ISSN 2241-9349

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ Γνωσιακής - Συμπεριφοριστικής Έρευνας & Θεραπείας

Hellenic Journal of Cognitive Behavioral Research & Therapy

Τόμος 8 • Τεύχος 2 • Ιούλιος - Δεκέμβριος 2022
Volume 8 • No 2 • July - December 2022

Περιεχόμενα

○ Αποτελεσματικότητα γνωσιακής συμπεριφοριστικής παρέμβασης για την ψυχική επιβάρυνση φροντιστών ατόμων με άνοια
○ Ψυχική ανθεκτικότητα εν μέσω πανδημίας
○ Γνωσιακή θεραπεία βασισμένη στην ενσυνειδητότητα (Mindfulness-Based Cognitive Therapy – MBCT): Παρουσίαση ενός ομαδικού προγράμματος για την αντιμετώπιση της Ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής
○ Ομαδική γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία κατά του άγχους των υποψηφίων Πανελλαδικών εξετάσεων
○ Συγκριτική μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών πεδίου που εξυπηρετούν αιτούντες άσυλο στα κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης και κέντρα φιλοξενίας στην Ελλάδα

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 στους ακόλουθους κριτές τους οποίους ευχαριστεί για τη συνεργασία τους.

Αναστασίου, Θ., Ευσταθίου, Γ., Κοκκότη, Κ., Κονταξοπούλου, Δ., Παλαιολόγου, Ρ.

ISSN: 2241-9349

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, Γιάννης
Καλαντζή-Αζίζι, Αναστασία
Καλπάκογλου, Θωμάς
Καραδήμας, Ευάγγελος
Καρανίκας, Βαγγέλης
Κασβίκης, Γιάννης
Κόλλιας, Κώστας
Κούλης, Στέφανος
Λιόση, Αγγελική
Λυμπέρης, Πέτρος
Μαδιανός, Μιχάλης
Μαλογιάννης, Γιάννης
Μασδράκης, Βασίλειος
Μιχόπουλος, Ιωάννης
Μπάσδρας, Αθανάσιος
Μπίμπου-Νάκου, Ιωάννα
Μπρούμας, Βασίλης
Μυτσκίδου, Πασχαλιά
Νεστορής, Χριστόφορος
Νικολαΐδης, Νικόλας
Νταφούλης, Βάιος
Οικονόμου, Μαρίνα
Παπαγεωργίου, Βάγια
Παπακώστας, Γιάννης †
Παπανικολάου, Κατερίνα
Πασχάλη, Τώνια
Πεχλιβανίδης, Αρτέμης
Ραμπαβίλας, Ανδρέας
Σίμος, Γρηγόρης
Σκαπινάκης, Πέτρος
Σταλίκας, Τάσος
Χάιντς, Έλενα
Χαλιμούρδας, Θεόδωρος
Χαρίλα, Ντιάνα
Χαρίτου-Φατούρου, Μίκα †

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
Μάντυ Μουζακίτη

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 08 • Τεύχος 02 • Ιούλιος - Δεκέμβριος 2022

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

EDITORIAL

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

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

09 **Αποτελεσματικότητα γνωσιακής συμπεριφοριστικής παρέμβασης για την ψυχική επιβάρυνση φροντιστών ατόμων με άνοια**
Γιώργος Σταθάκης, Ντιάνα Χαρίλα, Αντώνιος Μούγιας, Φωτεινή Χρηστίδη

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

15 **Ψυχική ανθεκτικότητα εν μέσω πανδημίας**
Νεκταρία Κανδυλάκη, Φωτεινή Λέκκα

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

23 **Γνωσιακή Θεραπεία Βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα (Mindfulness-Based Cognitive Therapy – MBCT): Παρουσίαση ενός ομαδικού προγράμματος για την αντιμετώπιση της Ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής**
Αικατερίνη Βασιλείου, Αθανασία Μαυροειδή

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

33 **Ομαδική γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία κατά του άγχους των υποψηφίων Πανελλαδικών εξετάσεων**
Ευδοξία Αδαμίδου, Ευάγγελος Κανταρτζής

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

39 **Συγκριτική μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών πεδίου που εξυπηρετούν αιτούντες άσυλο στα κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης και κέντρα φιλοξενίας στην Ελλάδα**
Ευαγγελία Μότσκα, Ντιάνα Χαρίλα

ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

47 **Γνωσιακές – Συμπεριφοριστικές Θεραπείες**
Windy Dryden (επιστημονική επιμέλεια)
Αικατερίνη Κούτρα (επιστημονική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης)
Χαρά Κοκκίνου (μετάφραση)

The Hellenic Journal of Cognitive-Behavioral Research and Therapy

Volume 08 • No 02 • July - December 2022

CONTENTS

13 **Effectiveness of Cognitive Behavioral Intervention in dementia caregivers**
George Stathakis, Diane Charila, Antonis Mougias, Foteini Christidi

20 **Resilience in the midst of COVID-19 pandemic**
Nektaria Kandylaki, Foteini Lekka

31 **Mindfulness-Based Cognitive Therapy – MBCT: Presentation of a group programmfor treatment of OCD**
Aikaterini Vasileiou, Athanasia Mavroeidi

37 **A cognitive – behavioral group therapy against final year greek high school students anxiety**
Evdoxia Adamidou, Evagelos Kantartzis

45 **Comparative study of mental resilience and burnout syndrome of field workers providing services to asylum seekers in reception and identification centers and refugee camps in Greece**
Evanggelia Motska, (Supervisor) Archontoula (Diane) Charila

Σημείωμα της έκδοσης

Editorial

Αγαπητοί φίλοι και συνάδελφοι,

Έχετε στα χέρια σας το 2ο τεύχος του 8ου τόμου (Ιούλιος – Δεκέμβριος 2022) του *Ελληνικού Περιοδικού Γνωσιακής - Συμπεριφοριστικής Έρευνας και Θεραπείας*, το οποίο περιλαμβάνει πέντε άρθρα και μία βιβλιοπαρουσίαση. Τα τέσσερα άρθρα είναι ερευνητικά και το ένα θεωρητικό.

Το πρώτο ερευνητικό άρθρο αφορά επαγγελματίες που εργάζονται σε δομές όπου διαμένουν άτομα με άνοια. Η προτεινόμενη παρέμβαση, ένα ατομικό πρόγραμμα 11 συνεδριών, φωτίζει τον τρόπο που διαχειρίζονται οι φροντιστές τις ιδιαίτερα ψυχοπιεστικές συνθήκες εργασίας τους, τα δε εξαγόμενα συμπεράσματα αποσκοπούν στη βελτίωση των συνθηκών αυτών.

Το δεύτερο ερευνητικό άρθρο διαπραγματεύεται τις επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19 στην ψυχική υγεία. Η μελέτη ειδικά του επιπέδου διάθεσης, της ποιότητας ζωής και της ψυχικής ανθεκτικότητας, όπως και της συσχέτισης των μεταξύ τους μετρήσεων, ενισχύουν την κατανόηση των συνεπειών αυτής της πρωτόγνωρης ψυχοκοινωνικής κρίσης.

Στο τρίτο άρθρο παρουσιάζεται μία νεότερη προσέγγιση θεραπείας σε άτομα που έχουν διαγνωστεί με Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και βρίσκονται σε οξεία φάση. Η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση συνδυάζει το γνωσιο-συμπεριφοριστικό μοντέλο με τη συστηματική εκπαίδευση στην ενσυνειδητότητα. Τα πρώτα θετικά αποτελέσματα της εφαρμογής αυτής της παρέμβασης υποδηλώνουν τη χρησιμότητά της στην κλινική πράξη.

Το τέταρτο άρθρο είναι ερευνητικό και διαπραγματεύεται την εφαρμογή ενός γνωσιο-συμπεριφοριστικού ομαδικού προγράμματος κατά του άγχους των υποψηφίων των Πανελλαδικών εξετάσεων.

Το πέμπτο άρθρο, επίσης ερευνητικό, απευθύνεται σε μία κατηγορία επαγγελματιών που εργάζονται σε κέντρο υποδοχής και ταυτοποίησης ή φιλοξενίας προσφύγων. Η διερεύνηση της ψυχικής ανθεκτικότητας και της επαγγελματικής εξουθένωσης σε αυτούς τους επαγγελματίες πεδίου φωτίζει την αλληλεπίδραση μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών μεταβλητών και τις ιδιαιτερότητες των σχετικών μετρήσεων.

Όπως ήδη αντιλαμβάνεστε, στο τεύχος αυτό κυριαρχούν τα ερευνητικά άρθρα, γεγονός πολύ αισιόδοξο, το οποίο υποδηλώνει ότι και στην Ελλάδα γίνεται μία σοβαρή ερευνητική δουλειά στον χώρο της γνωσιο-συμπεριφοριστικής θεραπείας. Με τη δημοσιοποίηση αυτής της δουλειάς μέσω του περιοδικού μας, πιστεύουμε ότι ενισχύεται και το ενδιαφέρον νέων θεραπευτών να ασχοληθούν επίσης με την ερευνητική τεκμηρίωση της κλινικής δουλειάς τους.

Το τείχος αυτό ολοκληρώνεται με την κριτική παρουσίαση του βιβλίου του Wiiny Dryden, *Γνωσιακές-Συμπεριφοριστικές Θεραπείας* (επιμ. Αικατερίνη Κούτρα, εκδ. Πεδίο, 2020). Με αφορμή αυτή τη βιβλιοκρισία, σας παροτρύνουμε να μας υποδείξετε τίτλους βιβλίων, καθώς και πρόσφατων ελληνικών και αγγλικών άρθρων, που σχετίζονται άμεσα με τις γνωσιο-συμπεριφοριστικές θεραπείες και θεωρείτε ότι είναι σημαντικό να γίνουν γνωστά στο ευρύτερο επιστημονικό κοινό.

Τέλος, σας καλούμε να πλαισιώσετε το «8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών-Συμπεριφοριστικών προσεγγίσεων σε παιδιά και εφήβους» που οργανώνει το Τμήμα Παιδιών και Εφήβων του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (child cbt, 2023) (Αθήνα, 11-12 Μαρτίου 2023).

Κλείνοντας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους συγγραφείς και κριτές των άρθρων που συμβάλλουν στην επιστημονική εγκυρότητα και την άρτια παρουσία του περιοδικού.

Ελπίζουμε τα άρθρα που περιλαμβάνονται στο παρόν τεύχος να φανούν χρήσιμα στην κλινική δουλειά, αλλά και στον εμπλουτισμό των σχετικών γνώσεων. Το επόμενο τεύχος (Ιανουάριος – Ιούνιος 2023) θα είναι ένα ειδικό τεύχος με θέμα τη γνωσιο-συμπεριφοριστική θεραπεία στην Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας (προσκεκλημένοι επιμελητές έκδοσης: Έλλη Κουβαράκη και Γιάννης Χρυσόπουλος). Ευελπιστούμε ότι έτσι θα ενισχυθούν ακόμα περισσότερο οι ψυχοθεραπευτικές δεξιότητες των αναγνωστών μας.

Περιμένοντας ανατροφοδότηση, σας ευχόμαστε καλή ανάγνωση.

Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι
Διευθύντρια Σύνταξης και Έκδοσης

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αποτελεσματικότητα γνωσιακής συμπεριφοριστικής παρέμβασης για την ψυχική επιβάρυνση φροντιστών ατόμων με άνοια

Γιώργος Σταθάκης[1], Ντιάνα Χαρίλα[2], Αντώνιος Μούγιας[3], Φωτεινή Χρηστίδη[4]
[1] Ψυχολόγος MSc, Ψυχογηριατρική Εταιρεία «Ο Νέστωρ», Αθήνα
[2] Ψυχολόγος, PhD κλινικής ψυχολογίας, Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών, Αθήνα
[3] Ψυχίατρος PhD, Ψυχογηριατρική Εταιρεία «Ο Νέστωρ», Αθήνα
[4] Κλινική νευροψυχολόγος, PhD, Ψυχογηριατρική Εταιρεία «Ο Νέστωρ», Αθήνα

Αλληλογραφία: Γιώργος Σταθάκης, Ψυχογηριατρική εταιρεία «Ο Νέστωρ», Δροσοπούλου 22, Κυψέλη, Αθήνα, 11257, Τηλ.: 6977185081, Email: gstathl@yahoo.com

Περίληψη
Η άνοια συνιστά ένα πολυδιάστατο κλινικό σύνδρομο, η φροντίδα του οποίου απαιτεί ιδιαίτερη προσαρμοστικότητα. Καθώς τα φάρμακα αδυνατούν να λύσουν αποτελεσματικά το πρόβλημα, το ενδιαφέρον για τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, και δη τις διάφορες ψυχοθεραπευτικές, ολοένα και αυξάνεται. Πλήθος ερευνών μελετά την αποτελεσματικότητα διαφόρων παρεμβάσεων για την υποστήριξη του περιθάλποντος, ο οποίος, συχνά, με έναν τρόπο «νοσεί» και ο ίδιος, καθώς τα ποσοστά επιβάρυνσης είναι μεγάλα. Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει μία γνωσιακή συμπεριφοριστική παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε σε περιθάλποντες ατόμων με άνοια στην Εταιρεία «Ο Νέστωρ». Η παρέμβαση έχει ατομικό χαρακτήρα, στηρίζεται στην αναθεώρηση των δυσλειτουργικών γνωσιών των φροντιστών και περιλαμβάνει 11 ατομικές, εβδομαδιαίες συνεδρίες. Ως σημεία μέτρησης του θεραπευτικού αποτελέσματος της παρέμβασης χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια NPI, ZBI, CES-D, BAI και DTCQ που χορηγήθηκαν πριν και μετά την παρέμβαση. Για τη σύγκριση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε ανάλυση t-test εξαρτημένων δειγμάτων για τις μεταβλητές. Ένα τελικό δείγμα 20 ατόμων ολοκλήρωσε την παρέμβαση, τα αποτελέσματα της οποίας έδειξαν μείωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (pFDR = 0.045), του άγχους (pFDR = 0.009), των δυσλειτουργικών σκέψεων (pFDR = 0.001) και της επιβάρυνσης των φροντιστών (pFDR = 0.009). Παρότι οι περιορισμοί της έρευνας καθιστούν επισφαλή τη γενίκευση των αποτελεσμάτων, η παρέμβαση δείχνει ότι η στάση του φροντιστή παρεμβαίνει στην ποιότητα φροντίδας και στη συμπεριφορά του, δυσχεραίνοντας την καθημερινότητα και αυξάνοντας την επιβάρυνση. Τα ευρήματα μοιάζουν να είναι ενθαρρυντικά ως προς την κατεύθυνση στην οποία θα ήταν σκόπιμο να κινηθούν οι έρευνες για τη δημιουργία κατάλληλων παρεμβάσεων υποστήριξης των φροντιστών.

Λέξεις-κλειδιά: άνοια, ΓΣΘ, φροντιστές, επιβάρυνση

1. Εισαγωγή

Η διάγνωση της άνοιας αποτελεί μια κρίση για την οικογένεια και η φροντίδα του ασθενούς ένα χρόνιο ψυχοπιεστικό γεγονός. Οι φροντιστές καλούνται να διαχειριστούν διάφορες καταστάσεις με συναισθηματικές για εκείνους προεκτάσεις, γεγονός που, συχνά, αποδεικνύεται επιζήμιο για τους ίδιους. Αποτελέσματα ερευνών φανερώνουν πως η επιβάρυνση στην άνοια είναι ιδιαίτερα έντονη και ακόμα μεγαλύτερη συγκριτικά με αυτή που συνοδεύει άλλες χρόνιες νόσους [1]. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ελληνικό πληθυσμό [2], οι μισοί περίπου φροντιστές στη χώρα μας φαίνεται να βιώνουν σημαντική επιβάρυνση ενώ, παράλληλα, ένας στους τέσσερις φαίνεται να εκδηλώνει σημαντική αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Πληθώρα μελετών ασχολείται με τον εντοπισμό των καταλληλότερων παρεμβάσεων για την υποστήριξη των φροντιστών ασθενών με άνοια. Ανάμεσα σε αυτές σημαντική θέση κατέχουν παρεμβάσεις γνωσιακού συμπεριφοριστικού χαρακτήρα που δείχνουν να συμβάλλουν στη μείωση της επιβάρυνσης, της καταθλιπτικής διάθεσης ή του στρες, είτε υπερέχοντας

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

άλλων παρεμβάσεων είτε οδηγώντας σε παρόμοια αποτελέσματα με εκείνες, διατηρώντας, σε αρκετές περιπτώσεις, τα θεραπευτικά τους αποτελέσματα σε επαναξιολογήσεις που πραγματοποιήθηκαν σε ικανά διαστήματα μετά την ολοκλήρωσή τους. Ενδεικτικά, μετα-ανάλυση των Hopkinson et al. [3] ανέδειξε τη στατιστικά σημαντική μείωση της κατάθλιψης των συμμετεχόντων που έλαβαν γνωσιακή συμπεριφοριστική παρέμβαση έναντι άλλων, παρόλο που δεν παρατηρήθηκε ανάλογη διαφοροποίηση και στις υπόλοιπες μεταβλητές. Σε αντίθεση, μετα-ανάλυση των Kwon et al. [4] έδειξε υπεροχή της γνωσιακής συμπεριφοριστικής παρέμβασης αναφορικά με την κατάθλιψη αλλά και το άγχος, την επιβάρυνση και την αίσθηση αυτεπάρκειας. Επιπλέον, στη μελέτη των Fialho et al. [5] η γνωσιακή συμπεριφοριστική παρέμβαση μείωσε το άγχος των φροντιστών, ενώ το ίδιο συνέβη στη μελέτη των Akkerman et al. [6], σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου που αποτέλεσε η λίστα αναμονής, καθώς και στη μελέτη των Passoni et al. [7] συγκριτικά με την ομάδα εγχειριδίου αυτοβοήθειας και τη λίστα αναμονής. Σε έρευνα των Kwok et al. [8] μείωσε τη δυσφορία τους, ενώ σε έρευνα των Wilz et al. [9] φάνηκε να βελτιώνει περισσότερο τη συναισθηματική κατάσταση και τη σωματική τους υγεία σε σύγκριση με την ομάδα προοδευτικής μυϊκής χαλάρωσης και τη λίστα αναμονής. Κοινός τόπος των γνωσιακών συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων είναι η βελτίωση των ικανοτήτων των φροντιστών ή η εκπαίδευσή τους σε δεξιότητες και στρατηγικές αντιμετώπισης και διαχείρισης των καταστάσεων.

Σε άρθρο τους, οι Losada et al. [10] επικεντρώνουν το ερευνητικό τους ενδιαφέρον στη διερεύνηση του ρόλου των δυσλειτουργικών σκέψεων και των ευχάριστων δραστηριοτήτων ως ενδιάμεσων μεταβλητών για την επιβάρυνση των φροντιστών, αναδεικνύοντας ερευνητικά [11] την αρνητική επίδραση των δυσπροσαρμοστικών σκέψεων και, αντίθετα, τη θετική επίδραση της εμπλοκής σε ευχάριστες δραστηριότητες στη σωματική υγεία και στη διάθεση.

Στην Εταιρεία «Ο Νέστωρ» σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε γνωσιακή συμπεριφοριστική παρέμβαση που απευθύνθηκε σε φροντιστές ατόμων με άνοια με σκοπό τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της ΓΣΘ στις δυσλειτουργικές γνωσίες, την επιβάρυνση και τη συναισθηματική κατάσταση των φροντιστών ατόμων με άνοια, και στην υποκειμενική τους εκτίμηση ως προς τα νευροψυχιατρικά συμπτώματα των ατόμων με άνοια. Η παρέμβαση αποτελεί προσαρμογή ενός ομαδικού γνωσιακού συμπεριφοριστικού προγράμματος που διεξήχθη στην Ισπανία από τους Gonzalez et al. [12] με ενθαρρυντικά αποτελέσματα, καθώς στο τέλος του μειώθηκε η καταθλιπτική συμπτωματολογία των φροντιστών και οι δυσλειτουργικές τους σκέψεις, ενώ, παράλληλα, τροποποιήθηκε η αντίληψή τους για τις διαταραχές συμπεριφοράς των ασθενών.

2. Υλικό και μέθοδοι

2.1. Συμμετέχοντες

Η παρέμβαση προσφέρθηκε σε συμμετέχοντες που μπορούσαν να δεσμευτούν για ένα διάστημα 3-4 μηνών μέχρι την ολοκλήρωσή της και εξέφρασαν την επιθυμία να την παρακολουθήσουν. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν μέλη της οικογένειας των ασθενών και είχαν την κύρια φροντίδα τους ή την εποπτεία αυτής. Σε αρχικό δείγμα 27 φροντιστών, 20 φροντιστές ολοκλήρωσαν την παρέμβαση και 7 διέκοψαν (ένας λόγω ασθένειας, ένας λόγω κατάληξης του ασθενούς, τρεις λόγω απροθυμίας συνέχισης, δύο λόγω μεταφοράς του ασθενούς σε οίκο ευγηρίας).

2.2. Μέσα συλλογής δεδομένων

Κατά τη διάρκεια της πρώτης συνάντησης έγινε συλλογή των δημογραφικών στοιχείων των φροντιστών και χορηγήθηκαν στους φροντιστές ερωτηματολόγια για την εκτίμηση της κατάστασης του ατόμου με άνοια και του φροντιστή του. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν οι εξής κλίμακες: η Neuropsychiatric Inventory (NPI) [13] για την αξιολόγηση των νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων των ατόμων με άνοια, η Zarit Burden Inventory (ZBI) [14] για τη μέτρηση της επιβάρυνσης του φροντιστή, η Beck Anxiety Inventory (BAI) [15] για τη μέτρηση του άγχους του φροντιστή, η Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) [16] για την κατάθλιψη και η Dysfunctional Thoughts about Caregiving Questionnaire (DTCQ) [17] για τον εντοπισμό των δυσλειτουργικών σκέψεών του.

2.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή του δείγματος διήρκησε από τον Απρίλιο 2016 έως τον Οκτώβριο 2017. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από τον ψυχολόγο που εφάρμοσε την παρέμβαση και έλαβε χώρα κατά τη διάρκεια της πρώτης διά ζώσης επαφής με τον φροντιστή στην οικία του. Στην ίδια συνάντηση ο φροντιστής ενημερώθηκε για τη φύση της παρέμβασης, τον στόχο αυτής, τον χαρακτήρα των συνεδριών, τη διάρκεια, τον τόπο και τη συχνότητά τους. Τα ερωτηματολόγια ήταν αυτοσυμπληρούμενα, πλην του NPI που χορηγήθηκε με τη βοήθεια του ψυχολόγου. Οι κλίμακες επαναχορηγήθηκαν στο τέλος της παρέμβασης προκειμένου να εκτιμηθούν τυχόν αλλαγές στις υπό διερεύνηση μεταβλητές.

2.4. Περιγραφή του προγράμματος παρέμβασης για την επιβάρυνση

Η παρέμβαση που σχεδιάστηκε βασίστηκε στη ΓΣΘ, η οποία επιλέχθηκε γιατί πρόκειται για μια εμπειρικά τεκμηριωμένη προσέγγιση, συγκεντρώνει ενδείξεις αποτελεσματικότητας στον πληθυσμό στόχο της παρέμβασης και παρέχει τη δυνατότητα βραχύχρονων δράσεων. Αποτέλεσε προσαρμογή αντίστοιχης ομαδικής παρέμβασης των Gonzalez et al. [12], καθώς διατήρησε τη δομή των συνεδριών, αλλά εφαρμόστηκε σε ατομικό επίπεδο. Η παρέμβαση συνδυάζει τις βασικές αρχές του γνωσιακού συμπεριφοριστικού μοντέλου και τους βασικούς τομείς παρέμβασής του για τη θεραπεία του άγχους και της κατάθλιψης, προσαρμόζοντας τη συλλογιστική του σε παραδείγματα που προκύπτουν από την καθημερινή φροντίδα ενός ατόμου με άνοια και στις συνήθεις δυσκολίες των φροντιστών. Περιλαμβάνει 11 δίωρες, κατ' οίκον εβδομαδιαίες θεραπευτικές συνεδρίες, από ψυχολόγο εκπαιδευμένο στο γνωσιακό συμπεριφοριστικό μοντέλο, με θεματικές ενότητες που συμπληρώνουν η μία την άλλη.

Κεντρικό άξονα της παρέμβασης αποτελεί η ανίχνευση, ο εντοπισμός, η ανάδειξη, η αναγνώριση, η αμφισβήτηση και η τροποποίηση των δυσλειτουργικών σκέψεων των φροντιστών, με στόχο να ανταποκρίνονται καλύτερα στις απαιτήσεις της φροντίδας αλλά και της ίδιας τους της ζωής, καθώς οι φροντιστές ενισχύονται να συνεχίσουν να αντεπεξέρχονται στη φροντίδα ασχολούμενοι παράλληλα και με τον εαυτό τους. Μέσα από παραδείγματα που αφορούν συνήθεις δυσκολίες στο πλαίσιο της φροντίδας ενός ατόμου με άνοια, ο φροντιστής ενθαρρύ-

νεται να σκέφτεται εναλλακτικά, να λειτουργεί διαφορετικά και να καταλαβαίνει τον βαθμό και τον ρόλο της δικής του συμμετοχής στην επιβάρυνση που βιώνει.

Κατά τις πρώτες συνεδρίες το περιεχόμενο της παρέμβασης είναι κυρίως ψυχοεκπαιδευτικό. Αρχικά, ο φροντιστής ενημερώνεται για τη φύση της νόσου, τη συμπτωματολογία της, τους τρόπους αντιμετώπισης των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, τον τρόπο αλληλεπίδρασης με τον ασθενή, συζητούνται θέματα καθημερινής πρακτικής και δίνονται συμβουλές για τη διαχείριση των διαταραχών συμπεριφοράς που εμφανίζει το άτομο στο πλαίσιο της άνοιας. Αποσαφηνίζονται όροι που ίσως, συχνά, χρησιμοποιούνται στην καθομιλουμένη καταχρηστικά, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, ώστε ο φροντιστής να μπορεί να αναγνωρίσει τα σημάδια τους, τίθενται οι στόχοι που ο φροντιστής θα ήθελε να επιτύχει μέσα από τη διαδικασία αυτή ώστε το αποτέλεσμά της να είναι άμεσο και «μετρήσιμο» και εισάγεται η ανάδειξη της αναγκαιότητας της αυτοφροντίδας ώστε να αρχίσει ο περιθάλπων να επεξεργάζεται τη σημασία της ενασχόλησης με τον ίδιο.

Στη συνέχεια, ο φροντιστής εξοικειώνεται με τον τρόπο λειτουργίας του γνωσιακού συμπεριφοριστικού μοντέλου, άρα και με τη φιλοσοφία της παρέμβασης. Επιχειρείται η κατανόηση της σχέσης ανάμεσα στις καταστάσεις, τις ερμηνείες-σκέψεις για αυτές, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά και μαθαίνει να αναγνωρίζει στον ίδιο τέτοιες εξαρτήσεις και αλληλεπιδράσεις. Εκπαιδεύεται να εντοπίζει τις αυτόματες αρνητικές του σκέψεις, τις σκέψεις που τον οδηγούν σε ακατάλληλες συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις και ενημερώνεται για τα είδη διεργασιακών λαθών που συντελούνται κατά την επεξεργασία των γεγονότων, μαθαίνοντας να τα αναγνωρίζει στις σκέψεις του. Επιπλέον, παρουσιάζονται τρόποι σκέψης που δεν βοηθούν και αναδεικνύεται η περιοριστική τους δράση. Τέλος, μαθαίνει πώς να αξιολογεί τις αυτόματες αρνητικές του σκέψεις, να τις αμφισβητεί και να τις αντικαθιστά με νέες πιο λειτουργικές και βοηθητικές. Μέσα από τις καταγραφές, ο φροντιστής μοιράζεται την προσωπική του εμπειρία, συμβάλλει στην περαιτέρω εξατομίκευση της παρέμβασης και εξασκείται στην αυτοπαρατήρηση και την αυτορρύθμιση.

Σημαντικό μέρος της παρέμβασης συνιστά η κινητοποίηση του περιθάλποντος. Στο πλαίσιο αυτής, ο φροντιστής ενημερώνεται για τη σημασία των ευχάριστων δραστηριοτήτων και τη σχέση τους με τη διάθεση και εκπαιδεύεται να φτιάχνει ένα πλάνο ευχάριστων δραστηριοτήτων στο οποίο να δεσμεύεται, ενισχύοντας έτσι την ενασχόληση με τον εαυτό. Παράλληλα, εκπαιδεύεται στη διεκδικητικότητα, στην αξιοποίηση του διαθέσιμου υποστηρικτικού δικτύου και στους τρόπους αναζήτησης βοήθειας, μαθαίνοντας να αναγνωρίζει και να σέβεται τα προσωπικά όρια αντοχών του. Τέλος, ο φροντιστής εκπαιδεύεται στην τεχνική επίλυσης προβλήματος. Η παρέμβαση ολοκληρώνεται με τον απολογισμό αυτής, κατά τον οποίο πραγματοποιείται η ανασκόπηση της παρέμβασης και ελέγχεται η επίτευξη των αρχικών στόχων.

3. Ευρήματα

3.1. Στατιστική ανάλυση

Οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέσος όρος (Μ.Ο.) ± τυπική απόκλιση (Τ.Α.), ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως συχνότητες. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας της κατανομής των προς εξέταση μεταβλητών και εν συνεχεία χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικά κριτήρια. Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ΓΣΘ, πραγματοποιήθηκε ανάλυση t-test εξαρτημένων δειγμάτων για τις μεταβλητές: DTCQ, NPI-Σύνολο, NPI-Βαρύτητα, NPI-Επιβάρυνση, ZBI, CES-D, και BAI. Εφαρμόστηκε έλεγχος για πολλαπλές συγκρίσεις [false-discovery rate (FDR)] και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ως pFDR < 0.05. Παρουσιάζονται οι τιμές p τόσο πριν όσο και μετά τη διόρθωση για πολλαπλές συγκρίσεις. Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν μέσω του προγράμματος IBM SPSS v. 20.

3.2. Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 1 παρατίθενται τα βασικά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα παρέμβασης.

Πίνακας 1. Κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα των συμμετεχόντων φροντιστών ατόμων με άνοια

Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά	**Περιγραφικοί δείκτες**		
	Μ.Ο. ± Τ.Α.	**Εύρος τιμών**	**Συχνότητα**
Ηλικία (έτη)	57,5 ± 9,5	48 - 67	-
Φύλο (Α / Γ)	–	–	3 / 17
Είδος σχέσης (Σ / Τ)	–	–	2 / 18
Διαμονή (Α / Β / Γ)	–	–	16 / 2 / 2
Ύπαρξη επαγγελματία φροντιστή (Ν / Ο)	–	–	5 / 15
Έτη σπουδών φροντιστή	13,35 ± 3,11	6 - 18	–
Έτη νόσου	5,2 ± 2,82	1 - 10	–
MMSE	11,1 ± 7,9	0 - 23	–
Αιτία ανοϊκής συνδρομής	Νόσος Alzheimer: 15 Αγγειακή άνοια: 2 Άνοια με σωμάτια Lewy: 1 Άνοια αγνώστου αιτιολογίας: 2		

Σημ. Μ.Ο. = μέσος όρος, Τ.Α. = τυπική απόκλιση, Α / Γ = άνδρες / γυναίκες, Σ / Τ = σύζυγοι / τέκνα, Α / Β / Γ = ίδιο σπίτι-κτήριο / ίδια γειτονιά / άλλη περιοχή, Ν / Ο = Ναι / Όχι.

Από τη στατιστική ανάλυση (Πίνακας 2) αναδείχθηκαν σημαντικές διαφορές στη διάρκεια του χρόνου για τις εξής μεταβλητές: (α) NPI (pFDR = 0.047), (β) NPI Επιβάρυνση (pFDR = 0.009), (γ) DTCQ (pFDR = 0.001), (δ) BAI (pFDR = 0.009), (ε) ZBI (pFDR = 0.009) και (στ) CES-D (pFDR = 0.045). Ειδικότερα, παρατηρείται σημαντική μείωση της συνολικής βαθμολογίας των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων μετά την ψυχολογική παρέμβαση. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στον συνολικό αριθμό των νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων πριν και μετά την παρέμβαση (pFDR = 0.350).

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Πίνακας 2. Περιγραφικοί δείκτες και συγκρίσεις στα ερωτηματολόγια νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων ατόμων με άνοια (NPI), δυσλειτουργιών γνωσιών (DTCQ), συναισθηματικής κατάστασης (BAI) και επιβάρυνσης φροντιστών (ZBI) πριν και μετά τη ΓΣΘ παρέμβαση

Ερωτηματολόγια	Περιγραφικοί δείκτες		Στατιστικοί δείκτες	
	Πριν την παρέμβαση	Μετά την παρέμβαση		
	Μ.Ο. ± Τ.Α.	Μ.Ο. ± Τ.Α.	*T*	*pFDR*
NPI	6.35 ± 2.54	5.80 ± 1.76	0.959	0.350
NPI Βαρύτητα	42.45 ± 24.11	31.60 ± 16.60	2.206	0.040*
NPI Επιβάρυνση	20.55 ± 9.39	13.05 ± 6.03	3.202	0.005*
DTCQ	19.35 ± 8.42	13.15 ± 5.14	4.308	0.000*
BAI	14.20 ± 9.58	9.30 ± 8.90	3.156	0.005*
ZBI	47.50 ± 10.68	35.00 ± 12.04	3.253	0.005*
CES-D	20.88 ± 7.85	15.66 ± 11.73	2.330	0.032*

Σημ. ΓΣΘ = γνωσιακο-συμπεριφοριστική θεραπεία, NPI = Neuropsychiatric Inventory, DTCQ = Dysfunctional Thoughts about Caregiving Questionnaire, BAI = Beck Anxiety Inventory, ZBI = Zung Burden Inventory, CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Μ.Ο. = μέσος όρος, Τ.Α. = τυπική απόκλιση, pFDR = p μετά από διόρθωση για πολλαπλές συγκρίσεις μέσω false discovery rate, * στατιστικά σημαντική διαφορά για $p < 0.05$ μετά από έλεγχο για πολλαπλές συγκρίσεις (FDR).

4. Συζήτηση

Η άνοια συνιστά μια πολυδιάστατη κλινική οντότητα και η φροντίδα ενός ατόμου με άνοια αποτελεί ένα πολύ δύσκολο έργο. Το ενδιαφέρον, λοιπόν, των ερευνών εστιάζεται στην ανεύρεση αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την υποστήριξη ασθενούς και περιθάλποντος. Η γνωσιακή συμπεριφοριστική παρέμβαση που δημιουργήθηκε και εφαρμόστηκε σε φροντιστές ατόμων με άνοια στην Εταιρεία «Ο Νέστωρ» είχε στόχο την ενίσχυση των φροντιστών ώστε να αντεπεξέρχονται καλύτερα στις απαιτήσεις της φροντίδας, ασχολούμενοι παράλληλα και με τον εαυτό τους. Απώτερος στόχος ήταν η αποφόρτιση του φροντιστή και η καλύτερη ποιότητα ζωής ασθενούς και φροντιστή. Η παρέμβαση, η οποία συγκροτήθηκε από τέσσερις άξονες (ψυχοεκπαίδευση, αναγνώριση και τροποποίηση δυσλειτουργικών σκέψεων, κινητοποίηση, διεκδικητικότητα), πέτυχε ιδιαίτερα ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

Οι φροντιστές, στο τέλος της παρέμβασης, ανέφεραν μείωση του άγχους, της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, της επιβάρυνσης, των δυσλειτουργικών σκέψεων και της βαρύτητας των διαταραχών συμπεριφοράς των ατόμων με άνοια. Η βελτίωση της τελευταίας μεταβλητής θα μπορούσε ίσως, αφενός, να σχετίζεται με την καλύτερη εκπαίδευση των φροντιστών στη διαχείριση των συμπτωμάτων αλλά και με την καλύτερη εκπαίδευση και κατανόηση ευρύτερα της φύσης της διαταραχής, η οποία, ενδεχομένως, τους καθιστά πιο ικανούς να εκτιμήσουν-αξιολογήσουν ορθότερα την κατάσταση και να δώσουν ασφαλέστερες πληροφορίες για τη συμπτωματολογία του ασθενούς και, αφετέρου, με τη βελτίωση της διάθεσής τους, η οποία μπορεί να συμβάλλει σε μια επιεικέστερη αντίληψη της πραγματικότητας του ασθενούς. Ωστόσο, το γεγονός ότι ο αριθμός των διαταραχών συμπεριφοράς των ασθενών, βάσει NPI, δεν παρουσίασε σημαντική διαφοροποίηση πριν και μετά την παρέμβαση υποδεικνύει ότι η στατιστικά σημαντική διαφορά στον βαθμό επιβάρυνσης, στην αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία των φροντιστών και στον βαθμό δυσλειτουργικών σκέψεων σχετίζεται με την τροποποίηση των σκέψεων αυτών και την εκπαίδευση των φροντιστών.

Σημαντική παράμετρος υπήρξε η κατ' οίκον χορήγηση της παρέμβασης, καθώς έδινε τη δυνατότητα στους φροντιστές να λάβουν υποστήριξη στον χώρο τους. Έτσι, εξοικονομούσαν χρόνο και δεν χρειαζόταν να αφήσουν μόνο τον άνθρωπό τους. Η δυνατότητα αυτή αποτέλεσε για αρκετούς φροντιστές ένα επιπλέον κίνητρο για τη συμμετοχή τους. Στην εν λόγω έρευνα το δείγμα αποτέλεσαν κυρίως τέκνα ατόμων με άνοια, ενώ στη βιβλιογραφία οι έρευνες μοιράζονται σε εκείνες που υπερτερούν τα τέκνα και σε εκείνες που πλειοψηφούν οι σύζυγοι. Η αριθμητική υπεροχή των τέκνων ενδεχομένως σχετίζεται με διαφορετικές πολιτισμικές αξίες και με πιθανή μεγαλύτερη εξοικείωση των νεότερων γενεών με υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η έρευνα, ωστόσο, διαθέτει και ορισμένους περιορισμούς. Το δείγμα φροντιστών είναι μικρό, δεν πραγματοποιήθηκε επαναξιολόγηση σε ικανό διάστημα έπειτα από τη λήξη της παρέμβασης ώστε να διαπιστωθεί η διατήρηση ή μη των θεραπευτικών αποτελεσμάτων και δεν υπάρχει ομάδα ελέγχου.

Εντούτοις, παρά την ύπαρξη περιορισμών, η παρέμβαση φαίνεται να συμφωνεί με τη βιβλιογραφία που υποστηρίζει πως η υιοθέτηση ενός πιο λειτουργικού τρόπου σκέψης βασισμένου στο γνωσιακό συμπεριφοριστικό μοντέλο φαίνεται να οδηγεί σε καλύτερη «προσαρμογή» των φροντιστών [11]. Διάφορες παρεμβάσεις έχουν σχεδιαστεί για την υποστήριξη των φροντιστών και διάφορες έρευνες, καθώς και μετα-αναλύσεις ερευνών, έχουν πραγματοποιηθεί για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας των γνωσιακών συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων. Τα αποτελέσματα των ερευνών ποικίλλουν ανάλογα με τις υπό εξέταση μεταβλητές και τις ομάδες ελέγχου. Υπάρχουν, όμως, αρκετά δεδομένα που υποστηρίζουν πως γνωσιακές συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις είναι ωφέλιμες για τα άτομα που φροντίζουν ανθρώπους με άνοια. Τα αποτελέσματα της παρέμβασης που διεξήχθη στην Εταιρεία «Ο Νέστωρ» συμβαδίζουν με εκείνα άλλων μελετών. Ενδεικτικά, συγκεντρωτικά δεδομένα μετα-ανάλυσης CBT προγραμμάτων των Vernooij – Dassen et al. [19] έδειξαν θετικά αποτελέσματα στο άγχος, στην καταθλιπτική συμπτωματολογία και στο στρες των φροντιστών παρόλο που δεν μείωσαν την αίσθηση επιβάρυνσης ή την πιθανότητα μεταφοράς του ασθενούς σε οίκο ευγηρίας. Σε τηλεφωνική γνωσιακή συμπεριφοριστική παρέμβαση των Wilz et al. [20] υπήρξε βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης των φροντιστών, μείωση των καταθλιπτικών και σωματικών συμπτωμάτων, καθώς και καλύτερη προσαρμογή σε συνθήκες φροντίδας, ενώ η καλύτερη προσαρμογή και η βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης διατηρήθηκαν και σε επαναξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε έξι μήνες μετά το τέλος της παρέμβασης. Επίσης, σε μελέτη των Losada et al. [21] με φροντιστές με έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία που συνέκρινε την αποτελεσματικότητα CBT παρέμβασης και ACT (Acceptance and Commitment Therapy) παρέμβασης, ενώ αρχικά βρέθηκαν παρόμοια αποτελέσματα για τις δύο παρεμβάσεις, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, μόνο οι συμμετέχοντες στη CBT ομάδα διατήρησαν τα θεραπευτικά τους αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, ενώ η CBT και η ACT βελτίωσαν εξίσου την καταθλιπτική διάθεση, μόνο η CBT φάνηκε αποτελεσματική έξι μήνες μετά,

σε αντίθεση με την ACT που, παρότι ήταν ανώτερη της CBT στη μείωση του άγχους, δεν διατήρησε τα αποτελέσματά της κατά την επαναξιολόγηση.

Η άνοια είναι ένα φορτίο σε παγκόσμιο επίπεδο που προϊόντος του χρόνου αυξάνεται διαρκώς και που, συνεπώς, η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα αποδεικνύεται επιβεβλητέα. Είναι σαφές πως η υποστήριξη των φροντιστών χρειάζεται να ενισχυθεί προκειμένου να επιτευχθεί μείωση του οικονομικού και συναισθηματικού κόστους ασθενών, φροντιστών και συστήματος υγείας. Ζητούμενο είναι η δημιουργία εξατομικευμένων παρεμβάσεων, ικανών να ανταποκριθούν στις ανάγκες του κάθε φροντιστή ξεχωριστά, ανάλογα με το στάδιο άνοιας του ανθρώπου του, των δεδομένων και των συνθηκών ζωής. Επίσης, χρειάζεται περισσότερη έρευνα για να διερευνηθούν παρεμβάσεις που απευθύνονται σε πιο σπάνιες μορφές άνοιας, όπως η μετωποκροταφική και η άνοια με σωμάτια Lewy. Επιπρόσθετα, θέματα που θα έχρηζαν περαιτέρω ερευνητικής εργασίας είναι η διατήρηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων στον χρόνο, η προσαρμογή CBT παρεμβάσεων ανάλογα με το είδος της συγγένειας ασθενούς-φροντιστή (σύζυγοι, τέκνα), η εφαρμογή τους με εναλλακτικές μεθόδους, όπως τηλεφωνικά ή διαδικτυακά, καθώς και ο εμπλουτισμός τους με την προσθήκη μεθόδων του τρίτου κύματος της γνωσιακής, όπως η Acceptance and Commitment Therapy ή η Compassion Focused Therapy [18]. Εξειδικευμένα κέντρα μνήμης και προγράμματα στο σπίτι θα μπορούσαν να παρέχουν το πλαίσιο για την εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων.

Effectiveness of Cognitive Behavioral Intervention in dementia caregivers

George Stathakis[1], Diane Charila[2], Antonis Mougias[3], Foteini Christidi[4]

[1] Psychologist MSc, Psychogeriatric Association "Nestor", Athens
[2] Psychologist, PhD clinical psychology, Cognitive Behavioral Studies Association, Athens
[3] Psychiatrist PhD, Psychogeriatric Association "Nestor", Athens
[4] Clinical neuropsychologist, PhD, Psychogeriatric Association "Nestor", Athens
Corresponding author: George Stathakis, Drosopoulou 22, Athens, 11257, Tel.: 6977185081, Email: gstathl@yahoo.com

Abstract

Dementia is a multidimensional clinical syndrome, the care of which requires special adaptability. Numerous studies examine the effectiveness of various interventions to support the caregiver, who is actually the "hidden patient", as burden rates are high. According to a survey conducted in the Greek population, about half of the caregivers in our country seem to experience a significant burden while, at the same time, one in four seems to show significant anxiety and depressive symptoms. The present study presents a cognitive-behavioral intervention performed on dementia caregivers at the Company "Nestor", aimed at reducing their discomfort and at empowering them to better meet the demands of care while engaging with themselves. The intervention is an adaptation of a similar one implemented in Spain at a group level and is based on the modification of caregivers' dysfunctional thoughts about caregiving, recognizing their role in the degree of burden they experience. The intervention consisted of 11 individual, weekly, therapeutic sessions and, besides the primary goal of modification of caregivers' dysfunctional thoughts, the other intervention's parts focused on activating them, involving their social network, learning them skills in order to deal with the patient's behavioral disorders and training them in problem solving technique. Questionnaires administered before and after the intervention were used to measure the variables of burden, stress, depressive symptomatology and the number of dysfunctional thoughts. To compare the results of the questionnaires before and after the intervention, t-test analyzes of dependent samples were performed. A final sample of 20 people completed the intervention, the results of which showed a reduction in depressive symptomatology (pFDR = 0.045), anxiety (pFDR = 0.009), dysfunctional thoughts (pFDR = 0.001) and in the burden of caregivers ZBI (pFDR = 0.009). Due to the limitations of the present study (small sample, no control group, no follow up), it shouldn't be appropriate to generalize the results. However, the intervention indicates that unrealistic expectations and interpretations of the patient's attitudes interfere with the quality of care and behavior of the caregiver towards patient, hinder daily routine and cause greater burden. Moreover, the present findings are consistent with the international literature supporting the effectiveness of CBT interventions in dementia caregivers. In conclusion, it is important to create interventions that address the way caregivers perceive care and help them take care of themselves alongside the patient.

Keywords: CBT, dementia, caregivers, burden

Βιβλιογραφία

[1] Schulz R, O' Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregivers: Prevalence, correlates, and causes. The Gerontologist, 1995; 35: 771-791.
[2] Mougias AA, Politis A, Mougias MA, Kotrotsou I, Skapinakis P, Damigos D, Mavreas V.G. The burden of caring for patients with dementia and its predictors. Psychiatrike = Psychiatriki. 2015; 26(1): 28-37.
[3] Hopkinson MD, Reavell J, Lane DA, Mallikajun P. Cognitive Behavioral Therapy for Depression, Anxiety, and Stress in Caregivers of Dementia Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. The Gerontologist. 2018; 00: 1-20.
[4] Kwon OH, Ahn HS, Kim HJ, Park KW. Effectiveness of a Cognitive Behavioral Therapy for Caregivers of people with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Neurol. 2017; 13(4): 394-404.
[5] Fialho PPA, Koenig AM, Lemos dos Santos MD, Barbosa MT, Caramelli P. Positive effects of a cognitive-behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly. Arq Neuropsiquiatr. 2012; 70(10): 786-792.
[6] Akkerman RL, Ostwald SK. Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: The effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias. 2004; 19:117.
[7] Passoni S, Moroni L, Toraldo A, Mazza MT, Bertolotti G, Vanacore N, Bottini G. Cognitive Behavioral Group Intervention for Alzheimer Caregivers. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2014; 28(3).
[8] Kwok T, Au A, Wong B, Ip I, Mak V, Ho F. Effectiveness of online cognitive behavioral therapy on family caregivers of people with dementia. Clinical Interventions in Aging. 2014; 9: 631-636.
[9] Wilz G, Soellner R. Evaluation of a Short-Term Telephone-Based Cognitive Behavioral Intervention for Dementia Family Caregivers. The Gerontologist. 2016; 39(1): 25-47.
[10] Losada A, Montorio I, Knight BG, Marquez M, Izal M. Explanation of caregivers distress from the cognitive model: The role of dysfunctional thoughths. Psicologia Conductual. 2006; 14(1): 115-128.
[11] Losada A, Gonzalez MM, Moreno RR. Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. Int J Geriatr Psychiatry. 2011; 26: 1119-1127.
[12] Gonzalez MM, Losada A, Izal M, Perez-Rozo G, Montorio I. Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: Description and outcomes of an intervention programme. Aging & Mental Health. 2007; 11(6): 616-625.

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

[13] Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology. 1994; 44: 2308-2314.
[14] Zarit SH, Zarit, JM. Instructions for the Burden Interview. Technical Document, 1987; University Park, PA: Pensylvania State University.
[15] Beck AT, Epstein N, Brown J. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988; 56(6): 893-897.
[16] Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement. 1977; I: 385-401.
[17] Montorio I, Losada A, Izal M, Marquez M. Losada A. Dysfunctional thoughts about caregiving questionnaire: psychometric properties of a new measure. Int Psychogeriatr. 2009; 21(5): 913-21.
[18] Cheng ST, Au A, Losada A, Thompson LW, Thompson DG. Psychological Interventions for Dementia Caregivers: What We Have Achieved, What We Have Learned. Current Psychiatry Reports. 2019; 21: 59.
[19] Vernooij – Dassen M, Draskovic I, McCleery J, Downs M. Cognitive reframing for carers of people with dementia. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(11).
[20] Wilz G, Reder M, Meichsner F, Soellner R. The Tele.TAnDem Intervention: Telephone – based CBT for Family Caregivers of People with Dementia, The Gerontologist. 2018; 58(2): 118-129.
[21] Losada A, Gonzalez MM, Moreno RR, Mausbach B, Lopez J, Fernandez VF, Gonzalez CN. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) Versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Dementia Family Caregivers with Significant Depressive Symptoms: Results of a Randomized Clinical Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2015; 83(4): 760-772.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ψυχική ανθεκτικότητα εν μέσω πανδημίας

Νεκταρία Κανδυλάκη[1], Φωτεινή Λέκκα[1]
[1] Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών

Αλληλογραφία: Νεκταρία Κανδυλάκη, Λυκάβου 21, Ζωγράφος, Αθήνα, 15772, Τηλ.: 6945769762, Email: n.kandylaki@windowslive.com

Περίληψη
Η πανδημία της Covid-19 επηρέασε για περισσότερο από μία διετία την ανθρωπότητα, καθιστώντας αναγκαία την κοινωνική απομόνωση, τον περιορισμό στις μετακινήσεις, την τηλεκπαίδευση και την τηλεργασία. Οι πρωτόγνωρες αυτές συνθήκες συνδέθηκαν με ποικίλες συνέπειες στον γενικό πληθυσμό, επηρεάζοντας και την ψυχική ανθεκτικότητα. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του επιπέδου διάθεσης, ποιότητας ζωής και ψυχικής ανθεκτικότητας στον ελληνικό ενήλικο πληθυσμό και στη συνέχεια η συσχέτιση αυτών των μετρήσεων μεταξύ τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, αν και σε πρώτη ανάγνωση οι μέσοι όροι των συμμετεχόντων κυμάνθηκαν κοντά στις διαθέσιμες νόρμες, σε μετέπειτα ομαδοποίηση, με βάση την υποκειμενική κρίση για την επιρροή που είχε η πανδημία στη ζωή τους, φάνηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην ομάδα που δήλωσε πως δεν επηρεάστηκε και στην ομάδα που δήλωσε πως επηρεάστηκε αρνητικά. Όταν οι μεταβλητές συσχετίστηκαν μεταξύ τους, η ψυχική ανθεκτικότητα φάνηκε να συσχετίζεται θετικά με τις μετρήσεις της ποιότητας ζωής και αρνητικά με τις μετρήσεις άγχους, στρες και κατάθλιψης. Είναι αναγκαίες περισσότερες μελέτες για την κατανόηση του αντίκτυπου αυτών των ιδιαίτερων συνθηκών.

Λέξεις-κλειδιά: Ψυχική ανθεκτικότητα, πανδημία, κορονοϊός

1. Εισαγωγή

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής συνδέεται με πολλές απαιτήσεις και προκλήσεις, τις οποίες οι άνθρωποι καλούνται να διαχειριστούν σε καθημερινή βάση. Σε αυτή τη διαχείριση, η ψυχική ανθεκτικότητα φαίνεται ότι παίζει έναν σημαντικό ρόλο. Επιπρόσθετα, λαμβάνοντας υπόψη τις κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες που συνοδεύουν τις ασθένειες που σχετίζονται με το άγχος/στρες και κατ' επέκταση τον σύγχρονο τρόπο ζωής, η σημασία της ψυχικής ανθεκτικότητας διευρύνεται από το ατομικό στο ευρύτερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο [1] [2] [3].

Η ανθεκτικότητα είναι ένα σύνθετο φαινόμενο [4] [5] [6]. Αφορά την ικανότητα νοηματοδότησης δύσκολων γεγονότων της ζωής με τρόπο που διευκολύνει την αποδοχή όσων δεν μπορούν να αλλάξουν, την αποτελεσματική διαχείριση της ανησυχίας και του άγχους και την καλλιέργεια ψυχολογικής ευελιξίας, η οποία ευνοεί την αναζήτηση ευκαιριών για εξέλιξη και πνευματική ανάπτυξη εν μέσω αντιξοοτήτων και δυσκολιών. Άτομα που είναι πιο ανθεκτικά φαίνεται ότι μπορούν να βιώσουν θετικά συναισθήματα προληπτικά και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα αντίξοες καταστάσεις [7] [8] [6] [9] [10] [11] [12] [13] [14]. Αυτά τα χαρακτηριστικά έχουν συνδεθεί με πλήθος θετικών αποτελεσμάτων, όπως: υγιή γήρανση [15] καλύτερη ποιότητα ζωής [16], καλύτερη αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών, όπως κατάθλιψη και άγχος, καθώς και σωματικών προβλημάτων υγείας, όπως ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, η νόσος Chagas κ.ά. [16] [17] [18] [19] [20] [21] [22] [23] [24].

Υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί της ανθεκτικότητας. Σύμφωνα με κάποιους περιγράφεται ως η ικανότητα προσαρμογής σε στρεσογόνες συνθήκες [25], ενώ άλλοι την ορίζουν ως την ικανότητα του ατόμου να παραμένει λειτουργικό παρά το συνεχιζόμενο άγχος [26]. Η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία ορίζει την ανθεκτικότητα ως μια διαδικασία ανάκαμψης/αναπροσαρμογής μετά από δύσκολες εμπειρίες και ως «ικανότητα καλής προσαρμογής ενόψει αντίξοων συνθηκών, τραυματισμών, τραγωδιών, απειλών ή σημαντικών πηγών άγχους» [27]. Αυτός ο ορισμός περιέχει το χαρακτηριστικό της ανάκαμψης, το οποίο έχει προταθεί ως ένα από τα κεντρικά χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας [6] [7]. Έτσι, η ανθεκτικότητα θεωρείται ότι βρίσκεται σε ένα συνεχές που κυμαίνεται από τη χαμηλή (χαμηλή ικανότητα ανάκαμψης) έως την υψηλή (ισχυρή ικανότητα ανάκαμψης) και την εξαιρετικά υψηλή, η οποία στη βιβλιογραφία περιγράφεται και ως «ακμάζουσα» (thriving) και αντικατοπτρίζει την ικανότητα ενός ατόμου να φτάσει σε ανώτερο επίπεδο λειτουργικότητας μετά από ένα ανεπιθύμητο ή στρεσογόνο γεγονός [28].

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

1.1. Ψυχική ανθεκτικότητα εν μέσω πανδημίας

Η πανδημία της Covid-19 προκάλεσε στρες και συναισθηματικές δυσκολίες, κυρίως επειδή ο στρεσογόνος παράγοντας ήταν άγνωστος και εμφανίστηκε απροειδοποίητα, αποκλείοντας τη δυνατότητα προετοιμασίας και δυσχεραίνοντας την άμεση προσαρμογή. Μεταξύ των πιο συνηθισμένων συνεπειών που παρατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας είναι: ευερεθιστότητα, μείωση της συγκέντρωσης, άγχος, αϋπνία, μειωμένη παραγωγική ικανότητα και διαπροσωπικές συγκρούσεις. Ιδιαίτερα σε ορισμένες ομάδες πληθυσμού, όπως στους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, τα συμπτώματα αυτά ήταν αρκετά έντονα [29], και μάλιστα διαπιστώθηκε υψηλή επικράτηση μετατραυματικού στρες σχετιζόμενου με την Covid-19 [30]. Κατά τη διάρκεια της πρώτης καραντίνας στην Ελλάδα, η ψυχική ανθεκτικότητα συσχετίστηκε με καλύτερες στρατηγικές διαχείρισης στρες και με μικρότερο δευτερογενές τραυματικό στρες από την πανδημία στο υγειονομικό προσωπικό [31]. Στον ευρύτερο πληθυσμό, φαίνεται να έπαιξε έναν προστατευτικό διαμεσολαβητικό ρόλο ως προς τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια και των δύο lockdowns [32].

Εκτός από την απειλή του ίδιου του ιού, τα μέτρα κοινωνικής απομόνωσης που ελήφθησαν σε μακροχρόνια βάση προκάλεσαν περαιτέρω αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις. Η σοβαρότητα όλων αυτών των συμπτωμάτων φάνηκε να εξαρτάται, τουλάχιστον σε έναν βαθμό, από τη χρονική διάρκεια της καραντίνας, το συναίσθημα της μοναξιάς, τον φόβο μόλυνσης, την ανεπαρκή πληροφόρηση και το στίγμα που συνοδευόταν από τη νόσηση, τουλάχιστον το πρώτο διάστημα ξεσπάσματος της πανδημίας [33].

Είναι ευνόητο ότι οι άνθρωποι διαφέρουν στην ικανότητα αποτελεσματικής διαχείρισης του άγχους και προσαρμογής σε νέες και απαιτητικές συνθήκες. Μεταξύ των παραγόντων που επηρεάζουν αυτή την ικανότητα είναι: οι συνθήκες διαβίωσης, η φτώχεια, η μειωμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, ο αναλφαβητισμός, η αβεβαιότητα για το μέλλον, οι προηγούμενες εμπειρίες ζωής και η κοινωνική υποστήριξη. Επομένως, ο αντίκτυπος την πανδημίας Covid-19 ήταν αναμενόμενο να είναι εξαιρετικά ετερογενής όσον αφορά τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των προβλημάτων, και ιδίως όσων σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με το στρες [34].

Για παράδειγμα, σε μια μελέτη φάνηκε ότι η υψηλότερου βαθμού ανθεκτικότητα στη διάρκεια του lockdown συνδεόταν με έναν συνδυασμό παραγόντων, όπως: έκθεση στο φως του ήλιου τουλάχιστον για 10 λεπτά τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας, καθημερινή σωματική άσκηση, υποκειμενική αίσθηση υποστήριξης από την οικογένεια, υποκειμενική αίσθηση κοινωνικής υποστήριξης, χαμηλότερης βαρύτητας δυσκολίες στον ύπνο, αίσθηση φροντίδας και υποστήριξης από ένα στενό σημαντικό πρόσωπο, τακτική προσευχή [35] και υποκειμενική θετική αντίληψη των περιοριστικών μέτρων [32].

1.2. Παρούσα μελέτη

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε την περίοδο Ιανουάριος 2021-Δεκέμβριος 2021, παρακινημένη από τα μέτρα κοινωνικής απομόνωσης για τον περιορισμό της εξάπλωσης της Covid-19 που ίσχυσαν στη διάρκεια της δεύτερης καραντίνας στην Ελλάδα. Στόχοι είναι: (1) η διερεύνηση των επιπέδων διάθεσης, ποιότητας ζωής και ψυχικής ανθεκτικότητας στον ενήλικο ελληνικό πληθυσμό εν μέσω της πανδημίας, και (2) η συσχέτιση των επιπέδων ανθεκτικότητας με τη διάθεση και την ποιότητα ζωής. Αναμένεται, σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία, τα υπό διερεύνηση επίπεδα να είναι αρνητικά επηρεασμένα από τις τρέχουσες συνθήκες, κάτι που αν και φαντάζει λογικό επόμενο, έχει ενδιαφέρον, ώστε με τα δεδομένα αυτά να ενισχυθεί η προσπάθεια για υποστήριξη και ενδυνάμωση των ευάλωτων (και μη) πληθυσμών.

Την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας δεν υπήρχε άλλη, τουλάχιστον εις γνώσιν μας, με τους ίδιους σκοπούς και σχεδιασμό. Επομένως, τα ευρήματα θα εμπλουτίσουν την ελληνική βιβλιογραφία.

2. Υλικό και μέθοδοι

2.1. Δείγμα

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης και δεδομένων των δυσκολιών που υπήρξαν λόγω της καραντίνας, διενεργήθηκε μια διαδικτυακή έρευνα. Μέσω συνδέσμου που παρέπεμπε στα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, συμμετείχαν συνολικά 75 άτομα, εκ των οποίων η πλειονότητα ήταν γυναίκες (n = 40, 53,3%). Προϋπόθεση για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν να είναι όλοι τουλάχιστον 18 ετών και έτσι ο μέσος όρος (Μ.Ο.) ηλικίας ανήλθε στα 33,33 έτη με 11,38 έτη τυπική απόκλιση (Τ.Α.). Η εκπαίδευση που είχαν λάβει οι συμμετέχοντες μετρήθηκε σε βαθμίδες που έχουν ολοκληρωθεί για λόγους ευκολίας, με διαθέσιμες επιλογές: Καμία τυπική εκπαίδευση, Δημοτικό, Γυμνάσιο, Λύκειο, Βασικό τίτλο σπουδών πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, Μεταπτυχιακό και Διδακτορικό. Συνολικά 12 άτομα (16%) απάντησαν ότι είχαν διαγνωστεί στο παρελθόν με κάποια ψυχική διαταραχή, εκ των οποίων οι 8 έλαβαν ή λαμβάνουν κάποια μορφή θεραπείας (βλ. Πίνακα 1).

2.2. Εργαλεία

Για την αξιολόγηση της διάθεσης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα DASS-21 (Depression, Anxiety, Stress Scales-21). Είναι μια κλίμακα αυτοαναφοράς που μετρά το άγχος, την κατάθλιψη και το στρες. Αποτελείται από 21 δηλωτικές προτάσεις στις οποίες ο συμμετέχων καλείται να βαθμολογήσει σε μια κλίμακα Likert, 0 (Δεν ίσχυε καθόλου για μένα) έως 3 (Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές), κατά πόσο η δήλωση τον αντιπροσώπευσε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Η DASS-21 είναι σταθμισμένη και προσαρμοσμένη για τον ελληνικό πληθυσμό [36].

Για την αξιολόγηση της ανθεκτικότητας χρησιμοποιήθηκε η CD-RISC. Είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα 25 στοιχείων που αποδίδει ένα συνολικό σκορ, αντιπροσωπευτικό των ψυχολογικά ανθεκτικών τάσεων. Υπάρχουν πολλαπλές μελέτες που παρέχουν στοιχεία εγκυρότητας για την υποστήριξη της χρήσης της ακόμα και στον ελληνικό πληθυσμό. Βαθμολογείται σε μια κλίμακα Likert, από 1 (Καθόλου αληθές) έως 5 (Σχεδόν πάντα αληθές), το κατά πόσο το περιεχόμενο των δηλώσεων αντιπροσωπεύει την πραγματικότητα του συμμετέχοντος. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη υψηλότερης ανθεκτικότητας και το αντίστροφο [37].

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων και ποιοτικές μετρήσεις

Μεταβλητή	*n*	*%*	*Μ.Ο.*	*Τ.Α.*
Φύλο				
Άρρεν	35	46.67		
Θήλυ	40	53.33		
Μη δυαδικά	0	0		
Ηλικία			33.33	11.38
Έχουν διαγνωσθεί με κάποια ψυχική διαταραχή				
Όχι	63	84.00		
Ναι	12	16.00		
Έχουν λάβει θεραπεία για την ψυχική διαταραχή				
Όχι	4	33.33		
Ναι	8	66.67		
Εκπαίδευση				
Λύκειο	19	25.33		
Βασικός τίτλος σπουδών πανεπιστημιακής εκπαίδευσης	43	57.33		
Μεταπτυχιακό	12	16.00		
Διδακτορικό	1	1.33		
Έχει επηρεάσει η πανδημία Covid τη ζωή;				
Όχι	10	13.33		
Ναι, θετικά	8	10.67		
Ναι, αρνητικά	57	76.00		
Οι απαντήσεις που δόθηκαν είναι επηρεασμένες από την πανδημία				
Όχι	35	46.67		
Ναι	40	53.33		
Θα καλυτερεύσει η κατάσταση στη χώρα μας;				
Όχι	41	54.67		
Ναι	34	45.33		

n = 75

Η ποιότητα ζωής μετρήθηκε με την αυτοσυμπληρούμενη WHOQOL-BREF. Είναι μια συντομευμένη έκδοση 26 στοιχείων, που αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Αποτελείται από 24 λήμματα που αντιστοιχούν σε 24 σχετιζόμενες με την ποιότητα ζωής πτυχές, και δύο λήμματα που αξιολογούν τη συνολική ποιότητα ζωής και τη γενική εκτίμηση της υγείας. Τα λήμματα οργανώνονται σε 4 τομείς: σωματική υγεία, ψυχολογική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον. Ο συμμετέχων καλείται να αξιολογήσει με βάση τα κριτήρια και τις προσδοκίες του από τη ζωή σε μια κλίμακα Likert, 1 (Καθόλου) έως 5 (Υπερβολικά), το κατά πόσο ισχύει το περιεχόμενο κάθε ερώτησης τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Έχει δοκιμαστεί ως ένα εργαλείο μέτρησης ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, και έχει σταθμιστεί και προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό [38].

Πέρα από τις παραπάνω κλίμακες, έχουν προστεθεί στη συστοιχία ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, καθώς και κάποιες ποιοτικές ερωτήσεις για το πώς βλέπουν την εξέλιξη της πορείας της πανδημίας και αν θεωρούν ότι η πανδημία έχει επηρεάσει τη ζωή και τις απαντήσεις τους.

3. Ευρήματα

Για τη διερεύνηση των επιπέδων διάθεσης, ποιότητας ζωής και ψυχικής ανθεκτικότητας στον ενήλικο ελληνικό πληθυσμό εν μέσω της πανδημίας, χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων με τη χρήση του προγράμματος SPSS v21. Οι συμμετέχοντες ως συνολικό δείγμα σε πρώτη φάση (exploration of data) κατέδειξαν τιμές εντός φυσιολογικού εύρους σύμφωνα με τις νόρμες των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν (βλ. Πίνακα 2), αποτέλεσμα αντίθετο από το προσδοκώμενο. Για τον λόγο αυτό, έγινε μια περαιτέρω ανάλυση του αποτελέσματος με στόχο την καλύτερη ερμηνεία του.

Πίνακας 2. Μετρήσεις συνολικού δείγματος

Μεταβλητή	*Μ.Ο.*	*Τ.Α.*
Γενική ποιότητα ζωής	68.50	16.87
Σωματική υγεία	69.59	13.81
Ψυχική υγεία	64.28	14.93
Κοινωνικές σχέσεις	68.00	20.25
Περιβάλλον	59.42	13.09
Dass Στρες	6.80	5.96
Dass Άγχος	3.60	4.62
Dass Κατάθλιψη	5.61	5.87
CDrisc Σύνολο	66.53	16.67

Τα δεδομένα ομαδοποιήθηκαν σύμφωνα με το αν επηρέασε η πανδημία τη ζωή των συμμετεχόντων: (1) Όχι, (2) Ναι, θετικά, (3) Ναι, αρνητικά (βλ. Πίνακα 1, ποιοτικές μετρήσεις επιρροής, βλ. Πίνακα 4 δημογραφικά ομάδων) και συγκρίθηκαν με ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (one way ANOVA) (βλ. Πίνακα 3). Τα αποτελέσματα της ANOVA για την Ψυχική ανθεκτικότητα [$F(2, 72) = 5{,}30$, $p = 0{,}007$, $\eta2 = 0.13$], την Ψυχική υγεία [$F(2, 72) = 3{,}29$, $p = 0{,}043$, $\eta2 = 0.08$], τη Γενική ποιότητα ζωής [$F(2, 72) = 3{,}38$, $p = 0{,}039$, $\eta2 = 0.09$], τις Κοινωνικές σχέσεις [$F(2, 72) = 3{,}27$, $p = 0{,}044$, $\eta2 = 0.08$], το Άγχος [$F(2, 71) = 3{,}41$, $p = 0{,}039$, $\eta2 = 0.09$], το Περιβάλλον [$F(2, 72) = 3{,}52$, $p = 0{,}035$, $\eta2 = 0.09$], το Στρες [$F(2, 72) = 4{,}08$, $p = 0{,}021$, $\eta2 = 0.10$] ήταν στατιστικά σημαντικά, υποδεικνύοντας ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Τα αποτελέσματα της Σωματικής υγείας και της Κατάθλιψης δεν ήταν στατιστικά σημαντικά, υποδεικνύοντας ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων.

Η post hoc ανάλυση με τη χρήση κριτηρίου Tukey έδειξε ότι η σημαντικότητα στην ανάλυση της διακύμανσης προκύπτει από τις διαφορές στις ομάδες (1) Όχι και (3) Ναι, αρνητικά.

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Πίνακας 3. Μετρήσεις ομάδων και αποτελέσματα

Ομάδες	**Όχι**		**Ναι, θετικά**		**Ναι, αρνητικά**			
Μεταβλητή	*Μ.Ο.*	*Τ.Α.*	*Μ.Ο.*	*Τ.Α.*	*Μ.Ο.*	*Τ.Α.*	*F (2,72)*	η^2
Γενική ποιότητα ζωής	78.75	13.24	75.00	14.94	65.79	16.96	3.38*	0.09
Σωματική υγεία	76.67	5.89	71.18	12.42	68.13	14.69	1.72	0.05
Ψυχική υγεία	73.33	9.46	69.79	12.94	61.92	15.32	3.29*	0.08
Κοινωνικές σχέσεις	80.50	8.96	75.00	15.35	64.82	21.32	3.27*	0.08
Περιβάλλον	66.25	13.57	66.41	9.85	57.24	12.83	3.52*	0.09
Dass Στρες	3.20	3.49	3.75	2.66	7.86	6.27	4.08*	0.10
Dass Άγχος	1.70	2.31	0.62	1.06	4.35	4.97	3.48*	0.09
Dass Κατάθλιψη	2.40	3.03	4.00	5.83	6.40	6.09	2.40	0.06
CDrisc Σύνολο	79.00	11.72	74.25	10.95	63.26	16.83	5.30**	0.13

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

Πίνακας 4. Δημογραφικά στοιχεία και ποιοτικές μετρήσεις ανά ομάδα

Έχει επηρεάσει η πανδημία της Covid τη ζωή	**Όχι**				**Ναι, θετικά**				**Ναι, αρνητικά**			
Μεταβλητή	*n*	*%*	*Μ.Ο.*	*Τ.Α.*	*n*	*%*	*Μ.Ο.*	*Τ.Α.*	*n*	*%*	*Μ.Ο.*	*Τ.Α.*
Φύλο												
Άρρεν	4	40.00			5	62.50			26	45.61		
Θήλυ	6	60.00			3	37.50			31	54.39		
Μη δυαδικά	0	0			0	0			0	0		
Ηλικία			37.70	12.76			29.62	8.94			33.09	11.38
Έχουν διαγνωσθεί με κάποια ψυχική διαταραχή												
Όχι	10	100			7	87.50			46	80.70		
Ναι	0	0			1	12.50			11	19.30		
Έχουν λάβει θεραπεία για την ψυχική διαταραχή												
Όχι	0	0			0	0			4	36.36		
Ναι	0	0			1	100			7	63.64		
Εκπαίδευση												
Λύκειο	4	40.00			1	12.50			14	24.56		
Βασικός τίτλος σπουδών	4	40.00			5	62.50			34	59.65		
Μεταπτυχιακό	2	20			2	25.00			8	14.04		
Διδακτορικό	0	0			0	0			1	1.75		
Οι απαντήσεις που δόθηκαν είναι επηρεασμένες από την πανδημία												
Όχι	8	80			4	50.00			23	40.35		
Ναι	2	20			4	50.00			34	59.65		
Θα καλυτερεύσει η κατάσταση στη χώρα μας;												
Όχι	10	100			3	37.50			32	56.14		
Ναι	0				5	62.50			25	43.86		

Για τη συσχέτιση των μεταβλητών διεξήχθη μια ανάλυση συσχέτισης Pearson. Το πρότυπο του Cohen χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση του μεγέθους της επίδρασης (βλ. Πίνακα 5). Όλες οι μεταβλητές συσχετίζονται μεταξύ τους είτε σε μέτριο είτε σε μεγάλο μέγεθος επίδρασης. Ενδεικτικά, και όσον αφορά την ψυχική ανθεκτικότητα, συσχετίζεται αρνητικά με τις μεταβλητές της DASS και θετικά με τις μεταβλητές της WHOQOL-BREF.

Πίνακας 5. Πίνακας συσχετίσεων

Μεταβλητές	*Μ.Ο.*	*Τ.Α.*	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
1. CDrisc Σύνολο	66.53	16.67	-									
2. Dass Στρες	6.80	5.96	-.61***	-								
3. Dass Άγχος	3.39	4.81	-.60***	.81***	-							
4. Dass Κατάθλιψη	5.61	5.87	-.63***	.87***	.81***	-						
5. Dass Σύνολο	16.01	15.56	-.65***	.96***	.91***	.96***	-					
6. Περιβάλλον	59.42	13.09	.52***	-.42***	-.41**	-.39***	-.43***	-				
7. Κοινωνικές σχέσεις	68.00	20.25	.61***	-.63***	-.58**	-.68***	-.67***	.56***	-			
8. Ψυχική υγεία	6428	14.93	.62***	-.69***	-.68**	-.73***	-.74***	.56***	.77***	-		
9. Σωματική υγεία	69.59	13.81	.64***	-.68***	-.67**	-.72***	-.74***	.49***	.67***	.68***	-	
10. Γενική ποιότητα ζωής	68.50	16.87	.65***	-.60***	-.59**	-.62***	-.64***	.46***	.69***	.70***	.67***	-

**p< .001, n=74, προσαρμοσμένα με διόρθωση Holm

4. Συζήτηση

Όπως φαίνεται από τα ευρήματα των αναλύσεων, σε διερεύνηση του γενικού πληθυσμού ως συνόλου, τα επίπεδα διάθεσης, ποιότητας ζωής και ψυχικής ανθεκτικότητας φαίνεται να είναι εντός εύρους φυσιολογικού με βάση τις κανονιστικές τιμές για τον ελληνικό πληθυσμό. Αν όμως προχωρήσουμε σε έναν απλό διαχωρισμό του δείγματος σε ομάδες, με βάση την υποκειμενική κρίση των συμμετεχόντων για το αν τους επηρέασε η πανδημία Covid-19, τότε πραγματικά φαίνεται να διαφοροποιούνται τα δεδομένα.

Η ομάδα που δήλωσε ότι δεν επηρεάστηκε από την πανδημία φαίνεται να έχει τιμές υψηλές σε όλες τις μετρήσεις ποιότητας ζωής και χαμηλές στα σκορ διάθεσης. Μάλιστα, οι τιμές της συγκεκριμένης ομάδας τείνουν να είναι πιο κοντά στο ανώτερο όριο του φυσιολογικού εύρους για την ποιότητα ζωής και την ανθεκτικότητα, όπως αυτά μετρούνται από τις κλίμακες WHOQOL-BREF και CDRISC αντίστοιχα, και στο χαμηλότερο φυσιολογικό όριο για τα σκορ άγχους, κατάθλιψης και στρες, όπως αυτά μετρούνται από την DASS-21. Για μια ομάδα που δηλώνει πως δεν επηρεάστηκε από την πανδημία, θα έλεγε κανείς ότι είναι αναμενόμενες αυτές οι ενδείξεις υψηλής λειτουργικότητας, όπως αντίστοιχα και της ομάδας που δήλωσε ότι επηρεάστηκε μεν αλλά με θετικό τρόπο, της οποίας οι μετρήσεις κυμάνθηκαν πιο κοντά στους μέσους όρους των κανονιστικών δεδομένων, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά με την ομάδα που δεν επηρεάστηκε.

Από την άλλη πλευρά, η ομάδα που δήλωσε πως επηρεάστηκε αρνητικά από την πανδημία, φάνηκε να σκοράρει στατιστικά σημαντικά διαφορετικά σε σχέση με την ομάδα που δεν επηρεάστηκε. Πιο συγκεκριμένα, και όσον αφορά την ψυχική ανθεκτικότητα, φάνηκε να σκοράρουν οριακά εντός φυσιολογικού εύρους, πολύ κοντά στο κατώτερο όριο, πράγμα που σημαίνει ότι οι συμμετέχοντες που επηρεάστηκαν αρνητικά από την πανδημία φαίνεται να μην είναι τόσο ψυχικά ανθεκτικοί, σε σύγκριση πάντα με την ομάδα που δεν επηρεάστηκε. Ακολούθως, στις μετρήσεις διάθεσης, φαίνεται να σκοράρουν υψηλότερα στην κατάθλιψη, άγχος και στρες, με τις δύο τελευταίες μετρήσεις να δίνουν στατιστικά σημαντική διαφορά με την ομάδα που δεν επηρεάστηκε. Παράλληλα, στις υποκλίμακες ποιότητας ζωής, και πάλι οι μετρήσεις είναι χαμηλότερες, κοντά στο κατώτερο φυσιολογικό όριο, με τις μετρήσεις της ποιότητας σωματικής υγείας, αν και χαμηλές, να μη διαφέρουν στατιστικά σημαντικά σε σύγκριση με την ομάδα που δεν επηρεάστηκε από την πανδημία.

Το γεγονός ότι όλες οι μετρήσεις βρίσκονταν εντός εύρους φυσιολογικού σε συνδυασμό με τα χαμηλά ποσοστά από τη διακύμανση τα οποία οι μεταβλητές μπορούν να ερμηνεύσουν, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν κάποιες ακόμα μεταβλητές που εμπλέκονται και μεσολαβούν στο να εξηγήσουν καλύτερα τι συμβαίνει στον πληθυσμό με την επέλαση του κορονοϊού. Αυτό το συμπέρασμα έρχεται να ενισχύσει και μια πρόσφατη έρευνα σε κυπριακό και ελληνικό πληθυσμό, με τριπλάσιο δείγμα από την παρούσα, που ενώ είχε διαφορετικά ερευνητικά ερωτήματα, χρησιμοποίησε την ίδια κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας στην περίοδο της πρώτης κιόλας καραντίνας και πήρε ακόμα υψηλότερες μετρήσεις [39]. Ενδεχομένως, ο παράγοντας της υποκειμενικής αντίληψης των γεγονότων να είναι η ειδοποιός διαφορά, αφού και σε έτερες μελέτες φάνηκε να σχετίζεται θετικά με την ανθεκτικότητα, ιδιαίτερα όταν αυτή έχει διαμεσολαβητικό ρόλο [35] [32]. Επόμενες έρευνες μπορούν να διευρύνουν τη συστοιχία τους και να ελέγξουν περισσότερες μεταβλητές σε ένα μεγαλύτερο δείγμα που θα ευνοεί ακόμα περισσότερο τη στατιστική ισχύ.

Ακόμα μία εξήγηση στο γιατί τα δεδομένα του δείγματος δεν διαφέρουν από τις νόρμες θα μπορούσε να είναι ότι τα εργαλεία της Ανθεκτικότητας και Διάθεσης δημοσιεύθηκαν το 2018, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τη συλλογή δεδομένων, οπότε και ο ελληνικός πληθυσμός βρισκόταν ήδη σε ιδιαίτερες συνθήκες λόγω της οικονομικής κρίσης που επικράτησε στη χώρα για πολλά χρόνια. Αυτή η ιδιαίτερη συνθήκη ενδεχομένως να είναι και μία από τις αιτίες που οι νόρμες της ψυχικής ανθεκτικότητας για τον ελληνικό πληθυσμό είναι ήδη 10 μονάδες χαμηλότερα από αυτές του κατασκευαστή [40]. Επίσης, η περίοδος και οι συνθήκες προσαρμογής των εργαλείων μπορεί να εξηγούν γιατί δεν διαφέρουν οι μέσοι όροι, αφού τόσο τότε όσο και την περίοδο διεξαγωγής της παρούσας μελέτης βρισκόμαστε σε μια χρόνια φάση όπου τα φαινόμενα δεν είναι σε έξαρση και έχουν ως έναν βαθμό κανονικοποιηθεί.

Κάτι που επίσης έχει ενδιαφέρον να αναφερθεί σε σχέση με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων (53.33%) απάντησε θετικά στο αν οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν επηρεασμένες από την τρέχουσα πανδημία και αρνητικά (54.67%) στο αν θεωρούν πως η κατάσταση στη χώρα μας θα βελτιωθεί το προσεχές διάστημα.

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Ανατρέχοντας στα αποτελέσματα των συγκρίσεων (βλ. Πίνακα 5), ειδικά για την ψυχική ανθεκτικότητα, υπάρχει θετική συσχέτισή της με τις μετρήσεις της ποιότητας ζωής και αρνητική με τις μετρήσεις του άγχους, στρες και κατάθλιψης – αποτέλεσμα που συμφωνεί με τα υφιστάμενα ερευνητικά δεδομένα [9] [41] [42] [40] [43] [44] [44] [45] [47] [48] [14] [39] [31]. Έτσι, για ακόμα μια φορά, η ψυχική ανθεκτικότητα αναδεικνύεται ως ένας δυναμικός παράγοντας που θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από ειδικούς ψυχικής υγείας, τόσο σε επίπεδο στόχων για την ενίσχυσή της όσο και σε επίπεδο παρεμβάσεων για την καλλιέργειά της. Προς αυτόν τον διττό στόχο μπορεί να συνδράμει κάλλιστα η Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία ως μια αποτελεσματική μέθοδος καλλιέργειας της ανθεκτικότητας [49] [50] [51]. Ήδη, μάλιστα, στη διάρκεια της πανδημίας είχε δοθεί έμφαση στην ανάπτυξη τεκμηριωμένων προσεγγίσεων που να αξιοποιούν γνωσιακές συμπεριφοριστικές τεχνικές για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, οι οποίοι βρέθηκαν στην πρώτη γραμμή περίθαλψης ασθενών από Covid-19 [52] [53].

Συνοψίζοντας, η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς. Αυτοί είναι το ικανοποιητικό αλλά μικρό μέγεθος δείγματος, η περίοδος συλλογής των δεδομένων η οποία ήταν κατά τη διάρκεια αλλά μετά και τη δεύτερη καραντίνα, οπότε και είχε επέλθει μια μορφή κανονικοποίησης των συνθηκών, και η εκ των υστέρων ομαδοποίηση των συμμετεχόντων με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τα άτομα στην κάθε ομάδα. Επόμενες μελέτες μπορούν να ελέγξουν τους περιορισμούς αυτούς στο μέτρο του δυνατού. Εντούτοις, τα δεδομένα που ήρθαν στην επιφάνεια συνεισφέρουν στον ολοένα αυξανόμενο όγκο πληροφοριών για το θέμα της ψυχικής ανθεκτικότητας εν καιρό πανδημίας, ενισχύοντας έτσι την ελληνική βιβλιογραφία.

Resilience in the midst of COVID-19 pandemic

Nektaria Kandylaki[1], Foteini Lekka[1]
[1] Institute of Behavioral Research and Therapy
Contact info: Nektaria Kandylaki, Likavou 21, Zografos, Athens, 15772, Tel.: 6945769762, Email: n.kandylaki@windowslive.com

Abstract
The COVID-19 pandemic has affected humanity for more than two years, necessitating social isolation, travel restrictions, remote learning, and teleworking. These unprecedented conditions were associated with various consequences for the general population, including negative effect on mental resilience. The present study aims to investigate the level of mood, quality of life, and mental resilience in the Greek adult population and then correlate these measurements with each other. The results showed that, although at first reading the scores of the participants ranged close to the available normative data, in later grouping based on the subjective judgment of the COVID-19 effect on their lives, statistically significant differences rose between the group with no subjective impact and the group with negative subjective impact. When the variables were correlated with each other, resilience appeared to be correlated positively with measures of quality of life and negatively with measures of anxiety, stress, and depression. More studies are needed to understand the impact of these particular conditions.

Keywords: Pandemic, COVID-19, resilience

Βιβλιογραφία

[1] Kalia M. Assessing the economic impact of stress [mdash] The modern day hidden epidemic. Metabolism-clinical and experimental. 2002 Jun 1; 51(6): 49-53.
[2] Moncrieff J, Pomerleau J. Trends in sickness benefits in Great Britain and the contribution of mental disorders. Journal of Public Health. 2000 Mar 1; 22(1): 59-67.
[3] Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, Ezzati M, Shibuya K, Salomon JA, Abdalla S, Aboyans V. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet. 2012 Dec 15; 380(9859): 2197-223.
[4] Bonanno GA, Galea S, Bucciarelli A, Vlahov D. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. Journal of consulting and clinical psychology. 2007 Oct; 75(5): 671.
[5] Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS, Panter-Brick C, Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. European journal of psychotraumatology. 2014 Dec 1; 5(1): 25338.
[6] Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. International journal of behavioral medicine. 2008 Sep; 15(3): 194-200.
[7] Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. Journal of personality and social psychology. 2004 Feb; 86(2): 320.
[8] Arnetz J, Rofa Y, Arnetz B, Ventimiglia M, Jamil H. Resilience as a protective factor against the development of psychopathology among refugees. The Journal of nervous and mental disease. 2013 Mar; 201(3): 167.
[9] Loprinzi CE, Prasad K, Schroeder DR, Sood A. Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. Clinical breast cancer. 2011 Dec 1; 11(6): 364-8.
[10] Mealer M, Conrad D, Evans J, Jooste K, Solyntjes J, Rothbaum B, Moss M. Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. American Journal of Critical Care. 2014 Nov; 23(6): e97-105.
[11] Sood A, Sharma V, Schroeder DR, Gorman B. Stress Management and Resiliency Training (SMART) program among Department of Radiology faculty: a pilot randomized clinical trial. Explore. 2014 Nov 1; 10(6): 358-63.
[12] Schiraldi GR, Jackson TK, Brown SL, Jordan JB. Resilience training for functioning adults: program description and preliminary findings from a pilot investigation. International journal of emergency mental health. 2010 Jan 1; 12(2): 117-29.
[13] Yu X, Stewart SM, Chui JP, Ho JL, Li AC, Lam TH. A pilot randomized controlled trial to decrease adaptation difficulties in chinese new immigrants to Hong Kong. Behavior therapy. 2014 Jan 1; 45(1): 137-52.
[14] Arslan G, Yıldırım M, Karataş Z, Kabasakal Z, Kılınç M. Meaningful living to promote complete mental health among university students in the context of the COVID-19 pandemic. International Journal of Mental Health and Addiction. 2020 Nov; 3: 1-3.
[15] Hutnik N, Smith P, Koch T. Using cognitive behaviour therapy to explore resilience in the life-stories of 16 UK centenarians. Nursing open. 2016 Apr; 3(2): 110-8.
[17] Färber F, Rosendahl J. The association between resilience and mental health in the somatically ill: a systematic review and meta-analysis. Deutsches Ärzteblatt International. 2018 Sep; 115(38): 621.
[16] Cal SF, Sá LR, Glustak ME, Santiago MB. Resilience in chronic diseases: a systematic review. Cogent Psychology. 2015 Dec 31; 2(1): 1024928.
[18] Liu JC, Chang LY, Wu SY, Tsai PS. Resilience mediates the relationship between depression and psychological health status in patients with heart failure: a cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies. 2015 Dec 1; 52(12): 1846-53.
[19] Leppin AL, Gionfriddo MR, Sood A, Montori VM, Erwin PJ, Zeballos-Palacios C, Bora PR, Dulohery MM, Brito JP, Boehmer KR, Tilburt JC. The efficacy of resilience training programs: a systematic review protocol. Systematic reviews. 2014 Dec; 3(1): 1-5.
[20] Macedo T, Wilheim L, Gonçalves R, Coutinho ES, Vilete L, Figueira I, Ventura P. Building resilience for future adversity: a systematic review of interventions in non-clinical samples of adults. BMC psychiatry. 2014 Dec; 14(1): 1-8.
[21] Robertson IT, Cooper CL, Sarkar M, Curran T. Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. Journal of occupational and organizational psychology. 2015 Sep; 88(3): 533-62.
[22] Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. Journal of consulting and clinical psychology. 2010 Apr; 78(2): 169.
[23] Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. Clinical psychology review. 2011 Aug 1; 31(6): 1041-56.
[24] Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, Chapleau MA, Paquin K, Hofmann SG. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. Clinical psychology review. 2013 Aug 1; 33(6): 763-71.
[25] Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child development. 2000 May; 71(3): 543-62.

[26] Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. American psychologist. 2004 Jan; 59(1): 20.
[28] Meichenbaum D, Calhoun LG, Tedeschi RG. Handbook of posttraumatic growth: Research and practice. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2006.
[29] Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental healthcareforthe2019novel corona virus outbreak is urgently needed. Lancet Psychiatr 2020 Mar 1; 7(3): 228-9. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8.
[30] Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry. 2020; 7:e15-6. [PMC free article] [PubMed]
[31] Kalaitzaki A, Rovithis M. Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in healthcare workers during the first COVID-19 lockdown in Greece: The role of resilience and coping strategies. Psychiatriki. 2021; 32(1): 19-25.
[32] Γουρνέλλης Ρ, Ευσταθίου Β. Οι επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στον ελληνικό πληθυσμό: Ο αυτοκτονικός ιδεασμός κατά το πρώτο και δεύτερο lockdown. Ψυχιατρική. Τόμος 32 Τεύχος 4.
[33] Brooks S, Amlot R, Rubin GJ, Greenberg N. Psychological resilience and post-traumatic growth in disaster-exposed organisations: overview of the literature. BMJ Mil Health. 2020 Feb 1; 166(1): 52-6.
[34] Vinkers CH, van Amelsvoort T, Bisson JI, Branchi I, Cryan JF, Domschke K, Howes OD, Manchia M, Pinto L, de Quervain D, Schmidt MV. Stress resilience during the coronavirus pandemic. European Neuropsychopharmacology. 2020 Jun 1; 35: 12-6.
[35] Killgore WD, Taylor EC, Cloonan SA, Dailey NS. Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. Psychiatry research. 2020 Sep 1; 291: 113216.
[36] Pezirkianidis C, Karakasidou E, Lakioti A, Stalikas A, Galanakis M. Psychometric properties of the depression, anxiety, stress scales-21 (DASS-21) in a Greek sample. Psychology. 2018 Dec 21; 9(15): 2933-50.
[37] Tsigkaropoulou E, Douzenis A, Tsitas N, Ferentinos P, Liappas I, Michopoulos I. Greek version of the Connor-Davidson resilience scale: Psychometric properties in a sample of 546 subjects. in vivo. 2018 Nov 1; 32(6): 1629-34.
[38] Ginieri-Coccossis M, Triantafillou E, Tomaras V, Soldatos C, Mavreas V, Christodoulou G. Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and health Greek populations: incorporating new culture-relevant items. Psychiatrike=Psychiatriki. 2012 Apr 1; 23(2): 130-42.
[39] Demetriou L, Drakontaides M, Hadjicharalambous D. Psychological resilience hope and adaptability as protective factors in times of crisis: a study in greek and cypriot society during the COVID-19 pandemic. Available at SSRN 3713732. 2020 Oct 16.
[40] Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety. 2003 Sep; 18(2): 76-82.
[41] Sood A, Prasad K, Schroeder D, Varkey P. Stress management and resilience training among Department of Medicine faculty: a pilot randomized clinical trial. Journal of general internal medicine. 2011 Aug; 26(8): 858-61.
[42] Steinhardt M, Dolbier C. Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. Journal of American college health. 2008 Jan 1; 56(4): 445-53.
[43] Bitsika V, Sharpley CF, Bell R. The buffering effect of resilience upon stress, anxiety and depression in parents of a child with an autism spectrum disorder. Journal of Developmental and Physical Disabilities. 2013 Oct; 25(5): 533-43.
[44] Kukihara H, Yamawaki N, Uchiyama K, Arai S, Horikawa E. Trauma, depression, and resilience of earthquake/tsunami/nuclear disaster survivors of H irono, F ukushima, J apan. Psychiatry and clinical neurosciences. 2014 Jul; 68(7): 524-33.
[45] Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. Behaviour research and therapy. 2006 Apr 1; 44(4): 585-99.
[46] Wingo AP, Wrenn G, Pelletier T, Gutman AR, Bradley B, Ressler KJ. Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. Journal of affective disorders. 2010 Nov 1; 126(3): 411-4.
[47] Yıldırım M, Solmaz F. COVID-19 burnout, COVID-19 stress and resilience: Initial psychometric properties of COVID-19 Burnout Scale. Death Studies. 2020 Sep; 10: 1-9.
[48] Barzilay R, Moore TM, Greenberg DM, DiDomenico GE, Brown LA, White LK, Gur RC, Gur RE. Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. Translational psychiatry. 2020 Aug 20; 10(1): 1-8.
[49] Padesky CA, Mooney KA. Strengths-based cognitive–behavioural therapy: A four-step model to build resilience. Clinical psychology & psychotherapy. 2012 Jul; 19(4): 283-90.
[50] Norte CE, Souza GG, Pedrozo AL, Mendonça-de-Souza AC, Figueira I, Volchan E, Ventura PR. Impact of cognitive-behavior therapy on resilience-related neurobiological factors. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo). 2011; 38: 43-5.
[51] Irfan M, Naeem F, Afridi MI, Javed A. Prevention of occupational stress in health-care workers during COVID-19 pandemic. Indian Journal of Psychiatry. 2020 Sep; 62(Suppl 3): S495.
[52] Maunder RG, Leszcz M, Savage D, Adam MA, Peladeau N, Romano D, Rose M, Schulman RB. Applying the lessons of SARS to pandemic influenza. Canadian Journal of Public Health. 2008 Nov; 99(6): 486-8.
[53] Naeem F, Irfan M, Javed A. Coping with COVID-19: Urgent need for building resilience through cognitive behaviour therapy. Khyber Medical University Journal. 2020 Mar 31; 12(1): 1-3.

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

Γνωσιακή Θεραπεία Βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα (Mindfulness-Based Cognitive Therapy – MBCT): Παρουσίαση ενός ομαδικού προγράμματος για την αντιμετώπιση της Ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής

Αικατερίνη Βασιλείου[1], Αθανασία Μαυροειδή[1]
[1] Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Αλληλογραφία: Αικατερίνη Βασιλείου, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Λάκωνος 19 και Λάμψα, 11524, Αθήνα, Email: kathrinvasil@gmail.com

Περίληψη
Η Γνωσιακή Θεραπεία Βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα (Mindfulness-Based Cognitive) για την ΙΨΔ αποτελεί θεραπεία τρίτου κύματος, απευθύνεται σε άτομα που βρίσκονται στην οξεία φάση της διαταραχής και συνδυάζει το γνωσιακό συμπεριφοριστικό μοντέλο με τη συστηματική εκπαίδευση στην ενσυνειδητότητα. Η παρέμβαση που έχει τη μορφή ενός ομαδικού προγράμματος 11 εβδομάδων και εφαρμόζονται δυναμικές και στατικές πρακτικές ενσυνειδητότητας έχει στόχο την ψυχοεκπαίδευση, τη φυσιολογικοποίηση της ιδεοληπτικής εμπειρίας και την κατανόηση των γνωστικών μηχανισμών που ενεργοποιούν και διατηρούν τα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα. Παράλληλα, συμβάλλει στην αλλαγή του τρόπου που οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται και σχετίζονται με τις εσωτερικές εμπειρίες καθώς εκπαιδεύονται σε τεχνικές ανάπτυξης της αληθινής εμπιστοσύνης, επιτρέποντας στην εσωτερική εμπειρία να είναι όπως ακριβώς είναι, μέσω της αναγνώρισης (identification), της αποστασιοποίησης και της αποδοχής χωρίς κριτική. Η εκπαίδευση στην έκθεση και την παρεμπόδιση αντίδρασης με ενσυνειδητότητα, καθώς και στην ανάπτυξη αυτο-συμπόνιας και αυτο-συγχώρεσης, πραγματοποιείται προκειμένου συνειδητά να αντικαθιστούν την αυτόματη δράση (auto pilot), δηλαδή τις δυσπροσαρμοστικές συνήθειες που ενισχύουν και διατηρούν τη δυσπιστία και την έλλειψη αυτοπεποίθησης και παραλληλίζονται με τη λειτουργία του αυτόματου πιλότου, με την κατάσταση της ενσυνείδητης ύπαρξης και της ικανότητας επιλογής της καταλληλότερης απόκρισης. Τέλος, με την ανασκόπηση των θεραπευτικών αλλαγών ενδυναμώνεται το κίνητρο και η δέσμευση. Στο παρόν άρθρο παρουσιάζεται η δομή του προγράμματος καθώς και τα πρώτα αποτελέσματα από την εφαρμογή του, τα οποία υποδεικνύουν ότι είναι μια πολλά υποσχόμενη παρέμβαση που χρήζει περαιτέρω ερευνητικής τεκμηρίωσης.

Λέξεις-κλειδιά: Θεραπεία τρίτου κύματος, Γνωσιακή Θεραπεία Βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα, Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, πρακτικές ενσυνειδητότητας, ομαδικό πρόγραμμα, αποτελεσματικότητα

1. Εισαγωγή

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία (ΓΣΘ) αποτελεί θεραπεία εκλογής για την Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ) [1, 2]. Ωστόσο, ένα αξιοσημείωτο ποσοστό ασθενών είτε δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία είτε υποτροπιάζει [3]. Αν και η αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ είναι καλά τεκμηριωμένη, έχει προταθεί η θεραπεία με γνώμονα την ενσυνειδητότητα ως μια εναλλακτική ή συμπληρωματική θεραπευτική προσέγγιση για την ΙΨΔ. Παρ' όλα αυτά, είναι περιορισμένα τα ερευνητικά δεδομένα αναφορικά με την εφαρμογή αυτής της προσέγγισης σε κλινικά δείγματα [4-7].

Η μορφή και το περιεχόμενο του προγράμματος Γνωσιακή Θεραπεία Βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα (ΓΘΒΕ) για την ΙΨΔ [8], που απευθύνεται σε άτομα που βρίσκονται στην οξεία φάση της ΙΨΔ, ακολουθεί τη βασική δομή της ΓΘΒΕ για την κατάθλιψη [9, 10] και της Εστιασμένης Ενσυνειδητότητας στη μείωση του στρες [11].

Στη ΓΘΒΕ, η ενσυνειδητότητα ορίζεται ως «η επίγνωση που προκύπτει από την εμπρόθετη εστίαση της προσοχής στο παρόν, χωρίς άσκηση κριτικής ή αξιολόγησης σε ό,τι συμβαίνει σε επίπεδο υποκειμενικής εμπειρίας» [12]. Ειδικότερα, η ενσυνείδητη επίγνωση είναι μια έννοια αλληλένδετη με την αυτορ-

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

ρύθμιση της προσοχής [13] και αναφέρεται στην παρατήρηση των φαινομένων της συνείδησης (σκέψεις, εικόνες, αναμνήσεις, συναισθήματα, παρορμήσεις για δράση) όπως αναδύονται και εξελίσσονται στο παρόν, χωρίς γνωστική επεξεργασία.

Όσον αφορά τη ρύθμιση της προσοχής, αυτή επιτυγχάνεται μέσω της συστηματικής εκπαίδευσης στον κύκλο επίγνωσης που περιλαμβάνεται στις επίσημες πρακτικές ενσυνειδητότητας και είναι η εστίαση της προσοχής και του νου στο παρόν, η περιπλάνηση του νου, η αναγνώριση αυτής και η επιστροφή του νου στο παρόν, εφόσον έχει εκπαιδευτεί να απαγκιστρώνεται. Αυτή η βιωματική γνώση αποτελεί τη βάση από την οποία καλλιεργείται βαθμιαία η επίγνωση συγκεκριμένων μοτίβων σκέψεων, η οποία οδηγεί σε αποστασιοποίηση από το περιεχόμενό τους.

Αντίθετα από την ΓΣΘ που δίνεται έμφαση στην αξιολόγηση της εγκυρότητας, στην αλλαγή του περιεχομένου των σκέψεων και στην ανάπτυξη εναλλακτικών, η ΓΘΒΕ πρωτίστως στοχεύει στην αλλαγή του τρόπου που το άτομο αντιλαμβάνεται και σχετίζεται με τις σκέψεις και τα συναισθήματά του [14]. Πιο συγκεκριμένα, οι δυσλειτουργικές σκέψεις αντιμετωπίζονται απλώς ως σκέψεις, δηλαδή ως φαινόμενα του νου παρά ως γεγονότα ή ως δεδομένα που αντιπροσωπεύουν την πραγματικότητα, αναγνωρίζεται ο ρόλος τους στη διατήρηση του προβλήματος και σταδιακά αποσυνδέονται από το αρνητικό συναισθηματικό τους φορτίο [10, 15]. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται καθώς καλλιεργούνται τα χαρακτηριστικά της δεκτικότητας και της αποδοχής σε όλες τις εμπειρίες, οι οποίες γίνονται αντικείμενο ενσυνείδητης επεξεργασίας.

2. Δομή του προγράμματος

Η παρέμβαση έχει τη μορφή ενός ομαδικού προγράμματος 11 εβδομάδων, όπου κάθε συνεδρία διαρκεί 3 ώρες, εκτός από την 3η συνεδρία που διαρκεί 1½ ώρα και πραγματοποιείται με μέλη της οικογένειας και την τελική συνεδρία διάρκειας 8½ ωρών. Το πρόγραμμα ενσωματώνει στοιχεία της ΓΣΘ [16, 17], της ενσυνειδητότητας [18], της θεραπείας που εστιάζει στη συμπόνια [19] και της Θεραπείας Αποδοχής και Δέσμευσης [20]. Μπορεί να εφαρμοστεί και σε ατομική μορφή, όταν υπάρχει δυσκολία στη συμμετοχή στην ομαδική παρέμβαση, λόγω έλλειψης χρόνου, απόστασης και δυσκολιών στο μοίρασμα παρουσία άλλων. Όσον αφορά τη δομή της ατομικής παρέμβασης, είναι αντίστοιχη με αυτή της ομαδικής στο μεγαλύτερο μέρος. Προκειμένου να καλυφθούν οι πρακτικές κάθε τρίωρης συνεδρίας του ομαδικού προγράμματος, πραγματοποιούνται δύο συνεδρίες των 50 λεπτών (ή μία των 100 λεπτών), ενώ η τελική συνεδρία πρακτικής ενσυνειδητότητας και ανασκόπησης του προγράμματος διαρκεί 4 ώρες.

Οι συνεδρίες έχουν μια συγκεκριμένη δομή (ατζέντα), ξεκινούν με στατικές ασκήσεις ενσυνειδητότητας για την εστίαση στο εδώ και τώρα και έχουν βιωματικό χαρακτήρα. Κάθε συνεδρία ξεκινά από μια πρακτική, ακολουθεί ανασκόπηση της πρακτικής και των ασκήσεων για το σπίτι ώστε οι συμμετέχοντες να μοιραστούν τις δυσκολίες με τις οποίες ήρθαν αντιμέτωποι. Αφού πραγματοποιηθεί ένα διάλειμμα 10 λεπτών, ακολουθούν δυναμικές πρακτικές ενσυνειδητότητας και μελέτη έντυπου υλικού (handouts) για την κατανόηση του περιεχομένου της συνεδρίας και για την ενίσχυση της εργασίας για το σπίτι. Επίσης, διαβάζονται αποφθέγματα που συνδέονται άμεσα ή έμμεσα με τη θεματική της συνεδρίας και είναι βοηθητικά εργαλεία για τη βελτίωση των μεταγνωστικών διαδικασιών, ενώ παράλληλα συμβάλλουν στις εργασίες για το σπίτι (Πίνακας 1). Ακολουθεί η ενσυνειδητότητα της αναπνοής και η συνεδρία ολοκληρώνεται κάθε φορά με τη δημιουργία ενός κύκλου όπου επικρατεί η ενότητα και η σύνδεση μεταξύ των μελών της ομάδας, προκειμένου να μη νιώθουν ότι είναι μόνοι σε αυτό το ταξίδι προς την απελευθέρωση από τα προβλήματά τους. Εστιάζουν στην αναπνοή τους για 3-4 λεπτά, πραγματοποιείται ανασκόπηση της συνεδρίας και ανάθεση ασκήσεων για το σπίτι, παρέχοντας ηχογραφήσεις όλων των πρακτικών ενσυνειδητότητας (Πίνακας 1).

Το προτεινόμενο μέγεθος της ομάδας κυμαίνεται από 4 (προτείνεται για αρχάριους συντονιστές ή για ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα) έως 12 άτομα (μόνο για έμπειρους συντονιστές και ασθενείς χωρίς σοβαρά συμπτώματα). Ο συντονιστής χρειάζεται να είναι κλινικός ψυχολόγος, ψυχίατρος ή εκπαιδευμένος θεραπευτής ΓΣΘ, να έχει εμπειρία στη συγκεκριμένη κλινική οντότητα, εκπαίδευση και εμπειρία στον συντονισμό ομάδων ενσυνειδητότητας και τακτική προσωπική πρακτική ενσυνειδητότητας.

2.1. Συνεδρίες προγράμματος ΓΘΒΕ για την ΙΨΔ

Προκριματική συνέντευξη αξιολόγησης

Πριν από τη συμμετοχή στο ομαδικό πρόγραμμα παρέμβασης πραγματοποιείται μια ατομική συνεδρία 90 λεπτών για να εκτιμηθούν παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την καταλληλότητα ενός ατόμου για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα, όπως η παρουσία και η σοβαρότητα της ΙΨΔ, η συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές, η παρουσία στοιχείων κάποιας διαταραχής προσωπικότητας, η σχέση με μέλη της οικογένειας και δευτερογενή οφέλη. Παρότι στη βιβλιογραφία δεν αναφέρονται συγκεκριμένα κριτήρια αποκλεισμού [21], τηρούνται κάποια κοινά κριτήρια αποκλεισμού [22, 23], όπως χρήση ουσιών, σοβαρό γνωστικό έλλειμμα, ψυχωσικά συμπτώματα, οξύ καταθλιπτικό επεισόδιο, ψυχοκινητική καθυστέρηση ή διέγερση, φτωχή κινητοποίηση και εναισθησία. Τέλος, χορηγούνται σταθμισμένα ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς, όπως η Κλίμακα Ιδεοψυχαναγκαστικής Συμπτωματολογίας (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS) [24, 25], η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) [26], το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας SCID-II Personality Questionnaire (SCID-II/PQ) [27] και το Ερωτηματολόγιο Παραγόντων που προκαλούν δυσπιστία (Causes of Mistrust Questionnaire, CMQ) [8].

Συνεδρία 1: Κατανοώντας τι είναι η Ενσυνειδητότητα

Τα μέλη της ομάδας συναντιούνται για πρώτη φορά, εξηγούν τον λόγο της παρουσίας τους και περιγράφουν τι αναμένουν να αποκομίσουν από το πρόγραμμα. Δίνεται έμφαση στην κατανόηση του όρου «ενσυνειδητότητα» και στο πώς θα λειτουργήσει ως «αντίδοτο» στην ΙΨΔ και στους ιδεοληπτικούς μηχανισμούς (καταναγκασμοί, αναζήτηση διαβεβαίωσης και συμπεριφορές ασφαλείας). Στη συνέχεια, τίθενται οι κανόνες της ομάδας σχετικά με το απόρρητο, την εμπιστευτικότητα, τη συμμετοχή, τον σεβασμό, τον ρόλο του συντονιστή και των συμμετεχόντων.

Ο συντονιστής ξεκινά παρουσιάζοντας το πρόγραμμα σαν ένα ταξίδι όπου απώτερος στόχος είναι να μεταβούν οι συμμετέχοντες από την κατάσταση της αυτόματης δράσης (doing mode), δηλαδή από τους καταναγκασμούς, την αναζήτηση διαβεβαίωσης και τις συμπεριφορές ασφαλείας, που παραλληλίζο-

νται με τη λειτουργία του αυτόματου πιλότου (auto pilot), στην κατάσταση της ενσυνείδητης ύπαρξης (being mode) και στην ικανότητα επιλογής της πιο κατάλληλης απόκρισης [10]. Έτσι, λοιπόν, στην πρώτη συνεδρία καλλιεργείται η επίγνωση μέσω της εμπρόθετης και ενσυνείδητης εστίασης της προσοχής στην εμπειρία με την *άσκηση της σταφίδας* (Raisin Exercise) [11], με την *πρακτική της σάρωσης του σώματος* (Body Scan Exercise) [10, 28], με την *ενσυνειδητότητα της αναπνοής* (Mindfulness of the Breath) [10, 28] και με την *ενσυνειδητότητα σε μια καθημερινή δραστηριότητα* (Informal practice) (π.χ. πλύσιμο δοντιών, διάβασμα, φαγητό) [10].

Συνεδρία 2: Πώς λειτουργεί η ΙΨΔ και πώς η ενσυνειδητότητα μπορεί να βοηθήσει

Μέσω της πρακτικής της ενσυνειδητότητας και της ψυχοεκπαίδευσης φυσιολογικοποιείται η ιδεοληπτική εμπειρία, τα άτομα με ΙΨΔ κατανοούν τους γνωστικούς μηχανισμούς που ενεργοποιούν και διατηρούν τα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα (γνωστικές προκαταλήψεις, δυσλειτουργικές πεποιθήσεις, μη εμπιστοσύνη στον εαυτό, υπερδραστηριοποίηση του συστήματος απειλής στον εγκέφαλο, σύντηξη σκέψης-πράξης, μηρυκασμός, παρερμηνεία, μη αποδοχή της εμπειρίας), τα οποία μπορούν να ιδωθούν ως έλλειψη βασικών δεξιοτήτων ενσυνειδητότητας.

Στην αρχή της συνεδρίας οι συμμετέχοντες μαθαίνουν για τη σπουδαιότητα της θέσης του σώματος ώστε να επέλθουν σε μια συνειδητή κατάσταση ηρεμίας, ισορροπίας νου και σώματος και να βιώσουν το αίσθημα της εμπιστοσύνης, της ασφάλειας και της γείωσης στο εδώ και τώρα [29]. Εφαρμόζονται η *πρακτική της ενσυνειδητότητας αναπνοής και σώματος* (Mindfulness of the Breath and Body) [10, 28] και μια γνωσιακή άσκηση που επεξηγεί το μοντέλο ABC, όπου καθίσταται σαφές πώς η ερμηνεία εσωτερικών και εξωτερικών εμπειριών που βασίζεται στις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις (διογκωμένη αίσθηση ευθύνης, υπερεκτίμηση απειλής, υπερεκτίμηση σημασίας σκέψεων, σημασία ελέγχου των σκέψεων, μη ανοχή στην αβεβαιότητα και τελειοθηρία) [30-33] επηρεάζει το συναίσθημα, τη συμπεριφορά και τις σωματικές αισθήσεις [34].

Συνεδρία 3: Βοηθώντας τα μέλη της οικογένειας να υποστηρίξουν άτομα με ΙΨΔ

Δεδομένου ότι η συμβολή της οικογένειας είναι εξέχουσας σημασίας, τόσο κατά τη διάρκεια του προγράμματος όσο και μετά τη λήξη του, σε αυτή τη συνεδρία ο συντονιστής παρέχει στα μέλη της οικογένειας, στους συντρόφους ή σε έναν στενό φίλο βασικές πληροφορίες για την ΙΨΔ, για τους παράγοντες που την ενεργοποιούν και τη διατηρούν και που συχνά ενισχύονται ακούσια από αυτούς μέσω παροχής διαβεβαιώσεων, συμμετοχής στην εκτέλεση καταναγκασμών ή εκτέλεσης αντί αυτών και άσκησης κριτικής. Παράλληλα, εξηγείται πώς οι προαναφερθείσες συμπεριφορές αυξάνουν την ανασφάλεια και τη δυσπιστία των ασθενών και πώς από ακούσιοι συνεργάτες της ΙΨΔ μπορούν να μετατραπούν σε εκούσιους συν-θεραπευτές.

Απώτερος σκοπός είναι οι συμμετέχοντες να εμπιστευτούν τις αισθητηριακές τους εμπειρίες, που αποτελεί θεμελιώδες αντίδοτο για την ΙΨΔ, παρά να πιστεύουν «τυφλά» στις ιδεοληπτικές σκέψεις και δυσλειτουργικές πεποιθήσεις, μέσω των οποίων ερμηνεύουν την εμπειρία τους ως επικίνδυνη και απειλητική και εκτελούν επαναλαμβανόμενα κάποιες πράξεις για να εμποδίσουν τις φοβογόνες συνέπειες και να μειώσουν το άγχος. Αξίζει να αναφερθεί ότι εναπόκειται στη διακριτική ευχέρεια του συντονιστή να καθορίσει ποια μέλη της οικογένειας θα ήταν προτιμότερο να συμμετάσχουν σε αυτή την κοινή συνεδρία και εφαρμόζεται *η πρακτική της ενσυνειδητότητας αναπνοής και σώματος σε καθιστή θέση* (Sitting Meditation: Mindfulness of the Breath and Body) [10, 28].

Συνεδρία 4: Κατανόηση της δυσπιστίας και ανάπτυξη πραγματικής εμπιστοσύνης

Η συνεδρία ξεκινά με την *ενσυνειδητότητα σε καθιστή θέση*, όπου προστίθεται η εστίαση της προσοχής στην αισθητηριακή εμπειρία (ήχοι), σε συναισθήματα και γνωσίες οποιασδήποτε μορφής και περιεχομένου [10]. Σε αυτή τη συνεδρία οι συμμετέχοντες κατανοούν τον ρόλο της δυσπιστίας στην ΙΨΔ και εκπαιδεύονται σε τεχνικές ανάπτυξης αληθινής εμπιστοσύνης στις εσωτερικές εμπειρίες. Το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση της δυσπιστίας είναι η εύρεση των πιθανώς αιτιών της [35]. Στη συνέχεια μαθαίνουν μέσω πρακτικών ενσυνειδητότητας, όπως είναι το *Διάστημα αναπνοής* (Breathing Space) [10] και η *ενσυνείδητη βάδιση* (Mindful Walking Meditation) [29], να αποφασίζουν συνειδητά να σταματούν τις δυσπροσαρμοστικές συνήθειες που ενισχύουν και διατηρούν τη δυσπιστία και την έλλειψη αυτοπεποίθησης και να τις αντικαθιστούν με πιο λειτουργικούς τρόπους λειτουργίας, όπως είναι η αποδοχή της εμπειρίας χωρίς κριτική.

Συνεδρία 5: Χρήση των αισθήσεων για την ανάπτυξη εμπιστοσύνης

Σε αυτό το σημείο του προγράμματος ενθαρρύνεται η ανάπτυξη μιας νέας σχέσης με την αισθητηριακή εμπειρία, τη μνήμη και τις σωματικές αισθήσεις. Αυτή η νέα σχέση που βασίζεται στην επικύρωση και στη χρήση της αισθητηριακής εμπειρίας συμβάλλει στην εξουδετέρωση των δυσλειτουργικών γνωσιών που οδηγούν σε δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση της δυσφορίας και του άγχους και στην απόκτηση μιας βαθύτερης, σαφέστερης και αληθινής οπτικής της πραγματικότητας, ενισχύοντας την ισορροπία σώματος και νου.

Η συνεδρία ξεκινά με την *πρακτική της ενσυνείδητης αντίληψης* (Mindful Perception Practice) [36], στην οποία οι συμμετέχοντες καθοδηγούνται να εστιάζουν στον ενσυνείδητο τρόπο χρήσης των αισθήσεων, επιτρέποντας έτσι στην εμπειρία να είναι όπως ακριβώς είναι, και όχι όπως ο νους –ιδιαίτερα οι φόβοι– συχνά την παραμορφώνουν. Μια νέα γνωστική τεχνική, *η επικύρωση της αντιληπτικής εμπειρίας* (Perceptive Experience Validation – PEV) [37], εισάγεται σε αυτή τη συνεδρία για να βοηθήσει τους συμμετέχοντες να εμπιστευτούν την αισθητηριακή μνήμη ως πραγματική και να ελαχιστοποιήσουν την αμφιβολία και την ανάγκη εξωτερικής διαβεβαίωσης, καθώς οι πληροφορίες που ήδη έχουν για τα γεγονότα είναι επαρκείς. Η τεχνική είναι ιδιαίτερα βοηθητική για τους ανθρώπους που δεν θυμούνται αν έχουν κάνει κάτι επιβλαβές στον εαυτό τους ή στους άλλους καθώς δεν εμπιστεύονται την αισθητηριακή μνήμη.

Ακολουθεί το *Διάστημα αναπνοής: Αντιμετώπιση δυσάρεστων σκέψεων και συναισθημάτων* (Breathing Space: Coping with unpleasant thoughts and feelings) [10] και η *πρακτική της ενσυνειδητότητας σε καθιστή θέση: Ενημερότητα της αναπνοής, του σώματος, των ήχων, των συναισθημάτων, των σκέψεων και η έκθεση σε μια δύσκολη κατάσταση* (Sitting meditation: Awareness of the breath, body, sounds, emotions, thoughts and exposure to a difficult state) [10] όπου οι συμμετέχοντες προσκαλούνται σκόπιμα να εκτεθούν σε ένα φοβογόνο ερέθισμα (μια ενοχλητική

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

αίσθηση, σκέψη ή συναίσθημα) και να αποτρέψουν οποιαδήποτε εμφανή ή μη συμπεριφορά στοχεύει στην εξουδετέρωση του άγχους ή της δυσφορίας.

Συνεδρία 6: Αναπτύσσοντας μια υγιή σχέση με τις σκέψεις

Σε αυτή τη συνεδρία οι συμμετέχοντες κατανοούν καλύτερα τη λειτουργία του νου και τον ρόλο των σκέψεων στην ΙΨΔ. Οι σκέψεις αποτελούν μια φυσιολογική λειτουργία του νου, αλλά δεν αναπαριστούν απαραίτητα με έγκυρο τρόπο την πραγματικότητα. Το πρόβλημα έγκειται στη μοναδική σχέση που τα άτομα με ΙΨΔ αναπτύσσουν με τον νου και τις σκέψεις, η οποία είναι δυσλειτουργική και περιλαμβάνει την ταύτιση, τη σύντηξη σκέψης-πράξης, τον μηρυκασμό και την κριτική.

Μια από τις επιδράσεις της πρακτικής της ενσυνειδητότητας είναι η μείωση της γνωστικής ευαλωτότητας σε δυσλειτουργικούς τρόπους σκέψης (μηρυκασμός, ιδεοληψία) που ενεργοποιούν, διατηρούν το επίπεδο δυσφορίας και άγχους ενός ατόμου, ενώ παράλληλα διαιωνίζουν τη διαταραχή. Ουσιαστικά, το πρόγραμμα συμβάλλει στο να επέλθει μια προοδευτική και ριζική αλλαγή στη σχέση που έχουν οι συμμετέχοντες με τα γνωστικά περιεχόμενα και τον νου μέσω του *διαλογισμού του παρατηρητικού νου: Πρακτική σε καθιστή θέση* (The observing mind meditation: A sitting meditation). Εκπαιδεύονται στο να δημιουργούν την καλύτερη δυνατή αντιστοιχία μεταξύ του τι επικοινωνούν οι αισθήσεις τους και του τρόπου με τον οποίο οι γνωστικές διαδικασίες επεξεργάζονται και ερμηνεύουν τις αισθητηριακές εισόδους προκειμένου να αναπτύξουν την καλύτερη δυνατή σχέση με την πραγματικότητα. Στόχος, λοιπόν, είναι η ανάπτυξη μιας διαφορετικής σχέσης με τις σκέψεις, το οποίο επιτυγχάνεται μέσω της μη ταύτισης (disidentification), που σημαίνει συνειδητοποίηση ότι η σκέψη δεν είναι πραγματικότητα και ότι το περιεχόμενο των σκέψεων δεν ορίζει τους ανθρώπους («Δεν είμαι ό,τι σκέφτομαι» ή «Δεν είμαι ό,τι οι σκέψεις μου λένε ότι είμαι» ή «Αυτή η σκέψη δεν είμαι εγώ»), μέσω αποστασιοποίησης (decentering), που αναφέρεται στην ικανότητα παρατήρησης των σκέψεων, των συναισθημάτων και των αισθήσεων ως προσωρινά, ακίνδυνα διανοητικά γεγονότα και όχι ως αναπαραστάσεις της πραγματικότητας, και μέσω αποδοχής των εσωτερικών εμπειριών και της δεκτικότητας απέναντι σε κάθε εμπειρία [10].

Η συνεδρία εστιάζει στο να παρατηρούν οι συμμετέχοντες τη συνεχή ροή των εσωτερικών γεγονότων, σαν να είναι σύννεφα στον ουρανό, χωρίς να αντιδρούν σε αυτά, να τα κρίνουν, να προσπαθούν να τα αλλάξουν, να τα αποφύγουν ή να τα πολεμήσουν. Η *πρακτική του διαστήματος της αναπνοής, τι είναι οι σκέψεις στα αλήθεια;: Αναπτύσσοντας μια νέα σχέση με τις σκέψεις* (Breathing Space-what are thoughts, really?: Developing a new relationship with thoughts), συμβάλλει στη μείωση της τάσης τυφλής πίστης σε όλα όσα λένε οι σκέψεις, ενώ με την *άσκηση συναισθημάτων και σκέψεων* (Emotions and thoughts exercise) καθοδηγούνται από τον παρατηρητικό νου και μαθαίνουν πώς τα συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν τις σκέψεις, την ερμηνεία που δίνεται στα γεγονότα, καθώς και τις επακόλουθες αντιδράσεις.

Συνεδρία 7: Ανάπτυξη αποδοχής ως ένα βασικό βήμα για την αλλαγή

Η αποδοχή αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές πρακτικές ενσυνειδητότητας για τα άτομα με ΙΨΔ. Στόχος είναι οι συμμετέχοντες, αντί να προσπαθούν να απαλλαγούν από εσωτερικές εμπειρίες όπως παρεισφρητικές ή ιδεοληπτικές σκέψεις, δυσφορικά συναισθήματα (άγχος, ενοχή, ντροπή, αηδία) και σωματικές αισθήσεις που ενεργοποιούν και διατηρούν την ΙΨΔ, να μάθουν πώς να καλλιεργήσουν σταδιακά την αποδοχή αυτών των φυσιολογικών και μη απειλητικών εσωτερικών εμπειριών.

Η αποδοχή μπορεί να οριστεί ως μια ενεργητική και σκόπιμη συμπεριφορά που επιτρέπει σε μια δυσάρεστη εσωτερική (σκέψεις, συναισθήματα, σωματικές αισθήσεις) ή εξωτερική εμπειρία να είναι ακριβώς όπως είναι, χωρίς τα άτομα να αντιδρούν αυτόματα (αποφυγή, καταναγκασμοί, αναζήτηση διαβεβαίωσης) ή να προσπαθούν να την αλλάξουν. Για να βοηθηθούν να καλλιεργήσουν και να αναπτύξουν την αποδοχή εισάγονται οι κάτωθι πρακτικές: *άσκηση φόρτωσης και εκφόρτωσης* (loading and unloading exercise) που βασίζεται στην ακολουθία κινήσεων και χωρίζεται σε δύο φάσεις: μυϊκή ένταση (φόρτωση) και μυϊκή χαλάρωση (εκφόρτωση), *διαλογισμός του παρατηρητικού νου: Έκθεση και καλλιέργεια αποδοχής των δυσφορικών σκέψεων* (Observing mind meditation: Exposing and cultivating acceptance toward challenging thoughts) και *πρακτική αληθινής αποδοχής: Τέσσερα βήματα προς την αποδοχή* (The R.E.A.L. Acceptance Practice: Four steps toward acceptance) [10].

Συνεδρία 8: Ενσυνείδητη αυτόματη δράση και ενσυνείδητη έκθεση

Αυτή η συνεδρία έχει στόχο να βοηθήσει τους συμμετέχοντες να κατανοήσουν πώς η ενσυνείδητη πρακτική μπορεί να τους επιτρέψει να αναπτύξουν μια πιο λειτουργική αυτόματη δράση, την ενσυνείδητη αυτόματη δράση (Mindful Doing) και μια πιο ρεαλιστική αίσθηση ευθύνης.

Ο όρος υπευθυνότητα ετυμολογικά προέρχεται από το λατινικό ρήμα responsus-respondere, που σημαίνει ικανότητα απάντησης, δηλαδή ικανότητα να είναι κάποιος παρών σε κάθε στιγμή και να απαντά κατάλληλα σε καθετί με το οποίο έρχεται αντιμέτωπος [35]. Αυτό θα μπορούσε να είναι και ένας ορισμός της ενσυνειδητότητας. Η ανάπτυξη μιας υγιούς αίσθησης υπευθυνότητας σημαίνει αποδοχή πιθανών συνεπειών της συμπεριφοράς και λήψη αποφάσεων. Όταν τα άτομα με ΙΨΔ κατανοήσουν το πραγματικό νόημα της υπευθυνότητας, τότε αναπτύσσουν σεβασμό και εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, ενώ για την κατανόηση της διογκωμένης αίσθησης ευθύνης και της σύντηξης σκέψης-πράξης χρησιμοποιείται η *τεχνική του συνεχούς* (Discrepancy Technique).

Μια από τις πιο παράδοξες πλευρές της φαινομενολογίας της ΙΨΔ είναι ότι οι φόβοι που χαρακτηρίζουν τη διαταραχή πολύ συχνά αφορούν το ακριβώς αντίθετο από τις πραγματικές και συνειδητές προθέσεις, επιθυμίες και ευχές του ατόμου και δεν είναι γνώστες του ότι αυτός είναι ο πρωταρχικός αποτρεπτικός παράγοντας για ανεπιθύμητες ενέργειες. Μέσα από την *πρακτική των υγιών προθέσεων* (Healthy Intentions Practice) μαθαίνουν να δημιουργούν μια υγιή σχέση μεταξύ των προθέσεων, δηλαδή του πώς επιθυμούν να αντιδράσουν σε εσωτερικές και εξωτερικές εμπειρίες και των ενεργειών τους.

Μια βασική θεραπευτική πρακτική της ΓΘΒΕ για την ΙΨΔ που χρειάζεται τακτική εξάσκηση είναι η *τεχνική της ενσυνείδητης έκθεσης* (Mindful Exposure), που ενσωματώνει την έκθεση και την παρεμπόδιση αντίδρασης με την ενσυνειδητότητα, με απώτερο σκοπό οι συμμετέχοντες σκόπιμα να έρχονται σε επαφή με το ιδεοληπτικό ερέθισμα ή κατάσταση, με μια αίσθη-

ση παρουσίας, εμπιστοσύνης και ασφάλειας, ξεκινώντας από καταστάσεις που προκαλούν λιγότερο άγχος [37]. Η άσκηση ξεκινά με την *ενσυνείδητη πρακτική αναπνοής και σώματος* (mindfulness of the breath and body), κατόπιν το άτομο εκτίθεται σε ένα στρεσογόνο αντικείμενο, κατάσταση, ερέθισμα, εστιάζοντας στο τι επικοινωνούν οι αισθήσεις και όχι οι σκέψεις, παρατηρεί το επίπεδο δυσφορίας ή άγχους σε μια κλίμακα 0-100 κάθε 3-4 λεπτά, παρεμποδίζονται οι καταναγκασμοί και η αναζήτηση διαβεβαίωσης και η άσκηση ολοκληρώνεται με το *διάστημα αναπνοής* (Breathing Space).

Συχνά, η προοδευτική αλλαγή μπορεί να οδηγήσει σε ένα αίσθημα κενού [38] και για αυτόν τον λόγο σε αυτό το στάδιο του προγράμματος παρουσιάζεται μια λίστα με ευχάριστες δραστηριότητες, ώστε να αφιερώνουν ποιοτικά τον χρόνο που είχαν καταλάβει τα ιδεοληπτικά συμπτώματα, ενώ συμβάλλει και στην πρόληψη υποτροπών. Η συνεδρία ολοκληρώνεται με *ενσυνείδητη βάδιση με λεκτικούς σταθεροποιητές* (Mindful walking with Stabilizers), όπου οι συμμετέχοντες καλούνται να συνδεθούν διανοητικά και να απαγγείλουν συγκεκριμένες λέξεις ή προτάσεις (σταθεροποιητές ή gathas στα σανσκριτικά) σε συντονισμό με την εμπειρία του περπατήματος και της αναπνοής, συμβάλλοντας στο να αισθάνονται γειωμένοι και ισορροπημένοι στο εδώ και τώρα.

Συνεδρία 9: Αναπτύσσοντας αυτο-συμπόνια και αυτο-συγχώρεση

Ένα από τα πυρηνικά συστατικά κάθε παρέμβασης που εστιάζει στην ενσυνειδητότητα είναι η συμπόνια [39, 40, 41]. Σύμφωνα με τους Segal et al. [10], η συμπόνοια είναι μια στάση, ένα συναίσθημα που χαρακτηρίζεται από καλοσύνη, ζεστασιά και φροντίδα. Μπορεί να είναι ήδη παρούσα έμμεσα, αλλά καλλιεργείται κατά τη διάρκεια της ενσυνείδητης πρακτικής μέσω της στάσης του συντονιστή και του τρόπου αλληλεπίδρασης με τους συμμετέχοντες. Η αυτο-συμπόνια και η αυτο-συγχώρεση είναι νοητικές καταστάσεις και συνήθειες [42-44] που μπορούν να απενεργοποιήσουν το σύστημα απειλής/αυτοπροστασίας και να ενεργοποιήσουν το σύστημα ικανοποίησης/χαλάρωσης και ασφάλειας [39, 45].

Μια από τις πιο δύσκολες προκλήσεις για τα άτομα με ΙΨΔ είναι να υιοθετήσουν ένα αίσθημα φροντίδας προς τον εαυτό συνδυασμένο με μια βαθιά και ενεργή δέσμευση για την εύρεση αποτελεσματικών τρόπων ανακούφισης, το οποίο επιτυγχάνεται μέσω της αυτο-συμπόνιας [46]. Από την άλλη, η αυτο-συγχώρεση συμβάλλει στο να φυσιολογικοποιήσουν ή να μειώσουν τα δυσλειτουργικά και συχνά χρόνια συναισθήματα ενοχής, τελειοθηρίας, διογκωμένης ευθύνης και αυτο-κριτικής, ενώ στόχος είναι η καλλιέργεια βαθιάς αποδοχής της μη τελειότητας και των λαθών ως ανθρώπινων όντων.

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται οι πρακτικές ενσυνειδητότητας που εφαρμόζονται σε αυτή τη συνεδρία. Κυριότερες είναι οι *πρακτικές της αυτο-συμπόνιας* (Self-Compassion Practice) και *της αυτο-συγχώρεσης* (Self-Forgiveness Practice), ενώ οι συμμετέχοντες προσκαλούνται να γράψουν ένα συμπονετικό γράμμα εκφράζοντας τα συναισθήματά τους [47, 45], ώστε να σταματήσουν να παλεύουν, να αποφεύγουν ή να αρνούνται σκέψεις, συναισθήματα και σωματικές αισθήσεις.

Συνεδρία 10: Μαθαίνοντας την ανάληψη ρίσκων

Ένας από τους καλύτερους τρόπους να ενδυναμωθούν και να γενικευθούν οι επιδράσεις της ενσυνείδητης έκθεσης, ώστε οι συμμετέχοντες να αναπτύξουν μια πραγματική αίσθηση εμπιστοσύνης και μια ώριμη και υγιή αίσθηση ευθύνης, είναι να σχεδιάσουν και να *αναλάβουν* χρήσιμα και εποικοδομητικά *ρίσκα*, που δεν συνδέονται με την ΙΨΔ, με έναν ενσυνείδητο τρόπο (Mindful Risk-Taking Behavior). Τους παρέχεται μια *λίστα με ενσυνείδητα ρίσκα* (List of Mindful Risks) [35] ξεκινώντας από αυτά που είναι λιγότερο δύσκολα, ώστε να παραμείνουν στην κατάσταση, σκέψη, δράση μέχρι η δυσφορία ή το άγχος να μειωθεί. Έτσι, ενισχύεται η εμπιστοσύνη, αποτρέπεται η βιωματική αποφυγή και οι συμπεριφορές ασφαλείας και αντιμετωπίζεται η υπερεκτίμηση της απειλής. Με την παράδοξη *άσκηση Απελευθέρωση από τα τελετουργικά* (Letting go Rituals) φυσιολογικοποιούνται οι καταναγκασμοί και ενισχύονται οι θεραπευτικές αλλαγές, ενδυναμώνοντας παράλληλα το κίνητρο και τη δέσμευση για αλλαγή. Τέλος, ο συντονιστής τονίζει τη σπουδαιότητα της πρακτικής ενσυνειδητότητας τακτικά, ακόμη και μετά το τέλος του προγράμματος, για τη διατήρηση και βελτίωση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Συνεδρία 11: Αντιμετωπίζοντας τη ζωή με εμπιστοσύνη και τα εμπόδια αποτελεσματικά – Μια ημερήσια συνεδρία πρακτικής ενσυνειδητότητας και ανασκόπησης του προγράμματος

Η τελευταία συνεδρία είναι δομημένη ως μια σύντομη εκ νέου εξάσκηση στις πρακτικές ενσυνειδητότητας. Εναλλάσσονται στατικές πρακτικές (διαλογισμός του παρατηρητικού νου, πρακτική αληθινής αποδοχής, πρακτική ενσυνείδητης αντίληψης, ενσυνείδητη έκθεση και πρακτική αυτο-συμπόνιας) με δυναμικές πρακτικές ενσυνειδητότητας (ενσυνείδητη βάδιση, ενσυνείδητη βάδιση με σταθεροποιητές, ενσυνείδητες κινήσεις του χεριού, άσκηση φόρτωσης και εκφόρτωσης, ενσυνείδητες κινήσεις και διατάσεις). Πρόκειται για μια εμπειρία 8½ ωρών, όπου τα μέλη της ομάδας καθοδηγούνται μέσω εντατικής ενσυνείδητης πρακτικής στην ανασκόπηση των συναισθημάτων, των προσδοκιών, των αλλαγών που συντελέστηκαν τους τελευταίους 2½ μήνες και στο ποια νομίζουν ότι μπορεί να είναι τα εμπόδια στο να συνεχίσουν την πρακτική. Επισημαίνεται η σπουδαιότητα της τακτικής πρακτικής ενσυνειδητότητας ως ένας τρόπος διατήρησης του θεραπευτικού αποτελέσματος και πρόληψης της υποτροπής, για τουλάχιστον 40 λεπτά κάθε εβδομάδα για τους επόμενους μήνες ή τουλάχιστον τις επόμενες πέντε εβδομάδες [10].

Για πρώτη φορά στο πρόγραμμα οι συμμετέχοντες έχουν τη δυνατότητα για ατομική συμβουλευτική, στην περίπτωση που το επιθυμούν. Η συνεδρία ολοκληρώνεται με έναν διαλογισμό, που είναι ένα είδος απελευθέρωσης από τα τελετουργικά για να γιορτάσουν την ολοκλήρωση αυτού του θεραπευτικού ταξιδιού αλλά και το ξεκίνημα ενός νέου. Τέλος, για να ενδυναμώσουν όσα αποκόμισαν από το πρόγραμμα, προτείνεται να διαβάζουν όλα τα φυλλάδια που τους δόθηκαν στις συνεδρίες τουλάχιστον μία φορά για τους επόμενους δύο μήνες [10]. Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, συνήθως, ακολουθούν κάποιες μηνιαίες επαναληπτικές μεταθεραπευτικές συνεδρίες δύο ωρών, με στόχο την ενίσχυση των συμμετεχόντων στην πρακτική της ενσυνειδητότητας και τη διαχείριση προβλημάτων που είναι ακόμη παρόντα.

3. Συζήτηση

Η κεντρική δεξιότητα που διδάσκεται σε ένα πρόγραμμα ΓΘΒΕ είναι ο τρόπος με τον οποίο μπορεί κάποιος να βγει από τα ανατροφοδο-

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

τούμενα, αυτοδιαιωνιζόμενα μοτίβα σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών, να κάνει ένα βήμα πίσω και να αποστασιοποιηθεί από αυτά. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται μέσω της επίγνωσης και της απελευθέρωσης (be mindful-aware, let go), δηλαδή μέσω της αναγνώρισης των συνηθειών του νου και του απεγκλωβισμού από τις διεργασίες που κρατούν το άτομο δέσμιο φαύλων κύκλων αυτόματων και επίκτητων αντιδράσεων [10]. Οι εμπνευστές του μοντέλου επισημάνουν ότι η ΓΘΒΕ στοχεύει στην καλλιέργεια ενός διαφορετικού τρόπου σχέσης τόσο με τα προβλήματα όσο και με τη φροντίδα του εαυτού. Σε αυτή τη σχέση το άτομο μαθαίνει να τοποθετείται σε μια διαφορετική θέση στο «πεδίο της μάχης» με τις δύσκολες σκέψεις και τα συναισθήματά του. Από τη θέση αυτή μπορεί να δει καθαρά τη «μάχη» και ποιος είναι ο καταλληλότερος τρόπος χειρισμού της κατάστασης τη δεδομένη χρονική στιγμή [10].

Τα ευρήματα της πιλοτικής έρευνας των Didonna et al. [48], που εφάρμοσαν το πρόγραμμα ΓΘΒΕ στην ΙΨΔ, αν και είναι προκαταρκτικά, είναι πολλά υποσχόμενα, καθώς όλοι οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό πρόγραμμα και παρατηρήθηκε μείωση των συμπτωμάτων ΙΨΔ, της κατάθλιψης, της ανησυχίας, της αλεξιθυμίας, της αποσύνδεσης και της γενικής ψυχοπαθολογίας, ενώ αυτές οι βελτιώσεις διατηρήθηκαν και μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.

Επίσης, στην πρώτη κλινική δοκιμή για την αποτελεσματικότητα της ΓΘΒΕ στην ΙΨΔ των Lu et al. [49] φάνηκε πως αυτή η μορφή παρέμβασης αποτελεί μια αποτελεσματική επιλογή θεραπείας για ασθενείς με ΙΨΔ που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. Προτείνεται, λοιπόν, η διεξαγωγή τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων κλινικών δοκιμών για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας αυτού του νέου θεραπευτικού προγράμματος για τη συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή που επιφέρει προκλήσεις και έκπτωση στη λειτουργικότητα. Επίσης, εν όψει της πολυδιάστατης φύσης της ενσυνειδητότητας, θα είχε ενδιαφέρον να διερευνηθεί αν ορισμένες πτυχές της συμβάλλουν περισσότερο στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ΙΨΔ.

Πίνακας 1. Περιγραφή του θεραπευτικού προγράμματος

ΣΥΝΕΔΡΙΑ	ΘΕΜΑΤΙΚΗ	ΚΥΡΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ	ΑΠΟΦΘΕΓΜΑΤΑ	ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΠΙΤΙ
Συνεδρία 1	Ο αυτόματος πιλότος και η συμβολή του στην ΙΨΔ. Ενσυνείδητη παρατήρηση της άμεσης εμπειρίας μέσω των 5 αισθήσεων και του σώματος	• Άσκηση «η σταφίδα» • Πρακτική «Σάρωση του σώματος» • Ενσυνειδητότητα της αναπνοής	Δεν μπορούν οι σκέψεις και οι πράξεις να μας βοηθήσουν να απαλλαγούμε από τις ιδεοληψίες μόλυνσης, αλλά αυτό μπορεί να γίνει παρατηρώντας και αναγνωρίζοντας τις ιδεοληψίες ξανά και ξανά (Anguttara Nikaya)	• Σάρωση του σώματος (έξι μέρες από τις επτά) και καταγραφή • Ενσυνειδητότητα της αναπνοής (έξι μέρες από τις επτά) και καταγραφή • Ενσυνειδητότητα σε μια καθημερινή δραστηριότητα (π.χ. πλύσιμο δοντιών, διάβασμα, φαγητό) και καταγραφή • Μελέτη τουλάχιστον μία φορά του υλικού που δόθηκε στη συνεδρία
Συνεδρία 2	Ψυχοεκπαίδευση για την κατανόηση της σχέσης μεταξύ της ενσυνειδητότητας και της ΙΨΔ	• Πρακτική σε καθιστή θέση: Ενσυνειδητότητα αναπνοής και σώματος που είναι επέκταση της ενσυνειδητότητας της αναπνοής που εφαρμόστηκε στην 1η συνεδρία • Η δραστηριότητα «Σκέψεων και συναισθημάτων» που βασίζεται στο μοντέλο ABC	Η βασική προσέγγιση για την κατανόηση του νου είναι μια διαδικασία σταδιακής συμφιλίωσης με τον εαυτό (Chogyam Trungpa)	• Σάρωση του σώματος (έξι μέρες από τις επτά) και καταγραφή • Ενσυνειδητότητα της αναπνοής και του σώματος (έξι μέρες από τις επτά) και καταγραφή • Ενσυνειδητότητα σε μια καθημερινή δραστηριότητα και καταγραφή • Μελέτη τουλάχιστον μία φορά του υλικού που δόθηκε στη συνεδρία • Υλικό προς οικείους ως προετοιμασία για την επόμενη συνεδρία
Συνεδρία 3	Ψυχοεκπαίδευση των μελών της οικογένειας για την ενσυνειδητότητα, την ΙΨΔ και για το πώς μπορούν να υποστηρίξουν αποτελεσματικά τους αγαπημένους τους	• Πρακτική σε καθιστή θέση: Ενσυνειδητότητα αναπνοής και σώματος	Η ειρήνη δεν μπορεί να διατηρηθεί με εξαναγκασμό, αλλά μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την κατανόηση (Albert Einstein)	• Μελέτη του υλικού «ΙΨΔ: Τι είναι βοηθητικό και τι δεν είναι»

→

ΣΥΝΕΔΡΙΑ	ΘΕΜΑΤΙΚΗ	ΚΥΡΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ	ΑΠΟΦΘΕΓΜΑΤΑ	ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΠΙΤΙ
Συνεδρία 4	Κατανόηση της δυσπιστίας, του ρόλου της στην ΙΨΔ και ανάπτυξη της εμπιστοσύνης προς τον εαυτό μέσω ενημερότητας της εσωτερικής εμπειρίας	• Ενσυνειδητότητα σε καθιστή θέση: Ενσυνειδητότητα της αναπνοής, του σώματος, των ήχων και των συναισθημάτων • Διάστημα αναπνοής • Ενσυνείδητη βάδιση	Το αν βιώνουμε ό,τι μας συμβαίνει ως εμπόδιο και εχθρό ή ως δάσκαλο και φίλο εξαρτάται εξ ολοκλήρου από την αντίληψή μας για την πραγματικότητα και από τη σχέση μας με τον εαυτό μας (Pema Chodron)	• Ενσυνειδητότητα σε καθιστή θέση: Ενσυνειδητότητα της αναπνοής, του σώματος, των ήχων και των συναισθημάτων (κάθε μέρα) • Ενσυνείδητη βάδιση (κάθε μέρα) • Διάστημα αναπνοής (τρεις φορές τη μέρα) • Μελέτη τουλάχιστον μία φορά του υλικού που δόθηκε στη συνεδρία
Συνεδρία 5	Επικύρωση και χρήση των αισθήσεων για να αποφευχθούν οι δυσλειτουργικές γνωσίες που οδηγούν σε ιδεοληπτικούς μηχανισμούς	• Πρακτική ενσυνείδητης αντίληψης • Η άσκηση επικύρωσης της αντιληπτικής εμπειρίας (PEV) • Διάστημα αναπνοής: Αντιμετώπιση δυσάρεστων σκέψεων και συναισθημάτων • Ενσυνειδητότητα σε καθιστή θέση: Ενημερότητα της αναπνοής, του σώματος, των ήχων, των συναισθημάτων, των σκέψεων και έκθεση σε μια διαφορετική κατάσταση • Ενσυνείδητες κινήσεις και διατάσεις	Οι αισθήσεις ποτέ δεν λένε ψέματα, αλλά το μυαλό μερικές φορές το κάνει (Johann Wolfgang von Goethe)	• Ενσυνειδητότητα σε καθιστή θέση: Ενημερότητα του σώματος, των ήχων, των συναισθημάτων, των σκέψεων (20 λεπτά) και έκθεση σε διαφορετικές καταστάσεις (έξι μέρες από τις επτά) • Ενσυνείδητες κινήσεις και διατάσεις (15 με 20 λεπτά έξι μέρες από στις επτά) • Πρακτική ενσυνείδητης αντίληψης (κάθε μέρα) • Η άσκηση επικύρωσης της αντιληπτικής εμπειρίας (όταν εμφανίζονται ιδεοληπτικές σκέψεις που σχετίζονται με γεγονότα του παρελθόντος) • Διάστημα αναπνοής τακτικά (3 φορές καθημερινά) • Διάστημα αναπνοής: Αντιμετώπιση δυσάρεστων σκέψεων και συναισθημάτων (όταν παρατηρούνται δυσάρεστες σκέψεις και συναισθήματα) • Εστίαση της προσοχής στις αισθήσεις και χρήση αυτών για την κατανόηση της πραγματικότητας (κάθε μέρα) • Μελέτη τουλάχιστον μία φορά του υλικού που δόθηκε στη συνεδρία
Συνεδρία 6	Κατανόηση της σχέσης του ατόμου με τις σκέψεις για την ανάπτυξη αποστασιοποίησης και μη ταύτισης	• Ενσυνείδητες κινήσεις του χεριού • Άσκηση συναισθημάτων και σκέψεων • Διαλογισμός του παρατηρητικού νου	Τίποτα δεν είναι πιο επικίνδυνο από μια ιδέα, όταν είναι η μόνη που έχουμε (Emile Chartier)	• Ενσυνείδητες κινήσεις του χεριού (έξι μέρες από τις επτά) • Διαλογισμός του παρατηρητικού νου (έξι μέρες από τις επτά) • Λίστα των 10 κυριότερων ιδεοληπτικών σκέψεών τους • Τεχνική PEV • Πρακτική ενσυνείδητης αντίληψης (κάθε μέρα) • Εστίαση στις αισθήσεις – Διάστημα αναπνοής 3 λεπτών: Αντιμετώπιση δυσάρεστων συναισθημάτων ή σκέψεων • Μελέτη τουλάχιστον μία φορά του υλικού που δόθηκε στη συνεδρία

→

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

ΣΥΝΕΔΡΙΑ	ΘΕΜΑΤΙΚΗ	ΚΥΡΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ	ΑΠΟΦΘΕΓΜΑΤΑ	ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΠΙΤΙ
Συνεδρία 7	Καλλιέργεια αποδοχής της εσωτερικής εμπειρίας, των συναισθημάτων και γνωσιών χωρίς κριτική και ερμηνείες	• Άσκηση φόρτωσης και εκφόρτωσης • Διαλογισμός του Παρατηρητικού Νου – Έκθεση και Αποδοχή • Πρακτική αληθινής αποδοχής (Μεταφορά του διευθυντή του ξενοδοχείου)	Μία από τις προκλήσεις με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι γιατροί είναι η εύρεση νοήματος και η αποδοχή της ταλαιπωρίας και της χρόνιας ασθένειας (Viktor E. Frankl)	• Διαλογισμός του Παρατηρητικού Νου – Έκθεση και Αποδοχή (έξι μέρες από τις επτά) • Άσκηση φόρτωσης και εκφόρτωσης (10-15 λεπτά, έξι μέρες από τις επτά) • Πρακτική της Αληθινής Αποδοχής (κάθε μέρα) • Μελέτη τουλάχιστον μία φορά του υλικού που δόθηκε στη συνεδρία
Συνεδρία 8	Προώθηση υγιούς σχέσης μεταξύ προθέσεων και ενεργειών, έκθεση σε ιδεοληπτικά ερεθίσματα με την αίσθηση της παρουσίας, της εμπιστοσύνης και της ασφάλειας	• Πρακτική υγιών προθέσεων • Ενσυνείδητη Έκθεση • Ενσυνείδητη βάδιση με λεκτικούς σταθεροποιητές	Από την πρόθεση πηγάζει η πράξη και από την πράξη πηγάζουν οι συνήθειες. Από τις συνήθειες προκύπτει ο χαρακτήρας και από τον χαρακτήρα αναπτύσσεται το πεπρωμένο. (Κινέζικο Βουδιστικό Κείμενο)	• Διαλογισμός του Παρατηρητικού Νου (1η, 3η, 5η και 7η μέρα) • Πρακτική της Αληθινής Αποδοχής (2η, 4η και 6η μέρα) • Ενσυνείδητη βάδιση με λεκτικούς σταθεροποιητές (μία φορά τη μέρα για 15-20 λεπτά) • Ενσυνείδητη Έκθεση (τουλάχιστον μία φορά τη μέρα) • Πρακτική υγιών προθέσεων • Επιλογή 3 τουλάχιστον δραστηριοτήτων από τη λίστα με τις ευχάριστες δραστηριότητες • Τεχνική του συνεχούς (κάθε φορά που υπάρχει ανησυχία για διάπραξη κακού στον εαυτό η σε τρίτους) • Διάστημα αναπνοής: Αντιμετώπιση δυσάρεστων σκέψεων και συναισθημάτων (κάθε φορά που παρατηρούνται μη επιθυμητά συναισθήματα ή σκέψεις) • Μελέτη τουλάχιστον μία φορά του υλικού που δόθηκε στη συνεδρία
Συνεδρία 9	Ανάπτυξη μιας διαφορετικής προσέγγισης προς τα άτομα με ΙΨΔ και φυσιολογικοποίηση των δυσλειτουργικών συναισθημάτων ενοχής και διογκωμένης ευθύνης	• Πρακτική αυτο-συμπόνιας και αυτο-συγχώρεσης	Οι άνθρωποι θα ξεχάσουν αυτό που τους είπατε, θα ξεχάσουν αυτό που τους κάνατε, αλλά οι άνθρωποι δεν θα ξεχάσουν ποτέ πώς τους κάνατε να νιώσουν (Maya Angelou)	• Πρακτική αυτο-συμπόνιας (κάθε μέρα) • Γράμμα αυτο-συμπόνιας • Πρακτική αυτο-συγχώρεσης (κάθε μέρα) • Πρακτική Αληθινής Αποδοχής (1η και 5η μέρα) • Διαλογισμός του Παρατηρητικού Νου (την 3η και 7η μέρα) • Μια δυναμική άσκηση ενσυνειδητότητας (Ενσυνείδητη βάδιση, Ενσυνείδητη βάδιση με σταθεροποιητές, Ενσυνείδητες κινήσεις του χεριού, Άσκηση φόρτωσης και εκφόρτωσης, Ενσυνείδητες κινήσεις και διατάσεις) τη 2η, 4η και 6η μέρα για 10-15 λεπτά • Ενσυνείδητη Έκθεση (κάθε μέρα) • Πρακτική υγιών προθέσεων (κάθε πρωί για 5-10 λεπτά) • Μελέτη τουλάχιστον μία φορά του υλικού που δόθηκε στη συνεδρία

→

ΣΥΝΕΔΡΙΑ	ΘΕΜΑΤΙΚΗ	ΚΥΡΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ	ΑΠΟΦΘΕΓΜΑΤΑ	ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΠΙΤΙ
Συνεδρία 10	Να αναπτυχθεί η ευθύνη και η εμπιστοσύνη αναλαμβάνοντας εποικοδομητικά ρίσκα με έναν ενσυνείδητο τρόπο	• Πρακτική της Αληθινής Αποδοχής • Ενσυνείδητη βάδιση • Πρακτική αυτο-συμπόνιας • Απελευθέρωση από τελετουργικά	Όταν κοιτάζετε το φόβο κατά πρόσωπο, τότε αποκτάτε δύναμη, θάρρος και αυτοπεποίθηση από κάθε εμπειρία που ζείτε. Κάντε αυτό που νομίζετε ότι δεν μπορείτε να κάνετε. (Eleanor Roosevelt)	• Πρακτική αυτο-συμπόνιας (1η, 3η, 5η και 7η μέρα) • Πρακτική αυτο-συγχώρεσης (2η, 4η και 6η μέρα) • Ενσυνείδητη έκθεση (κάθε μέρα) • Στατικές πρακτικές ενσυνειδητότητας (1η, 3η, 5η και 7η μέρα) η δυναμικές πρακτικές (2η, 4η, 6η μέρα) για 10-15 λεπτά • Λίστα ενσυνείδητων ρίσκων (1η, 3η, 5η και 7η μέρα) • Λίστα απελευθέρωσης από τελετουργικά (2η, 4η και 6η μέρα) • Μελέτη τουλάχιστον μία φορά του υλικού που δόθηκε στη συνεδρία
Συνεδρία 11	Μια ημερήσια συνεδρία με πρακτική ενσυνειδητότητας με στόχο την ανασκόπηση προηγούμενων πρακτικών και την ενίσχυση κινήτρων για περαιτέρω πρακτική	• Άσκηση του οδηγού λεωφορείου • Ενσυνειδητότητα που βασίζεται στη συμπόνια και στις σχέσεις	Το παρελθόν είναι ο ορισμός μας. Θα πρέπει να αποδράσουμε από αυτό αγωνιζόμενοι για έναν καλό σκοπό. Αλλά αυτό θα συμβεί μόνο αν το αντικαταστήσουμε με κάτι καλύτερο. (Wendell Berry)	• Επιλογή εκείνων των πρακτικών ενσυνειδητότητας που ωφέλησαν περισσότερο (εξάσκηση κάθε μέρα για τους επόμενους μήνες για 40 λεπτά ή για τουλάχιστον τις επόμενες 5 εβδομάδες) • Ενσυνείδητη έκθεση (κάθε μέρα) • Λίστα ενσυνείδητων ρίσκων (κάθε μέρα για τουλάχιστον 3 εβδομάδες) • Πρακτική υγιών προθέσεων (κάθε πρωί) • Διάστημα αναπνοής: Αντιμετώπιση δυσάρεστων σκέψεων και συναισθημάτων (όταν χρειάζεται) • Μελέτη τουλάχιστον μία φορά του υλικού που δόθηκε στη συνεδρία

Mindfulness-Based Cognitive Therapy – MBCT: Presentation of a group programmfor treatment of OCD

Aikaterini Vasileiou[1], Athanasia Mavroeidi[1]
[1] Institute of Behavior and Therapy
Correspondence: Aikaterini Vasileiou, Institute of Behavior Research and Therapy, Lakonos 19 & Lampsa, 11524, Athens, Greece
Email: kathrinvasil@gmail.com

Abstract

Mindfulness-Based Cognitive Therapy for OCD is a third wave therapy, aimed at individuals at the acute phase of the disorder and combines the cognitive-behavioral model with systematic training in mindfulness. The intervention that has the form of an 11-week group program and where dynamic and static practices of mindfulness are being applied, has as its main goal the psychoeducation and the normalization of the obsessive thought experience as well as the understanding of the cognitive mechanisms that activate and maintain the obsessive – compulsive symptoms. At the same time, it contributes to the modification of the way participants perceive and relate to internal experiences, as they are being trained in true confidence building techniques, allowing the internal experience to be exactly as it is, through identification, detachment, and acceptance without judgment. Training in exposure and response inhibition through mindfulness as well as in the development of self-compassion and self-forgiveness is applied in order to consciously replace immediate responses, i.e., maladaptive habits that enhance and maintain distrust and lack of self-confidence and are being paralleled with the processes of an autopilot, with a situation of mindful existence and the ability to choose the most appropriate response. Finally, by reviewing the therapeutic changes, motivation and commitment also strengthen. In the current article, the structure of the program is presented, as well as the preliminary results from its implementation which show that it seems to be a very promising intervention that needs further research documentation.

Keywords: Third wave therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Obsessive-Compulsive Disorder, Mindfulness practices, Group program, Effectiveness

Βιβλιογραφία

[1] National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Obsessive-compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder: Treatment (CG31). London, UK: NICE; 2005. Available at: www.nice.org.uk/guidance/cg31. Accessed December 21, 2018.
[2] Ost L, Havnen A, Hansen B, et al. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. a systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. Clin Psychol Rev. 2015; 40: 156-169.
[3] O'Neill J, Feusner JD. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: access to treatment, prediction of long-term outcome with neuroimaging. Psychol Res Behav Manag. 2015; 20: 211-223.
[4] Hale L, Strauss C, Taylor BL. The effectiveness and acceptability of mindfulness-based therapy for obsessive compulsive disorder: a review of the literature. Mindfulness. 2013; 4: 375-82.

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

[5] Kulz AK, Landmann S, Cludius B, et al. Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder: protocol of a randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2014; 14: 314.
[6] Strauss C, Rosten C, Hayward M, et al. Mindfulnessbased exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: study protocol for a pilot randomized controlled trial. Trials. 2015; 16: 167.
[7] Key BL, Rowa K, Bieling P, et al. Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. Clin Psychol Psychother. 2017; 24: 1109-1120.
[8] Didonna F. Mindfulness-based Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Treatment Manual. New York, NY: Guilford Press; 2019. [In press].
[9] Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press; 2002.
[10] Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness – Based Cognitive Therapy for Depression (2nd edition). The Guilford Press; 2013.
[11] Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. New York: NY: Bantam Dell; 1990a.
[12] Williams JMG, Teasdale JD, Segal ZV, Kabat-Zinn J. The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness. New York: Guilford Press; 2007.
[13] Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. Clinical Psychology: Science and Practice, 2004; 11: 230-241.
[14] Teasdale JD, Segal ZV, Williams, JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness based cognitive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2000; 68: 615-623.
[15] Barnhofer T, Crane C, Brennan K, Duggan D, Crane R, Eames C, Radford S, Silverton S, Fennell M, Williams M. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. J Consult Clin Psychol, 2015; 83(6): 1013-1020.
[16] Salkovskis P. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 1999; 37: S29-S52.
[17] Clark DA. Cognitive Behavioral Therapy for OCD. New York, NY: Guilford Press; 2004.
[18] Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness. New York, NY: Dell Publishing; 1990b.
[19] Gilbert P. Compassion Focused Therapy. Abingdon, Oxfordshire, UK: Routledge; 2010a.
[20] Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change, 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2012.
[21] Dobkin PL, Irving JA, Amar S. For whom may participation in a mindfulness-based stress reduction program be contraindicated? Mindfulness. 2012; 3(1): 44-50.
[22] Didonna F. Mindfulness-based intervention in an inpatient setting. In F. Didonna (Ed.), Clinical handbook of mindfulness. New York: Springer; 2009a.
[23] Didonna F & Bhattacherjee S. Mindfulness-based training in residential settings: Rationale, advantages and obstacles. Advances in Psychiatric Treatment. 2014; 20: 422-430.
[24] Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989a; 46: 1006-1011.
[25] Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. Arch Gen Psychiatry. 1989b; 46: 1012-1016.
[26] Derogatis LR. Symptom Checklist 90-R: Administration, scoring, and procedures manual (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems; 1994.
[27] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author; 1994.
[28] Kuyken W, Evans A. Mindfulness – Based Cognitive Therapy for Recurrent Depression. In Baer R. (Ed). Mindfulness – Based Treatment Approaches. Clinician's Guide to Evidence Base and Application. Elsevier (2nd edition); 2014.
[29] Bien T, Didonna F. Appendix A: Mindfulness practice. In F. Didonna (Ed.), Clinical handbook of mindfulness. New York: Springer; 2009.
[30] Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 1997; 35: 667-681.
[31] Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. Behav Res Ther. 2001; 39: 987-1006.
[32] Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. Behav Res Ther. 2003; 41: 863-878.
[33] Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory – Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. Behav Res Ther. 2005; 43: 1527-1542.
[34] Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide. New York: Guilford Press; 2011.
[35] Trobe K, Trobe A. From fantasy trust to real trust: Learning from our disappointments and betrayals. Amsterdam: Osho Publikaties; 2005.
[36] Didonna F. Clinical handbook of mindfulness (pp. 447-462). New York: Springer; 2009b.
[37] Didonna F. Mindfulness and obsessive-compulsive disorder: Developing a way to trust and validate one's internal experience. In Clinical handbook of mindfulness (pp. 189-219). New York: Springer; 2009c.
[38] Salkovskis PM, Forrester E, Richards C, Morrison N. The devil is in the detail: Conceptualizing and treating obsessional problems. In N Tarrier, A Wells, G Haddock (Eds.), Treating complex cases: The cognitive behavioral therapy approach. New York: Wiley; 1998.
[39] Gilbert P, Tirch D. Emotional memory, mindfulness and compassion. In F Didonna (Ed.), Clinical handbook of mindfulness. New York: Springer; 2009.
[40] Germer GK. The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions. New York: Guilford Press; 2009.
[41] Neff KD. Self-compassion, self-esteem, and well-being. Social and Personality Psychology Compass. 2011; 5(1): 1-22.
[42] Depue RA, Morrone-Strupinsky JA. neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. Behavioral and Brain Sciences. 2005; 28(3): 313-349.
[43] Gilbert P. The nature and basis for compassion focused therapy. Hellenic Journal of Psychology. 2009; 6: 273-291.
[44] Liotti G, Gilbert P. Mentalizing, motivational, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice. 2011; 84: 9-25.
[45] Gilbert P. Compassion focused therapy: Distinctive features. New York: Routledge/Taylor & Francis Group; 2010b.
[46] Dalai Lama The. An open heart: Practicing compassion in everyday life. Boston: Little, Brown; 2001.
[47] Leary MR, Tate EB, Adams CE, Batts Allen A, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. Journal of personality and social psychology. 2007; 92(5): 887.
[48] Didonna F, Lanfredi M, Xodo E, Ferrari C, Rossi R, Pedrini L. Mindfulness-based cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. Journal of Psychiatric Practice®. 2019; 25(2): 156-170.
[49] Lu L, Zhang T, Gao R, Zhang Z, Cao X, Chen Y, ... Fan Q. Mindfulness-based cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: Study protocol for a randomized controlled trial with functional magnetic resonance imaging and a 6-month follow-up. Journal of health psychology. 2020; 25(13-14): 2072-2084.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ομαδική γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία κατά του άγχους των υποψηφίων Πανελλαδικών εξετάσεων

Ευδοξία Αδαμίδου[1], Ευάγγελος Κανταρτζής[2]
[1] Ψυχολόγος, γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία, θεραπεία σχημάτων, μουσικοθεραπεία, ελεύθερη επαγγελματίας στο Κέντρο Συμβουλευτικής και Θεραπείας στη Βέροια
[2] Ψυχολόγος, σχολική ψυχολογία, γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία, θεραπεία σχημάτων, ελεύθερος επαγγελματίας στη Θεσσαλονίκη

Αλληλογραφία: Ευδοξία Αδαμίδου, Κέντρο Συμβουλευτικής και Θεραπείας, Αγίου Αντωνίου 1, 59132, Βέροια, Email: info@psychologos-adamidou.gr, Τηλ.-fax: 23310 67037, 6945 701889 / Ευάγγελος Κανταρτζής, Γρηγορίου Παλαμά 15, Θεσσαλονίκη, Email: ekantart@yahoo.gr, Τηλ: 2314 029004, 6975 269264

Περίληψη
Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας στη διαχείριση του άγχους των υποψηφίων Πανελλαδικών εξετάσεων. Στο πλαίσιο αυτό πραγματοποιήθηκε ομαδική γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία σε 6 δίωρες συνεδρίες, ενώ τα δεδομένα αντλήθηκαν από το σχολικό έτος 2008-2009 έως το 2018-2019, στο Κέντρο Συμβουλευτικής και Θεραπείας Βέροιας. Το δείγμα αποτελείται από μαθητές της τρίτης λυκείου που φοιτούσαν στο φροντιστήριο ΕΝΑ της Βέροιας Ημαθίας. Για να διερευνηθούν τα ερωτήματα της έρευνας οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια τα οποία χορηγήθηκαν στους υποψηφίους στην αρχή και στο τέλος της παρέμβασης. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, του καταστασιακού και χαρακτηριολογικού άγχους, καθώς και των γνωσιακών διαστρεβλώσεων των μαθητών. Στο τέλος της ομαδικής θεραπείας οι μαθητές ήταν έτοιμοι να δώσουν Πανελλαδικές εξετάσεις χωρίς δυσλειτουργικά συναισθήματα και σκέψεις.

Λέξεις-κλειδιά: Γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία, ομάδα, άγχος, κατάθλιψη, Πανελλαδικές εξετάσεις

1. Εισαγωγή

Οι Πανελλαδικές εξετάσεις αποτελούν ένα μεγάλο στοίχημα για τις οικογένειες με παιδί που φοιτά στο λύκειο. Είναι οι εξετάσεις που ανταμείβουν τους κόπους της σχολικής ζωής. Συμβολίζουν το πέρασμα προς την αναδυόμενη ενηλικίωση, που χαρακτηρίζεται από περισσότερη αυτονομία και εξέλιξη. Γι' αυτό άλλωστε είναι φορτισμένες με τόση ένταση, ανησυχία, προσδοκίες και προσπάθεια. Παρότι το διάβασμα δεν έχει μόνο αυτή τη μονοδιάστατη έννοια, συχνά ταυτίζεται με τις εξετάσεις και οι γονείς των τελειόφοιτων μαθητών δαπανούν περισσότερα χρήματα για την πληρέστερη προετοιμασία τους, ώστε τα παιδιά τους να μπορέσουν να προσεγγίσουν ασφαλέστερα το όνειρό τους και να γίνουν φοιτητές [1].

Όλοι αυτοί οι παράγοντες επιφορτίζουν τον μαθητή με έντονο στρες, καθώς είναι πιθανό να μην μπορεί να διαχειριστεί αποτελεσματικά το ενδεχόμενο μιας αποτυχίας. Κατ' επέκταση, δεν έρχεται αντιμέτωπος μόνο με τη μελέτη, αλλά και με το άγχος που συνεπάγεται. Όσον αφορά την οργάνωση της μελέτης, γίνεται συστηματική διαχείριση τόσο στο σχολείο όσο και στο φροντιστήριο, η οποία ξεκινά από την πρώτη δημοτικού και καταλήγει στην τρίτη λυκείου. Όσον αφορά την καταπολέμηση του άγχους όμως, δεν προβλέπεται αντίστοιχη συστηματική διαχείριση και έτσι ο μαθητής καταλήγει να το αντιμετωπίζει μόνος του. Συχνά διαπιστώνει πως είναι κάτι πέρα από τις δυνάμεις του και τον δυσκολεύει να αποδώσει το μέγιστο των δυνατοτήτων του. Καταλήγει, λοιπόν, να αποτυγχάνει και να χάνει τον επιθυμητό επαγγελματικό του στόχο, παρ' όλη την επαρκή του προετοιμασία [1].

1.1. Πανελλαδικές εξετάσεις

Οι Πανελλαδικές εξετάσεις για την είσοδο στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση στην Ελλάδα είναι μια ιδιαίτερη μορφή εξετάσεων, διαφορετική από τα υπόλοιπα κράτη. Σε μια έρευνα του καθηγητή Μιχάλη Κασσωτάκη [1] που πραγματοποιήθηκε με δείγμα σχολικών συμβούλων, διευθυντών, υποδιευθυντών και καθηγητών Γενικών Λυκείων φάνηκε πως το 90% των συμμετεχόντων εξέφρασαν επικριτική στάση έναντι του συστήματος αυτού, υπογραμμίζοντας τις αρνητικές πτυχές του χωρίς να το απορρίπτουν τελείως. Μέσα σε αυτά που αναφέρθηκαν ήταν πως πρόκειται για το πιο αδιάβλητο και αντικειμενικό σύστημα, αλλά ταυτόχρονα χαρακτηρίζεται ως γνωσιοκεντρικό και ψυχοφθόρο, το οποίο δεν προάγει την παιδεία ούτε την κριτική σκέψη και αξιολογεί τον

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

μαθητή μέσα από την επίδοσή του σε λίγες μόνο ώρες. Επιπρόσθετα, η στείρα απομνημόνευση δεν βοηθά στην ανάπτυξη της αποκλίνουσας σκέψης και ενισχύει την ύπαρξη φροντιστηρίων και ιδιωτικής παιδείας, η οποία με τη σειρά της ενισχύει τις κοινωνικές ανισότητες μεταξύ των εύπορων και άπορων μαθητών.

1.2. Άγχος εξετάσεων

Έρευνες έχουν δείξει ότι συγκεκριμένοι παράγοντες συνδέονται με το άγχος. Πιο αναλυτικά, η ανησυχία είναι ο παράγοντας που συνδέθηκε με την προετοιμασία της εργασίας και τη χαμηλή αποφυγή αντιμετώπισης. Η συναισθηματικότητα συνδέθηκε με την αναζήτηση κοινωνικής στήριξης και την προετοιμασία της σχολικής εργασίας. Η παρέμβαση συνδέθηκε με χαμηλή προετοιμασία της εργασίας και η έλλειψη εμπιστοσύνης με την αποφυγή αντιμετώπισης [2]. Το άγχος εξετάσεων και η ακαδημαϊκή επίδοση είναι αντιστρόφως ανάλογα. Αυτό που μεσολαβεί ανάμεσα στα δύο είναι οι γνωσιακές διαστρεβλώσεις, όπως η καταστροφοποίηση. Η ανησυχία και τα σωματικά συμπτώματα είναι θετικοί παράγοντες για γνωσιακές διαστρεβλώσεις, οι οποίες με τη σειρά τους είναι αντιστρόφως ανάλογες της ακαδημαϊκής επίδοσης. Είναι γεγονός πως οι τεχνικές που εφαρμόζονται στη ΓΣΘ μπορούν να συντελέσουν στη μείωση των γνωσιακών διαστρεβλώσεων [3].

Το αρχικό στάδιο στη διαχείριση του άγχους εξετάσεων είναι η κατανόηση ότι το άγχος είναι έντονο αλλά διαχειρίσιμο και μπορεί να περιορισθεί με συγκεκριμένες τεχνικές και πως η μελέτη που έχει αναλάβει να διεκπεραιώσει είναι στα πλαίσια των δυνατοτήτων του. Σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει η συνειδητοποίηση των δυνατοτήτων του μαθητή, η επιλογή ρεαλιστικών στόχων και η κατάτμηση ενός μεγάλου στόχου σε μικρότερους, άρα και πιο επιτεύξιμους. Επιπλέον, είναι προτιμότερη η επιλογή ενός στόχου που ταιριάζει στον ίδιο, ανεξάρτητα από το ποιος ταιριάζει στους υπόλοιπους μαθητές. Και ,τέλος, να κάνει ένα βήμα τη φορά, για την αύξηση της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας. Η προσήλωση χρειάζεται να γίνεται στην υποεργασία παρά στο αποτέλεσμα, καθώς φαίνεται πως η σκέψη της τελικής βαθμολογίας κάνει τον μαθητή να χάνει τη συγκέντρωσή του [4].

Σε άλλη έρευνα [5] βρέθηκαν ορισμένες στρατηγικές για τη μείωση του άγχους των εξετάσεων. Η θετική σκέψη είναι μια στρατηγική που τροποποιεί τις δυσλειτουργικές σκέψεις. Επιπρόσθετα, η χαλάρωση τροποποιεί τη μυϊκή τάση του σώματος που συνδέεται με τη συναισθηματική διέγερση. Η επαρκής προετοιμασία για τις Πανελλαδικές εξετάσεις και η συγκέντρωση της προσοχής είναι δύο στρατηγικές που συνδέονται με την αποτελεσματικότητα. Από την άλλη, η παραίτηση παρατηρείται σε άτομα με πολύ υψηλό ή πολύ χαμηλό άγχος εξετάσεων.

Σύμφωνα με τα ευρήματα προηγούμενης έρευνας [6], το άγχος των εξετάσεων θεωρήθηκε παράγοντας κινδύνου για κλινικό άγχος. Μετά από παρέμβαση γνωσιακού συμπεριφοριστικού τύπου μειώθηκαν το άγχος των εξετάσεων και ο πανικός, ως αποτέλεσμα μιας καλύτερης διαχείρισης της ανησυχίας για πιθανή αποτυχία στις εξετάσεις. Η παρέμβαση, ωστόσο, δεν συνέβαλε στη βελτίωση της σχολικής ευημερίας, δηλαδή της κατάστασης κατά την οποία ο μαθητής φοιτά και αντεπεξέρχεται στις σχολικές του υποχρεώσεις χωρίς άγχος. Αυτό προφανώς ισχύει επειδή η βελτίωση του άγχους των εξετάσεων είναι ένα μόνο στοιχείο της ευρύτερης σχολικής ευημερίας.

Επίσης, το άγχος διακρίνεται σε καταστασιακό και χαρακτηριολογικό. Το καταστασιακό άγχος αναφέρεται σε συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως μυϊκή τάση και νευρικότητα, σε γνωστικές αντιδράσεις, όπως δυσάρεστες σκέψεις, ανησυχίες, και σε αλλαγές του οργανισμού, όπως αυξημένη πίεση και αναπνοή. Το χαρακτηριολογικό άγχος αφορά πιο σταθερά γνωρίσματα της ιδιοσυγκρασίας του ατόμου. Άτομα με υψηλό χαρακτηριολογικό άγχος είναι πιο ευάλωτα στο στρες και αντιδρούν με πιο έντονο καταστασιακό άγχος σε σχέση με άτομα που έχουν χαμηλό χαρακτηριολογικό άγχος [7].

Με βάση τα ανωτέρω, σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, του καταστασιακού και χαρακτηριολογικού άγχους, καθώς και των γνωσιακών διαστρεβλώσεων των υποψηφίων Πανελλαδικών εξετάσεων.

2. Υλικό και μέθοδος

2.1. Χαρακτηριστικά δείγματος

Το τελικό δείγμα που συμπεριλήφθηκε στην έρευνα αποτελείται από 46 άτομα, μαθητές της τρίτης λυκείου, που φοιτούσαν σε λύκεια της Βέροιας και του Νομού Ημαθίας γενικότερα, σε συνδυασμό με φοίτηση στο φροντιστήριο ΕΝΑ. Το δείγμα προέκυψε καθώς ο υπεύθυνος του φροντιστηρίου ενημέρωνε κάθε χρονιά από το 2008-2019 όλους τους μαθητές της τρίτης λυκείου που φοιτούσαν στο φροντιστήριο για την προαιρετική συμμετοχή τους στην ομάδα και εντέλει 47 μαθητές ήταν αυτοί που δέχτηκαν να συμμετάσχουν, με ένα άτομο να μη συμπεριλαμβάνεται στο τελικό δείγμα, καθώς τα κενά λήμματα (missing values) ξεπερνούσαν το στατιστικά αποδεκτό όριο.

Από το σύνολο των συμμετεχόντων στις ομάδες παρέμβασης, όπως υποδηλώνει ο Πίνακας 1 (Περιγραφή χαρακτηριστικών δείγματος), 11 ήταν αγόρια (23,9%) και 35 κορίτσια (76,1%), γεννημένοι/ες από το 1991 έως το 2001, αναλόγως της χρονιάς που λάμβανε χώρα η ομάδα (2008 έως 2019). Οι μαθητές αυτοί συμμετείχαν σε ομαδικές συνεδρίες με την ψυχολόγο Ευδοξία Αδαμίδου στο Κέντρο Συμβουλευτικής και Θεραπείας. Παρατηρήθηκε πως το δείγμα των μαθητών που έκαναν ατομικές συνεδρίες ήταν σχετικά μικρό (<10%) και έτσι δεν πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ των δύο θεραπευτικών σχημάτων.

2.2. Μέσα συλλογής δεδομένων

Στην πρώτη και στην τελευταία συνεδρία της ομαδικής θεραπείας δόθηκαν τα ερωτηματολόγια *Birleson Depression Scale, STAIC 1 & 2 (State – Trait)*, καθώς και ένα *Ερωτηματολόγιο Γνωσιακών Διαστρεβλώσεων για Υποψήφιους των Πανελλαδικών Εξετάσεων*, το οποίο σχεδιάστηκε για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας, λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των μαθητών αυτής της τάξης. Στη συνέχεια καταγράφονται, επίσης, οι δείκτες αξιοπιστίας (Cronbach a's) [21] για όλα τα εργαλεία.

Το ερωτηματολόγιο του *Birleson* [8] μετρά την κατάθλιψη που είχε ο ερωτώμενος την εβδομάδα πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα, μετρά τη διάθεση και τα συναισθήματα του ερωτώμενου μέσα από τις καθημερινές του συνήθειες. Το ερωτηματολόγιο υπάρχει στο Child Psychology Portfolio [9]. Αποτελείται από 17 λήμματα που απαντώνται από 0 έως 2, και συγκεκριμένα 0 = ποτέ, 1 = μερικές φορές και 2 = τις πιο πολλές φορές. Τα λήμματα 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12 και 15 βαθμολογούνται αντίστροφα. Το λήμμα 4: «μου αρέσει να παίζω έξω» διαφοροποιήθηκε σε «μου αρέσει να βγαίνω έξω», καθώς θεωρήθηκε πιο ταιριαστό με τα ενδιαφέροντα των παιδιών της τρίτης λυκείου.

Πίνακας 1. Περιγραφή χαρακτηριστικών δείγματος

Ποιοτικές μεταβλητές	Ποσοστά
Φύλο	
Αγόρι	23,9%
Κορίτσι	76,1%
Γέννηση	
1991	13,0%
1995	15,2%
1996	2,2%
1997	26,1%
1998	13,0%
1999	10,9%
2000	2,2%
2001	17,4%
Σχολείο	
1ο ΓΕΛ Βέροιας	20,5%
2ο ΓΕΛ Βέροιας	13,6%
3ο ΓΕΛ Βέροιας	20,5%
4ο ΓΕΛ Βέροιας	9,1%
5ο ΓΕΛ Βέροιας	22,7%
ΕΠΑΛ Βέροιας	2,3%
ΓΕΛ Μακροχωρίου	4,5%
ΓΕΛ Αλεξάνδρειας	4,5%
ΓΕΛ Νάουσας	2,3%
Ομάδες παρέμβασης	
Ομάδα 2009	13,0%
Ομάδα 2013	13,0%
Ομάδα 2013-2014	4,3%
Ομάδα 2015α	17,4%
Ομάδα 2015β	4,3%
Ομάδα 2015-2016	8,7%
Ομάδα 2016	8,7%
Ομάδα 2017	8,7%
Ομάδα 2017-2018	4,3%
Ομάδα 2019	17,4%

Όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί, ο δείκτης αξιοπιστίας στην πρώτη μέτρηση του *Birleson* βρέθηκε σε μη ικανοποιητικό επίπεδο (a = .577), οπότε αποκλείστηκε το λήμμα 17 («Βαριέμαι πολύ»), το οποίο φαινόταν ότι δημιουργούσε σημαντικό πρόβλημα στην εσωτερική αξιοπιστία της κλίμακας. Έτσι ο διορθωμένος υπολογισμός της αξιοπιστίας κατά την πρώτη μέτρηση βρέθηκε σε ικανοποιητικό επίπεδο (a = .613). Να σημειωθεί ότι το συγκεκριμένο λήμμα αποκλείστηκε και από τη δεύτερη μέτρηση, παρότι ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας ήταν σε ικανοποιητικό επίπεδο (a = .688). Ωστόσο, αποκλείοντας το 17ο λήμμα, βελτιώθηκε λίγο η εσωτερική αξιοπιστία και στη δεύτερη μέτρηση (a = .701).

Το *STAIC 1 (State)* [7] είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης του καταστασιακού άγχους, δηλαδή μετρά πώς νιώθει ο ερωτώμενος τη στιγμή που το συμπληρώνει. Καταγράφει τις διάφορες διαβαθμίσεις των συναισθημάτων του ερωτώμενου. Αποτελείται από 20 λήμματα που απαντώνται σε κλίμακα τύπου Likert με βαθμολογική κλίμακα από 1 έως 3, και συγκεκριμένα 1 = πολύ, 2 = μετρίως και 3 = καθόλου. Ο δείκτης αξιοπιστίας για το Καταστασιακό Άγχος στην παρούσα έρευνα βρέθηκε σε αρκετά καλά επίπεδα και στις δύο μετρήσεις (a = .873 και a = .859, αντίστοιχα).

Στο *STAIC 2 (Trait)* ο ερωτώμενος καλείται να συμπληρώσει πώς νιώθει συνήθως και όχι μόνο τη στιγμή της συμπλήρωσης, αξιολογώντας έτσι το ιδιοσυγκρασιακό του άγχος και κάνοντας τη διαφοροποίηση από το πρώτο. Συμπληρώνει, λοιπόν, αν πολύ συχνά, μερικές φορές ή σπάνια έχει θέματα που τον ανησυχούν και τον δυσλειτουργούν κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αποτελείται από 20 λήμματα που απαντώνται σε κλίμακα τύπου Likert με βαθμολογική κλίμακα από 1 έως 3, και συγκεκριμένα 1 = πολύ, 2 = μετρίως και 3 = καθόλου. Ο δείκτης αξιοπιστίας για το Ιδιοσυγκρασιακό Άγχος στην παρούσα έρευνα βρέθηκε σε αρκετά καλά επίπεδα και στις δύο μετρήσεις (a = .796 και a = .771, αντίστοιχα).

Για τη στάθμιση των STAIC ήταν υπεύθυνα το Εργαστήριο Κινητικής Συμπεριφοράς και Αθλητικής Ψυχολογίας του ΤΕΦΑΑ, καθώς και το Ανοιχτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο.

Για τη σύνταξη του *Ερωτηματολογίου Άγχους για τους Υποψήφιους Πανελλαδικών Εξετάσεων* εξετάστηκαν πρώτα πιλοτικά οι διαστρεβλωμένες γνωσίες 30 μαθητών της τρίτης λυκείου, ομαδοποιήθηκαν και έπειτα καταγράφηκαν σε ερωτηματολόγιο. Ο ερωτώμενος καλείται να επιλέξει αν συμφωνεί ή διαφωνεί με τις προτάσεις-γνωσίες, σημειώνοντας το αντίστοιχο κουτάκι (Ναι ή Όχι), σχετικά με το αν του συμβαίνουν καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από καταστροφοποίηση, αυθαίρετο συμπέρασμα, ψυχικό φίλτρο, σκέψη άσπρο μαύρο, υπεργενίκευση, απόρριψη του θετικού και προσωποποίηση. Αποτελείται από 18 λήμματα που απαντώνται σε διχοτομική κλίμακα τύπου Ναι/Όχι. Το ερωτηματολόγιο των Διαστρεβλώσεων της Αδαμίδου έδωσε ικανοποιητική αξιοπιστία και στις δύο μετρήσεις (a = .619 και a = .668). Στον υπολογισμό του δείκτη αξιοπιστίας αποκλείστηκε το λήμμα 15 («Η διάθεσή μου ανεβαίνει εύκολα») από τον υπολογισμό της αξιοπιστίας λόγω μηδενικής διακύμανσης, καθώς η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων επέλεγαν το «Όχι» ως απάντηση.

Πίνακας 2. Δείκτες αξιοπιστίας a των εργαλείων σε πρώτη και δεύτερη μέτρηση

Εργαλείο	Cronbach a's	N items
Birleson α΄ μέτρηση	.577	17
Birleson Διορθωμένο α΄ μέτρηση	**.613**	**16**
STAI state α΄ μέτρηση	**.873**	**20**
STAI trait α΄ μέτρηση	**.796**	**20**
Αδαμίδου Διαστρεβλώσεις α΄ μέτρηση	**.619**	**17**
Birleson β΄ μέτρηση	.688	17
Birleson Διορθωμένο β΄ μέτρηση	**.701**	**16**
STAI state β΄ μέτρηση	**.859**	**20**
STAI trait β΄ μέτρηση	**.771**	**20**
Αδαμίδου Διαστρεβλώσεις β΄ μέτρηση	**.668**	**17**

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

2.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η ομάδα κατά του άγχους των Πανελλαδικών εξετάσεων έχει οργανωθεί για την καλύτερη προετοιμασία του τελειόφοιτου μαθητή. Βασικός στόχος της είναι να βοηθήσει τον μαθητή να κατανοήσει αυτό που τον αγχώνει και να του προσφέρει δεξιότητες αυτοελέγχου ώστε να μην τον καταβάλει τόσο πολύ. Η ομάδα συμμετείχε σε 6 δίωρες συνεδρίες και ήταν βασισμένη στη *γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία*. Πρόκειται για ομάδα με δομημένο πρόγραμμα, που πήρε πολλά στοιχεία από ήδη υπάρχουσες ομάδες καταπολέμησης άγχους ενηλίκων [10-13] και τεχνικές από σημαντικούς θεραπευτές βασισμένες στη γνωσιακή θεραπεία [14-19] και προσαρμόστηκε στις ανάγκες των μαθητών της τρίτης λυκείου.

Η ομάδα ήταν δομημένη ως εξής: Στην πρώτη συνεδρία έγιναν οι συστάσεις και τέθηκαν οι κανόνες της ομάδας. Στη συνέχεια έγινε ψυχοεκπαίδευση στο άγχος και στις γνωσιακές διαστρεβλώσεις της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας, συμπλήρωση ημερολογίων καταγραφής, εκπαίδευση σε στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων, σταδιακή νευρομυϊκή χαλάρωση του Jacobson και ανακεφαλαίωση.

Στην πρώτη και στην τελευταία συνεδρία χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια που αναφέρθηκαν στα μέσα συλλογής δεδομένων για να μετρηθεί και να αποτυπωθεί η βελτίωση της ψυχολογικής τους κατάστασης. Για δεοντολογικούς λόγους δεν έγινε η χρήση των ονοματεπώνυμων των παιδιών, αλλά για τη διευκόλυνση της έρευνας και της επεξεργασίας των δεδομένων όλοι έλαβαν έναν κωδικό, τον οποίο θα κατέγραφαν στα ερωτηματολόγιά τους.

Επιπλέον, χορηγήθηκε ένα έντυπο ανατροφοδότησης, όπου μπορούσαν να γράψουν σε τι τους βοήθησε η ομάδα και τι θα πρότειναν για τη βελτίωσή της. Η παραπάνω δόμηση της ομάδας προσαρμόστηκε σε ατομική θεραπεία σε 5 μονόωρες συνεδρίες.

3. Ευρήματα

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics 26.0. Για τον έλεγχο αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας υπολογίστηκαν οι συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach's alpha για τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν (βλ. Πίνακα 2). Πριν από τις στατιστικές αναλύσεις αξιολογήθηκε η κανονικότητα των κατανομών στα δεδομένα των εργαλείων μέσω του τεστ κανονικότητας Shapiro-Wilk. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3, τα δεδομένα στα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν παρουσιάζουν κανονική κατανομή, καθώς όλες οι μετρήσεις παρουσιάζουν p>.05.

Πίνακας 3. Εξέταση της κανονικότητας των κατανομών στις απαντήσεις των συμμετεχόντων σε πρώτη και δεύτερη μέτρηση

Εργαλείο	W	df	P
Birleson Διορθωμένο α΄ μέτρηση	.971	46	.296
STAI state α΄ μέτρηση	.960	44	.136
STAI trait α΄ μέτρηση	.966	44	.223
Αδαμίδου Διαστρεβλώσεις α΄ μέτρηση	.968	44	.248
Birleson Διορθωμένο β΄ μέτρηση	.962	46	.139
STAI state β΄ μέτρηση	.959	44	.115
STAI trait β΄ μέτρηση	.968	44	.262
Αδαμίδου Διαστρεβλώσεις β΄ μέτρηση	.971	44	.328

Συνεχίζοντας με την εξέταση των υποθέσεων, η βασική υπόθεση αναφέρει ότι αναμένεται να έχουμε βελτίωση των δυσκολιών των μαθητών μετά τη θεραπευτική παρέμβαση, άρα αναμένουμε μείωση των τιμών στη δεύτερη μέτρηση σε όλα τα εργαλεία. Για να εξεταστεί η βασική αυτή υπόθεση, χρησιμοποιήθηκε το T-test με συζευγμένα δείγματα. Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 4, εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική μείωση στους μέσους όρους των τιμών των απαντήσεων των μαθητών σε όλα τα εργαλεία. Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των απαντήσεων για τα καταθλιπτικά συμπτώματα στην πρώτη μέτρηση ήταν 12.413, ενώ στη δεύτερη 9.652, καταδεικνύοντας τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο μετρήσεις. Αντίστοιχα μεγάλες ή ικανοποιητικές διαφορές στους μέσους όρους των απαντήσεων βρέθηκαν και στο καταστασιακό άγχος, στο χαρακτηριολογικό άγχος και στις γνωστικές διαστρεβλώσεις (βλ. Πίνακα 5).

Πίνακας 4. T-test συζευγμένων δειγμάτων (πρώτης και δεύτερης μέτρησης)

Ζεύγος	Διαφορά Μέσων Όρων	T	Df	P
Birleson Διορθωμένο α΄ μέτρηση – Birleson Διορθωμένο β΄ μέτρηση	2.761	5.011	45	**.000**
STAI state α΄ μέτρηση – STAI state β΄ μέτρηση	3.413	3.220	45	**.002**
STAI trait α΄ μέτρηση – STAI trait β΄ μέτρηση	6.578	7.500	44	**.000**
Αδαμίδου Διαστρεβλώσεις α΄ μέτρηση – Αδαμίδου Διαστρεβλώσεις β΄ μέτρηση	3.689	9.013	44	**.000**

Πίνακας 5. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις στο T-test συζευγμένων δειγμάτων (πρώτης και δεύτερης μέτρησης)

Ζεύγος	Μέσοι Όροι	Std. Dev
Birleson Διορθωμένο α΄ μέτρηση	12.413	3.862
Birleson Διορθωμένο β΄ μέτρηση	9.652	4.239
STAI state α΄ μέτρηση	37.152	6.189
STAI state β΄ μέτρηση	33.739	5.717
STAI trait α΄ μέτρηση	43.000	6.364
STAI trait β΄ μέτρηση	36.422	6.028
Αδαμίδου Διαστρεβλώσεις α΄ μέτρηση	8.733	2.934
Αδαμίδου Διαστρεβλώσεις β΄ μέτρηση	5.044	2.812

Σχετικά με την εξέταση των διαφορών φύλου, χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική ανάλυση Mann-Whitney, εξαιτίας του μικρού δείγματος αγοριών. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6, οι

δύο ομάδες (αγόρια-κορίτσια) δεν παρουσίασαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις τους στα εργαλεία, εκτός από την πρώτη μέτρηση στο Birleson, με τη διάμεσο των κοριτσιών να είναι στατιστικώς μεγαλύτερη από αυτή των αγοριών ($U = 274.00$, $z = 2.108$, $p<.05$), μια διαφορά που εξομαλύνθηκε στη δεύτερη μέτρηση.

Πίνακας 6. Mann-Whitney για διαφορές φύλου στις απαντήσεις των εργαλείων

Εργαλείο	U	z	P
Birleson Διορθωμένο α΄ μέτρηση	274.00	2.108	.035
Birleson Διορθωμένο β΄ μέτρηση	161.00	-.814	.416
STAI state α΄ μέτρηση	215.00	.581	.561
STAI state β΄ μέτρηση	131.00	-1.589	.112
STAI trait α΄ μέτρηση	223.50	.966	.334
STAI trait β΄ μέτρηση	173.00	-.504	.614
Αδαμίδου Διαστρεβλώσεις α΄ μέτρηση	140.50	-1.350	.177
Αδαμίδου Διαστρεβλώσεις β΄ μέτρηση	122.50	-1.717	.086

4. Συζήτηση

Παρατηρήθηκε πως ο σκοπός της ομαδικής θεραπείας, που ήταν να μειώσει τα συμπτώματα κατάθλιψης, το καταστασιακό και χαρακτηριολογικό άγχος καθώς και τις διαστρεβλώσεις των μαθητών, επιτεύχθηκε. Αυτό έδειξαν τα ευρήματα, όπου παρατηρήθηκε μείωση των τιμών των μαθητικών απαντήσεων σε όλα τα εργαλεία που χορηγήθηκαν στην αρχή και στο τέλος της ομαδικής παρέμβασης (βλ. Πίνακες 4 και 5). Τα αποτελέσματα αυτά είναι πολύ σημαντικά από κλινικής άποψης, καθώς μετά την παρέμβαση τα αυτοαναφερόμενα συμπτώματα μειώθηκαν σημαντικά, βελτιώνοντας τη γενικότερη κατάσταση των μαθητών, καθώς και την οπτική τους σχετικά με τις επερχόμενες Πανελλήνιες εξετάσεις, μειώνοντας τις γνωσιακές τους διαστρεβλώσεις. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συνάδουν επίσης και με τα αποτελέσματα της βιβλιογραφίας για την αποτελεσματικότητα των ομάδων γνωσιακής συμπεριφοριστικής παρέμβασης [10-14], καθώς και την αποτελεσματικότητα των γνωσιακών συμπεριφοριστικών τεχνικών [15-20].

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, οι μετρήσεις δεν διέφεραν ανάλογα με το φύλο, με εξαίρεση τις μεγαλύτερες τιμές στα καταθλιπτικά συμπτώματα των κοριτσιών στην αρχή της ομάδας, οι οποίες εξομαλύνθηκαν στις μετρήσεις μετά την παρέμβαση. Αυτό θα μπορούσε να συμβαίνει καθώς στον γενικό εφηβικό πληθυσμό υπάρχουν μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα κορίτσια σε σύγκριση με τα αγόρια [22]. Μετά την ομαδική παρέμβαση όμως, η διαφορά αυτή ανάμεσα στις δύο ομάδες φύλου δεν υπήρχε πλέον, καταδεικνύοντας την αποτελεσματικότητά της στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και στην ομάδα των κοριτσιών.

Συμπερασματικά, οι μαθητές βοηθήθηκαν να πάνε στις εξετάσεις χωρίς δυσλειτουργικό άγχος που τους κάνει να ξεχνούν αυτά που διάβασαν. Επομένως, είχαν να αναμετρηθούν κυρίως με το γνωστικό αντικείμενο των εξετάσεων και όχι με το ψυχολογικό. Πρόκειται για ένα ιδιαίτερα αισιόδοξο μήνυμα που πλέον θέτει την ομάδα κατά του άγχους των Πανελλαδικών εξετάσεων ως απαραίτητο και όχι προαιρετικό συμπλήρωμα της τρίτης λυκείου.

Η συγκεκριμένη έρευνα είναι πρωτότυπη, καθώς η ομάδα έχει συγκεκριμένη δομή καθορισμένη από τη συγγραφέα, η οποία έχει βασιστεί αλλά όχι αντιγραφεί από άλλες ομάδες, οπότε δεν μπορεί να συγκριθεί άμεσα με άλλες έρευνες. Ωστόσο, η έρευνα έχει κάποιους περιορισμούς, όπως ότι το δείγμα είναι μικρό και θεωρείται δείγμα ευκολίας (συμπτωματική ή ευκαιριακή δειγματοληψία), καθώς προήλθε από μαθητές ενός φροντιστηρίου. Επίσης, δεν υπήρχε η δυνατότητα για follow-up, ώστε να διερευνηθεί πώς τελικά οι μαθητές βίωσαν την εμπειρία των Πανελλαδικών. Το θετικό της είναι πως εκτείνεται σε διάρκεια δεκαετίας.

Ως εξέλιξη της έρευνας, θα μπορούσε να αυξηθεί το δείγμα των μαθητών που κάνουν ατομική παρέμβαση, ώστε να συγκριθεί με το αντίστοιχο δείγμα της ομαδικής. Επιπρόσθετα, θα μπορούσε να επεκταθεί το δείγμα των τελειόφοιτων μαθητών και να συμπεριλάβει μαθητές και άλλων φροντιστηρίων, ακόμη και άλλων πόλεων.

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους μαθητές του φροντιστηρίου ΕΝΑ για τη συμμετοχή τους στην έρευνα, καθώς και τους καθηγητές και τους υπεύθυνους του φροντιστηρίου για την παραπομπή των μαθητών στην ομάδα.

A cognitive – behavioral group therapy against final year greek high school students anxiety

Evdoxia Adamidou[1], Evagelos Kantartzis[2]

[1] Private practice in Counseling and Therapy Center in Veria

[2] Private practice in Thessaloniki

Correspondence: Evdoxia Adamidou, Counseling and Therapy Center, Agiou Antoniou 1, 59132, Veroia

Email: info@psychologos-adamidou.gr, Tel.-fax: 23310 67037, 6945 701889

Evagelos Kantartzis, Grigoriou Palama 15, Thessaloniki

Email: ekantart@yahoo.gr, Tel.: 2314 029004, 6975 269264

Abstract

The aim of this research is to study the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in the management of the candidates' anxiety for the final Pan-Hellenic exams. For this purpose group cognitive behavioral therapy sessions were carried out with a duration of 6 sessions 2 hours each, while the data was extracted from the school year 2008-9 until 2018-19, in the Veroia's Counseling and Therapy Center. The sample was consisted by students of the third grade of Lyceum (final grade of Highschool in Greece), which they attended the coaching school ENA in Veroia of Imathia. In order to explore the research questions the participants completed questionnaires that were administered at the beginning and at the end of the intervention. The results of the research showed a reduction in depression symptoms, in the situational and characteristic anxiety, as well as the cognitive distortions of the students. At the end of the group therapy the students were ready to take the Pan-Hellenic exams without dysfunctional feelings and thoughts.

Keywords: Cognitive-bahavioral therapy, group, anxiety, depression, Pan-Hellenic exam

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Βιβλιογραφία

[1] Κασσωτάκης Μ. Οι παιδαγωγικές και κοινωνικές διαστάσεις των εισαγωγικών εξετάσεων. Πρόσβαση στην ανώτατη εκπαίδευση. Μελέτη των κοινωνικών, εκπαιδευτικών και θεσμικών διαστάσεων της ζήτησης τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, των προβλημάτων και των πολιτικών ικανοποίησής της. Αθήνα: ΕΚΠΑ; 2015. 248. Έκθεση για το Πρόγραμμα Θαλής της Δράσης: 8.
[2] Stöber J. Dimensions of test anxiety: Relations to ways of coping with pre-exam anxiety and uncertainty. Anxiety, stress and coping. 2007 Jan; 17(3): 213-26.
[3] Putwain DW, Connors L, Symes W. Do cognitive distortions mediate the test anxiety – examination performance relationship? Educational Psychology. 2010 Jan; 30(1): 11-26.
[4] Dundas I, Wormnes B, Hauge H. Making exams a manageable task. Nordic Psychology. 2009 Apr; 61(1): 26-41.
[5] Kondo DS. Strategies for coping with test anxiety. Anxiety, stress and coping. 1997; 10(2): 203-215.
[6] Putwain DW, Embse NP. Cognitive – behavioral intervention for test anxiety in adolescent students: do benefits extend to school related wellbeing and clinical anxiety. Anxiety, stress and coping. 2021 Jan; 34(1): 22-36.
[7] Psychountaki M, Zervas Y, Karteroliotis K, Spielberger C. Reliability and validity of the Greek version of the STAIC. European Journal of Psychological Assessment. 2003; 19(2): 124-130.
[8] Ivarsson T, Lidberg A, Gillberg C. The Birleson Depression Self-Rating Scale (DSRS). Clinical evaluation in an adolescent inpatient population. Journal of affective disorders. 1994 Oct; 32(2): 115-125.
[9] Stallard P. Think good, Feel good. Chichester: John Wiley & Sons, LTD, 2002.
[10] Καλπάκογλου Θ. Άγχος και Πανικός, 2η έκδ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. 1998.
[11] White JR, Freeman AS. Cognitive – behavioral group therapy: For specific problems and populations. 1st ed. Washington DC: American Psychological Association, 2000.
[12] Cadbury S, Childs-Clark A, Sandhu S. Group anxiety management: effectiveness, perceived helpfulness and follow-up. British Journal of Clinical Psychology. 1990; 29(2): 245-247.
[13] Rose SD. Putting the group into cognitive – behavioural treatment. Social work with groups. 1990; 13(3): 71-83.
[14] Lowe C, Wuthrich VM. Randomised controlled trial of study without stress: A cognitive behavioural therapy program to reduce stress in students in the final year of high school. Child Psychiatry Hum Dev. 2021 Apr; 52(2): 205-216.
[15] Καραδήμας ΕΧ. Το υποκειμενικό στρες και η ικανοποίηση από τη ζωή ως ενδιάμεσες μεταβλητές στη σχέση μεταξύ γενικευμένων προσδοκιών και υγείας. Ψυχολογία. 2007; 14(1): 1-13.
[16] Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2012.
[17] Marks IM. Νικήστε τις φοβίες. Επιμ.: Κασβίκης Ι. Αθήνα: Μέδουσα, 2001.
[18] Greenberg JS. Comprehensive stress management. 10th ed. Boston: McGraw Hill, 1990.
[19] Shapiro LE. Generalized anxiety disorder workbook: CBT activities to manage anxiety, cope with uncertainty, and overcome stress. Eau Claire: Between sessions resources, 2022.
[20] Silove D, Manicavasagar V. Ξεπερνώντας τον πανικό. Επιμ. Καλπάκογλου Θ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2000.
[21] Field A. Discovering statistics using SPSS. 2 ed. London: Sage Publications Ltd, 2005.
[22] Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Merikangas KR. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2015; 54(1): 37-44.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Συγκριτική μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών πεδίου που εξυπηρετούν αιτούντες άσυλο στα κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης και κέντρα φιλοξενίας στην Ελλάδα

Ευαγγελία Μότσκα[1], Ντιάνα Χαρίλα[2]
[1] ΠΜΣ Προαγωγή και Αγωγή της Υγείας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
[2] ΕΔΙΠ, Τμήμα Ψυχολογίας, ΕΚΠΑ

Αλληλογραφία: Ευαγγελία Μότσκα, Λεωφόρος Γεωργίου Παπανδρέου 45, Ζωγράφος, 15773, Αττική, Τηλ.: +30 694.924.6300, Email: evaggeliamotska@hotmail.com

Περίληψη
Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ψυχικής ανθεκτικότητας και της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες πεδίου που εξυπηρετούν αιτούντες άσυλο στα κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης και κέντρα φιλοξενίας στην Ελλάδα. Ταυτόχρονα, σκοπός ήταν η μελέτη της σχέσης των εν λόγω μεταβλητών με μια σειρά κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων και ειδικότερα το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την ύπαρξη ή όχι εξαρτημένων τέκνων, τις ώρες εργασίας, τη διάρκεια του διαστήματος απασχόλησης με πρόσφυγες, την εκπαίδευση στη διαχείριση κρίσεων, τις μηνιαίες αποδοχές, καθώς και την ύπαρξη ή απουσία χρόνιου νοσήματος. Για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τρία ερωτηματολόγια: (α) Κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα, (β) Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC), και (γ) Ερωτηματολόγιο Εργασιακής Εξουθένωσης του Oldenburg (OLBI). Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 118 εργαζόμενοι σε κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης και κέντρα φιλοξενίας στην Ελλάδα. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν υψηλά επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας και μέτρια-υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Ωστόσο, δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές σχέσεις μεταξύ της ψυχικής ανθεκτικότητας και της επαγγελματικής εξουθένωσης με τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες οι οποίοι μελετήθηκαν. Η προσέγγιση των εν λόγω παραγόντων θα πρέπει να είναι πολυδιάστατη και κοινωνικά ενημερωμένη, δηλαδή να μελετά τις πολυεπίπεδες σχέσεις μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών μεταβλητών, καθώς και να λαμβάνει σοβαρά υπόψη το εκάστοτε κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο διεξάγεται η έρευνα, τις ιδιαιτερότητες και τις δυναμικές αυτού.

Λέξεις-κλειδιά: ψυχική ανθεκτικότητα, επαγγελματική εξουθένωση, αιτούντες άσυλο, πρόσφυγες

1. Εισαγωγή

Οι παράγοντες «ώθησης» που οδηγούν τους ανθρώπους να εγκαταλείψουν τις χώρες τους και να αναζητήσουν καταφύγιο και προστασία φαίνεται κυρίως να συνδέονται με την ανασφάλεια, τον πόλεμο, την πολιτική καταπίεση, την ξηρασία, την πείνα κ.ά. Από το 2015 η οδός της Ανατολικής Μεσογείου μέσω της Τουρκίας προς την Ελλάδα ήταν η πιο δημοφιλής μεταναστευτική οδός. Σύμφωνα με την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, ο αριθμός των διά της βίας εκτοπισμένων ανήλθε στο τέλος του 2016 σε 65.600.000 ανθρώπους – στο υψηλότερο επίπεδο από την εποχή του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου. Συγκεκριμένα, οι πρόσφυγες και μετανάστες εισέρχονται κυρίως διά της θαλάσσιας οδού από την Τουρκία μέχρι τα παράλια των νησιών της Λέσβου, της Χίου, της Σάμου, της Λέρου και της Κω. Ως πύλη εισόδου στην Ελλάδα έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί, σε μικρότερη κλίμακα, το Αθαγονήσι, το Φαρμακονήσι, το Καστελόριζο, η Ρόδος και η Σύμη, ενώ σημαντικός αριθμός προσφύγων και μεταναστών διασχίζει τον Έβρο, περνώντας τα σύνορα από την Τουρκία. Ενδεικτικά, το 2021 έφτασαν στην Ελλάδα συνολικά 9.157 πρόσφυγες και μετανάστες, δηλαδή 31,7% λιγότεροι σε σύγκριση με το 2020 (15.696) [1]. Τον Δεκέμβριο του 2021 στις δομές προσωρινής

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

φιλοξενίας στην ενδοχώρα (30 στο σύνολο) φιλοξενήθηκαν 15.793 άτομα – τα περισσότερα από τα οποία ήταν παιδιά (39%) και γυναίκες (24%) [2].

Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) και Οργανώσεις της Κοινωνίας των Πολιτών (ΟΚΠ) και οι Διεθνείς Οργανισμοί που δραστηριοποιούνται με αιτούντες άσυλο έχουν αναφέρει αρκετές ελλείψεις και προβλήματα ως προς τη διαπίστωση της ευαλωτότητας των προσφύγων και μεταναστών, το περιορισμένο (ή και ανύπαρκτο) ψυχοκοινωνικό έλεγχο, δυσκολίες ως προς την παραπομπή των αιτούντων από την Υπηρεσία Πρώτης Υποδοχής και Ταυτοποίησης (ΥΠΥΤ) σε δημόσια νοσοκομεία, χαμηλή ποιότητα ιατρικού ελέγχου και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης κ.ά.

Στην ενδοχώρα, οι κύριες ανησυχίες αφορούν την απομακρυσμένη τοποθεσία των δομών φιλοξενίας, την περιορισμένη πρόσβαση των διαμενόντων σε διάφορες υπηρεσίες, την έλλειψη επαρκούς εξοπλισμού και ηλεκτρικού ρεύματος, τους δυσανάλογους περιορισμούς μετακίνησης την περίοδο της πανδημίας, την περιορισμένη πρόσβαση στην εκπαίδευση για τα παιδιά και την κατασκευή ψηλών τσιμεντένιων τοίχων γύρω από τις δομές που επιδεινώνουν το αίσθημα απομόνωσης. Είναι γενικά παραδεκτό ότι οι συνθήκες διαμονής στους χώρους των Κέντρων Υποδοχής και Ταυτοποίησης (ΚΥΤ) και των δομών φιλοξενίας στην ενδοχώρα δημιουργούν αισθήματα ανασφάλειας και ανησυχίας στους αιτούντες άσυλο, αλλά και στους εργαζόμενους που τους παρέχουν υπηρεσίες. Τα βασικότερα προβλήματα στις συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων προκαλούνται από τον υπερπληθυσμό στις δομές, τους μολυσματικούς παράγοντες λόγω έλλειψης επαρκών εγκαταστάσεων υγιεινής και μέσων ατομικής προστασίας, το αίσθημα ανασφάλειας λόγω της έκρυθμης κατάστασης που προκαλεί η καθυστέρηση εξυπηρέτησης και εξέτασης των υποθέσεων των ωφελούμενων, καθώς και το εργασιακό άγχος που οι εργαζόμενοι βιώνουν καθημερινά λόγω του τεράστιου όγκου εργασίας.

Στα νησιά, οι επαγγελματίες βρίσκονται κυριολεκτικά στην «πρώτη γραμμή» του προσφυγικού/μεταναστευτικού ζητήματος και έρχονται άμεσα αντιμέτωποι με το τραύμα, τον ξεριζωμό και τον προσφυγικό πόνο και, επομένως, είναι αναμενόμενο να βιώνουν ισχυρότερη ψυχολογική επιβάρυνση, κόπωσης συμπόνιας, διαταραχή μετατραυματικού στρες, σε ορισμένες περιπτώσεις επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά και μετατραυματικής ανάπτυξης (post-traumatic growth). Ενδεικτικά, οι επαγγελματίες πεδίου μπορεί να εκδηλώνουν σωματικές ασθένειες που σχετίζονται με το στρες ή και να εμφανίσουν αδυναμία ύπνου, δυσκολία διαχωρισμού της επαγγελματικής από την προσωπική τους ζωή, ακόμη και αποφυγή δραστηριοτήτων που τους θυμίζουν το συγκεκριμένο γεγονός. Επιπλέον, συμπτώματα όπως άγχος, κατάθλιψη, εναλλαγές διάθεσης, δυσαρέσκεια, οργή, εσφαλμένη κρίση, εκρήξεις θυμού, είναι μερικές από τις συναισθηματικές εκδηλώσεις των ατόμων που πάσχουν από κόπωση συμπόνιας (compassion fatigue) [3]. Καθεμία από αυτές έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει αρνητικά όχι μόνο την ποιότητα της φροντίδας των ωφελούμενων, αλλά και τις σχέσεις με τους συναδέλφους.

Οι αιτούντες άσυλο πολύ συχνά μοιράζονται με τους επαγγελματίες υγείας, τους ψυχολόγους, τους πολιτισμικούς διαμεσολαβητές/μεταφραστές, τους προαγωγούς υγείας, τους κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες τα τραυματικά γεγονότα που έχουν βιώσει, αλλά και τους τρόπους με τους οποίους καταφέρνουν να ανακάμπτουν και να αναπτύσσονται καθ' όλη τη διάρκεια της προσφυγιάς τους. Η έμμεση αυτή επαφή των επαγγελματιών με το τραύμα αλλά και οι θετικές αλλαγές ανάπτυξης της ζωής των προσφύγων συχνά έχουν θετικές αλλαγές στους ίδιους τους επαγγελματίες πεδίου (μετατραυματική ανάπτυξη/post-traumatic growth), οι οποίες σχετίζονται με την αυξημένη εκτίμηση της ζωής, την αίσθηση ανθρωπιάς, την ενσυναίσθηση, την αυτοαντίληψη και τη γενικότερη φιλοσοφία της ζωής [4].

Παρά το έντονο προσφυγικό και μεταναστευτικό ζήτημα που απασχολεί πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας ως η χώρα πρώτης υποδοχής αιτούντων άσυλο, λίγες μελέτες έχουν εξετάσει τις επιπτώσεις στη συναισθηματική, ψυχολογική ευημερία των επαγγελματιών που παρέχουν υπηρεσίες στον εν λόγω πληθυσμό.

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ψυχικής ανθεκτικότητας, καθώς και της σχέσης των μεταβλητών αυτών με άλλα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά εργαζομένων, όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι, οι επαγγελματίες υγείας, οι πολιτισμικοί διαμεσολαβητές και διερμηνείς, οι προαγωγοί υγείας κ.ά., που παρέχουν υπηρεσίες σε πρόσφυγες και αιτούντες ασύλου στην Ελλάδα.

Ωστόσο, έχει επιχειρηθεί να διερευνηθεί το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες που εργάζονται με πρόσφυγες. Σύμφωνα με τους Gemignani και Giliberto [5], οι άνθρωποι που εργάζονται με πρόσφυγες, λόγω της συχνής επαφής με το τραύμα αυτών, αναφέρουν τις αρνητικές επιπτώσεις του πλαισίου αυτού και πιο συγκεκριμένα αναφέρουν συμπτώματα δευτερογενούς τραύματος, κόπωσης συμπόνιας καθώς και συναισθηματική και επαγγελματική εξουθένωση. Αντίστοιχα ήταν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Akinsulure-Smith, et al. [6] σε εργαζομένους στις ΗΠΑ, οι οποίοι ταυτόχρονα διαπίστωσαν τη σημασία της συναισθηματικής νοημοσύνης ως προστατευτικού παράγοντα για τα παραπάνω συμπτώματα και την επαγγελματική εξουθένωση. Στο ίδιο πλαίσιο κινήθηκαν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Jobst et al. [7], στην οποία βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες που παρουσίαζαν καταθλιπτικά συμπτώματα έφτασαν στο 68% των συμμετεχόντων, ενώ εμφάνιζαν αυξημένο στρες και συμπτώματα δευτερογενούς τραύματος, κόπωσης συμπόνιας, και επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι ένα επίκτητο χαρακτηριστικό το οποίο επιτρέπει σε κάποιον άνθρωπο να αποκομίζει πιο θετικά αποτελέσματα όταν βιώνει μία στρεσογόνα ή τραυματική κατάσταση, γεγονός ή σειρά γεγονότων, από άλλους ανθρώπους που έχουν βιώσει τις ίδιες καταστάσεις [8]. Ωστόσο, έχουν διαμορφωθεί πολλοί ορισμοί σχετικά με αυτή, με τους ειδικούς να συγκλίνουν σε δύο διαστάσεις αυτής. Ειδικότερα, η πρώτη διάσταση αφορά την ύπαρξη ενός γεγονότος που θα ενεργοποιήσει τους σχετιζόμενους με αυτή μηχανισμούς και τον βαθμό έκθεσης σε αυτό, ενώ η δεύτερη αφορά το επίπεδο προσαρμογής του ατόμου στις νέες συνθήκες [9].

Ως προς τους παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται θετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα, έχουν μελετηθεί έννοιες όπως οι εσωτερικές ή εξωτερικές δυνατότητες, οι πηγές υποστήριξης καθώς και οι προστατευτικοί παράγοντες, μεταβλητές οι οποίες χρησιμοποιούνται και κατά την κατασκευή αντίστοιχων εργαλείων αξιολόγησης [10]. Μια γενική διάκριση η οποία μπορεί να γίνει ως προς τους παραπάνω παράγοντες είναι αυτή

σε ατομικούς, αυτούς δηλαδή που υπάρχουν στον ίδιο τον άνθρωπο, ή εσωτερικούς, και σε εξωτερικούς ή περιβαλλοντικούς, αυτού δηλαδή που εντοπίζονται στην οικογένεια και το κοινοτικό και κοινωνικό του πλαίσιο [11]. Ειδικότερα, οι δυνατότητες αφορούν τα εσωτερικά ή εξωτερικά χαρακτηριστικά τα οποία έχει φανεί ότι σχετίζονται με υψηλό επίπεδο ανάπτυξης σε κάποιον συγκεκριμένο τομέα [12], οι πηγές στήριξης, αφορούν τους ανθρώπινους, υλικούς και κοινωνικούς πόρους που διαθέτει κάποιο άτομο κατά την προσπάθεια προσαρμογής του, ενώ προστατευτικοί παράγοντες είναι τα ατομικά χαρακτηριστικά ή χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος ενός ατόμου τα οποία δρουν προστατευτικά ως προς τις πιθανές συνέπειες ενός στρεσογόνου ή τραυματικού γεγονότος και ταυτόχρονα δρουν αντισταθμιστικά ως προς τις αρνητικές συνέπειες αυτών [13]. Οι προστατευτικοί παράγοντες, επομένως, είναι αυτοί που ευνοούν και προβλέπουν θετικά αποτελέσματα και καλό επίπεδο ψυχικής υγείας έπειτα από ένα άσχημο γεγονός.

Εκτός, όμως, από τους παράγοντες αυτούς, οι οποίοι έχει φανεί ότι δρουν υποστηρικτικά ως προς την ψυχική ανθεκτικότητα, έχουν μελετηθεί και οι παράγοντες κινδύνου, αυτοί δηλαδή που μπορούν να μειώσουν την προσαρμοστικότητα ενός ατόμου και να εντείνουν τα αποτελέσματα ενός δύσκολου γεγονότος. Έχει εντοπιστεί μια σειρά γεγονότων που μπορούν να βιώσουν οι άνθρωποι κατά την παιδική τους ηλικία και τα οποία έχουν αρνητικό αντίκτυπο στη μετέπειτα εξέλιξη και προσαρμοστικότητά τους [14]. Ένα σημαντικό στοιχείο στη μελέτη των παραγόντων κινδύνου είναι πως σε πολλές περιπτώσεις εμφανίζονται και δρουν αθροιστικά και, επομένως, αξιολογούνται ως σύνολο γεγονότων κινδύνου στη ζωή ενός ατόμου [15]. Έτσι, οι παράγοντες κινδύνου συνήθως συσσωρεύονται και αυξάνουν την πιθανότητα για εμφάνιση προβλημάτων σε κάποιον αναπτυξιακό τομέα, όπως είναι τα προβλήματα προσαρμοστικότητας ή ψυχικής υγείας.

Έχει υποστηριχθεί ότι η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να καλλιεργηθεί μέσω κατάλληλων παρεμβάσεων σε χώρους όπως η εκπαίδευση ή η εργασία, ή ακόμη και σε θεραπευτικά πλαίσια ομαδικών και ατομικών παρεμβάσεων. Η ύπαρξη ψυχικά ανθεκτικών εργαζομένων σε κάποιον οργανισμό, όπως είναι λογικό, αυξάνει και την ίδια την αποτελεσματικότητα και παραγωγικότητα του ίδιου του οργανισμού [16].

Η επαγγελματική εξουθένωση εισήχθη ως έννοια το 1974, από τον Freudenberger, ο οποίος την προσέγγισε ως μία κατάσταση σχετιζόμενη με ψυχοδυναμικές διεργασίες του ατόμου. Ακόμη, μία σημαντική σημείωση του Freudenberger, η οποία υποστηρίζεται μέχρι και σήμερα, ήταν πως η επαγγελματική εξουθένωση βιώνεται κυρίως από ανθρώπους που απασχολούνται σε επαγγέλματα σχετικά με την παροχή βοήθειας και τον ανθρώπινο πόνο [17, 18].

Μία ιδιαίτερα σημαντική προσέγγιση η οποία αποτέλεσε τομή για τον χώρο της μελέτης της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν αυτή που εκφράστηκε από τις Maslach και Jackson, οι οποίες πρότειναν ένα μοντέλο βασισμένο σε μια πιο κοινωνικο-ψυχολογική προσέγγιση, το μοντέλο των τριών διαστάσεων [19]. Σύμφωνα με αυτό, η επαγγελματική εξουθένωση προκαλείται περισσότερο από εξωτερικά χαρακτηριστικά της ίδιας της εργασίας και όχι από ενδογενή χαρακτηριστικά προσωπικότητας του ατόμου. Περαιτέρω, μέσω συστηματικής έρευνας προσδιόρισαν τρία συστατικά στοιχεία της επαγγελματικής εξουθένωσης, και ειδικότερα τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την προσωπική επίτευξη. Ωστόσο, παρά την επιρροή του εν λόγω μοντέλου, ασκήθηκε σε αυτό κριτική η οποία αφορούσε κυρίως την εγκυρότητα της τρίτης διάστασης, δηλαδή της επίτευξης. Υποστηρίχθηκε ότι η διάσταση αυτή αποτελεί περισσότερο συνέπεια, παρά συστατικό στοιχείο της επαγγελματικής εξουθένωσης ή χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενός ατόμου, αντίστοιχο της αυτο-αποτελεσματικότητας [20].

Ως αποτέλεσμα της κριτικής αυτής αναπτύχθηκε σειρά μοντέλων δύο διαστάσεων τα οποία συμπεριλαμβάνουν τις πρώτες δύο διαστάσεις: της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης. Ένα τέτοιο μοντέλο δύο διαστάσεων, το μοντέλο απαιτήσεων-πόρων, αναπτύχθηκε από τους Demerouti et al. [21]. Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα της ασυμφωνίας μεταξύ των εργασιακών απαιτήσεων και των εργασιακών πόρων. Με βάση το εν λόγω μοντέλο δημιουργήθηκε ένα από τα πιο δημοφιλή και έγκυρα εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, το Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), το οποίο αξιολογεί τα αποτελέσματα των δύο βασικών διαστάσεων του μοντέλου, την εξάντληση και την αποπροσωποποίηση, ως τα κύρια στοιχεία της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε αντίθεση με άλλα εργαλεία που απευθύνονταν σε συγκεκριμένους επαγγελματικούς κλάδους, το OLBI μπορεί να χορηγηθεί σε επαγγελματίες οποιουδήποτε κλάδου [22].

Εκτός από την προσπάθεια προσδιορισμού των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης, μεγάλο μέρος της έρευνας έχει στραφεί και στους παράγοντες αυτούς οι οποίοι σχετίζονται θετικά ή αρνητικά με την εμφάνισή της. Ως προς τους παράγοντες αυτούς έχει εντοπιστεί μία γενική διάκριση, με ορισμένους ερευνητές να υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα ενδογενών παραγόντων, και άλλους να υποστηρίζουν ότι είναι αποτέλεσμα εξωγενών παραγόντων. Η τάση η οποία φαίνεται να έχει επικρατήσει είναι αυτή της προσέγγισης της επαγγελματικής εξουθένωσης ως αποτελέσματος ενός συνδυασμού ενδογενών και εξωγενών παραγόντων [23].

Η παρούσα μελέτη διερευνά τις έννοιες της ψυχικής ανθεκτικότητας και της επαγγελματικής εξουθένωσης ειδικότερα στον πληθυσμό των επαγγελματιών που εξυπηρετούν αιτούντες άσυλο και εργάζονται στο πεδίο. Παρότι τα ερευνητικά δεδομένα για την Ελλάδα, η οποία είναι μία από τις κύριες χώρες υποδοχής προσφύγων, είναι περιορισμένα, ιδιαίτερη εντύπωση προκαλούν τα ευρήματα της μελέτης των Chatzea et al. [24]. Στην εν λόγω έρευνα, στην οποία συμμετείχαν διασώστες προσφύγων που δραστηριοποιούνται στη Λέσβο, το ποσοστό της επαγγελματικής εξουθένωσης ανήλθε στο 57% και το προσλαμβανόμενο μετατραυματικό στρες στο 17,1%, με τις δύο αυτές μεταβλητές να συνδέονται σημαντικά μεταξύ τους και αρνητικά με την προσλαμβανόμενη ευημερία. Η διάρκεια της εργασίας, η εγγύτητα με το τραύμα, ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη επαγγελματικής εμπειρίας και οι πολλές ώρες εργασίας φάνηκε να αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες της εξουθένωσης. Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η συναισθηματική φύση και οι απαιτήσεις αυτού του είδους των επαγγελμάτων, καθώς και οι αυξημένες υποχρεώσεις που τις συνοδεύουν μαζί με τον περιορισμένο διαθέσιμο χρόνο, καθιστούν τους επαγγελματίες αυτούς ιδιαίτερα ευάλωτους στην εξουθένωση [25].

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

2. Μέθοδος

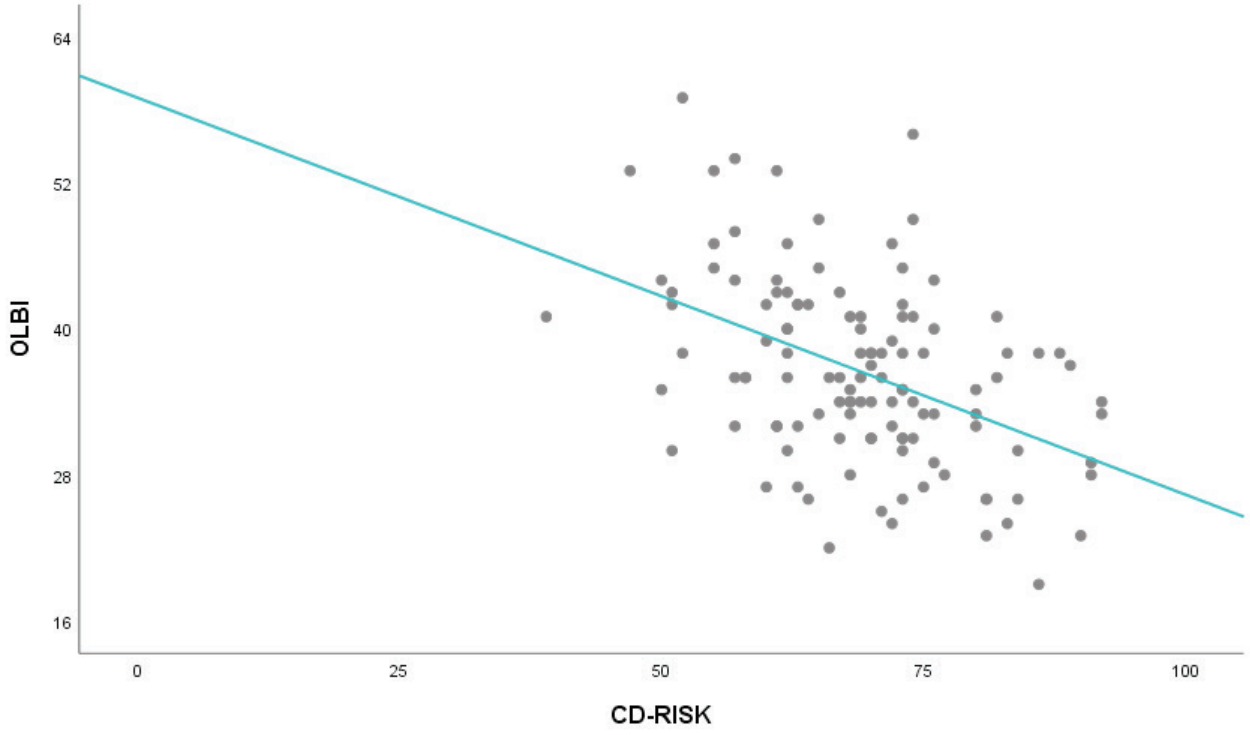
Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η ψυχική ανθεκτικότητα και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών πεδίου που εξυπηρετούν αιτούντες άσυλο στα κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης και στα κέντρα φιλοξενίας. Επίσης, να μελετηθεί η σχέση του βαθμού ψυχικής ανθεκτικότητας με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς και με διάφορους ανθρωπομετρικούς και κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω διανομής και συλλογής τριών ερωτηματολογίων σε επαγγελματίες πεδίου που εξυπηρετούν αιτούντες άσυλο και εργάζονται σε κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης, καθώς και κέντρα φιλοξενίας στην Ελλάδα. Πριν από την έναρξη συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δόθηκε ένα εισαγωγικό ενημερωτικό σημείωμα που αφορά την ιδιότητα της ερευνήτριας, τον σκοπό της έρευνας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας, τον εθελοντικό χαρακτήρα συμμετοχής, καθώς και οδηγίες συμπλήρωσης. Η διανομή-συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε αποκλειστικά από την ερευνήτρια.

Ειδικότερα, τον Νοέμβριο του 2020 το ερωτηματολόγιο αναρτήθηκε στο Facebook στην προσωπική ιστοσελίδα της ερευνήτριας, στις ομάδες του Σωματείου Βάσης Εργαζομένων σε ΜΚΟ και Εργαζόμενους σε ΜΚΟ και διεθνείς οργανισμούς κατά της Covid-19 στο Facebook. Επίσης, 87 επαγγελματίες πεδίου που εξυπηρετούν αιτούντες άσυλο έλαβαν το ερωτηματολόγιο μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο στάλθηκε στην υπεύθυνη Παιδικής Προστασίας της UNICEF, την υπεύθυνη Προγραμμάτων του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης, καθώς και στη Διεθνή Επιτροπή Διάσωσης (IRC). Τέλος, το ερωτηματολόγιο μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας στάλθηκε στην κοινωνική υπηρεσία του ανοιχτού κέντρου φιλοξενίας προσφύγων στον Ελαιώνα στην Αθήνα.

Για την παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τρία ερωτηματολόγια:

- Κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα. Το ερωτηματολόγιο αυτό ήταν αυτοσχέδιο και περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι ερωτήσεις αφορούν το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη ή όχι εξαρτώμενων τέκνων, τις ημερήσιες ώρες εργασίας, τις μηνιαίες αποδοχές από την εργασία, τη διάρκεια επαγγελματικής δραστηριότητας με αιτούντες άσυλο, την εμπειρία στη διαχείριση καταστροφών και καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, καθώς και την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος. Οι δημογραφικές μεταβλητές επιλέχθηκαν γιατί από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι έχουν σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση.
- Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας Connor-Davidson – The Conor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Πρόκειται για μία κλίμακα η οποία ποσοτικοποιεί την ψυχική ανθεκτικότητα. Περιλαμβάνει 25 δηλώσεις, τις οποίες βαθμολογούν οι ερωτώμενοι σε μία πεντάβαθμη κλίμακα Likert ανάλογα με τον βαθμό στον οποίο κάθε δήλωση εκφράζει τη συναισθηματική τους κατάσταση τον τελευταίο μήνα. Εκτός της βασικής κλίμακας του ερωτηματολογίου υπολογίζονται και 5 υποκλίμακες: Προσωπική ικανότητα, Εμπιστοσύνη, Θετική αποδοχή, Έλεγχος, και Πνευματικές επιδράσεις. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 100. Όσο υψηλότερη είναι, τόσο υψηλότερο το επίπεδο ψυχικής ανθεκτικότητας [26].
- Ερωτηματολόγιο Εργασιακής Εξουθένωσης του Oldenburg (OLBI). Αποτελείται συνολικά από δεκαέξι ερωτήσεις. Οκτώ ερωτήσεις που μετρούν τη διάσταση «αποπροσωποποίησης» και οκτώ ερωτήσεις που μετρούν τη διάσταση «εξάντληση». Η βαθμολογία κάθε υποκλίμακας κυμαίνεται από 8 έως 32. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 16 έως 64. Η υψηλή συνολική βαθμολογία δεικνύει ότι ο εργαζόμενος έχει επαγγελματική εξουθένωση.



Γράφημα 1. Στικτόγραμμα βαθμολογιών ψυχικής ανθεκτικότητας (CD-RISK) και επαγγελματικής εξουθένωσης (OLBI)

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 118 άνθρωποι (91 γυναίκες και 27 άνδρες). Περίπου επτά στους δέκα συμμετέχοντες ήταν ηλικίας 26-40 ετών. Έξι στους δέκα κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο. Δύο στους τρεις ανθρώπους είναι άγαμοι. Ένας στους πέντε συμμετέχοντες είναι γονιός. Δύο στους τρεις εργάζονται, καθημερινά, περισσότερες από οκτώ ώρες. Οι συμμετέχοντες του δείγματος κατανέμονται σχεδόν ισόποσα στις τρεις διαφορετικές κατηγορίες μηνιαίων αποδοχών. Δύο στους τρεις συμμετέχοντες έχουν επαγγελματική δραστηριότητα με αιτούντες άσυλο από 1 έως και 5 έτη. Δύο στους τρεις έχει εμπειρία στη διαχείριση καταστροφών και καταστάσεων έκτακτης ανάγκης. Τέλος, ένας στους πέντε ανθρώπους πάσχει από χρόνιο νόσημα (Πίνακας 1).

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SPSS 25. Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%. Για τον έλεγχο της συνθήκης της κανονικότητας χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Shapiro-Wilk με παράλληλη μελέτη των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot» και «Box Plot» [27]. Οι έλεγχοι του δείγματος έδειξαν ότι οι βαθμολογίες των κλιμάκων OLBI και CD-RISK κατανέμονται κανονικά σε όλες τις υποκατηγορίες των υπό μελέτη κατηγορικών μεταβλητών. Ως εκ τούτου, έγινε χρήση παραμετρικών δοκιμασιών.

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

		n	n%
Φύλο	Γυναίκα	91	77,1%
	Άνδρας	27	22,9%
Ηλικία (έτη)	<26 ετών	6	5,1%
	26-30 ετών	24	20,3%
	31-35 ετών	41	34,7%
	36-40 ετών	20	16,9%
	41-45 ετών	13	11,0%
	46-50 ετών	9	7,6%
	> 50 ετών	5	4,2%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	3	2,5%
	Μεταλυκειακή εκπαίδευση	5	4,2%
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	37	31,4%
	Μεταπτυχιακό	69	58,5%
	Διδακτορικό	4	3,4%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	80	67,8%
	Έγγαμος/η	29	24,6%
	Διαζευγμένος/η	9	7,6%
	Χήρος/α	0	0,0%
Εξαρτώμενα παιδιά	Όχι	92	78,0%
	Ναι	26	22,0%
Ώρες εργασίας καθημερινά	≤8 ώρες	38	32,2%
	>8 ώρες	80	67,8%
Μηνιαίες προσωπικές αποδοχές	500-1.000 €	38	32,2%
	1.001-1.500 €	47	39,8%
	>1.500 €	33	28,0%
Διάρκεια επαγγελματικής δραστηριότητας με αιτούντες άσυλο	<1 έτος	19	16,4%
	1-5 έτη	76	65,5%
	6-10 έτη	13	11,2%
	>10 έτη	8	6,9%
Εμπειρία στη διαχείριση καταστροφών και καταστάσεων έκτακτης ανάγκης	Όχι	39	33,3%
	Ναι	78	66,7%
Αντιμετωπίζετε χρόνιο νόσημα;	Όχι	93	78,8%
	Ναι	25	21,2%

3. Ευρήματα

Η μέση συνολική τιμή της κλίμακας OLBI (mean = 36,5) δείχνει ένα μέτριο-υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης (Πίνακας 2). Η μέση συνολική τιμή της κλίμακας CD-RISK (mean = 69) δείχνει ένα υψηλό επίπεδο ψυχικής ανθεκτικότητας (Πίνακας 3). Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι υψηλό επίπεδο ψυχικής ανθεκτικότητας αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης ($r(118) = -0{,}447$, $p < 0{,}001$). Οι κλίμακες OLBI και CD-RISK συσχετίστηκαν με μία σειρά κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων και ειδικότερα με το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την ύπαρξη ή όχι εξαρτημένων τέκνων, τις ώρες εργασίας, τη διάρκεια του διαστήματος απασχόλη-

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

σης με πρόσφυγες, την εκπαίδευση στη διαχείριση κρίσεων, τις μηνιαίες αποδοχές, καθώς και την ύπαρξη ή απουσία χρόνιου νοσήματος. Ωστόσο, δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση με καμία από τις παραπάνω μεταβλητές (Πίνακας 4).

Πίνακας 2. Στατιστικοί δείκτες των βαθμολογιών της κλίμακας OLBI και των υποκλιμάκων της

	Mean	Standard Deviation	Percentile 25	Median	Percentile 75
OLBI [16-64]	36,5	7,7	31	36	41
Εξάντληση [8-32]	19,7	4,3	17	20	23
Αποστασιοποίηση από την εργασία [8-32]	16,8	4,2	14	16	19

Μέσα στις αγκύλες καταγράφεται το εύρος τιμών των αντίστοιχων βαθμολογιών

Πίνακας 3. Στατιστικοί δείκτες των βαθμολογιών της κλίμακας CD-RISK και των υποκλιμάκων της

	Mean	Standard Deviation	Percentile 25	Median	Percentile 75
CD-RISK [0-100]	69,0	10,5	62	69	74
Προσωπική ικανότητα [0-100]	20,0	3,7	17	20	22
Εμπιστοσύνη [0-100]	18,5	3,7	16	18	21
Θετική αποδοχή [0-100]	15,7	2,3	14	16	17
Έλεγχος [0-100]	8,6	1,8	7	9	10
Πνευματικές επιδράσεις [0-100]	3,4	2,2	2	3	5

Μέσα στις αγκύλες καταγράφεται το εύρος τιμών των αντίστοιχων βαθμολογιών

Πίνακας 4. Σχέση (p-value) μεταξύ κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων και κλιμάκων CD-RIDK/ OLBI

Μεταβλητή	CD-RISK	OLBI
Φύλο	0,823	0,251
Ηλικία	0,852	0,093
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,692	0,359
Εξαρτώμενα παιδιά	0,484	0,493
Ώρες εργασίας	0,474	0,439
Διάρκεια επαγγελματικής δραστηριότητας με αιτούντες άσυλο	0,494	0,302
Εμπειρία στη διαχείριση καταστροφών και καταστάσεων έκτακτης ανάγκης	0,447	0,455
Αποδοχές	0,268	0,674
Χρόνιο νόσημα	0,568	0,809

4. Συζήτηση

Ως προς τη μεταβλητή της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ήταν εν μέρει αναμενόμενα, δείχνοντας μέτρια-υψηλά επίπεδα αυτής στους συμμετέχοντες εργαζόμενους πεδίου. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην άμεση επαφή των εργαζομένων αυτών με τον ανθρώπινο πόνο και το τραύμα, γεγονός που τους καθιστά ιδιαίτερα ευάλωτους στην εξουθένωση.

Ωστόσο, τα μέτρια-υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες σε πρόσφυγες δεν έχουν εντοπιστεί σε αντίστοιχους πληθυσμούς. Ειδικότερα, οι Mette et al. (2020) εντόπισαν χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε εργαζόμενους πεδίου στη Γερμανία. Αυτή η διαφοροποίηση, επομένως, μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η Ελλάδα αποτελεί μία εκ των κύριων χωρών εισόδου προσφύγων στην Ευρώπη, και, ως εκ τούτου, οι εργαζόμενοι στη χώρα αλλά κυρίως στα νησιά βρίσκονται κυριολεκτικά στην «πρώτη γραμμή» του προσφυγικού ζητήματος στην Ευρώπη. Έτσι, οι εργαζόμενοι σε δομές υποδοχής της Ελλάδας έρχονται άμεσα αντιμέτωποι με το τραύμα, τον ξεριζωμό και τον προσφυγικό πόνο και, συνεπώς, είναι αναμενόμενο να βιώνουν ισχυρότερη ψυχολογική επιβάρυνση.

Με βάση προηγούμενες έρευνες στην Ελλάδα, όπως αυτή των Chatzea et al. (2017), θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν ήταν τόσο υψηλό όσο αναμενόταν. Αυτό, μεταξύ άλλων, μπορεί να οφείλεται σε άλλους παράγοντες που μπορούν να δρουν προστατευτικά ως προς αυτή. Τέτοιοι παράγοντες, όπως έχουν εντοπιστεί σε αντίστοιχες έρευνες, μπορεί, μεταξύ άλλων, να είναι η εποπτεία, οι εργασιακοί πόροι, η υποστήριξη και η θετική νοηματοδότηση της εργασίας [28], καθώς και η ιδιαίτερα σημαντική μεταβλητή της ικανοποίησης συμπόνιας των επαγγελματιών, η οποία σχετίζεται τόσο με την ικανότητά τους να είναι αποτελεσματικοί όσο και με την καλή σωματική και ψυχική τους υγεία, και έχει φανεί πως μπορεί να δράσει ενισχυτικά προς την ανθεκτικότητα και προστατευτικά απέναντι στην εξουθένωση [29].

Τα δεδομένα της παρούσας έρευνας έδειξαν υψηλά επίπεδα της ψυχικής ανθεκτικότητας μεταξύ των συμμετεχόντων, επομένως, μπορεί, πράγματι, να λειτούργησε προστατευτικά απέναντι στην επιβάρυνση των επαγγελματιών αυτών. Η στατιστικώς σημαντική αρνητική σχέση της ανθεκτικότητας με την επαγγελματική εξουθένωση, που εντοπίστηκε στην παρούσα έρευνα, έρχεται σε συμφωνία με σειρά προηγούμενων δεδομένων τα οποία καταδεικνύουν την προστατευτική αξία της ανθεκτικότητας ως προς την επαγγελματική εξουθένωση [26]. Καθώς, λοιπόν, εντοπίστηκε σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών, θα παρουσίαζε ιδιαίτερο ενδιαφέρον η πολυεπίπεδη μελέτη αυτής και η προσπάθεια εξαγωγής συμπερασμάτων για τις ενδεχόμενες αιτιολογικές σχέσεις ή ακόμη και την ύπαρξη άλλων, διαμεσολαβητικών ή ρυθμιστικών μεταβλητών. Όπως έχει υποστηριχθεί και σε αντίστοιχες έρευνες, ειδικότερα, υπάρχει ενδεχόμενη συσχέτιση μεταξύ αυτών και της ενσυναίσθησης [30].

Η απουσία σχέσης της εξουθένωσης και της ανθεκτικότητας με τις κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές δείχνει την αναγκαιότητα για έρευνα και δημιουργία νέων μοντέλων που θα εξηγούν, τόσο τη σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών όσο και καθαυτά τα επίπεδά τους σε συγκεκριμένους πληθυσμούς. Η προσέγγιση των εν λόγω μεταβλητών θα πρέπει να είναι πολυδιάστατη και κοινωνικά ενημερωμένη, δηλαδή να μελετά τις

πολυεπίπεδες σχέσεις μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών μεταβλητών, καθώς και να λαμβάνει σοβαρά υπόψη το εκάστοτε κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο διεξάγεται η έρευνα, τις ιδιαιτερότητες και τις δυναμικές αυτού.

Η παρούσα ήταν μία διαδικτυακή έρευνα, και επομένως δεν ήταν δυνατή η διασφάλιση της ταυτότητας των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, δηλαδή εάν, πράγματι, πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής στη μελέτη. Ταυτόχρονα, η αυτο-αναφορικότητα των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν αποτελεί σημαντικό περιορισμό της έρευνας, γενικά, καθώς υπάρχει η πιθανότητα οι συμμετέχοντες να απάντησαν ψευδώς ή με τρόπο που οι ίδιοι θεωρούσαν κοινωνικά αποδεκτό και αναμενόμενο. Ακόμη, ως προς τον ερευνητικό σχεδιασμό, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το γεγονός πως η παρούσα είναι μία συγχρονική μελέτη, στερεί τη δυνατότητα εξαγωγής συμπερασμάτων για τις αιτιακές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών, γεγονός που δυσχεραίνει την κατανόηση των πραγματικών σχέσεων μεταξύ τους. Τέλος, ένας σημαντικός περιορισμός αφορά τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα αυτά είναι δύσκολο να γενικευτούν στο σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού, δηλαδή των εργαζομένων που εξυπηρετούν αιτούντες άσυλο και πρόσφυγες σε δομές υποδοχής και φιλοξενίας, καθώς το ερευνητικό δείγμα ήταν μικρό σε σχέση με τον συνολικό αριθμό των εργαζομένων, ενώ η δειγματοληψία έγινε με ευκαιριακή και όχι τυχαιοποιημένη διαδικασία.

Αντλώντας από τα αποτελέσματα καθώς και από τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας, θα μπορούσαν να διατυπωθούν ορισμένες προτάσεις για τη βελτίωση της μελλοντικής έρευνας σχετικά με τις μεταβλητές της ψυχικής ανθεκτικότητας και της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες που προσφέρουν υπηρεσίες σε αιτούντες άσυλο σε κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης και κέντρα φιλοξενίας στην Ελλάδα. Αρχικά, προτείνεται η πολυεπίπεδη μελέτη των παραγόντων αυτών που μπορεί να σχετίζονται και να εξηγούν τη σχέση ανάμεσα στις δύο κύριες μεταβλητές, δεδομένου ότι η υπάρχουσα βιβλιογραφία αδυνατεί συστηματικά να εξαγάγει σαφή συμπεράσματα για τη σχέση και την επιρροή των κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών. Θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον η μελέτη ατομικών συναισθηματικών παραγόντων, καθώς και η επικέντρωση στους οργανωσιακούς παράγοντες που μπορούν να δράσουν ενισχυτικά ή κατασταλτικά απέναντι στις δύο αυτές μεταβλητές. Στο σημείο αυτό θα ήταν χρήσιμη και η διεξαγωγή διαχρονικών μελετών, οι οποίες θα δώσουν πιο ξεκάθαρα στοιχεία για τις αιτιακές σχέσεις μεταξύ των δύο αυτών αλλά και άλλων μεταβλητών. Επιπλέον, θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον η σύγκριση των μετρήσεων των εν λόγω μεταβλητών μεταξύ των εργαζομένων στα ΚΥΤ και στις δομές φιλοξενίας προσφύγων/μεταναστών, στο αν δηλαδή εντοπίζονται ομοιότητες ή διαφορές σε σχέση με τις υπό εξέταση μεταβλητές.

Επιπλέον, δεδομένου ότι η έρευνα στην Ελλάδα είναι ακόμη σε πρώιμο στάδιο, θα είχε σημασία και η διεξαγωγή ποιοτικών ερευνών για τη μελέτη του βιώματος των εργαζομένων πεδίων στη χώρα και η οποία μπορεί να οδηγήσει στην κατασκευή νέων εργαλείων και στη βελτίωση των υπαρχόντων. Ταυτόχρονα, σημαντική είναι η μελέτη των οργανωσιακών αυτών παραγόντων που σχετίζονται με την ανθεκτικότητα και την εξουθένωση. Αυτό θα ήταν σημαντικό, καθώς τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών θα μπορούσαν να δώσουν σημαντικά στοιχεία για τη βελτίωση του συστήματος, των συνθηκών εργασίας των επαγγελματιών πεδίου καθώς και για τον σχεδιασμό των κατάλληλων παρεμβάσεων για την ενίσχυση της ψυχικής τους ανθεκτικότητας και την αποφυγή ή καταπολέμηση της επαγγελματικής τους εξουθένωσης. Η μελλοντική έρευνα, τέλος, είναι σημαντικό να γίνεται με γνώμονα την υποστήριξη των επαγγελματιών πεδίου, με τα αποτελέσματά της να είναι αξιοποιήσιμα προς την κατεύθυνση αυτή. Άλλωστε, δεν θα πρέπει να λησμονείται ότι οι επαγγελματίες αυτοί είναι ιδιαίτερα σημαντικοί στην προσπάθεια διαχείρισης του προσφυγικού ζητήματος, αποτελούν πρόσωπα αναφοράς και βρίσκονται στην πρώτη γραμμή επαφής της Ευρώπης με τον πόνο και το τραύμα των ανθρώπων που φέρουν μαζί τους μόνο την ελπίδα για καλύτερες συνθήκες διαβίωσης.

Comparative study of mental resilience and burnout syndrome of field workers providing services to asylum seekers in reception and identification centers and refugee camps in Greece

Evanggelia Motska[1], (Supervisor) Archontoula (Diane) Charila[2]
[1] Master's Degree in Health Promotion and Education
[2] EDIP, Department of Psychology, EKPA

Abstract
The purpose of this study is to investigate mental resilience and burnout in field professionals serving asylum seekers in reception and identification centers as well as accommodation centers in Greece. At the same time, the aim is to study the relationship of these variables with a number of socio-demographic factors, such as gender, age, educational level, the existence or absence of dependent children, working hours, the duration of the period of employment with refugees, training in crisis management, monthly earnings as well as the existence or absence of a chronic disease. Three questionnaires were used for the study: a) Socio-demographic data, b) Connor-Davidson Mental Resilience Scale (CD-RISC) and c) Oldenburg Burnout Questionnaire (OLBI). The sample of the study consisted of 118 workers in hotspots and shelters in Greece. The findings showed that the workers surveyed had high levels of mental resilience and moderately high levels of burnout. However, no statistically significant links were found between mental resilience and burnout with the socio-demographic factors studied. The approach to these factors should be multidimensional and socially informed, i.e. to study the multilevel relationships between internal and external variables as well as to take into account the socio-cultural context in which the research is carried out, its particularities and dynamics.

Keywords: mental resilience, burnout, asylum seekers, refugees

---

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Βιβλιογραφία

[1] UNCHR, Operational Portal, Mediterranean Situation: Greece, available from: https://bit.ly/3qQJs0K.
[2] IOM, Supporting the Greek Authorities in Managing the National Reception System for Asylum Seekers and Vulnerable Migrants (SMS), Δεκέμβριος 2021, διαθέσιμο στο: https://bit.ly/3uf4jwP.
[3] SACCO TL, COPEL LC. Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. Nurs Forum. 2018; 53: 76-83.
[4] Splevins KA, Cohen K, Joseph S, Murray C, Bowley J. Vicarious posttraumatic growth among interpreters. Qual Health Res. 2010 Dec; 20(12): 1705-16. doi: 10.1177/1049732310377457. Epub 2010 Jul 27. PMID: 20663936.
[5] Gemignani M, Giliberto M. Constructions of burnout, identity, and self-care in professionals working toward the psychosocial care of refugees and asylum seekers in Italy. https://doi.org/101080/1072053720191700853 [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 24];34(1):56–78. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10720537.2019.1700853
[6] Akinsulure-Smith AM, Espinosa A, Chu T, Hallock R. Secondary Traumatic Stress and Burnout Among Refugee Resettlement Workers: The Role of Coping and Emotional Intelligence. J Trauma Stress [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2022 Apr 24]; 31(2): 202-12. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29669182/
[7] Jobst E, Gall C, Eiche C, Birkholz T, Prottengeier J. Do good, stay well. Well-being and work satisfaction among German refugee helpers: A national cross-sectional study. PLoS One [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2022 Apr 24]; 13(12): e0209697. Available from: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0209697
[8] Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. In: Annals of the New York Academy of Sciences. Blackwell Publishing Inc.; 2006. p. 1-12.
[9] Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Vol. 71, Child Development. NIH Public Access; 2000. p. 543-62.
[10] Furlong MJ, Ritchey KM, O'Brennan LM. Developing Norms for the California Resilience Youth Development Module: Internal Assets and school Resources subscales. Calif Sch Psychol [Internet]. 2009 Jan [cited 2022 Apr 23]; 14(1): 35-46. Available from: /record/2010-16795-004
[11] Mallon J. Returning to Education after Care: Protective Factors in the Development of Resilience: http://dx.doi.org/101177/030857590703100115 [Internet]. 2016 Jun 24 [cited 2022 Apr 23]; 31(1): 106-17. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/030857590703100115
[12] Morrison GM, Brown M, D'Incau B, O'Farrell SL, Furlong, MJ. Understanding resilience in educational trajectories: Implications for protective possibilities. Psychology in the Schools. 2006; 43(1): 19-31. doi: 10.1002/pits.20126.
[13] Hjemdal O. Measuring protective factors: The development of two resilience scales in Norway. Child and Adolescent psychiatric clinics of North America. 2007; 16(2), 303-321. doi: 10.1016/j.chc.2006.12.003.
[14] Fergus S, Zimmerman MA. Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. Annu Rev Public Health [Internet]. 2005 [cited 2022 Apr 23]; 26: 399-419. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15760295/.
[15] Masten AS, Obradovic J. Disaster preparation and recovery: Lessons from research on resilience in human development. Ecol Soc. 2008; 13(1).
[16] Wulff K, Donato D, Lurie N. What is health resilience and how can we build it? Annu Rev Public Health [Internet]. 2015 Mar 18 [cited 2022 Apr 23]; 36: 361-74. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25581148/.
[17] Freudenberger HJ. The staff burn out syndrome in alternative institutions. Psychotherapy [Internet]. 1975 [cited 2022 Apr 23]; 12(1): 73-82. Available from: /record/1976-10574-001.
[18] Garrosa E, Rainho C, Moreno-Jiménez B, Monteiro MJ. The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: a correlational study at two time points. Int J Nurs Stud [Internet]. 2010 Feb [cited 2022 Apr 23]; 47(2): 205-15. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19596324/.
[19] Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981; 2(2): 99-113.
[20] Cordes CL, Dougherty TW. A Review and an Integration of Research on Job Burnout. Acad Manag Rev. 1993 Oct; 18(4): 621.
[21] Demerouti E, Nachreiner F, Bakker AB, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. J Appl Psychol [Internet]. 2001 [cited 2022 Apr 23]; 86(3): 499-512. Available from: /record/2001-06715-012.
[22] Halbesleben JRB, Demerouti E. The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. Work Stress [Internet]. 2005 Jul [cited 2022 Apr 23]; 19(3): 208-20. Available from: /record/2005-15347-003.
[23] McGeary CA, McGeary DD. Occupational burnout. Handb Occup Heal Wellness [Internet]. 2012 Jan 1 [cited 2022 Apr 23]; 181-200. Available from: /record/2013-00892-009.
[24] Chatzea VE, Sifaki-Pistolla D, Vlachaki SA, Melidoniotis E, Pistolla G. PTSD, burnout and well-being among rescue workers: Seeking to understand the impact of the European refugee crisis on rescuers. Psychiatry Res [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2022 Apr 24]; 262: 446-51. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28923435/.
[25] Savaya R, Bartov Y, Melamed S, Altschuler D. Predictors of Perceived Changes by Service Users: Working Alliance, Hope, and Burnout. Soc Work Res [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2022 Apr 24]; 40(3): 183-91. Available from: https://academic.oup.com/swr/article/40/3/183/2223619.
[26] Ahern N, Kiehl E, Lou Sole M, Byers J. A review of instruments measuring resilience. Vol. 29, Comprehensive Child and Adolescent Nursing. Taylor and Francis Ltd. 2006; p. 103-25.
[27] Robinson K. Supervision found wanting: Experiences of health and social workers in non-government organisations working with refugees and asylum seekers. Practice. 2013; 25(2), 87-103.
[28] Mavratza T, Adamakidou T, Apostolara P, Fasoi G, Mantzorou M, Mantoudi A, Drakopoulou M, Misouridou E. Professional Quality of Life in Greek Health Professionals Working with Refugees and Migrants. Materia Socio-Medica. 2021; 33(2), 94-99. doi: 10.5455/msm.2021.33.94-99.
[29] Gito M, Ihara H, Ogata H. The relationship of resilience, hardiness, depression and burnout among Japanese psychiatric hospital nurses. Journal of Nursing Education and Practice. 2013; 3(11). doi: 10.5430/jnep.v3n11p12.
[30] Montero-Marin J, Tops M, Manzanera R, Piva Demarzo MM, Alvarez de Mon M, García-Campayo J. Mindfulness, resilience, and burnout subtypes in primary care physicians: The possible mediating role of positive and negative affect. Frontiers in psychology. 2015; 6: 1895. doi:10.3389/fpsyg.2015.01895.

ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Γνωσιακές – Συμπεριφοριστικές Θεραπείες

Επιστημονική επιμέλεια: Windy Dryden
Επιστημονική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Αικατερίνη Κούτρα, Μτφρ.: Χαρά Κοκκίνου

Το πρωτότυπο αγγλικό σύγγραμμα εκδόθηκε το 2012, υπό την επιστημονική επιμέλεια του Windy Dryden, εκπαιδευμένου στη Λογικοθυμική Συμπεριφοριστική Θεραπεία. Αποτελεί έναν συλλογικό τόμο, όπου όλα τα αυτοτελή του κεφάλαια είναι γραμμένα από Βρετανούς συγγραφείς, γεγονός που αναδεικνύει τη σημαντική εξέλιξη που γνωρίζει η ΓΣΘ τις τελευταίες δεκαετίες στη Βρετανία. Κάθε συγγραφέας εφαρμόζει κλινικά επί σειρά ετών την προσέγγιση που περιγράφει. Η ελληνική έκδοση κυκλοφόρησε το 2020 από τις εκδόσεις Πεδίο και την επιστημονική επιμέλεια ανέλαβε η Αικατερίνη Κούτρα, ενώ τη μετάφραση η Χαρά Κοκκίνου.

Το βιβλίο αποτελείται συνολικά από δώδεκα κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο πραγματεύεται την ιστορική αναδρομή της ΓΣΘ στη Βρετανία και τις παρούσες συνθήκες και εξελίξεις. Τα επόμενα δέκα κεφάλαια αφορούν διαφορετικές προσεγγίσεις της ΓΣΘ, συμπεριλαμβανομένων των προσεγγίσεων του 3ου κύματος (π.χ. Θεραπεία Αποδοχής & Δέσμευσης, Γνωσιακή Θεραπεία βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα κ.ά.), ενώ το τελευταίο κεφάλαιο αφορά τη δια-διαγνωστική προσέγγιση στη ΓΣΘ και την εφαρμογή της στα άτομα, ανεξαρτήτως κλινικής διάγνωσης.

Όλα τα κεφάλαια που αφορούν τις διαφορετικές ΓΣΘ προσεγγίσεις ακολουθούν μια ιδιαίτερα χρήσιμη δομή. Ξεκινούν με την ιστορική εξέλιξη κάθε προσέγγισης, το θεωρητικό της υπόβαθρο και τα πλαίσια εφαρμογής της. Έπειτα αναφέρονται οι βασικές πρακτικές εφαρμογές, η σχέση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου και οι κύριες θεραπευτικές στρατηγικές και τεχνικές της κάθε προσέγγισης. Εν συνεχεία, οι συγγραφείς αναφέρουν κάποια εμπόδια που παρουσιάστηκαν κατά τη θεραπευτική διαδικασία και τρόπους με τους οποίους τα αντιμετώπισαν. Στο τέλος κάθε κεφαλαίου υπάρχει η αντίστοιχη με την προσέγγιση μελέτη περίπτωσης και ερευνητικά δεδομένα για την εφαρμογή της προσέγγισης αυτής. Επιπρόσθετα, πέραν των βιβλιογραφικών αναφορών, ο συγγραφέας κάθε κεφαλαίου προτείνει κάποια επιπλέον αναγνώσματα σχετικά με την προσέγγιση που αναλύει.

Το βιβλίο είναι ευανάγνωστο και ευκατανόητο, καθώς έχει γίνει πολύ καλή απόδοσή του στην ελληνική γλώσσα. Διαβάζοντάς το κανείς μπορεί να ενημερωθεί γενικά για τη ΓΣΘ, αλλά και ειδικά για παλαιότερες και νεότερες προσεγγίσεις της. Μπορεί να αποτελέσει έναν χρήσιμο οδηγό για εκπαιδευτικούς και επαγγελματικούς σκοπούς. Ως εκ τούτου, αξίζει η ανάγνωσή του τόσο από φοιτητές που θέλουν να ενημερωθούν για ψυχοθεραπευτικές κατευθύνσεις, και συγκεκριμένες ΓΣΘ προσεγγίσεις, όσο και από επαγγελματίες ψυχικής υγείας που επιθυμούν να διευρύνουν τις γνώσεις και τις κλινικές εφαρμογές τους. Περαιτέρω, προσφέρει πλούσιο υλικό για εποπτικούς σκοπούς.

Νικολέττα Τριάντη
Ψυχολόγος (M.Sc.) – Πιστοποιημένη Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεύτρια

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Προσεγγίσεων σε Παιδιά και Εφήβους

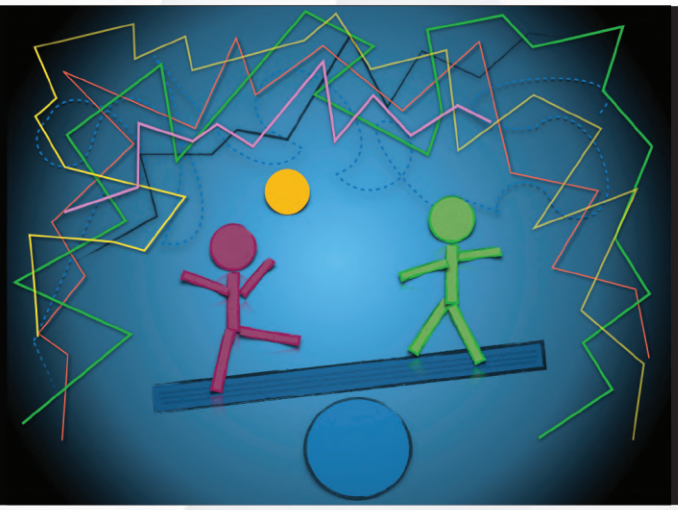
«Σύγχρονες προκλήσεις σε έναν συνεχώς μεταβαλλόμενο κόσμο»

11-12 Μαρτίου 2023

Πάντειο Πανεπιστήμιο

www.childcbt2023.gr

Σε συνεργασία με το Τμήμα Ψυχολογίας της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών



"Ποταμώ ουκ έστιν εμβήναι δις τω αυτώ."

"Δεν μπορείς να μπείς δύο φορές στο ίδιο ποτάμι."

Ηράκλειτος 6ος-5ος π.Χ. αιώνας

Υπό την αιγίδα:

- της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας της Συμπεριφοράς
- της Ιατρικής Σχολής, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Διοργάνωση:

Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς
ΑΣΤΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Τμήμα Θεραπείας Παιδιών και Εφήβων

Χορηγός εντύπων:

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΤΟΠΟΣ

διάζωμα P.C.O: Diazoma Conferences and Events www.diazoma.net