Backway” Returnees in the Gambia. Human Trafficking in Africa: New Paradigms, New Perspectives. 2021:215-237.
- [7] Solhaug AK, Røysamb E, Oppedal B. Changes in life satisfaction among unac-

- accompanied asylum-seeking and refugee minors who participated in teaching recovery techniques (TRT). *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health*. 2023; 17(1):1-3.
- [8] Hedlund D, Salomonsson L, Sohlberg T. Unaccompanied girls with precarious odds. *J. Refug. Stud.* 2021; 34(4):3871-3887.
- [9] Dangmann C, Dybdahl R, Solberg Ø. Mental health in refugee children. *Curr Opin Psychol.* 2022; 48:101460-101467.
- [10] Migration from The Gambia: the 5 main risks of the backway (2023). The migrant Project (Cited 8 October 2023) Available from <https://www.themigrantproject.org/gm/the-gambia/migration-from-gambia/>
- [11] Warner G, Durbeej N, Salari R, Fängström K, Lampa E, Baghdasaryan Z, Osman F, Löfving SG, Aronsson AP, Feldman I, Sampaio F. Evaluation of the teaching recovery techniques community-based intervention for accompanied refugee children experiencing post-traumatic stress symptoms (Accompanied refugees In Sweden Trial; ASsIST): study protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMJ open*. 2020; 10(7):e035459-e035470.
- [12] Demazure G, Gaultier S, Pinsault N. Dealing with difference: a scoping review of psychotherapeutic interventions with unaccompanied refugee minors. *Eur Child & Adolesc Psychiatry*. 2018; 27(4):447-66.
- [13] Hodes M, Vostanis P. Practitioner Review: Mental health problems of refugee children and adolescents and their management. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019; 60(7):716-731.
- [14] Bronstein I, Montgomery P, Dobrowolski S. PTSD in asylum-seeking male adolescents from Afghanistan. *J Trauma Stress*. 2012; 25(5):551-557.
- [15] Kien C, Sommer I, Faustmann A, Gibson L, Schneider M, Krczal E, Jank R, Klerings I, Szegal M, Kerschner B, Brattström P. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019; 28:1295-1310.
- [16] Ερμηλίου Β, Γιαννοπούλου Ι. Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες. Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Έρευνά & Θεραπεία. 2022; 8(1):9-16.
- [17] Smith P, Dyregrov A, Yule W, Gupta L, Perrin S, Gjestad R. Children and disaster: teaching recovery techniques. Bergen: Children and War Foundation; 2002.
- [18] Smith P, Dyregrov A, Yule W. Teaching Recovery Techniques. Version for Unaccompanied Minors. Bergen, Norway: Children and War Foundation, 2020.
- [19] Yule W, Dyregrov A, Raundalen M, Smith P. Children and war: the work of the Children and War Foundation. *Eur J Psychotraumatol*. 2013; 4(1):18424-18432.
- [20] Giannopoulou I, Mouloukou I, Efsthathiou V, Douzenis A, Ferentinos P. Mental health of unaccompanied refugee minors in Greece living “in limbo”. *Psychiatriki*. 2022; 33(3):219-227.
- [21] Sarkadi A, Ådahl K, Stenvall E, Ssegona R, Batti H, Gavra P, Fängström K, Salari R. Teaching Recovery Techniques: evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018; 27(4):467-479.
- [22] El-Khani A, Cartwright K, Ang C, Henshaw E, Tanveer M, Calam R. Testing the feasibility of delivering and evaluating a child mental health recovery program enhanced with additional parenting sessions for families displaced by the Syrian conflict: A pilot study. *Peace and Conflict: J. Peace Res*. 2018; 24(2):188-200.
- [23] El-Khani A, Cartwright K, Maalouf W, Haar K, Zehra N, Çokamay-Yılmaz G, Calam R. Enhancing Teaching Recovery Techniques (TRT) with parenting skills: RCT of TRT+ parenting with trauma-affected Syrian Refugees in Lebanon utilising remote training with implications for insecure contexts and COVID-19. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021; 18(16):8652-8672.
- [24] Ehntholt KA, Smith PA, Yule W. School-based cognitive-behavioural therapy group intervention for refugee children who have experienced war-related trauma. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2005; 10(2):235-250.
- [25] Qouta SR, Palosaari E, Diab M, Punamäki RL. Intervention effectiveness among War-affected children: A cluster randomized controlled trial on improving mental health. *J. Trauma. Stress*. 2012; 25(3):288-298.
- [26] Barron IG, Abdallah G, Smith P. Randomized control trial of a CBT trauma recovery program in Palestinian schools. *J Loss Trauma*. 2013; 18(4):306-321.
- [27] Heltne UM, Sarkadi A, Lien L, Dybdahl R. Training non-specialists in teaching recovery techniques (TRT) to help traumatised children in humanitarian settings: a qualitative analysis of experiences gained from 20 years of practice. *International Journal for Equity in Health*. 2023; 22(1):1-4.
- [28] Ίσαρη Φ, Πουρκός Μ. Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας. 2015. Διαθέσιμο στο <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/5826>
- [29] Perrin S, Meiser-Stedman R, Smith P. The Children’s Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behav. Cogn. Psychother*. 2005; 33(4):487-498.
- [30] Deeba F, Rapee RM, Prvan T. Psychometric properties of the Children’s Revised Impact of Events Scale (CRIES) with Bangladeshi children and adolescents. *PeerJ*. 2014; 2:e536-e559.
- [31] The Children’s Impact of Event Scale (8) Cries-8. Children and War Foundation (Cited 8 October 2023) Available from <https://static1.squarespace.com/static/65282a244219d4570477dc6b/t/654d21b439eff7775be15ad3/1699553716698/English-CRIES-8.pdf>
- [32] Birlson P. The Validity of Depressive Disorder in Childhood and the Development of a Self-Rating Scale: A Research Report. *Journal of Psychology and Psychiatry*. 1981; 22:73-88.
- [33] Valsomma E, Tewfik D. Depressive symptoms in adolescents: use of self-rating scale.
- [34] Ivarsson T, Lidberg A, Gillberg C. The Birlson Depression Self-Rating Scale (DSRS-C). Clinical evaluation in an adolescent inpatient population. *J. of Affect. Disord*. 1994; 32(2):115-125.
- [35] Asano D, Takeda M, Nobusako S, Morioka S. Self-rated depressive symptoms in children and youth with and without cerebral palsy: a pilot study. *Behav. Sci*. 2020; 10(11):167-177.
- [36] Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. Sage publications; 2016.
- [37] Kirch W, editor. Encyclopedia of Public Health: Volume 1: A-H Volume 2: I-Z. Springer Science & Business Media; 2008.
- [38] Rondung E, Leiler A, Sarkadi A, Bjärta A, Lampa E, Löfving SG, Calam R, Oppedal B, Keeshin B, Warner G. Feasibility of a randomised trial of Teaching Recovery Techniques (TRT) with refugee youth: results from a pilot of the Swedish Unaccompanied Youth Refugee Trial (SUPPORT). *Pilot Feasibility Stud*. 2022; 8(1):40-55.
- [39] Rohlf HG, Knipscheer JW, Kleber RJ. Somatization in refugees: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014; 49:1793-1804.
- [40] Fox SH. The Mandinka nosological system in the context of post-trauma syndromes. *Transcult. Psychiatry*. 2003; 40(4):488-506.
- [41] Rasmussen A, Smith H, Keller AS. Factor structure of PTSD symptoms among west and central African refugees. *J. Trauma. Stress*. 2007; 20(3):271-280.
- [42] Esan O, Abdumalik J, Eaton J, Kola L, Fadahunsi W, Gureje O. Global mental health reforms: mental health care in Anglophone West Africa. *Psychiatr Serv*. 2014; 65(9):1084-1087.
- [43] Kretzschmar I, Nyan O, Mendy AM, Janneh B. Mental health in the Republic of The Gambia. *Int. J. Psychiatry*. 2012; 9(2):38-40.
- [44] Blackwell D. Counselling and psychotherapy with refugees. Jessica Kingsley Publishers; 2005.
- [45] Dwairy MA. Counseling and psychotherapy with Arabs and Muslims: A culturally sensitive approach. Teachers College Press; 2006.
- [46] Ψυχοκοινωνική στήριξη για παιδιά και οικογένειες που παίρνουν τους δρόμους της προσφυγιάς. MEPIMNA (Ανακτήθηκε στις 8 Οκτωβρίου 2023). Διαθέσιμο στο http://merimna.org.gr/wp-content/uploads/2018/04/Unicef_Merimna_gr.pdf

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 ενήμερότητα 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 οξείες 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 ανατιολόγητος, 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 ενοτήτων 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 ενοτήτων [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.

Mindfulness for OCD: Η Ενσυνειδητότητα στην Αντιμετώπιση της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής

Η έννοια και η πρακτική της Ενσυνειδητότητας (mindfulness) έχει μακρά ιστορία και είναι συνδεδεμένη με τη βουδιστική ψυχολογία, ωστόσο εντάχθηκε στη Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία και ανήκει στις θεραπείες του τρίτου κύματος της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας (ΓΣΘ). Το κύριο συστατικό της είναι η καλλιέργεια μιας στάσης αναγνώρισης και αποδοχής της παρούσας στιγμής, όπως είναι, και η δημιουργία μιας σχέσης ανάμεσα στο άτομο και το μυαλό του, η οποία κρίνεται σημαντική στην Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ).

Το βιβλίο *Mindfulness for OCD: a guide to overcome obsessions and compulsions using mindfulness and cognitive behavioral therapy* των Jon Hershfield και Tom Corboy είναι ένας πρακτικός οδηγός αυτοβοήθειας για την αντιμετώπιση της ΙΨΔ μέσω της Ενσυνειδητότητας και της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας. Το βιβλίο εκδόθηκε για πρώτη φορά το 2013 από τις εκδόσεις New Harbinger και μεταφράστηκε το 2020 από τον Θοδωρή Χαλιμούρδα και τη Μαρία Έρση Κολίρη από την Ελληνική Εταιρία Έρευνας της Συμπεριφοράς, από τις ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Το βιβλίο παρουσιάζει την προσαρμογή της θεραπείας της Ενσυνειδητότητας μέσω πρακτικών και τεχνικών της στη θεραπεία της ΙΨΔ, συμπληρώνοντας ή ακόμα και βελτιώνοντας αυτή της ΓΣΘ. Στόχος είναι να καλλιεργήσει το άτομο την ικανότητα να παρατηρεί τι κάνει το μυαλό του (εμφάνιση ιδεοληψιών) και να αποφασίζει κατάλληλα πόσο θέλει να εμπλακεί στη διαδικασία και να αντιδράσει (παρεμπόδιση αντίδρασης). Τα κεφάλαια χωρίζονται σε τρία μέρη και οδηγούν τον αναγνώστη βήμα βήμα στη θεραπευτική διαδικασία.

Στο πρώτο μέρος περιγράφεται με ευκρίνεια ο μηχανισμός της ΙΨΔ και ο φαύλος κύκλος συντήρησής της μέσω των καταναγκασμών. Η Ενσυνειδητότητα βοηθά το άτομο να παρατηρεί την εμφάνιση σκέψεων, εικόνων ή παρορμήσεων, να διακρίνει τις γνωσιακές διαστρεβλώσεις στις οποίες έχουν υποπέσει οι σκέψεις του, τα δυσάρεστα συναισθήματα και τις ανεπιθύμητες σωματικές αισθήσεις που αυτές προκαλούν, δημιουργώντας χώρο σε αυτά και μένοντας με αυτά ως στοιχεία της εμπειρίας του. Με αυτόν τον τρόπο, το άτομο καλλιεργεί την ικανότητα του να περιμένει, δηλαδή να αποδέχεται την αβεβαιότητα που προκαλούν οι ιδεοληψίες, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ικανότητα αντίστασης στις καταναγκαστικές τάσεις.

Στο δεύτερο μέρος αναλύονται κάποιες κοινές ιδεοληψίες που απαντώνται στην ΙΨΔ και περιγράφεται ο τρόπος χρήσης των εργαλείων διαχείρισής τους. Αυτός περιλαμβάνει, αρχικά, την αποδοχή της παρουσίας των ΙΨΔ σκέψεων και συναισθημάτων. Πρόκειται για μια έννοια που έχει εισαγάγει η Ενσυνειδητότητα προκειμένου το άτομο να αποστασιοποιηθεί από αυτές και να τις διαχωρίσει από την πραγματικότητα, διατηρώντας μια μη επικριτική στάση και παίρνοντας τον ρόλο του παρατηρητή της εμπειρίας του. Έπειτα, περιγράφεται η αξιολόγηση των ιδεοληψιών, μια γνωσιακή τεχνική που καλεί το άτομο να απαντήσει ρεαλιστικά στην εγκυρότητα των σκέψεών του βασιζόμενο στα δεδομένα της πραγματικότητας. Τέλος, αναφέρεται η δράση, η συμπεριφορική τεχνική της έκθεσης και παρεμπόδισης αντίδρασης, προκειμένου το άτομο να αναδομήσει ολικά τις ιδεοληψίες του και να ξεπεράσει τον φόβο του. Το τρίτο μέρος αφιερώνεται στις υπόλοιπες λεπτομέρειες της ζωής του ατόμου με ΙΨΔ, όπως το πώς να επικοινωνήσει αυτό που συμβαίνει σε άλλους με τρόπο αυτοπροστατευτικό για εκείνο και πώς να συνεχίσει να ζει με ΙΨΔ, δίνοντας οδηγίες για πρόληψη μελλοντικής υποτροπής.

Η ιδιαιτερότητα του βιβλίου είναι η απλή και άμεση γραφή των Hershfield και Corboy, χωρίς περιττές ορολογίες και πλήρως κατανοητή για το ευρύ κοινό. Επίσης, παρέχεται πληθώρα παραδειγμάτων καθημερινής ζωής και δυσκολιών που ένα άτομο με ΙΨΔ μπορεί να αντιμετωπίζει, γεγονός που βοηθά τον αναγνώστη να ταυτιστεί και να βοηθηθεί. Τέλος, το βιβλίο περιλαμβάνει αρκετές γνωσιακές ασκήσεις (ημερολόγια αυτοπαρατήρησης) και πρακτικές ενσυνειδητότητας, καθιστώντας το ένα εύχρηστο εγχειρίδιο αυτοβοήθειας για κάθε αναγνώστη.

Συμπερασματικά, το βιβλίο αποτελεί μια σημαντική προσθήκη στη βιβλιογραφία σχετικά με τη χρήση της Ενσυνειδητότητας για την αντιμετώπιση ψυχολογικών δυσκολιών, όπως αυτή της ΙΨΔ. Είναι μια θεραπεία που ολοένα καταλαμβάνει χώρο στον κόσμο της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας, με θετικά ερευνητικά αποτελέσματα που προμηνύουν την περαιτέρω διάδοση και εφαρμογή της στη θεραπεία ποικίλων δυσκολιών.

Μελίνα Νόνη
Ψυχολόγος

Πιστοποιημένη θεραπεύτρια CBT, MBCT, ACT

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

