ISSN 2241-9349

# ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ Γνωσιακής - Συμπεριφοριστικής Έρευνας & Θεραπείας

## Hellenic Journal of Cognitive Behavioral Research & Therapy

Τόμος 7 • Τεύχος 1 • Ιανουάριος - Ιούνιος 2021
Volume 7 • No 1 • Janurary - June 201

**Περιεχόμενα**

• Πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα και στρατηγικές αντιμετώπισης στην απόπειρα αυτοκτονίας
• Μέτρηση στίγματος από τον περίγυρο λόγω αναζήτησης βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας σε πληθυσμό φοιτητών
• Η εικόνα σώματος και η γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία στις διαταραχές πρόσληψης τροφής
• Θεραπεία σχημάτων σε παιδιά και εφήβους και παιγνιοθεραπεία
• Αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας στη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών: ανασκόπηση βιβλιογραφίας

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.

**Βαρβέρη, Χ., Κάττουλας, Εμ., Κιοστεράκης, Γ., Λεμονούδη, Μ., Σοφιανοπούλου, Κ.**

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 07 • Τεύχος 01 • Ιανουάριος - Ιούνιος 2021

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

**EDITORIAL**

07 **Σημείωμα της διευθύντριας σύνταξης**
Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

9 **Πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα και στρατηγικές αντιμετώπισης στην απόπειρα αυτοκτονίας**
Λήδα Παλάκα, Ντιάνα Χαρίλα, Λίσσυ Κανελλοπούλου, Μαρία Διαλλυνά, Αγγελική Λιόση

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

19 **Μέτρηση στίγματος από τον περίγυρο λόγω αναζήτησης βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας σε πληθυσμό φοιτητών**
Νικολέττα Τριάντη, Γεώργιος Ευσταθίου, Αλέξανδρος Μουσούρος, Έλλη Κουβαράκη

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

29 **Η εικόνα σώματος και η γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία στις διαταραχές πρόσληψης τροφής**
Αναστασία Σουρέτη, Ιωάννης Μιχόπουλος

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

37 **Θεραπεία σχημάτων σε παιδιά και εφήβους και παιγνιοθεραπεία**
Βασιλική-Μαρία Ρούσσου, Ρόζα Λάιους

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

47 **Αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας στη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών: ανασκόπηση βιβλιογραφίας**
Αικατερίνη Βασιλείου, Μαρία-Ιωάννα Αργυροπούλου

**ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ**

57 **Απελευθερωθείτε από την ΙΨΑΔ – Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή:**
***Ξεπερνώντας την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΑΔ) με Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία (ΓΣΘ)***
Γιάννης Χρυσόπουλος

The Hellenic Journal of Cognitive-Behavioral Research and Therapy

Volume 07 • No 01 • January - June 2021

# CONTENTS

16 **Early Maladaptive Schemas and Coping strategies in people attempting suicide**
Palaka, L., Charila, D., Kanellopoulou, L., Diallina, M., Liosi, A.

27 **Perceived stigma by significant others for seeking psychological services in university students**
Trianti, N., Efstathiou, G., Mousouros, A., Kouvaraki, E.

35 **Body image and cognitive behavioural therapy in eating disorders**
Soureti, A., Michopoulos, I.

44 **Schema therapy in children and adolescents and play-therapy**
Roussou, V.-M., Laious, R.

54 **Effectiveness of cognitive behavioral therapy on internet gaming disorder: a literature review**
Vasileiou, E., Argyropoulou, M.-I.

# Σημείωμα της έκδοσης

# *Editorial*

Αγαπητοί φίλοι και συνάδελφοι,

Με αυτό το πρώτο τεύχος για το 2021 του *Ελληνικού Περιοδικού Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Έρευνας και Θεραπείας* φαίνεται ότι ο στόχος μας για την κυκλοφορία του σε δύο τεύχη τον χρόνο πραγματοποιείται με συνέπεια. Ξαναβρήκαμε, λοιπόν, τον ρυθμό μας, μετά το δυσαναπλήρωτο κενό που άφησε ο θάνατος του Κώστα Ευθυμίου, ιδρυτή και διευθυντή Σύνταξης και Έκδοσης των πρώτων τευχών του περιοδικού.

Έπειτα από την κυκλοφορία δύο ειδικών τευχών, το 2020, έχετε τώρα στα χέρια σας ένα τεύχος με άρθρα διαφορετικής θεματικής που αφορούν έρευνα αλλά και επιστημονικά τεκμηριωμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Έτσι, συνεχίζεται το έργο της πρώτης συντακτικής ομάδας, που ήταν η ανάδειξη ερευνών –και μάλιστα με ελληνικά δεδομένα– και η κριτική συζήτηση νέων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων και προβληματισμών που απασχολούν τη διεθνή βιβλιογραφία.

Το παρόν τεύχος περιλαμβάνει δύο έρευνες και τρεις βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις. Το πρώτο άρθρο διερευνά τη συσχέτιση των Πρώιμων Δυσλειτουργικών Σχημάτων και των Στρατηγικών Αντιμετώπισης σε κλινικό πληθυσμό με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας. Το δεύτερο άρθρο διαπραγματεύεται σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την αναζήτηση εξειδικευμένης ψυχολογικής βοήθειας, όπως είναι το αντιλαμβανόμενο κοινωνικό στίγμα και οι αντιλήψεις στιγματισμού σε φοιτητικό πληθυσμό που δεν παρουσιάζει κλινική ψυχοπαθολογία. Το επόμενο άρθρο εξετάζει βιβλιογραφικά διάφορες γνωσιοσυμπεριφοριστικές παρεμβάσεις που αφορούν τη βελτίωση της εικόνας σώματος σε άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Ακολουθεί ένα άρθρο στο οποίο επιχειρείται η σύνδεση δύο θεραπευτικών μοντέλων, όπως αυτό της Θεραπείας Σχημάτων και της Παιγνιοθεραπείας σε παιδιά και εφήβους. Το τελευταίο άρθρο αφορά την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας σε άτομα με παθολογική ενασχόληση με τα διαδικτυακά παιχνίδια.

Ελπίζουμε ότι τόσο τα ερευνητικά δεδομένα όσο και η κριτική ανάλυση των βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων να φανούν χρήσιμα για την κλινική πράξη, αλλά ταυτόχρονα να αποτελέσουν έναυσμα για νέες έρευνες.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους συγγραφείς και τους κριτές των άρθρων με τη συνδρομή των οποίων διατηρείται το υψηλό επίπεδο της ύλης του περιοδικού μας.

Σας ευχόμαστε καλή ανάγνωση και περιμένουμε ανατροφοδότηση.

Φιλικά,

**Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι**
*Ομότιμη Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, ΕΚΠΑ*
*Διευθύντρια Σύνταξης και Έκδοσης*

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

# Πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα και στρατηγικές αντιμετώπισης στην απόπειρα αυτοκτονίας

**Λήδα Παλάκα[1], Ντιάνα Χαρίλα[1], Λίσσυ Κανελλοπούλου[1], Μαρία Διαλλυνά[2], Αγγελική Διόση[2]**
1. Τμήμα Ψυχολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
2. Ψυχιατρικό Τμήμα, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»

Αλληλογραφία: Λήδα Παλάκα, Ιοφώντος 14, 16121 Αθήνα, Email: lidapalaka_psy@hotmail.com – Τηλέφωνο: 6973304163

**Περίληψη**
Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του ΠΜΣ «Κλινική Ψυχολογία» του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Στόχος της έρευνας είναι να μελετήσει τα Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα (ΠΔΣ) και τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ) σε μία ομάδα ατόμων που έχουν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με μία ομάδα ελέγχου. Η κλινική ομάδα αποτελείται από 34 άτομα που έχουν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας και που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς». Το δείγμα αποτελείται συνολικά από 68 άτομα. Για να διερευνηθούν τα ερωτήματα της έρευνας οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το YSQ-S3 (Young Schema Questionnaire, short version, 3rd edition) –Ερωτηματολόγιο ΠΔΣ του Jeffrey Young, το «Ways of Coping» των Lazarus και Folkman–, το Ερωτηματολόγιο ΣΑΑΚ και ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κλινική ομάδα σημείωσε υψηλότερο μέσο όρο σε 16 από τα 18 ΠΔΣ. Επίσης, σημείωσε υψηλότερο μέσο όρο στη ΣΑΑΚ Ευχολογία/Ονειροπόληση, ενώ στη στρατηγική Θετική Προσέγγιση χαμηλότερο. Από τη λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης προέκυψε ότι δύο ΠΔΣ (Ελαττωματικότητα/Ντροπή και Εξάρτηση/Ανικανότητα), καθώς και η κατηγορία Αποσύνδεση/Απόρριψη, μπορούν να προβλέψουν την απόπειρα αυτοκτονίας. Από τη διακριτική ανάλυση προέκυψε ότι τέσσερα ΠΔΣ και δύο ΣΑΑΚ μπορούν να διακρίνουν τις ομάδες. Τα ευρήματα της έρευνας βοηθούν στην κατανόηση του γνωστικού μοτίβου και των στρατηγικών αντιμετώπισης που σχετίζονται με την απόπειρα αυτοκτονίας. Οι περιορισμοί της έρευνας (μικρό δείγμα, άτομα από ένα νοσοκομείο, σύγκριση με μη κλινική ομάδα) συνιστούν επιφυλακτικότητα ως προς τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

**Λέξεις-κλειδιά:** απόπειρα αυτοκτονίας, αυτοκτονία, πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα, στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (coping)

## 1. Εισαγωγή

Η απόπειρα αυτοκτονίας αναφέρεται στην εμπλοκή σε μία αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, κατά την οποία υπάρχει πιθανότητα θανάτου με πρόθεση, ως αποτέλεσμα αυτής της συμπεριφοράς [1]. Η αυτοκτονία είναι η 14η αιτία θανάτου παγκοσμίως, υπεύθυνη για το 1,5% των θανάτων [2, 3]. Οι απόπειρες αυτοκτονίας υπολογίζονται σε 25.000 τον χρόνο, ενώ τα άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό σε 140.000.000 παγκοσμίως [4]. Στην Ελλάδα, το ποσοστό των θανάτων από αυτοκτονία είναι 5% ανά 100.000 κατοίκους, κατατάσσοντας την Ελλάδα στις χώρες της Ευρώπης με χαμηλή επικράτηση [5]. Σύμφωνα με μία 12μηνη επιδημιολογική έρευνα του WHO (2016), το ποσοστό των απόπειρών αυτοκτονίας στα ανεπτυγμένα και στα αναπτυσσόμενα κράτη είναι 0,3% και 0,4% αντίστοιχα [6]. Η απόπειρα αυτοκτονίας μπορεί να κατανοηθεί μέσα από το μοντέλο στρες-ευαλωτότητας, καθώς αρκετοί παράγοντες αλληλεπιδρούν [1]. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν στρεσογόνα γεγονότα ζωής και απώλειες, καταστάσεις κρίσης, χρόνιες ασθένειες και γενικότερα προβλήματα υγείας, ιστορικό σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία, ιστορικό αυτοκτονίας και ψυχιατρικό ιστορικό στην οικογένεια, ψυχικές διαταραχές και ιστορικό προηγούμενων αποπειρών, παρορμητικές και επιθετικές τάσεις, πρόσβαση σε θανατηφόρα μέσα (π.χ. όπλα στο σπίτι), απελπισία και κοινωνική απομόνωση, μη αναζήτηση βοήθειας και υποστήριξης από δομές ψυχικής υγείας [4, 1]. Από την άλλη μεριά, οι δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, το εσωτερικό κέντρο ελέγχου και η κοινωνική σύνδεση είναι σημαντικοί προστατευτικοί παράγοντες [7, 8].

Αρκετοί ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να ληφθούν υπόψη για την κατανόηση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς.



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Η διερεύνηση του γνωστικού μοτίβου ασθενών με απόπειρα αυτοκτονίας θα παρείχε μια μεγαλύτερη κατανόηση της απόπειρας αυτοκτονίας. Οι πεποιθήσεις του ατόμου και η ευαλωτότητά του, σε συνδυασμό με την απελπισία και με την αίσθηση ότι το άτομο δεν μπορεί να υπομείνει την κατάσταση, μπορεί να οδηγήσει στην απόπειρα αυτοκτονίας [9].

Σύμφωνα με τον Lazarus (1991), η προσωπική νοηματοδότηση ενός γεγονότος επηρεάζεται από τις πεποιθήσεις και τους στόχους του ατόμου, οι οποίες (πεποιθήσεις) ενεργοποιούνται από συγκεκριμένα ερεθίσματα. Οι γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες και οι στρατηγικές (coping) που το άτομο υιοθετεί για να αντιμετωπίσει μια στρεσογόνο κατάσταση οδηγούνται από τις πεποιθήσεις και τις εκτιμήσεις σχετικά με ένα στρεσογόνο γεγονός (π.χ. μία απώλεια) [10]. Σύμφωνα με έρευνες, η αδυναμία εύρεσης λύσεων στα προβλήματα και η έλλειψη στρατηγικών αντιμετώπισης είναι ένα χαρακτηριστικό των ατόμων που κάνουν απόπειρα. Πιο συγκεκριμένα, η απόπειρα αυτοκτονίας σχετίζεται με μη αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης [11] και τα άτομα με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας χρησιμοποιούν λιγότερο στρατηγικές που έχουν στόχο την επίλυση του προβλήματος ή την εύρεση λύσεων [12], υποδηλώνοντας ελλείμματα στην αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων [13]. Οι δυσλειτουργικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ), όπως η αποφυγή, η άρνηση και η μη ενεργός αντιμετώπιση του προβλήματος, η δυσκολία στην εύρεση εναλλακτικών λύσεων, η ευχολογία, ο προληπτικός τρόπος σκέψης, η επικέντρωση στο συναίσθημα και στην έκφρασή του, η παρορμητικότητα, η χρήση ουσιών και το κάπνισμα συνδέονται με την απόπειρα αυτοκτονίας [4, 14, 15].

Το μοντέλο της θεωρίας Σχημάτων του Young (1995, 2003), το οποίο επεκτείνει τη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεωρία, δίνει έμφαση στα σχήματα, τα οποία επηρεάζουν τις συμπεριφορικές αντιδράσεις του ατόμου [16, 17]. Το Πρώιμο Δυσλειτουργικό Σχήμα (ΠΔΣ) θεωρείται ένα ευρύ μοτίβο αποτελούμενο από γνωσίες, συναισθήματα και μνήμες, το οποίο έχει δημιουργηθεί κατά την παιδική, εφηβική ηλικία από την αλληλεπίδραση ατόμου-γενετικής προδιάθεσης, καθώς και των εμπειριών που το άτομο έχει στο περιβάλλον του [16, 18]. Σύμφωνα με τον Young (1995, 2003), τα ΠΔΣ δημιουργούνται από τραυματικές εμπειρίες και από ανεκπλήρωτες συναισθηματικές ανάγκες. Ο Young (2003) διατυπώνει ότι υπάρχουν 18 ΠΔΣ τα οποία έχουν ταξινομηθεί σε πέντε κατηγορίες σχημάτων με βάση τις ακάλυπτες συναισθηματικές ανάγκες. Οι κατηγορίες είναι οι ακόλουθες: Κατηγορία I: Αποσύνδεση (Disconnection) και Απόρριψη (Rejection)· Κατηγορία II: Ανεπαρκής Αυτονομία και Επίδοση (Impaired Autonomy and Performance)· Κατηγορία III: Ανεπαρκή Όρια (Impaired Limits)· Κατηγορία IV: Προσανατολισμός στους Άλλους (Other-Directedness)· Κατηγορία V: Υπεραγρύπνηση και Αναστολή (Over vigilance and Inhibition). Τα σχήματα θα μπορούσαν να θεωρηθούν μια μεταβλητή για την κατανόηση τόσο των στρατηγικών αντιμετώπισης όσο και της απόπειρας αυτοκτονίας [17, 18].

Έρευνες έχουν δείξει ότι τα ΠΔΣ σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία και με συγκεκριμένα συμπτώματα [19, 20] και μπορούν να προβλέψουν την ομάδα στην οποία ανήκει κάποιος, κλινική ή μη κλινική [21]. Έρευνες έχουν μελετήσει τα ΠΔΣ στην κατάθλιψη [22, 23], στις διαταραχές προσωπικότητας [24, 25, 26], στη χρήση ουσιών [27], στις διαταραχές πρόσληψης τροφής [28] [29] και στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά [30].

Αναφορικά με τη σχέση ΠΔΣ και απόπειρας αυτοκτονίας δεν υπάρχουν πολλές έρευνες, αλλά, σύμφωνα με τις διαθέσιμες, τα άτομα με απόπειρα αυτοκτονίας έχουν υψηλότερο μέσο όρο σε όλα τα ΠΔΣ σε σύγκριση με δείγμα της κοινότητας [31, 32, 33, 34]. Τα ΠΔΣ σχετίζονται με την απόπειρα αυτοκτονίας [31] και επίσης αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα για την απόπειρα αυτοκτονίας [33].

Σύμφωνα με τα ευρήματα των προηγούμενων ερευνών, διατυπώνονται οι εξής ερευνητικές υποθέσεις: η πρώτη ερευνητική υπόθεση είναι ότι οι ασθενείς με απόπειρα αυτοκτονίας θα έχουν υψηλότερο μέσο όρο στα ΠΔΣ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου [31, 32, 33, 34]. Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση είναι ότι τα άτομα με απόπειρα αυτοκτονίας χρησιμοποιούν λιγότερο ενεργητικές στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος και αναμένεται ότι χρησιμοποιούν περισσότερο στρατηγικές αποφυγής, ευχολογίας/ονειροπόλησης και δεν αναζητούν κοινωνική υποστήριξη [11, 12, 15], σύμφωνα με τον διαχωρισμό των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που βασίζεται στο μοντέλο των Lazarus και Folkman (1984).

## 2. Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει τα Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα (ΠΔΣ) και τις κατηγορίες των ΠΔΣ, καθώς και τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ) σε άτομα που έχουν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επίσης, η εργασία στοχεύει να διερευνήσει εάν η απόπειρα αυτοκτονίας μπορεί να προβλεφθεί από τα ΠΔΣ ή τις κατηγορίες των ΠΔΣ. Τέλος, η εργασία σκοπεύει να διερευνήσει εάν τα ΠΔΣ και οι ΣΑΑΚ μπορούν να προβλέψουν την ομάδα κατάταξης (κλινική ή ομάδα ελέγχου).

## 3. Μέθοδος

### *3.1. Δείγμα*

Στην έρευνα έλαβαν μέρος συνολικά 68 συμμετέχοντες (n = 68), εκ των οποίων οι 34 (50%) ήταν άτομα που διέπραξαν απόπειρα αυτοκτονίας (κλινική ομάδα) και 34 (50%) τυχαίο δείγμα από τον γενικό πληθυσμό (ομάδα ελέγχου).

Από το συνολικό δείγμα, οι 16 (23,5%) είναι άνδρες και οι 52 (76,5%) είναι γυναίκες. Στην κλινική ομάδα (n = 34) και στην ομάδα ελέγχου (n = 34) οι 8 συμμετέχοντες (23,5%) είναι άνδρες και οι 26 (76,5%) είναι γυναίκες.

Στην κλινική ομάδα το ηλικιακό εύρος όπου παρουσιάστηκε με μεγαλύτερη συχνότητα η απόπειρα αυτοκτονίας είναι τα 18-25 έτη, στο οποίο βρίσκονται 8 συμμετέχοντες (23,5%), στη συνέχεια 50-55 έτη, στο οποίο βρίσκονται 7 συμμετέχοντες (20,6%) και, τέλος, 40-45 έτη, στο οποίο βρίσκονται 5 συμμετέχοντες (14,7%). Αναφορικά με την εθνικότητα στην κλινική ομάδα, 28 συμμετέχοντες (82,4%) έχουν ελληνική εθνικότητα και 6 (17,6%) έχουν άλλη εθνικότητα, ενώ στην ομάδα ελέγχου και οι 34 συμμετέχοντες (100%) έχουν ελληνική εθνικότητα. Όσον αφορά το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, στην κλινική ομάδα 14 συμμετέχοντες (41,2%) απάντησαν πως έχουν χαμηλό επίπεδο, 17 (50%) μέτριο και 3 (8,8%) υψηλό. Στην ομάδα ελέγχου 5 συμμετέχοντες (14,7%) έχουν χαμηλό επίπεδο και 29 (85,3%) μέτριο. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται επιπλέον δημογραφικά στοιχεία του συνολικού δείγματος.

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία του κλινικού δείγματος. Επιπλέον, όσον αφορά τον τόπο δια-

μονής, στην κλινική ομάδα 6 συμμετέχοντες (17,6%) διαμένουν μόνοι τους, 4 (11,8%) με τον/τη σύντροφο, 11 (32,4%) με τον/τη σύζυγο, 9 (26,5%) με τους γονείς τους και 4 (11,8%) με συγγενείς. Στην ομάδα ελέγχου 5 συμμετέχοντες (14,7%) διαμένουν μόνοι τους, 3 (8,8%) με τον/τη σύντροφο, 12 (35,3%) με τον/τη σύζυγο, 8 (23,5%) με τους γονείς τους και 6 (17,6%) με συγγενείς.

**Πίνακας 1.** Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των δημογραφικών του συνολικού δείγματος

| | Απόλυτη Συχνότητα | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Συχνότητα |
|---|---|---|---|
| **Δείγμα** | | | |
| Κλινικό | 34 | 50% | 50% |
| Μη Κλινικό | 34 | 50% | 100% |
| **Φύλο** | | | |
| Άνδρας | 16 | 23,5% | 23,5% |
| Γυναίκα | 52 | 76,5% | 100% |
| **Ηλικία** | | | |
| 18-25 | 15 | 22,1% | 22,1% |
| 26-35 | 12 | 17,7% | 39,7% |
| 36-45 | 16 | 23,5% | 63,2% |
| 46-55 | 16 | 23,5% | 86,8% |
| 56-60 | 7 | 10,3% | 97,1% |
| ➢ 60 | 2 | 2,9% | 100% |
| **Οικογενειακή Κατάσταση** | | | |
| Άγαμος | 21 | 30,9% | 30,9% |
| Σε σχέση | 10 | 14,7% | 45,6% |
| Έγγαμος | 22 | 32,4% | 77,9% |
| Σε διάσταση | 2 | 2,9% | 80,9% |
| Διαζευγμένος/η | 9 | 13,2% | 94,1% |
| Χήρος/α | 4 | 5,9% | 100% |
| **Μορφωτικό Επίπεδο** | | | |
| Δημοτικό | 3 | 4,4% | 4,4% |
| Γυμνάσιο | 3 | 4,4% | 8,8% |
| Λύκειο | 24 | 35,3% | 44,1% |
| Φοιτητής ΑΕΙ/ΤΕΙ | 8 | 11,8% | 55,9% |
| Ανώτερη Σχολή | 15 | 22,1% | 77,9% |
| Μεταπτυχιακό | 13 | 19,1% | 97,1% |
| **Εργασιακή Κατάσταση** | 2 | 2,9% | 100% |
| Εργασία | 39 | 57,4% | 57% |
| Ανεργία | 29 | 42,6% | 100% |

**Πίνακας 2.** Περιγραφικά του κλινικού δείγματος

| | Απόλυτη Συχνότητα | Σχετική Συχνότητα |
|---|---|---|
| **Δείγμα** | | |
| Κλινικό | 34 | 50% |
| **Φύλο** | | |
| Άνδρας | 8 | 23,5% |
| Γυναίκα | 26 | 76,5% |
| **Ηλικία** | | |
| 18-25 | 8 | 23,5% |
| 26-35 | 6 | 17,7% |
| 36-45 | 6 | 17,7% |
| 46-55 | 10 | 23,5% |
| 56-60 | 3 | 10,3% |
| ➢ 60 | 1 | 2,9% |
| **Οικογενειακή Κατάσταση** | | |
| Άγαμος | 12 | 35,3% |
| Σε σχέση | 4 | 11,8% |
| Έγγαμος | 10 | 29,4% |
| Σε διάσταση | 1 | 2,9% |
| Διαζευγμένος/η | 5 | 14,7% |
| Χήρος/α | 2 | 5,9% |
| **Μορφωτικό Επίπεδο** | | |
| Δημοτικό | 3 | 4,4% |
| Γυμνάσιο | 3 | 4,4% |
| Λύκειο | 24 | 35,3% |
| Φοιτητής ΑΕΙ/ΤΕΙ | 8 | 11,8% |
| Ανώτερη Σχολή | 15 | 22,1% |
| Μεταπτυχιακό | 13 | 19,1% |
| **Εργασιακή Κατάσταση** | 2 | 2,9% |
| Εργασία | 15 | 44,1% |
| Ανεργία | 19 | 55,9% |

Στον Πίνακα 3 που ακολουθεί παρουσιάζονται στοιχεία του κλινικού δείγματος (εκλυτικός παράγοντας απόπειρας αυτοκτονίας και στοιχεία ψυχοπαθολογίας).



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

**Πίνακας 3.** Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των περιγραφικών του κλινικού δείγματος

| | Απόλυτη Συχνότητα | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Συχνότητα |
|---|---|---|---|
| **Πιθανή Διάγνωση** | | | |
| Καταθλιπτική Συμπτωματολογία | 14 | 50% | 50% |
| Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας | 4 | 14,3% | 64,3% |
| Διαταραχή Προσωπικότητας με μεικτά στοιχεία | 4 | 14,3% | 78,6% |
| Χωρίς Διάγνωση | 6 | 21,4% | 100% |
| Τρόπος Απόπειρας | | | |
| Χάπια | 22 | 73,3% | 73,3% |
| Χάπια & Αλκοόλ | 3 | 10% | 83,3% |
| Διατομή Φλεβών | 2 | 6,7% | 90% |
| Απαγχονισμός | 1 | 3,3% | 93,3% |
| Άλλο | 2 | 6,7% | 100% |
| **Εκλυτικός Παράγοντας** | | | |
| Σύγκρουση με σύντροφο/σύζυγο | 8 | 28,6% | 28,6% |
| Οικονομικά προβλήματα και συγκρούσεις | 4 | 14,3% | 42,9% |
| Χωρισμός | 3 | 10,7% | 53,6% |
| Οικογενειακά/ Εργασιακά Προβλήματα | 7 | 28,6% | 82,2% |
| Άλλο | 6 | 17,8% | 100% |
| **Οικογενειακό Ψυχιατρικό Ιστορικό** | | | |
| Ναι | 7 | 25,9% | 25,9% |
| Όχι | 20 | 74,1% | 100% |
| **Χρήση Ουσιών** | | | |
| Ναι | 4 | 14,3% | 14,3% |
| Όχι | 24 | 85,7% | 100% |
| **Χρήση Αλκοόλ** | | | |
| Ναι | 3 | 10,7% | 10,7% |
| Όχι | 25 | 89,3% | 100% |

### *3.2. Μέσα συλλογής δεδομένων*

Για τη συλλογή του ερευνητικού υλικού αυτής της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια:

**Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Δεδομένων.** Πρόκειται για ερωτηματολόγιο με δημογραφικά στοιχεία, όπως το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος και ο τρόπος διαμονής, το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο, η εργασιακή κατάσταση, το οικογενειακό ιστορικό (κατάσταση γονέων, θάνατος γονέων, δεύτερος γάμος), καθώς και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, η ύπαρξη αδελφών (βιολογικών και ετεροθαλών) και, τέλος, η σειρά γέννησης.

**YSQ-S3 (Young Schema Questionnaire, short version, 3rd edition) – Ερωτηματολόγιο Πρώιμων Δυσλειτουργικών Σχημάτων του Jeffrey Young.** Το ερωτηματολόγιο των σχημάτων κατασκευάστηκε από τους Young και Brown το 1994 για να μετρήσει τα ΠΔΣ. Η σύντομη έκδοση του ερωτηματολογίου έχει χρησιμοποιηθεί και χρησιμοποιείται εκτενώς σε έρευνες [18]. Η τρίτη έκδοση, η οποία χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την έρευνα, αποτελείται από 90 ερωτήματα και μετρά 18 ΠΔΣ, τα οποία είναι ομαδοποιημένα σε πέντε μεγάλες κατηγορίες: (I) Αποσύνδεση/Απόρριψη, (II)Ανεπαρκής Αυτονομία και Επίδοση, (III) Ανεπαρκή Όρια, (IV) Προσανατολισμός στους Άλλους, (V) Υπεραγρύπνηση και Αναστολή. Σε κάθε σχήμα αντιστοιχούν πέντε ερωτήματα και για κάθε σχήμα υπολογίζεται ο μέσος όρος [21]. Όπως και η εκτενής έκδοση, έτσι και η σύντομη χρησιμοποιεί κλίμακα Likert, με βαθμολογική κλίμακα από 1 έως 6, και συγκεκριμένα: 1 = Δεν ισχύει καθόλου για μένα, 2 = Μάλλον δεν ισχύει για μένα, 3 = Ισχύει μάλλον, παρά δεν ισχύει, 4 = Ισχύει αρκετά για μένα, 5 = Ισχύει πάρα πολύ για μένα, 6 = Με περιγράφει τέλεια. Η μετάφραση και η προσαρμογή έγινε από τους Γ. Μαλογιάννης, Κ. Αγγελή και Μ. Βλαβιανού. Η ανάλυση του δείκτη αξιοπιστίας Cronbach a στο συγκεκριμένο δείγμα έδειξε ότι το YSQ-S3 είναι ένα αξιόπιστο ερωτηματολόγιο συνολικά (90 ερωτήματα, Cronbach a = 0,96).

**Ερωτηματολόγιο Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων.** Για την αξιολόγηση του τρόπου αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Ways of Coping» των Lazarus και Folkman (1980, 1984α) [10]. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 67 προτάσεις οι οποίες περιγράφουν στρατηγικές που μπορεί ένα άτομο να χρησιμοποιήσει προκειμένου να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που είχε το τελευταίο χρονικό διάστημα. Οι ερωτήσεις απαντώνται σε κλίμακα τύπου Likert, η οποία έχει τέσσερις διαβαθμίσεις: 0 = Ποτέ, 1 = Σπάνια, 2 = Μερικές φορές, 3 = Συχνά.

Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί σε ελληνικό πληθυσμό [35]. Περιλαμβάνει πέντε παράγοντες: θετική προσέγγιση, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, ευχολογία/ονειροπόληση, αποφυγή/διαφυγή, διεκδικητική επίλυση προβλήματος. Η ανάλυση του Cronbach a στο συγκεκριμένο δείγμα της έρευνας έδειξε ότι το ερωτηματολόγιο είναι αξιόπιστο (66 ερωτήματα, α = 0,89). Οι επιμέρους παράγοντες έχουν καλή αξιοπιστία, αλλά ο παράγοντας Διεκδικητική Επίλυση Προβλήματος προέκυψε ότι δεν έχει καλή αξιοπιστία στο συγκεκριμένο δείγμα. Συνεπώς, στις μετέπειτα αναλύσεις ο παράγοντας αυτός δεν λαμβάνεται υπόψη.

### *3.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων*

Οι συμμετέχοντες της έρευνας του κλινικού δείγματος είναι άτομα που διέπραξαν απόπειρα αυτοκτονίας και που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς» κατά την εφημερία του νοσοκομείου. Μετά την αποκατάσταση της οργανικής βλάβης από την απόπειρα αυτοκτονίας, τα άτομα αξιολογήθηκαν στο Ψυχιατρικό Τμήμα του νοσοκομείου από την Ψυχίατρο της Διασυνδετικής Ψυχιατρικής, καθώς και από την Ψυχολόγο του Τμήματος, με παρουσία της ερευνήτριας. Στη συνέχεια, η ερευνήτρια πήρε την έγκριση ότι το συγκεκριμένο άτομο μπορεί να συμμετάσχει στην έρευνα. Αποκλείστηκαν άτομα με διάγνωση ψύχωσης ή που για οργανικούς λόγους δεν μπορούσαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια (π.χ. σύγχυση, κόπωση). Τα ερωτηματολόγια

δόθηκαν τις πρώτες επτά μέρες μετά την απόπειρα αυτοκτονίας με παρουσία της ερευνήτριας. Οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν για τον σκοπό της έρευνας και συμπλήρωναν το έντυπο συγκατάθεσης. Το χρονικό διάστημα συλλογής του ερευνητικού υλικού ήταν από τον Νοέμβριο 2015 μέχρι τον Δεκέμβριο 2016. Προτού ξεκινήσει η συλλογή του υλικού, η ερευνήτρια ακολούθησε τη διαδικασία του νοσοκομείου προκειμένου να λάβει την έγκριση με αριθμό πρωτοκόλλου από το Επιστημονικό Συμβούλιο.

Η συλλογή του δείγματος για την ομάδα ελέγχου πραγματοποιήθηκε με επιλεκτική τυχαία δειγματοληψία. Η διάρκεια συλλογής των ερωτηματολογίων διήρκησε από τον Σεπτέμβριο 2016 μέχρι τον Δεκέμβριο 2016. Συνολικά μοιράστηκαν 100 ερωτηματολόγια σε 15 άτομα και επιστράφηκαν 81 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Από αυτά που επιστράφηκαν, επιλέχθηκαν αυτά που ταίριαζαν με τα χαρακτηριστικά του κλινικού δείγματος ως προς το φύλο, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο. Δηλαδή, έγινε εξίσωση κατά ζεύγη ανάμεσα στην ομάδα του κλινικού δείγματος και στην ομάδα σύγκρισης.

**4. Ευρήματα**

Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων με το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα. Ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο t έδειξε ότι τα Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα (ΠΔΣ) σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με την ομάδα, και συγκεκριμένα 16 από τα 18 ΠΔΣ σημείωσαν υψηλότερο μέσο όρο στην κλινική ομάδα (Πίνακας 4). Επίσης, ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι οι κατηγορίες ΠΔΣ σχετίζονται σημαντικά με την απόπειρα αυτοκτονίας, καθώς οι τρεις κατηγορίες ΠΔΣ (Αποσύνδεση/Απόρριψη, Ανεπαρκή Όρια, Υπεραγρύπνηση και Αναστολή) έχουν υψηλότερο μέσο όρο στην κλινική ομάδα (Πίνακας 5).

**Πίνακας 4.** Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των ΠΔΣ ως προς την ομάδα

| | **Κλινικό Δείγμα** | | **Μη Κλινικό Δείγμα** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *M* | *SD* | *M* | *SD* | *df* | t |
| Συναισθηματική Στέρηση | 15,5 | 6,7 | 9,9 | 5,1 | 66 | 3,8*** |
| Εγκατάλειψη/ Αστάθεια | 18,2 | 6 | 16,1 | 3,9 | 66 | 2,27* |
| Καχυποψία/ Κακοποίηση | 15,7 | 6,3 | 9,9 | 4,9 | 66 | 2,7** |
| Κοινωνική/ Απομόνωση | 17 | 7,3 | 10,1 | 4,7 | 66 | 4,7*** |
| Ελαττωματικότητα | 15,3 | 4,9 | 12 | 3,9 | 66 | 3,1** |
| Αποτυχία | 12,9 | 5,1 | 8,2 | 2,9 | 66 | 4,6*** |
| Εξάρτηση/ Ανικανότητα | 12,6 | 5,1 | 7,8 | 2,7 | 63 | 4,7*** |
| Ευαλωτότητα σε Βλάβη | 13 | 5,7 | 9,7 | 3,4 | 66 | 2,9** |
| Μη ανεπτυγμένος Εαυτός | 11,8 | 4,9 | 9 | 4 | 66 | 2,6* |
| Υποτακτικότητα | 14,6 | 5,2 | 9,8 | 3,6 | 59,020 | 4,5*** |
| Αυτοθυσία | 19,9 | 6,5 | 18,1 | 4,5 | 66 | 1,3 |
| Συναισθηματική Αναστολή | 13,8 | 6 | 12 | 5,4 | 65 | 1,3 |
| Ανελαστικά Πρότυπα | 18,9 | 6 | 16,1 | 3,9 | 66 | 2,7* |
| Αυτονόητο Δικαίωμα | 15,7 | 5,9 | 12,2 | 2,8 | 56,390 | 3,2** |
| Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος | 16 | 5,2 | 12,6 | 3,8 | 66 | 3,1** |
| Αναζήτηση Επιδοκιμασίας | 15,3 | 4,9 | 12 | 3,9 | 66 | 3,1** |
| Αρνητισμός | 17,2 | 5,2 | 11,8 | 4,2 | 66 | 4,7** |
| Τιμωρητικότητα | 17,3 | 5,6 | 12,1 | 3,7 | 55 | 4,7** |

* *p<0,05.* ** *p<0,01.*

**Πίνακας 5.** Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των πέντε κατηγοριών ΠΔΣ ως προς την ομάδα

| | **Κλινικό Δείγμα** | | **Μη Κλινικό Δείγμα** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *M* | *SD* | *M* | *SD* | *df* | t |
| Αποσύνδεση/ Απόρριψη | 95,8 | 31,8 | 60,8 | 17,7 | 66 | 5,6** |
| Ανεπαρκής Αυτονομία | 50,3 | 14,4 | 34,7 | 10,2 | 66 | 5,1 |
| Ανεπαρκή Όρια | 31,8 | 9,1 | 24,8 | 5,3 | 66 | 3,8** |
| Προσαν/σμός στους άλλους | 49,9 | 11,4 | 39,8 | 7,5 | 66 | 4,3 |
| Υπερεπαγρύπνηση και Αναστολή | 67,4 | 17,1 | 52,1 | 11,8 | 66 | 4,3* |

* *p<0,05.* ** *p<0,01.*

Η σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων για τις ΣΑΑΚ έδειξε ότι η κλινική ομάδα χρησιμοποιεί λιγότερο συχνά τη στρατηγική Θετική Προσέγγιση, δηλαδή σημείωσε χαμηλότερο μέσο όρο ($M$ = 20,8 $SD$ = 5,8) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ($M$ = 24,5, $SD$ = 6,1), t(66) = -2,5, $p$ = 0,014. Επίσης, η κλινική ομάδα χρησιμοποιεί περισσότερο συχνά, δηλαδή σημείωσε υψηλότερο μέσο όρο στη στρατηγική Ευτυχία/Ονειροπόληση ($M$ = 17,7, $SD$ = 3,9) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ($M$ = 14,4, $SD$ = 5,1), t(64) = 3, $p$ = 0,004. Στις στρατηγικές Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης και Αποφυγή/Διαφυγή δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (Πίνακας 6).

**Πίνακας 6.** Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των στρατηγικών αντιμετώπισης ως προς την ομάδα

| | **Κλινικό Δείγμα** | | **Μη Κλινικό Δείγμα** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *M* | *SD* | *M* | *SD* | *df* | t |
| Θετική Προσέγγιση | 20,8 | 5,8 | 24,5 | 6,1 | 66 | -2,5* |
| Ευτυχία Ονειροπόληση | 17,7 | 3,9 | 14,4 | 5,1 | 64 | 3** |

* *p<0,05.* ** *p<0,01.*



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Για την πρόβλεψη της ομάδας από τα Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα και από τις κατηγορίες των ΠΔΣ εφαρμόστηκε ένα μοντέλο λογιστικής ανάλυσης παλινδρόμησης με τη μέθοδο Backward Wald, με ανεξάρτητες μεταβλητές τα ΠΔΣ ή τις κατηγορίες ΠΔΣ και εξαρτημένες μεταβλητές τις δύο ομάδες, κλινική ομάδα και ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα σχήματα Ελαττωματικότητα/Ντροπή (b = -0,3, Wald(1) = 9,410, $p$ = 0,002) και Εξάρτηση/Ανικανότητα (b = -0,27, Wald(1) = -5,443, $p$ = 0,02) μπορούν να προβλέψουν σε ποια ομάδα θα ανήκει το άτομο (Πίνακας 7). Από τις κατηγορίες, μόνο η κατηγορία Αποσύνδεση/Απόρριψη (b = -0,071, Wald(1) = 16,61, $p$ = 0,000) έχει ικανότητα πρόβλεψης (Πίνακας 8).

**Πίνακας 7.** Λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης (Μέθοδος Backward Wald) για την πρόβλεψη κατάταξης στην κλινική ή μη ομάδα από τα ΠΔΣ

| | | | | | | **95% C.I. EXP(B)** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Βήμα 3 | B | S.E. | Wald | Exp(B) | p | Lower | Upper |
| Ελαττωματικότητα Ντροπή | -0,301 | 0,098 | 9,410** | 0,740 | 0,002 | 0,610 | 0,897 |
| Εξάρτηση/ Ανικανότητα | -0,274 | 0,117 | 5,443* | 0,761 | 0,02 | 0,604 | 0,957 |

* *p<0,05.* ** *p<0,01.*

**Πίνακας 8.** Λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης (Μέθοδος Backward Wald) για την πρόβλεψη κατάταξης στην κλινική ή μη ομάδα από τις κατηγορίες των ΠΔΣ

| | | | | | | **95% C.I. EXP(B)** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Βήμα 3 | B | S.E. | Wald | Exp(B) | p | Lower | Upper |
| Αποσύνδεση/ Απόρριψη | -0,071 | 0,017 | 16,61** | 0,932 | 0,000 | 0,901 | 0,964 |

* *p<0,05.* ** *p<0,01.*

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε Ανάλυση Διακριτικής Συνάρτησης (Discriminant Function Analysis) για την πρόβλεψη της ομάδας κατάταξης (κλινική ομάδα ή ομάδα ελέγχου). Η μεταβλητή ομαδοποίησης είναι η ομάδα του δείγματος. Οι μεταβλητές πρόβλεψης είναι τα 18 ΠΔΣ και οι 5 ΣΑΑΚ. Επειδή υπάρχουν δύο ομάδες, προέκυψε μία διακριτική συνάρτηση. Από την κανονική διακριτική συνάρτηση φαίνεται ότι η συνάρτηση είναι ισχυρή και στατιστικώς σημαντική (λ = 0,336), δηλαδή το 66,4% της διασποράς εξηγείται από αυτή. Επίσης, ο συντελεστής κανονικής συσχέτισης είναι υψηλός (0,815), το οποίο σημαίνει ότι η συνάρτηση διαχωρίζει καλά τις ομάδες (Πίνακας 9). Το όριο του συντελεστή διάκρισης ορίστηκε το 0,5 με βάση τη βιβλιογραφία [36]. Οι δύο ομάδες διαφέρουν ως προς 6 παράγοντες. Από τους 23 παράγοντες συνολικά φαίνεται ότι τα σχήματα Εγκατάλειψη/Αστάθεια $F$ (1, 57) = 38,743, $p$ = 0,000, λ = 0,595, Κοινωνική Απομόνωση/ Αποξένωση $F$ (1, 57) = 20, 433, $p$ = 0,000, λ = 0,736, Ευαλωτότητα σε Βλάβη $F$ (1, 57) = 6,134, $p$ = 0,16, λ = 0,903 και Αρνητισμός $F$ (1, 57) = 16,181, $p$ = 0,000, λ = 0,779 διακρίνουν καλύτερα τις δύο ομάδες, ενώ από τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων η Ευτυχία/Ονειροπόληση $F$ (1, 57) = 6,098, $p$ = 0,17, λ = 0,903 και η Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης $F$ (1, 57) = 3,108, $p$ = 0,83, λ = 0,948 έχουν τη μεγαλύτερη διακριτική ισχύ (Πίνακας 10). Αυτή η συνάρτηση διαχώρισε επαρκώς τις ομάδες, καθώς το 95% των ομάδων ταξινομήθηκε σωστά (Πίνακας 11).

**Πίνακας 9.** Ιδιοτιμές και στατιστική σημαντικότητα της Διακριτικής Συνάρτησης 1

| **Διακριτική Συνάρτηση 1** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Συνάρτηση | Eigen-value | Relative percent | Cano-nical Corre-lation | Wilk's Lamda | $\chi^2$ | df | p |
| 1 | 1,98 | 100% | 0,815 | 0,356 | 447,227 | 5 | 0,000 |

**Πίνακας 10.** Αποτελέσματα της Διακριτικής Ανάλυσης των τυποποιημένων διακριτικών συντελεστών και των συσχετίσεων της συνάρτησης 1

| **Όνομα Παράγοντα** | **Συντελεστές Συνάρτησης** | **F (1, 57)** | **r** |
|---|---|---|---|
| Εγκατάλειψη/Αστάθεια | 0,98 | 38,743 | 0,586 |
| Κοινωνική Απομόνωση | 0,89 | 20,433 | 0,426 |
| Ευαλωτότητα σε Βλάβη | 0,80 | 6,134 | 0,233 |
| Ευτυχία/ Ονειροπόληση | 0,73 | 6,098 | 0,232 |
| Αρνητισμός | 0,55 | 20,461 | 0,229 |
| Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης | -0,51 | 3,108 | 0,379 |

*r=Pearson r.*

**Πίνακας 11.** Απόλυτες και σχετικές συχνότητες της πρόβλεψης της κατάταξης ως προς την ομάδα

| | | **Ομάδα κατάταξης** | | **Συνολικό Δείγμα** |
|---|---|---|---|---|
| | | Κλινική Ομάδα | Ομάδα Ελέγχου | |
| Απόλυτες και Σχετικές Συχνότητες | Κλινική Ομάδα | 28 | 2 | 30 |
| | | 93,3% | 6,7% | 100 |
| | Μη Κλινική Ομάδα | 1 | 28 | 29 |
| | | 3,4% | 96,6% | 100 |

*Σημείωση: Το 94,9% των αρχικών ομάδων ταξινομήθηκε σωστά.*

## 5. Συζήτηση

Στόχος αυτής της έρευνας είναι να μελετήσει τα Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα (ΠΔΣ) σύμφωνα με τη θεωρία του Young (2003) και τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ) σύμφωνα με τον Lazarus (1991) σε μία ομάδα ατόμων που έχουν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας. Σύμφωνα

με τα αποτελέσματα της έρευνας, τα ΠΔΣ σχετίζονται με την απόπειρα αυτοκτονίας, δηλαδή οι συμμετέχοντες της κλινικής ομάδας παρουσίασαν υψηλότερο μέσο όρο στα 16 από τα 18 ΠΔΣ. Το εύρημα αυτό συμφωνεί και με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών [31, 33]. Επίσης, η κλινική ομάδα σημείωσε υψηλότερο μέσο όρο σε τρεις κατηγορίες ΠΔΣ: στην Αποσύνδεση/Απόρριψη, στα Ανεπαρκή Όρια και στη Συναισθηματική Αναστολή. Από τη λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης βρέθηκε ότι η απόπειρα αυτοκτονίας μπορεί να προβλεφθεί από δύο συγκεκριμένα ΠΔΣ: το σχήμα Ελαττωματικότητα/Ντροπή και το σχήμα Εξάρτηση/Ανικανότητα, και από την πρώτη κατηγορία Απόρριψη/Αποσύνδεση. Τα άτομα που έχουν σχήματα της πρώτης κατηγορίας δεν μπορούν να δημιουργήσουν ασφαλείς και ικανοποιητικούς δεσμούς με τους άλλους. Αυτό πιθανόν σημαίνει ότι τα άτομα που έχουν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας έχουν υψηλότερα επίπεδα δυσλειτουργικών μοτίβων σκέψεων και συμπεριφοράς, ψυχοπαθολογίας και περισσότερα αρνητικά γεγονότα ζωής. Συμπερασματικά, φαίνεται ότι το άτομο που έχει μεγαλύτερη ευαλωτότητα να διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας είναι ένα άτομο που εμφανίζει δυσκολία στη σύναψη ικανοποιητικών και σταθερών σχέσεων στην ενήλικη ζωή και έχει διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις για τον εαυτό του και τους άλλους.

Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώθηκε εν μέρει. Από τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων μόνο δύο παρουσίασαν σημαντική συσχέτιση με την κλινική ομάδα. Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι τα άτομα που έχουν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική Ευχολογία/Ονειροπόληση και λιγότερο τη Θετική Προσέγγιση για την αντιμετώπιση μιας στρεσογόνου κατάστασης. Αυτό συμφωνεί με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών [7, 11, 12]. Η ευχολογία ως στρατηγική περιλαμβάνει μαγικό τρόπο σκέψης και ονειροπόληση, και άρα πιθανόν η ευχολογία και η αναζήτηση θεϊκής βοήθειας, που δεν οδηγεί σε προσπάθεια επίλυσης του προβλήματος, σχετίζεται με τον ιδεομηρυκασμό, ο οποίος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την απόπειρα αυτοκτονίας [38, 39]. Η αδυναμία του ατόμου να αναπλαισιώσει το πρόβλημα με θετικό τρόπο και η δυσκολία εύρεσης εναλλακτικών λύσεων όπως ορίζει η στρατηγική Θετική Προσέγγιση, πιθανόν αυξάνουν την απελπισία και κάνουν την αυτοκτονία να μοιάζει σαν τη μοναδική λύση. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι μειωμένες δεξιότητες επίλυσης προβλήματος έχει βρεθεί ότι σχετίζονται και με τα χαρακτηριστικά της σκέψης των ατόμων που έχουν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας, και συγκεκριμένα με τη γνωστική ακαμψία και τον διχοτόμο τρόπο σκέψης [38]. Αυτό που δεν επιβεβαιώθηκε είναι η υπόθεση ότι τα άτομα που έχουν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας χρησιμοποιούν περισσότερο τη στρατηγική της αποφυγής/διαφυγής και ότι δεν αναζητούν κοινωνική υποστήριξη, όπως έχει βρεθεί σε άλλες έρευνες [7, 11, 12, 13, 15]. Πιθανόν η στρατηγική της αποφυγής σχετίζεται και με άλλες μορφές ψυχοπαθολογίας και όχι αποκλειστικά με την απόπειρα αυτοκτονίας [39, 40, 41, 42]. Όσον αφορά την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, οι δύο ομάδες σε αυτή την έρευνα δεν διέφεραν μεταξύ τους, αν και τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση διακριτικής συνάρτησης είναι αντιφατικά. Μία υπόθεση για το εύρημα αυτό είναι ότι η μη αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης δεν αφορά μόνο άτομα με απόπειρα αυτοκτονίας, αλλά και άλλες κλινικές οντότητες [12]. Επίσης, η μη αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να συνδέεται και με άλλους κοινωνικούς παράγοντες και διαθέσιμες πηγές υποστήριξης [43]. Επιπλέον, πιθανόν η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης σχετίζεται με το φύλο [1, 3]. Στο δείγμα της έρευνας αυτής οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες, οι οποίες πραγματοποιούν περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίες και αναζητούν περισσότερο την κοινωνική υποστήριξη [3, 43].

Από τη Διακριτική Ανάλυση (Discriminant Function Analysis) οι έξι μεταβλητές, τα ΠΔΣ Εγκατάλειψη/Αστάθεια, Κοινωνική Απομόνωση, Ευαλωτότητα σε Βλάβη και Αρνητισμός, και οι ΣΑΑΚ Ευτυχία/Ονειροπόληση και η μη Αναζήτηση Κοινωνικής Υποστήριξης μαζί διαφοροποιούν τις δύο ομάδες και μπορούν να προβλέψουν την ομάδα κατάταξης. Αυτό το εύρημα είναι πολύ χρήσιμο στην κλινική πράξη, καθώς αυτές οι 6 μεταβλητές από τις 23 συνολικά μπορούν να αναγνωρίσουν το προφίλ του ατόμου το οποίο έχει μεγαλύτερο κίνδυνο να διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας. Επίσης, το ερωτηματολόγιο των ΠΔΣ (YSQ-S3) έχει ικανότητα διάκρισης μεταξύ των πληθυσμών. Παρομοίως, από τις πέντε κατηγορίες ΠΔΣ η Αποσύνδεση/Απόρριψη αποτελεί διαφοροποιητικό παράγοντα μεταξύ των ομάδων και διακρίνει καλύτερα την ομάδα κατάταξης, εύρημα το οποίο προέκυψε και από τη λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης.

Η απόπειρα αυτοκτονίας μπορεί να κατανοηθεί ως μία δυσλειτουργική συμπεριφορά λόγω της πυροδότησης κάποιων Πρώιμων Δυσλειτουργικών Σχημάτων σε ένα πλαίσιο αλληλεπίδρασης με τους σημαντικούς άλλους, σε συνδυασμό με ελλιπείς δεξιότητες αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων. Στο συγκεκριμένο δείγμα, ένα σημαντικό ποσοστό (48,1%) ανέφερε κάποιου είδους σύγκρουση με άτομα του στενού τους κοινωνικού περιβάλλοντος, ή χωρισμό με σύντροφο ή σύζυγο ως εκλυτικό αίτιο της απόπειρας. Σύμφωνα με τους Brown, Comtois και Linehan (2002) τα διαπροσωπικά προβλήματα είναι πιο συχνά στα άτομα που εμπλέκονται σε αυτοκτονικές συμπεριφορές και αποτελούν εκλυτικό παράγοντα για εμπλοκή σε αυτές [45].

Αυτό το εύρημα είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη για την πρόληψη και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της αυτοκτονίας μέσω ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και της εκπαίδευσης σε δεξιότητες επίλυσης προβλήματος σε πληθυσμούς οι οποίοι βρίσκονται σε ομάδα υψηλού κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας.

### *5.1. Περιορισμοί της έρευνας*

Ένας βασικός περιορισμός της έρευνας είναι το μικρό δείγμα και ότι οι συμμετέχοντες της κλινικής ομάδας προέρχονται μόνο από το ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς». Η δυσκολία εύρεσης ενός τέτοιου δείγματος εξηγεί το μέγεθος (n = 34) που συμμετείχε σε αυτή την έρευνα. Επομένως, η γενίκευση των αποτελεσμάτων για τα άτομα που διαπράττουν απόπειρα αυτοκτονίας πρέπει να ιδωθεί με προσοχή. Επίσης, σε αυτή την έρευνα δεν μελετήθηκαν παράγοντες οι οποίοι πιθανόν να σχετίζονται και να αλληλεπιδρούν με την απόπειρα αυτοκτονίας, όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το οικονομικό επίπεδο και η ψυχοπαθολογία.

### *5.2. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα*

Μελλοντικές έρευνες που λαμβάνουν υπόψη τους παραπάνω περιορισμούς, που θα συμπεριλάβουν μεγαλύτερο δείγμα και που θα μελετούν και άλλους παράγοντες που εμπλέκονται στην απόπειρα αυτοκτονίας θα συμβάλουν πιο ουσιαστικά στη μελέτη του φαινομένου. Μία σύγκριση με έναν άλλον κλινικό πληθυ-



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

σμό ή με μία ομάδα ατόμων που έχουν αυτοκτονικό ιδεασμό αλλά δεν έχουν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας θα παρείχε πιο ασφαλή συμπεράσματα για τον τρόπο που διαφέρουν τα άτομα που έχουν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν. Επίσης, η μελέτη του φαινομένου της απόπειρας αυτοκτονίας με ποιοτική έρευνα θα παρείχε μία εις βάθος κατανόησή του.

## Early Maladaptive Schemas and Coping strategies in people attempting suicide

**L. Palaka[1], D. Charila[1], L. Kanellopoulou[1], M. Diallina[2], A. Liosi[2]**
1. National and Kapodistrian Universtity of Athens
2. Psychiatric department of the General Hospital G. Gennimatas in Athens Greece

Correspondence, Lida Palaka, Iofontos 14, 16121 Athens, Greece
Email: lidapalaka_psy@hotmail.com, Tel.: +30 6973304163

**Summary**

The aim of the present study is to examine the Early Maladaptive Schemas (EMS) and coping strategies in patients who have attempted suicide. The basic hypothesis was that individuals with history of a suicide attempt would have higher mean EMS scores and use more passive coping strategies, in comparison with the control group. The sample consisted of 68 individuals (n = 68) separated in two groups. The clinical group comprises of 34 individuals who have committed suicide and presented at the Emergency Department of General Hospital "G. Gennimatas", while 34 individuals, randomly selected from the community formed the control group. The questionnaires that were used are: 1) YSQ-S3 (Young Schema Questionnaire, short version, 3rd edition), 2) Ways of coping questionnaire of Lazarus & Folkman, 3) a questionnaire regarding general demographic information. The results have shown that the clinical group had a higher score at 16 EMS. Concerning coping strategies, the clinical group showed a higher mean score at Wishful Thinking and lower mean score at Positive Reappraisal. Logistic regression has shown that two EMS (Defectiveness/Shame and Dependence/Incompetence) as well as the general EMS domain of Disconnection/Rejection can predict suicide attempt. Discriminant Function Analysis (DFA) has shown that four EMS and two coping strategies can discriminate between groups and predict group membership. These results offer implications for the assessment and treatment of suicidality, by elucidating the cognitive patterns and coping strategies that are related to suicide attempt. Due to the limitations of the present study (small sample, important factors were not studied), findings should be carefully considered.

**Keywords:** suicide attempt, suicide, early maladaptive schemas, coping

### Βιβλιογραφία

[1] Mann J.J., Waternaux C., Haas, G.L. & Malone K.M. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*, 1999, 156(2): 181-189.
[2] Nock M.K., Borges G., Bromet E.J., Cha C.B., Kessler R.C. & Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*, 30(1): 133-154.
[3] Claes L., Muehlenkamp J., Vandereycken W., Hamelinck L., Martens H. & Claes S. Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. *Pers Individ Dif*, 2010, 48: 83-87.
[4] Franklin J.C., Ribeiro J.D., Fox K.R., Bentley K.H., Kleiman, E.M., Huang X., Musacchio K.M., Jaroszewski A.C., Chang, B.P. & Nock M.K. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research. *Psychol Bull*, 2016, 143(2): 187-232 doi:10.1037/bul0000084.
[5] World Health Organization. April 2018. (cited 2018 April 7). Suicide mortality rate (per 100.000 population) by WHO region, 2016 (Accessed 5.06.2020). Available from: https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates_crude/en/
[6] Borges B. Twelve-month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatr* 2010 Dec, 71(12): 1617-28. doi: 10.4088/JCP.08m04967blu.
[7] Bazrafshan M., Jahangir F., Mansouri A. & Kash S.H. Coping strategies in people attempting suicide. *Int J High Risk Behav Addict*, 2014, 3(1): 1-6.
[8] Donald M., Dower J., Correa-Velez I. & Jones M. Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. *Aust N Z J Psychiatry*, 2006, 40: 87-96.
[9] Brown G.K. & Beck A.T. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psycho*, 2000, 68(3): 371-377.
[10] Lazarus R.S. & Folkamn S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing, 1984.
[11] Konkan R., Erkus G.H., Guclu O., Senormanc O., Aydin E., Ulgen M.C. & Sungur M.Z. Research Article. Coping strategies in patients who had suicide attempts. *Neuropsychiatry Arch*, 2014, 51: 46-51.
[12] Horesh N., Rolnick T., Iancu I., Dannon P., Lepkifker E., Apter A. & Kotler M. Coping styles and suicide risk. *Acta Psychiatr Scand*, 1996, 93: 489-493.
[13] Botsis A.J., Soldatos, C.R., Liossi A., Kokkevi A. & Stefanis C.N. Suicide and violence risk. Relationship to coping styles. *Acta Psychiatr Scand*, 1994, 89: 92-96.
[14] Meghan A.M., Segal D.S. & Coolidge F.L. Relationships among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults. *Ageing Ment Health*, 2010, 14(8): 1015-1023.
[15] Pietzak R.H., Russo A.R., Ling Q. & Southwick S.M. Suicidal ideation in treatment-seeking Veterans of operations enduring freedom and Iraqi freedom: The role of coping strategies, resilience, and social support. *J Psychiatric Res*, 2011, 45: 720-726.
[16] Young J.E. *Cognitive Therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Third Edition. Florida: Professional Resource Press, 1995.
[17] Beck A.T., Freeman A. & Davis D.D. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Second Edition. New York: The Guilford Press, 2007.
[18] Young J.E., Klosko S.J. & Weishaar E.M. *Θεραπεία Σχημάτων. Ένας οδηγός για τον θεραπευτή*. Αθήνα: Πατάκη, 2003.
[19] Trincas R., Ottaviani C., Couyoumdjian A., Tenore K., Spitoni G. & Mancini F. Specific dysphoric symptoms are predicted by Early Maladaptive Schemas. *Research Article Sci World J*, 2014, 1-7. doi: 10.1155/2013/231965
[20] Welburn K., Coristine M., Dagg P., Pontefract A. & Jordan S. The Schema Questionnaire - Short form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognit Ther Res*, 2002, 26(4): 519-530.
[21] Hawke L.D. & Provencher M.D. The Canadian French Young Schema Questionnaire: Confirmatory Factor Analysis and Validation in clinical and nonclinical samples. *Can J Behav Sci*, 2012, 44(1): 40-49.
[22] Renner F., Lobbestael J., Peeters F., Arntz A. & Huibers M. Early Maladaptive Schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *J Affect Disord*, 2012, 136: 581-590.
[23] Wang C.E.A., Halvorsen M., Eisemann M. & Waterloo K. Stability of dysfunctional attitudes and Early Maladaptive Schemas: A 9 year follow-up study of clinically depressed subjects. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 2010, 41: 389-396.
[24] Zeigler-Hill V., Green B.A., Arnau R.C., Sisemore T.B. & Myers E.M. Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and Early Maladaptive Schemas. *J Behav Ther Exp*, 2011, 42: 96-103.
[25] Jovev M. & Jackson H.J. Early Maladaptive Schemas in personality disordered individuals. *J Pers Disord*, 2004, 18(5): 467-478.
[26] Lawrence K.A., Allen J.S. & Chanen A.M. A Study of Maladaptive Schemas and borderline personality disorder in young people. *Cognit Ther Res*, 2011, 25: 30-39.
[27] Shorey R.C., Stuart G.L. & Anderson S. The Early Maladaptive Schemas of an opioid dependent sample of treatment seeking young adults: A descriptive investigation. *J Subst Abuse Treat*, 2011, 42(3): 271-278. doi: 10.1016/j.jsat.2011.08.004
[28] Dingemans A.E., Spinhoven P. & Furth E.F. Maladaptive core beliefs and eating disorder symptoms. *Eat Behav*, 2006, 7: 258-265.
[29] Unoka Z., Tolgyes T. & Czobor P. Early Maladaptive Schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. *Compr Psychiatry*, 2007, 48(2): 199-204.
[30] Lewis S.P., Lumley M.N. & Grunberg P.H. Early maladaptive schemas and non-suicidal self-injury among young adults: A preliminary investigation. *Couns Psychol Q*, 2015, 28(4): 386-402. doi: 10.1080/09515070.2015.1074887
[31] Darvishi F., Rahmani A.M., Akbari B. & Rahbar M. A comparison of relationship between early maladaptive schemas with depression severity in suicidal group and non-clinical sample. *Soc Behav Sci*, 2013, 84: 1072-1077.
[32] Dutra L., Callahan K., Forman E., Mendelsohn M. & Herman J. Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *J Nerv Ment Dis*, 2008, 196(1): 71-74.

[33] Dale R., Power K., Kane S., Mitchell A. & Murray S. The Role of parental bonding and Early Maladaptive Schemas in the risk of suicidal behavior repetition. *Arch Suicide Res*, 2010, 14(4): 311-328.
[34] Mea C.P.D., Zancanella S., Ferreira V.R.T. & Wagner M.F. Early Maladaptive Schemas in hospitalized patients with suicide attempt. *Braz J Cogn Ther*, 2015, 11(1): 3-8.
[35] Καραδήμας ΕΧ. Η προσαρμογή στα ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. *Ψυχολογία*, 1998, 5(3): 260-273.
[36] Tabachnick B.G. & Fidel L.S. *Using multivariate statistics*. 6th edition. Boston: Pearson; 2006.
[37] Ellis E.E. & Rutherford B. Cognition and Suicide: Two decades of progress. *Int J Cogn Ther*, 2008, 1(1): 47-68.
[38] Beck A.T., Steer R.A., Kovacs M. & Garrson B. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year perspective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*, 1985, 142: 559-563.
[39] Rogers M.N. & Joiner T.E. Rumination, suicidal ideation, and suicide attempts. A meta-analytic review. *Rev Gen Psychol*, 2017, 21(2): 1-11. doi:10.1037/gpr0000101
[40] Pence B.W., Thielman N.M., Whetten K., Ostermann J., Kumar V. & Mugavero M.J. Coping strategies and patterns of alcohol and drug use among HIV-infected patients in the United States Southeast. *Aids patients Care St*, 2008, 22(11): 869-877.
[41] Cooper M.L., Russell M., Skinner J.B., Frone M.R. & Mudar P. Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *J Abnorm Psychol*, 1992, 101(1): 139-152. doi:10.1037/0021-843X.101.1.139
[42] Nowe L., Derevensky J.L. & Gupta R. The relationship of impulsivity, sensation seeking, coping and substance abuse in youth gamblers. *Psychol Addict Behav*, 2004, 18(1): 49-55.
[43] Wallen H.R. & Lachman M. Social support and strain from partner, family, and friends: Costs and benefits for men and women in adulthood. *J Soc Pers Relat*, 2000, 17(1): 5-30.
[44] Courteney W.H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*, 2000, 1385-1401.
[45] Bown M.Z., Comptois K.A. & Linehan M. Reasons for suicide attempts and non-suicidal self injury in women with borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol*, 2002, 111(1): 198-202. doi: 10.1037//0021-843x.111.1.198



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

# Μέτρηση στίγματος από τον περίγυρο λόγω αναζήτησης βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας σε πληθυσμό φοιτητών

**Νικολέττα Τριάντη, Γεώργιος Ευσταθίου, Αλέξανδρος Μουσούρος, Έλλη Κουβαράκη**
Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών

Αλληλογραφία: Τριάντη Νικολέττα, Βατοπεδίου 14, 11523, Αθήνα, Email: nikolettatrianti@gmail.com – Τηλέφωνο: 6979613105

**Περίληψη**
Το στίγμα θεωρείται ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια για την αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς ψυχικής υγείας. Υπάρχουν δύο είδη στίγματος: το κοινωνικό και το προσωπικό. Ως κοινωνικό στίγμα ορίζεται η αντίληψη του κοινωνικού συνόλου πως κάθε άτομο που νοσεί από κάποια ψυχική νόσο είναι κοινωνικά μη αποδεκτό και ανεπιθύμητο. Το προσωπικό στίγμα ορίζεται ως η μείωση της αυτοεκτίμησης και της αυταξίας ενός ατόμου, εξαιτίας της αντίληψής του ότι είναι κοινωνικά μη αποδεκτό. Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην τελική απόφαση του ατόμου για αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας διαδραματίζει η επιρροή του προσωπικού του περίγυρου. Η παρούσα έρευνα επικεντρώνεται στις αντιλήψεις των ατόμων για τον στιγματισμό τους από τους σημαντικούς άλλους, σε περίπτωση αναζήτησης βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας, καθώς και στη σχέση αντιλαμβανόμενου κοινωνικού στίγματος και αναζήτησης ψυχολογικής βοήθειας. Διερευνώνται οι διαφορές μεταξύ των ατόμων με κλινικά συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και στρες ως προς τις αντιλήψεις τους αυτές και των ατόμων που δεν παρουσιάζουν κλινική συμπτωματολογία. Επιπρόσθετα, μελετώνται οι διαφυλικές διαφορές ως προς το αντιλαμβανόμενο κοινωνικό στίγμα και τις αντιλήψεις στιγματισμού από τον προσωπικό περίγυρο, αλλά και ως προς την παρουσία συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και στρες. Το δείγμα αποτελείται από 196 φοιτητές δημόσιων και ιδιωτικών εκπαιδευτικών ιδρυμάτων της Ελλάδας, οι οποίοι συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια της έρευνας μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας. Η πλειονότητά τους είναι γυναίκες, ενώ το 99,4% του συνόλου είχε αναζητήσει στο παρελθόν βοήθεια για δυσκολίες ψυχολογικής φύσεως, κυρίως από φίλους, μέλη της οικογένειας ή διαδικτυακές πλατφόρμες. Συνοπτικά, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι αντιλήψεις στιγματισμού από τον προσωπικό περίγυρο σχετίζονται θετικά με την παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και στρες και στα δύο φύλα. Οι γυναίκες φάνηκε ότι είναι ψυχολογικά πιο επιβαρυμένες και εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου κοινωνικού στίγματος και αντιλήψεων στιγματισμού από τον περίγυρο σε σύγκριση με τους άνδρες.

**Λέξεις-κλειδιά:** αναζήτηση βοήθειας, κοινωνικό στίγμα, περίγυρος, αντιλήψεις στιγματισμού

## 1. Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας [1], ως στίγμα ορίζεται η κάθε διακριτή ιδιότητα που καθιερώνει κάποιον διαχωρισμό μεταξύ του στιγματισμένου προσώπου και των άλλων που αποδίδουν αρνητικά χαρακτηριστικά στο άτομο αυτό.

Είναι γεγονός πως η ψυχική ασθένεια και η ετικετοποίηση που απορρέει από αυτή είναι μια από τις ισχυρότερες αιτίες στίγματος [2]. Το συνδεόμενο με τις ψυχικές ασθένειες στίγμα συχνά οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό και δημιουργεί πρόσθετο βάρος για το άτομο που έχει πληγεί [1]. Το στίγμα για την ψυχική νόσο διακρίνεται σε δύο επιμέρους κατηγορίες: (1) το κοινωνικό στίγμα και (2) το προσωπικό στίγμα.

Ως κοινωνικό στίγμα ορίζεται η αντίληψη του κοινωνικού συνόλου πως κάθε άτομο που νοσεί από κάποια ψυχική νόσο είναι κοινωνικά μη αποδεκτό και ανεπιθύμητο [3]. Η αντίληψη αυτή ακολουθείται από αντίστοιχες γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις. Οι γνωστικές αντιδράσεις περιλαμβάνουν στερεοτυπικές αντιλήψεις για τα άτομα αυτά, όπως για παράδειγμα «είναι εγγενώς επικίνδυνοι», «αυτοί είναι υπεύθυνοι που αρρώστησαν», «είναι τρελοί και βρόμικοι». Αντίστοιχα, οι συναισθηματικές αντιδράσεις περιλαμβάνουν έντονο φόβο, οξυθυμία και οίκτο. Ως απόρροια των ανωτέρω, τα άτομα με ψυχική ασθένεια υποφέρουν από έντονη διάκριση στα επαγγελματικά πλαίσια, στους τομείς κοινωνικής πρόνοιας



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

και φροντίδας, αλλά και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις [2]. Είναι άξιο αναφοράς ότι το κοινωνικό στίγμα δεν περιορίζεται μόνο στους πάσχοντες από κάποια διαγνωσμένη ψυχική ασθένεια, αλλά και σε όσους τυχόν αναζητήσουν βοήθεια από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με την παγκόσμια βιβλιογραφία, το στίγμα απέναντι σε όσους αναζητούν βοήθεια από ειδικό, αν και ηπιότερο από εκείνο της χρόνιας ψυχικής νόσου, έχει επίσης επιπτώσεις στο άτομο [4]. Έχει παρατηρηθεί πως συχνά τα στερεότυπα για τα άτομα αυτά επιφέρουν μείωση της αυτοεκτίμησής τους, οδηγούν σε μειωμένες επαγγελματικές ευκαιρίες και σε αποκλεισμό από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο [5].

Το προσωπικό στίγμα ορίζεται ως η μείωση της αυτοεκτίμησης και της αυταξίας ενός ατόμου, εξαιτίας της αντίληψής του ότι είναι κοινωνικά μη αποδεκτό. Το προσωπικό στίγμα εμφανίζεται ομοίως με το κοινωνικό, σε περιπτώσεις που το άτομο είτε νοσεί από χρόνια ψυχική ασθένεια, είτε επιθυμεί να αναζητήσει βοήθεια από κάποιον ειδικό [5].

Ωστόσο, το προσωπικό στίγμα φαίνεται να διαδραματίζει πιο σημαίνοντα ρόλο στην αναζήτηση βοήθειας, όταν δεν υπάρχει έντονη συμπτωματολογία και σοβαρή ψυχική διαταραχή σε σύγκριση με την ύπαρξη ψυχικής νόσου. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι λαμβάνει χώρα μια διακριτή, εσωτερική διεργασία, κατά την οποία το άτομο στιγματίζει τον εαυτό του, επειδή αναζητά ψυχολογική βοήθεια, παρόλο που δεν εκδηλώνει έντονη συμπτωματολογία. Όταν τα συμπτώματα δεν είναι τόσο σοβαρά και έντονα, ώστε να απαιτείται άμεση, υποχρεωτική παρέμβαση από ειδικό, η αναζήτηση βοήθειας δεν αποτελεί επιτακτική ανάγκη, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει στη διαμόρφωση μιας εσωτερικής ετικέτας («Είμαι αδύναμος»). Είναι δύσκολο για πολλούς ανθρώπους να αναγνωρίσουν την ανάγκη για επαγγελματική βοήθεια και να μην αισθάνονται ταυτόχρονα αποτυχημένοι, καθώς η αναζήτηση βοήθειας από ειδικό θεωρείται από την κοινωνία ένδειξη αδυναμίας και ανεπάρκειας («Πρέπει να λύνουμε μόνοι μας τα προβλήματά μας») [6]. Αντίθετα, στην περίπτωση που το άτομο νοσεί από σοβαρή ψυχική νόσο, η αναζήτηση βοήθειας από ειδικό θεωρείται απαραίτητη και δικαιολογημένη. Στη συνέχεια, η ετικέτα που αποδίδεται στην ψυχική νόσο και το στίγμα που μπορεί να φέρει αυτή η ετικέτα προέρχονται κυρίως από την κοινωνία και το άτομο επιλέγει εάν θα την εσωτερικεύσει ή όχι [4]. Συνεπώς, το προσωπικό στίγμα φαίνεται να μην παίζει κυρίαρχο ρόλο στην απόφαση των ατόμων με σοβαρή ψυχική διαταραχή για αναζήτηση βοήθειας.

Οι άνθρωποι επομένως εσωτερικεύουν τα στερεότυπα και επικρίνουν έντονα τον εαυτό τους, υιοθετώντας για τους ίδιους τις κοινωνικές προκαταλήψεις [7]. Τα χαρακτηριστικά συναισθήματα που βιώνουν τα άτομα εξαιτίας του προσωπικού στίγματος είναι η ντροπή, ο φόβος, η αμηχανία και η αποξένωση [2]. Προκειμένου τα άτομα να αναζητούν έγκαιρα την απαραίτητη επαγγελματική βοήθεια, είναι απαραίτητο να κατανοηθεί ποιοι είναι οι ακριβείς παράγοντες οι οποίοι τους εμποδίζουν. Με αυτόν τον τρόπο, οι ειδικοί θα μπορέσουν να σχεδιάσουν ειδικές παρεμβάσεις, ώστε να ενθαρρύνουν τα άτομα να αναζητούν την απαραίτητη βοήθεια, δίχως δισταγμό ή φόβο [8]. Κατά τα τελευταία έτη, οι έρευνες προτείνουν επτά παράγοντες, εξαιτίας των οποίων οι άνθρωποι συχνά αποφεύγουν να αναζητήσουν βοήθεια από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας: (1) το κοινωνικό στίγμα, (2) ο φόβος για τη θεραπεία, (3) η αυτο-αποκάλυψη, (4) ο φόβος για τα συναισθήματα που θα προκληθούν, (5) η αμφιβολία για τη χρησιμότητά της και τα πιθανά ρίσκα, (6) η αυτοπεποίθηση, και (7) οι κοινωνικές νόρμες [9]. Η έρευνα υποστηρίζει πως ο προσωπικός περίγυρος επηρεάζει κατά πολύ το άτομο στην τελική του απόφαση [8].

Οι αντιλήψεις και οι στάσεις σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας από ειδικό που θα εκφράσει ο προσωπικός περίγυρος των ατόμων που επιθυμούν να αναζητήσουν τη βοήθεια αυτή εξαιτίας δυσάρεστων συμπτωμάτων διαδραματίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στο αν τελικά το άτομο θα απευθυνθεί σε ειδικό [9]. Παλαιότερες έρευνες έδειξαν πως κάθε άτομο συζητά την επιθυμία του να αναζητήσει επαγγελματική βοήθεια κατά μέσο όρο με τέσσερα άτομα του περίγυρού του [9]. Όσοι τελικά απευθύνονται στους επαγγελματίες είναι περισσότερο πιθανόν να είχαν φίλους ή συγγενείς οι οποίοι αποδέχτηκαν τις δυσκολίες και τους ενθάρρυναν να αναζητήσουν βοήθεια [8].

Επιπρόσθετα, οι κοινωνικές νόρμες, τις οποίες εκφράζει ο περίγυρος του κάθε ατόμου, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο αν τελικά το άτομο θα αναζητήσει επαγγελματική βοήθεια [9]. Παρότι οι κοινωνικές νόρμες δεν φαίνεται από μόνες τους να οδηγούν σε αποφυγή αναζήτησης, οι στάσεις που υιοθετούν φίλοι και συγγενείς επηρεάζουν το άτομο στο πώς τελικά θα επιλέξει να διαχειριστεί τα συμπτώματά του [11]. Ο υποστηρικτικός προσωπικός περίγυρος σχετίζεται θετικά με την αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας, καθώς τα άτομα δεν φοβούνται ότι θα εκτεθούν στο οικείά τους πρόσωπα ή θα χάσουν την κοινωνική τους υποστήριξη. Αντίθετα, όταν οι σημαντικοί άλλοι ενός ατόμου θεωρούν την επαγγελματική βοήθεια για τη διαχείριση των ψυχολογικών δυσκολιών κάτι αρνητικό, ντροπιαστικό ή στιγματιστικό, τα άτομα είναι λιγότερο πιθανό να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό [9]. Συχνά, μάλιστα, ο περίγυρος θεωρεί πως εάν αναζητηθεί βοήθεια από κάποιον ειδικό, θα στιγματιστεί ολόκληρη η οικογένεια [9, 12].

Περαιτέρω, σημειώνονται διαφυλικές διαφορές ως προς την επιλογή αναζήτησης βοήθειας από ειδικούς ψυχικής υγείας. Οι άνδρες, οι οποίοι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία εμφανίζουν λιγότερο συχνά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης από ό,τι οι γυναίκες, είναι λιγότερο πιθανόν να αναζητήσουν βοήθεια για αντίστοιχα συμπτώματα ή προβλήματα σχετικά με ουσιοεξάρτηση. Το γεγονός αυτό ίσως σχετίζεται με τις αντίστοιχες κοινωνικές νόρμες της δυτικής κουλτούρας, οι οποίες «απαιτούν» από τους άνδρες να είναι περισσότερο δυνατοί και να διαχειρίζονται μόνοι τα συναισθήματά τους. Έτσι, οι άνδρες ενθαρρύνονται λιγότερο να αναζητήσουν βοήθεια συγκριτικά με τις γυναίκες, καθώς θεωρούν πως το να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό για τη διαχείριση ψυχολογικών τους δυσκολιών, πιθανώς θα τους στιγματίσει ή θα τους κάνει να φανούν λιγότερο αντάξιοι των κοινωνικών τους ρόλων. Αρκετοί θεωρούν την αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας ένδειξη «αδυναμίας», η οποία πρέπει να αποφεύγεται, όταν τα συμπτώματα δεν είναι ιδιαίτερα έντονα [8, 13]. Παράλληλα, η επιρροή που ασκεί ο προσωπικός περίγυρος στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς ψυχικής υγείας διαφέρει. Φαίνεται πως τα δύο φύλα δίνουν διαφορετική έμφαση στις πεποιθήσεις και τις αξίες του κοινωνικού τους περίγυρου σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας, με τους άνδρες να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στις απόψεις των σημαντικών άλλων [8]. Αδιαμφισβήτητα, η επιρροή του προσωπικού περίγυρου κάθε ατόμου είναι έντονη στην τελική απόφαση που αυτό θα λάβει, εντούτοις ελάχιστες

έρευνες έχουν ασχοληθεί αποκλειστικά και μόνο με τον ρόλο των σημαντικών άλλων στην απόφαση του ατόμου να αναζητήσει βοήθεια από ειδικό.

**2. Υλικό και μέθοδος**

***2.1. Δείγμα***

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 196 φοιτητές, από τους οποίους οι 123 είναι γυναίκες (62,8%). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι 18-25 ετών (64,4%), παρακολουθούν το τρίτο ακαδημαϊκό έτος (24,2%) και έχουν ελληνική υπηκοότητα (97,4%) (βλ. Πίνακα 1).

**Πίνακας 1.** Κατανομή (επιμέρους απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων

| **Δημογραφικά χαρακτηριστικά** | |
|---|---|
| **Ηλικία** | **N** |
| 18-25 ετών | 126 |
| 26-30 ετών | 34 |
| 31-35 ετών | 21 |
| 36-40 ετών | 6 |
| 41-45 ετών | 6 |
| 46-50 ετών | 1 |
| Άνω των 50 ετών | 2 |
| Σύνολο | 196 |
| **Ακαδημαϊκό έτος** | **N** |
| 1ο ακαδημαϊκό έτος | 36 |
| 2ο ακαδημαϊκό έτος | 39 |
| 3ο ακαδημαϊκό έτος | 44 |
| 4ο ακαδημαϊκό έτος | 34 |
| 5ο ακαδημαϊκό έτος | 18 |
| 6ο ακαδημαϊκό έτος | 5 |
| 7ο ακαδημαϊκό έτος | 3 |
| 12ο ακαδημαϊκό έτος | 1 |
| 14ο ακαδημαϊκό έτος | 1 |
| 15ο ακαδημαϊκό έτος | 1 |
| Σύνολο | 182 |
| **Εθνικότητα** | **N** |
| Ελληνική ιθαγένεια/υπηκοότητα | 188 |
| Άλλη ιθαγένεια/υπηκοότητα | 5 |
| **Σύνολο** | 193 |

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι έχουν ζητήσει βοήθεια για κάποιο θέμα ψυχικής υγείας (99,4%), με τα μεγαλύτερα ποσοστά να αφορούν την αναζήτηση βοήθειας από οικεία πρόσωπα. Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Από πού έχετε ζητήσει βοήθεια για κάποιο θέμα ψυχικής υγείας;». Στην ερώτηση «Έχετε επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας;», το 33,5% απάντησε θετικά.

**Πίνακας 2.** Κατανομή (επιμέρους απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Από πού έχετε ζητήσει βοήθεια για θέματα ψυχικής υγείας;»

| **Από πού έχετε ζητήσει βοήθεια για θέματα ψυχικής υγείας;** | **f** | **% απαντήσεων** | **% συμμετεχόντων** |
|---|---|---|---|
| Διαδικτυακές ιστοσελίδες | 28 | 13,5 | 20,4 |
| Φίλους | 101 | 48,6 | 73,7 |
| Μέλη της οικογένειας | 65 | 31,3 | 47,4 |
| Πνευματικό σύμβουλο | 12 | 5,8 | 8,8 |
| Οικογενειακό γιατρό | 2 | 1,0 | 1,5 |
| **Σύνολο** | 208 | 100,0 | 151,8 |

**3. Μέσα συλλογής δεδομένων**

***3.1. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων***

Το ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων σχεδιάστηκε για τις ανάγκες αυτής της μελέτης και αποτελείται από οκτώ ερωτήσεις σχετικά με προσωπικά δεδομένα. Ειδικότερα, από τους συμμετέχοντες ζητήθηκαν πληροφορίες σχετικά με το φύλο, την ηλικία, το έτος σπουδών, την εθνικότητα, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, την προηγούμενη συνεργασία με ειδικό ψυχικής υγείας, την αναζήτηση βοήθειας από άλλα πρόσωπα/πηγές στήριξης.

***3.2. Κλίμακα Κοινωνικού Στίγματος***

Το κοινωνικό στίγμα μετρήθηκε με την Κλίμακα Κοινωνικού Στίγματος για την Ψυχολογική Βοήθεια (SSRPH – Stigma Scale for Receiving Psychological Help) [14, 15], η οποία σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τις αντιλήψεις σχετικά με το κατά πόσο αποτελεί στίγμα η λήψη επαγγελματικής ψυχολογικής βοήθειας. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 5 δηλώσεις που βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert, από 1 (Διαφωνώ πολύ) έως 4 (Συμφωνώ πολύ). Τα υψηλότερα σκορ υποδηλώνουν ισχυρότερη αντίληψη κοινωνικού στίγματος σχετικά με την αναζήτηση επαγγελματικής ψυχολογικής βοήθειας. Μετά από προκαταρκτική ανάλυση και εξέταση της κλίμακας από δύο διδάκτορες συμβουλευτικούς ψυχολόγους, τα δεδομένα έδειξαν ένα αποδεκτό επίπεδο εσωτερικής συνέπειας και δομικής εγκυρότητας. Επίσης, η δομική εγκυρότητα επαληθεύτηκε και από τη συσχέτιση της Κλίμακας Κοινωνικού Στίγματος για την Ψυχολογική Βοήθεια με την Κλίμακα Στάσεων Σχετικά με την Αναζήτηση Επαγγελματικής Ψυχολογικής Βοήθειας-Σύντομη Μορφή, όπως και με την Κλίμακα Προσωπικού Στίγματος Αναζήτησης Ψυχολογικής Βοήθειας [3, 14]. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι όσο λιγότερο κοινωνικό στίγμα αντιλαμβάνονται τα άτομα σε σχέση με την αναζήτηση ψυχολογικής βοήθειας, τόσο πιο θετικές στάσεις υιοθετούν σχετικά με αυτή, ενώ η ύπαρξη υψηλού κοινωνικού στίγματος σχετίζεται με την ύπαρξη υψηλού προσωπικού στίγματος. Στην παρούσα έρευνα ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha Cronbach της κλίμακας SSRPH κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα (a = 0,67).

***3.3. Κλίμακα Αντιλήψεων για τον Στιγματισμό από τον περίγυρο λόγω αναζήτησης ψυχολογικής βοήθειας***

Χορηγήθηκε η Κλίμακα Αντιλήψεων για τον Στιγματισμό από τον περίγυρο λόγω αναζήτησης ψυχολογικής βοήθειας (PSOSH – Perceptions of Stigmatization by Others for Seeking Psychological



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Help) [16], η οποία σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει την αντίληψη των ατόμων σχετικά με το κατά πόσο η αναζήτηση ψυχολογικής βοήθειας από τους ίδιους θα στιγματιζόταν από τους ανθρώπους με τους οποίους αλληλεπιδρούν. Περιλαμβάνει 5 δηλώσεις που βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert, από 1 (Καθόλου) έως 5 (Πάρα πολύ). Τα υψηλότερα σκορ δείχνουν μεγαλύτερο βαθμό αντιλαμβανόμενου στίγματος από εκείνους που αλληλεπιδρά το άτομο. Η Κλίμακα έχει καλή εσωτερική συνέπεια και καλές εκτιμήσεις επαναλαμβανόμενων μετρήσεων. Τα σκορ της Κλίμακας σχετίστηκαν αρνητικά με τις στάσεις αναζήτησης ψυχολογικής βοήθειας, ενώ όσο μεγαλύτερο είναι το στίγμα που αντιλαμβάνεται το άτομο ότι θα έχουν απέναντί του οι άνθρωποι που αλληλεπιδρά, λόγω αναζήτησης ψυχολογικής βοήθειας, τόσο μεγαλύτερος αναμένεται να είναι και ο βαθμός προσωπικού στίγματος [1]. Στην παρούσα έρευνα, ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha Cronbach της κλίμακας PSOSH κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα (0,91).

### *3.4. Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους, Στρες (Dass 21)*

Χορηγήθηκε η Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους, Στρες (DASS 21 – Depression, Anxiety, Stress Scale), η οποία είναι μια ποσοτική κλίμακα μέτρησης της ψυχικής δυσφορίας σύμφωνα με τους τρεις άξονες της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Είναι ένα σύνολο τριών αυτοχορηγούμενων κλιμάκων, σχεδιασμένες να μετρούν την αρνητική συναισθηματική διάσταση της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες, αποτελούμενες από 21 προτάσεις. Καθεμία από τις τρεις κλίμακες του DASS περιλαμβάνει 7 ερωτήματα, τα οποία διαιρούνται σε υποκλίμακες ερωτημάτων με παρόμοιο περιεχόμενο. Η *κλίμακα κατάθλιψης* αξιολογεί τη δυσφορία, την απελπισία, την υποτίμηση της ζωής, την αυτο-υποτίμηση, την έλλειψη ενδιαφέροντος/συμμετοχής, την ανηδονία, και την απάθεια. *Η κλίμακα άγχους* αξιολογεί τη διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, την επίδραση στο μυοσκελετικό, το άγχος ως κατάσταση, και την υποκειμενική εμπειρία της επίδρασης του άγχους. Η *κλίμακα στρες* είναι ευαίσθητη σε αυξημένα επίπεδα χρόνιας μη ειδικής διέγερσης. Αξιολογεί τη δυσκολία χαλάρωσης, την υπερδιέγερση και την ευεξαπτότητα, την ευερεθιστότητα/υπερ-αντιδραστικότητα και την ανυπομονησία. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν τον βαθμό κατά τον οποίο θεωρούν ότι τους αντιπροσωπεύει καθεμία από τις προτάσεις χρησιμοποιώντας μια 4βάθμια κλίμακα Likert (0 = Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα, 3 = Είχε ισχύ σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές) και βαθμολογούνται για κάθε πρόταση του τεστ με κριτήριο το κατά πόσο δηλώνουν ότι το περιεχόμενό της τους χαρακτηρίζει. Οι βαθμοί κάθε συμμετέχοντα αθροίζονται προκειμένου να υπολογιστεί η συνολική τιμή της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και σταθμίστηκε στα ελληνικά και πρόκειται για τη σύντομη μορφή της αρχικής εκδοχής, η οποία αποτελείται από 42 δηλώσεις. Τα άτομα καλούνται να σημειώσουν τον βαθμό στον οποίο έχουν βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε δήλωση, στη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας [17]. Στην παρούσα έρευνα, μελετήθηκαν οι συσχετίσεις για τους κλινικούς δείκτες της κατάθλιψης και του άγχους. Οι συντελεστές αξιοπιστίας alpha Cronbach των υποκλιμάκων της κλίμακας DASS σε αυτή την έρευνα κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα, από 0,89 έως 0,95.

## 4. Διαδικασία

Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε ηλεκτρονική μορφή και έγινε ηλεκτρονική πρόσκληση για τη συμπλήρωσή τους μέσω ιστοσελίδων κοινωνικής δικτύωσης. Ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνονταν ήταν φοιτητές δημόσιων και ιδιωτικών πανεπιστημίων της χώρας (προπτυχιακοί, μεταπτυχιακοί, διδακτορικοί). Αρχικά, παρουσιάστηκε ο σκοπός της έρευνας και ενημερώθηκαν για την απαιτούμενη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, καθώς και για τον εθελούσιο χαρακτήρα της συμμετοχής τους. Ρωτήθηκαν αρχικά για το εάν έχουν συμπληρώσει το 18ο έτος της ηλικίας τους, καθώς η έρευνα αφορούσε ενήλικες, ακολούθησαν ερωτήσεις/δηλώσεις δημογραφικών στοιχείων και τα ανωτέρω ερωτηματολόγια.

## 5. Ευρήματα

### *5.1. Κλίμακα DASS (Depression, Anxiety, Stress Scale)*

**Πίνακας 3.** Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα DASS

| Κλίμακα DASS | N | M.O. | SD | Min. | Max. |
|---|---|---|---|---|---|
| Κλίμακα Κατάθλιψης | 182 | 5,92 | 5,42 | 0,0 | 21,0 |
| Κλίμακα Άγχους | 183 | 4,69 | 5,34 | 0,0 | 20,0 |
| Κλίμακα Στρες | 184 | 7,76 | 5,39 | 0,0 | 20,0 |
| Συνολική βαθμολογία κλίμακας DASS | 180 | 36,87 | 29,28 | 0,0 | 116,0 |

Προκειμένου να υπολογιστεί ο βαθμός και η κατεύθυνση της συνάφειας μεταξύ των υποκλιμάκων της Κλίμακας DASS χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης συνάφειας r του Pearson (βλ. Πίνακα 4).

**Πίνακας 4.** Συνάφεια (Pearson r) μεταξύ των υποκλιμάκων της κλίμακας DASS

| | 1. | 2. | 3. | 4. |
|---|---|---|---|---|
| 1. Κλίμακα Κατάθλιψης | 1,00 | | | |
| 2. Κλίμακα Άγχους | 0,64** | 1,00 | | |
| 3. Κλίμακα Στρες | 0,79** | 0,75** | 1,00 | |
| 4. Συνολική βαθμολογία κλίμακας DASS | 0,90** | 0,88** | 0,94** | 1,00 |

** $p < 0,01$.

Ο έλεγχος των διαφορών των μέσων όρων της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα DASS ως προς το φύλο έγινε με το t-κριτήριο για ανεξάρτητα δείγματα (βλ. Πίνακα 5). Ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας των ανδρών του δείγματος στην κλίμακα DASS είναι 30,82 (SD = 27,30), ενώ ο μέσος όρος των γυναικών είναι 40,54 (SD = 29,94). Η διαφορά αυτή στους μέσους όρους βρέθηκε στατιστικώς σημαντική $t(178) = -2,18$, $p < 0,05$.

**Πίνακας 5.** Μέσοι όροι, t τιμές και στατιστική σημαντικότητα της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα DASS ως προς το φύλο

| **Κλίμακα DASS** | **Άνδρες** | | **Γυναίκες** | | **t-test** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **N** | **M** | **N** | **M** | **t** | **df** |
| Κλίμακα Κατάθλιψης | 69 | 5,06 | 113 | 6,44 | -1,68 | 180 |
| Κλίμακα Άγχους | 69 | 3,75 | 114 | 5,26 | -1,87 | 181 |
| Κλίμακα Στρες | 70 | 6,76 | 114 | 8,38 | -2,00 | 182 |
| Συνολική βαθμολογία κλίμακας DASS | 68 | 30,82 | 112 | 40,54 | -2,18* | 178 |

** p < 0,05.*

Ο έλεγχος των διαφορών των μέσων όρων της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα DASS ως προς την επίσκεψή τους σε ειδικό ψυχικής υγείας έγινε με το t-κριτήριο για ανεξάρτητα δείγματα (βλ. Πίνακα 6). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των μέσων όρων των δύο ομάδων.

**Πίνακας 6.** Μέσοι όροι, t τιμές και στατιστική σημαντικότητα της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα DASS ως προς την επίσκεψή τους σε ειδικό ψυχικής υγείας

| **Κλίμακα DASS** | **Έχουν επισκεφθεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας** | | **Δεν έχουν επισκεφθεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας** | | **t-test** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **N** | **M** | **N** | **M** | **t** | **df** |
| Κλίμακα Κατάθλιψης | 65 | 6,71 | 101 | 5,77 | -1,01 | 115,87 |
| Κλίμακα Άγχους | 64 | 5,14 | 103 | 4,66 | -0,56 | 165 |
| Κλίμακα Στρες | 65 | 8,68 | 103 | 7,75 | -1,08 | 166 |
| Συνολική βαθμολογία κλίμακας DASS | 63 | 41,05 | 101 | 36,65 | -0,92 | 162 |

### *5.2. Κλίμακα Κατάθλιψης DASS*

Σύμφωνα με τους Lovibond και Lovibond [18], τιμή ουδός για τον εντοπισμό των ατόμων που εμφανίζουν από ήπια έως και πολύ έντονα συμπτώματα κατάθλιψης είναι η τιμή 10. Από τους 196 συμμετέχοντες, οι 45 (24,7%) εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, όπως αυτά αξιολογήθηκαν με την Κλίμακα Κατάθλιψης DASS.

Ο έλεγχος των διαφορών των μέσων όρων της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις κλίμακες SSRPH και PSOSH ως προς την εμφάνιση ή όχι συμπτωμάτων κατάθλιψης στην Κλίμακα Κατάθλιψης της DASS έγινε με το t-κριτήριο για ανεξάρτητα δείγματα (βλ. Πίνακα 7). Ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα PSOSH των συμμετεχόντων που εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης στην Κλίμακα Κατάθλιψης DASS είναι 11,40 (SD = 4,85), ενώ ο μέσος όρος των συμμετεχόντων που δεν εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης στην Κλίμακα Κατάθλιψης DASS είναι 8,83 (SD = 4,41). Η διαφορά αυτή στους μέσους όρους βρέθηκε στατιστικώς σημαντική t (178) = -3,30, p < 0,001.

**Πίνακας 7.** Μέσοι όροι, t τιμές και στατιστική σημαντικότητα της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις κλίμακες SSRPH και PSOSH ως προς την εμφάνιση ή όχι συμπτωμάτων κατάθλιψης

| | **Απουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης** | | **Εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης** | | **t-test** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **N** | **M** | **N** | **M** | **t** | **df** |
| Συνολική βαθμολογία κλίμακας SSRPH | 136 | 9,18 | 45 | 9,96 | -1,54 | 179 |
| Συνολική βαθμολογία κλίμακας PSOSH | 135 | 8,83 | 45 | 11,40 | -3,30** | 178 |

*** p < 0,01.*

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες των συμμετεχόντων με απουσία ή εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, όπως αυτή αξιολογήθηκε με την Κλίμακα Κατάθλιψης DASS, ως προς το φύλο. Για τη διερεύνηση της συσχέτισης των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο $\chi^2$. Παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, $\chi^2$ (1) = 4,61, p < 0,05. Συγκεκριμένα, το 30,1% των γυναικών του δείγματος εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης στην Κλίμακα Κατάθλιψης DASS σε σύγκριση με το 15,9% των ανδρών.

**Πίνακας 8.** Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των συμμετεχόντων με απουσία ή εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, όπως αυτή αξιολογήθηκε με την Κλίμακα Κατάθλιψης DASS, ως προς το φύλο

| **Κλίμακα Κατάθλιψης DASS** | **Φύλο** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Άνδρας** | | **Γυναίκα** | | **Σύνολο** |
| | **f** | **rf** | **f** | **rf** | **f** |
| Απουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης | 58 | 84,1/42,3 | 84,1/42,3 | 69,9/57,7 | 137 |
| Εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης | 11 | 15,9/24,4 | 34 | 30,1/75,6 | 45 |
| **Σύνολο** | 69 | 37,9/100,0 | 113 | 62,1/100,0 | 182 |

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες των συμμετεχόντων με απουσία ή εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, όπως αυτή αξιολογήθηκε με την Κλίμακα Κατάθλιψης DASS, ως προς την επίσκεψή τους στο παρελθόν σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας. Για τη διερεύνηση της συσχέτισης των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο $\chi^2$. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, $\chi^2$ (1) = 0,24, p > 0,05.



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

**Πίνακας 9.** Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των συμμετεχόντων με απουσία ή εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, όπως αυτή αξιολογήθηκε με την Κλίμακα Κατάθλιψης DASS, ως προς την επίσκεψή τους στο παρελθόν σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας

| **Κλίμακα Κατάθλιψης DASS** | **Επίσκεψη στο παρελθόν σε ειδικό ψυχικής υγείας** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Όχι** | | **Ναι** | | **Σύνολο** |
| | **f** | **rf** | **f** | **rf** | **f** |
| Απουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης | 75 | 74,3/62,0 | 46 | 70,8/38,0 | 121 |
| Εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης | 26 | 25,7/57,8 | 19 | 29,2/42,2 | 45 |
| **Σύνολο** | 101 | 60,8/100,0 | 65 | 39,2/100,0 | 166 |

### *5.3. Κλίμακα Άγχους DASS*

Σύμφωνα με τους Lovibond και Lovibond [18], τιμή ουδός για τον εντοπισμό των ατόμων που εμφανίζουν από ήπια έως και πολύ έντονα συμπτώματα άγχους είναι η τιμή 8. Από τους 196 συμμετέχοντες, οι 52 (28,4%) εμφανίζουν συμπτώματα άγχους, όπως αυτά αξιολογήθηκαν από την Κλίμακα Άγχους DASS.

Ο έλεγχος των διαφορών των μέσων όρων της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις κλίμακες SSRPH και PSOSH ως προς την εμφάνιση ή όχι συμπτωμάτων άγχους στην Κλίμακα Άγχους της DASS έγινε με το t-κριτήριο για ανεξάρτητα δείγματα (βλ. Πίνακα 10). Ο μέσος όρος της βαθμολογίας των συμμετεχόντων που δεν εμφανίζουν συμπτώματα άγχους στην Κλίμακα PSOSH είναι 8,99 (SD = 4,48), ενώ ο μέσος όρος των συμμετεχόντων που εμφανίζουν συμπτώματα άγχους είναι 10,71 (SD = 4,88). Η διαφορά αυτή στους μέσους όρους βρέθηκε στατιστικώς σημαντική $t\ (180) = -2{,}28$, $p < 0{,}05$.

**Πίνακας 10.** Μέσοι όροι, t τιμές και στατιστική σημαντικότητα της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις κλίμακες SSRPH και PSOSH ως προς την εμφάνιση ή όχι συμπτωμάτων άγχους

| | **Απουσία συμπτωμάτων άγχους** | | **Εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους** | | **t-test** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **N** | **M** | **N** | **M** | **t** | **df** |
| Συνολική βαθμολογία κλίμακας SSRPH | 131 | 9,21 | 52 | 9,85 | -1,34 | 181 |
| Συνολική βαθμολογία κλίμακας PSOSH | 130 | 8,99 | 52 | 10,71 | -2,28* | 180 |

** p < 0,05.*

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες των συμμετεχόντων με απουσία ή εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους, όπως αυτή αξιολογήθηκε με την Κλίμακα Άγχους DASS, ως προς το φύλο. Για τη διερεύνηση της συσχέτισης των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο $\chi^2$. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, $\chi^2\ (1) = 1{,}49$, $p > 0{,}05$.

**Πίνακας 11.** Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των συμμετεχόντων με απουσία ή εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους, όπως αυτή αξιολογήθηκε με την Κλίμακα Άγχους DASS, ως προς το φύλο

| **Κλίμακα Άγχους DASS** | **Φύλο** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Άνδρας** | | **Γυναίκα** | | **Σύνολο** |
| | **f** | **rf** | **f** | **rf** | **f** |
| Απουσία συμπτωμάτων άγχους | 53 | 76,8/40,5 | 78 | 68,4/59,5 | 131 |
| Εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους | 16 | 23,2/30,8 | 36 | 31,6/69,2 | 52 |
| **Σύνολο** | 69 | 37,7/100,0 | 114 | 62,3/100,0 | 183 |

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες των συμμετεχόντων με απουσία ή εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους, όπως αυτή αξιολογήθηκε με την Κλίμακα Άγχους DASS, ως προς την επίσκεψή τους στο παρελθόν σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας. Για τη διερεύνηση της συσχέτισης των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο $\chi^2$. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, $\chi^2\ (1) = 0{,}60$, $p > 0{,}05$.

**Πίνακας 12.** Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των συμμετεχόντων με απουσία ή εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους, όπως αυτή αξιολογήθηκε με την Κλίμακα Άγχους DASS, ως προς την επίσκεψή τους στο παρελθόν σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας

| **Κλίμακα Άγχους DASS** | **Επίσκεψη στο παρελθόν σε ειδικό ψυχικής υγείας** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Όχι** | | **Ναι** | | **Σύνολο** |
| | **f** | **rf** | **f** | **rf** | **f** |
| Απουσία συμπτωμάτων άγχους | 75 | 72,8/63,6 | 43 | 67,2/36,4 | 118 |
| Εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους | 28 | 27,2/57,1 | 21 | 32,8/42,9 | 49 |
| **Σύνολο** | 103 | 61,7/100,0 | 64 | 38,3/100,0 | 167 |

### *5.4. Κλίμακα Στρες DASS*

Σύμφωνα με τους Lovibond και Lovibond [18], τιμή ουδός για τον εντοπισμό των ατόμων που εμφανίζουν από ήπια έως και πολύ έντονα συμπτώματα στρες είναι η τιμή 15. Από τους 196 συμμετέχοντες, οι 29 (15,8%) εμφανίζουν συμπτώματα στρες, όπως αυτά αξιολογήθηκαν από την Κλίμακα Στρες DASS.

Ο έλεγχος των διαφορών των μέσων όρων της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις κλίμακες SSRPH και PSOSH ως προς την εμφάνιση ή όχι συμπτωμάτων στρες στην Κλίμακα Στρες της DASS έγινε με το t-κριτήριο για ανεξάρτητα δείγματα (βλ. Πίνακα 13). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των μέσων όρων των δύο ομάδων.

**Πίνακας 13.** Μέσοι όροι, t τιμές και στατιστική σημαντικότητα της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις κλίμακες SSRPH και PSOSH ως προς την εμφάνιση ή όχι συμπτωμάτων στρες

| | Απουσία συμπτωμάτων στρες | | Εμφάνιση συμπτωμάτων στρες | | t-test | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | M | N | M | t | df |
| Συνολική βαθμολογία κλίμακας SSRPH | 155 | 9,28 | 29 | 9,86 | -0,98 | 182 |
| Συνολική βαθμολογία κλίμακας PSOSH | 154 | 9,26 | 29 | 10,62 | -1,45 | 181 |

* *p < 0,05.*

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες των συμμετεχόντων με απουσία ή εμφάνιση συμπτωμάτων στρες, όπως αυτή αξιολογήθηκε με την Κλίμακα Στρες DASS, ως προς το φύλο. Για τη διερεύνηση της συσχέτισης των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο $\chi^2$. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, $\chi^2$ (1) = 0,18, p > 0,05.

**Πίνακας 14.** Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των συμμετεχόντων με απουσία ή εμφάνιση συμπτωμάτων στρες, όπως αυτή αξιολογήθηκε με την Κλίμακα Στρες DASS, ως προς το φύλο

| Κλίμακα Στρες DASS | Φύλο | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Άνδρας | | Γυναίκα | | Σύνολο |
| | f | rf | f | rf | f |
| Απουσία συμπτωμάτων στρες | 60 | 85,7/38,7 | 95 | 83,3/61,3 | 155 |
| Εμφάνιση συμπτωμάτων στρες | 10 | 14,3/34,5 | 19 | 16,7/65,5 | 29 |
| **Σύνολο** | 70 | 38,0/100,0 | 114 | 62,0/100,0 | 184 |

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες των συμμετεχόντων με απουσία ή εμφάνιση συμπτωμάτων στρες, όπως αυτή αξιολογήθηκε με την Κλίμακα Στρες DASS, ως προς την επίσκεψή τους στο παρελθόν σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας. Για τη διερεύνηση της συσχέτισης των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο $\chi^2$. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, $\chi^2$ (1) = 0,56, p > 0,05.

**Πίνακας 15.** Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των συμμετεχόντων με απουσία ή εμφάνιση συμπτωμάτων στρες, όπως αυτή αξιολογήθηκε με την Κλίμακα Στρες DASS, ως προς την επίσκεψή τους στο παρελθόν σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας

| Κλίμακα Στρες DASS | Επίσκεψη στο παρελθόν σε ειδικό ψυχικής υγείας | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Όχι | | Ναι | | Σύνολο |
| | f | rf | f | rf | f |
| Απουσία συμπτωμάτων στρες | 87 | 84,5/62,6 | 52 | 80,0/37,4 | 139 |
| Εμφάνιση συμπτωμάτων στρες | 16 | 15,5/55,2 | 13 | 20,0/44,8 | 29 |
| **Σύνολο** | 103 | 61,3/100,0 | 65 | 38,7/100,0 | 168 |

### *5.5. Κλίμακα SSRPH (Stigma Scale for Receiving Psychological Help) και Κλίμακα PSOSH (Perceptions of Stigmatization by Others for Seeking Psychological Help)*

Ο μέσος όρος της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα SSRPH είναι 9,37 (SD = 2,90) και στην κλίμακα PSOSH είναι 9,41 (SD = 4,62) (βλ. Πίνακα 16).

**Πίνακας 16.** Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις κλίμακες SSRPH και PSOSH

| | N | M.O. | SD | Min. | Max. |
|---|---|---|---|---|---|
| Συνολική βαθμολογία κλίμακας SSRPH | 185 | 9,37 | 2,90 | 5,0 | 18,0 |
| Συνολική βαθμολογία κλίμακας PSOSH | 188 | 9,41 | 4,62 | 5,0 | 25,0 |

Προκειμένου να υπολογιστεί ο βαθμός και η κατεύθυνση της συνάφειας μεταξύ της Κλίμακας DASS (Depression, Anxiety, Stress Scale) και των Κλιμάκων SSRPH (Stigma Scale for Receiving Psychological Help) και PSOSH (Perceptions of Stigmatization by Others for Seeking Psychological Help) χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης συνάφειας r του Pearson (βλ. Πίνακα 17).

**Πίνακας 17.** Συνάφεια (Pearson r) μεταξύ των κλιμάκων DASS, SSRPH και PSOSH

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Κατάθλιψη | 1,00 | | | | | |
| 2. Άγχος | 0,64** | 1,00 | | | | |
| 3. Στρες | 0,79** | 0,75** | 1,00 | | | |
| 4. Συνολική βαθμολογία κλίμακας DASS | 0,90** | 0,88** | 0,94** | 1,00 | | |
| 5. Συνολική βαθμολογία κλίμακας SSRPH | 0,14 | 0,12 | 0,11 | 0,14 | 1,00 | |
| 6. Συνολική βαθμολογία κλίμακας PSOSH | 0,25** | 0,25** | 0,22** | 0,27** | 0,49** | 1,00 |

** *p < 0,01.*



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές συνάφειες μεταξύ της Κλίμακας DASS και της Κλίμακας SSRPH. Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική θετική συνάφεια ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας PSOSH με την κλίμακα της Κατάθλιψης ($r = 0,25$, $p < 0,01$), του Άγχους ($r = 0,25$, $p < 0,01$), του Στρες ($r = 0,22$, $p < 0,01$), καθώς και με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα DASS ($r = 0,27$, $p < 0,01$). Παρατηρήθηκε επίσης στατιστικώς σημαντική θετική συνάφεια ανάμεσα στις Κλίμακες SSRPH και PSOSH ($r = 0,49$, $p < 0,01$) (βλ. Πίνακα 17).

Ο έλεγχος των διαφορών των μέσων όρων της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις κλίμακες SSRPH και PSOSH ως προς το φύλο έγινε με το t-κριτήριο για ανεξάρτητα δείγματα (βλ. Πίνακα 18). Ο μέσος όρος της βαθμολογίας των ανδρών του δείγματος στην κλίμακα SSRPH είναι 10,39 (SD = 3,00), ενώ ο μέσος όρος των γυναικών είναι 8,75 (SD = 2,68). Η διαφορά αυτή στους μέσους όρους βρέθηκε στατιστικώς σημαντική $t (183) = 3,86$, $p < 0,001$. Ο μέσος όρος της βαθμολογίας των ανδρών του δείγματος στην κλίμακα PSOSH είναι 10,37 (SD = 4,12), ενώ ο μέσος όρος των γυναικών είναι 8,84 (SD = 4,82). Η διαφορά αυτή στους μέσους όρους βρέθηκε στατιστικώς σημαντική $t (186) = 2,22$, $p < 0,05$ (βλ. Πίνακα 18).

**Πίνακας 18.** Μέσοι όροι, t τιμές και στατιστική σημαντικότητα της συνολικής βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις κλίμακες SSRPH και PSOSH ως προς το φύλο

| | **Άνδρες** | | **Γυναίκες** | | **t-test** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **N** | **M** | **N** | **M** | **t** | **df** |
| Συνολική βαθμολογία κλίμακας SSRPH | 70 | 10,39 | 115 | 8,75 | 3,86*** | 183 |
| Συνολική βαθμολογία κλίμακας PSOSH | 71 | 10,37 | 117 | 8,84 | 2,22* | 186 |

*** *p < 0,001.*

Ο έλεγχος των διαφορών των μέσων όρων της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις κλίμακες SSRPH και PSOSH ως προς την επίσκεψή τους σε ειδικό ψυχικής υγείας έγινε με το t-κριτήριο για ανεξάρτητα δείγματα (βλ. Πίνακα 19). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των μέσων όρων των δύο ομάδων.

**Πίνακας 19.** Μέσοι όροι, t τιμές και στατιστική σημαντικότητα της συνολικής βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις κλίμακες SSRPH και PSOSH ως προς την επίσκεψή τους σε ειδικό ψυχικής υγείας

| | **Έχουν επισκεφθεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας** | | **Δεν έχουν επισκεφθεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας** | | **t-test** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **N** | **M** | **N** | **M** | **t** | **df** |
| Συνολική βαθμολογία κλίμακας SSRPH | 65 | 9,03 | 103 | 9,51 | 1,03 | 166 |
| Συνολική βαθμολογία κλίμακας PSOSH | 65 | 9,08 | 106 | 9,70 | 0,85 | 169 |

**6. Συζήτηση**

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, το 99,4% των συμμετεχόντων έχουν αναζητήσει στο παρελθόν βοήθεια για ζητήματα ψυχολογικής φύσεως. Εντούτοις, οι περισσότεροι απευθύνθηκαν σε φίλους (73,7%) για τη βοήθεια αυτή, σε μέλη της οικογένειάς τους (47,4%) ή σε διαδικτυακές πηγές (20,4%), ενώ το 33,5% απευθύνθηκε σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας. Τα άτομα φαίνεται να αναζητούν βοήθεια από οικείους τους, κυρίως σε κουλτούρες στις οποίες οι οικογενειακές σχέσεις είναι ιδιαίτερα στενές και αξιολογούνται ως ιδιαίτερα σημαντικές [9, 19]. Παρατηρούμε ότι στην παρούσα έρευνα το 33,5% των φοιτητών έχει απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό, ποσοστό αρκετά υψηλότερο από αυτό που παρατηρείται σε αντίστοιχες έρευνες που έλαβαν χώρα σε άλλες χώρες του δυτικού κόσμου, όπου τα άτομα εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά αναζήτησης επαγγελματικής ψυχολογικής βοήθειας, ακόμη και σε περιπτώσεις σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών [8].

Οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία στην Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες σε σχέση με τους άνδρες, με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικώς σημαντική ($p < 0,05$) και να συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία [20, 21].

Επιπλέον, οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερα σκορ στην Κλίμακα Αντιλήψεων για τον Στιγματισμό από τον περίγυρο λόγω αναζήτησης ψυχολογικής βοήθειας, εύρημα που επιβεβαιώνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία, ότι δηλαδή οι άνδρες θεωρούν περισσότερο πιθανό τον στιγματισμό τους από ανθρώπους με τους οποίους αλληλεπιδρούν σε περίπτωση που αναζητήσουν ψυχολογική βοήθεια. Στην πλειονότητά τους φαίνεται να αναζητούν βοήθεια μόνο εξαιτίας κάποιας σοβαρής ψυχιατρικής διάγνωσης [9] ή ιδιαίτερα έντονου άγχους [22]. Επίσης, οι άνδρες σημειώνουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου κοινωνικού στίγματος σε σύγκριση με τις γυναίκες. Το εύρημα αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι οι στάσεις των γυναικών απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς ψυχικής υγείας είναι περισσότερο θετικές [23] και φαίνεται να αναζητούν βοήθεια ακόμη και σε περιπτώσεις όπου τα συμπτώματα δεν είναι τόσο έντονα.

Η Κλίμακα Αντιλαμβανόμενου Στίγματος από τον προσωπικό περίγυρο λόγω αναζήτησης ψυχολογικής βοήθειας και η κλίμακα αντιλαμβανόμενου κοινωνικού στίγματος σχετίζονται θετικά με την παρουσία κλινικών συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους. Όταν τα άτομα αντιμετωπίζουν ήπια συμπτώματα, συνήθως θεωρούν πως μπορούν και είναι δυνατόν «να τα επιλύσουν μόνοι τους» [24]. Φαίνεται, όμως, ότι η παρουσία κλινικών συμπτωμάτων, τα οποία προκαλούν δυσφορία στο άτομο, καθιστά ενδεχομένως πιο επιτακτική την ανάγκη για αναζήτηση βοήθειας από ειδικό, με σκοπό τη διαχείρισή τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του βαθμού αντιλαμβανόμενου στίγματος από τον κοντινό περίγυρό τους και του αντιλαμβανόμενου κοινωνικού στίγματος, καθώς πλέον τα άτομα βρίσκονται αντιμέτωπα άμεσα με το γεγονός ότι πρέπει να ζητήσουν επαγγελματική βοήθεια.

Συνολικά, δεν σημειώθηκαν διαφορές στο αντιλαμβανόμενο κοινωνικό στίγμα και τον αντιλαμβανόμενο στιγματισμό από τον περίγυρο ανάμεσα στα άτομα που είχαν απευθυνθεί σε ειδικό στο παρελθόν και στα άτομα που δεν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό. Ενώ στο στάδιο της αναζήτησης βοήθειας από ειδικό, το αντιλαμβανόμενο κοινωνικό στίγμα και το αντιλαμβανόμενο στίγμα από τον περίγυρο αυξάνονται, όταν τελικά

το άτομο συνεργαστεί με τον ειδικό, παρατηρείται άμβλυνση του στίγματος, καθώς αποδομούνται τα στερεότυπα και το άτομο ενδυναμώνεται συναισθηματικά κατά τη θεραπευτική διαδικασία, με αποτέλεσμα να μπορεί να διαχειριστεί αποτελεσματικότερα και τις μορφές στιγματισμού [25]. Είναι λοιπόν ιδιαίτερα σημαντικό να συνεχιστούν οι έρευνες στον συγκεκριμένο τομέα, ώστε να εντοπιστεί ο συνδυασμός παραγόντων που εμποδίζει τα άτομα να αναζητήσουν ψυχολογική βοήθεια από ειδικό. Είναι απαραίτητο να αναζητηθούν οι αντιλήψεις, οι στάσεις και οι ανησυχίες που καθιστούν τους ανθρώπους πιο επιφυλακτικούς στο να αναζητήσουν βοήθεια για δυσκολίες ψυχολογικής φύσεως, εν αντιθέσει με τις δυσκολίες ιατρικής φύσεως. Είναι άξιο προσοχής πως σχεδόν οι μισοί από όσους χρειάζονται ψυχολογική βοήθεια δεν απευθύνονται ποτέ σε κάποιον ειδικό [24, 26].

Είναι λοιπόν επιτακτική η ανάγκη οργανωμένων δράσεων προκειμένου να μειωθεί το στίγμα που αφορά την αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας. Θα ήταν σημαντικό, σε ένα επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης, να γίνονται αντίστοιχες ενημερώσεις σε μαθητές δημοτικών σχολείων, καθώς και στους γονείς τους. Επιπρόσθετα, καθώς διανύουμε μια περίοδο έντονης ενασχόλησης με τα ηλεκτρονικά μέσα, θα ήταν χρήσιμο να δημιουργηθούν ενημερωτικά βίντεο στο διαδίκτυο και την τηλεόραση, όπου ειδικοί θα μιλούν για την ψυχική υγεία με σκοπό την ευαισθητοποίηση του κοινού γύρω από αυτή. Εκτός τούτου, θα ήταν δυνατό οι εκάστοτε δήμοι και περιφέρειες να οργανώνουν συστηματικά αντίστοιχες ομιλίες που αφορούν την ψυχική υγεία, όπου το κοινό θα ενημερωνόταν για τη σημαντικότητά της. Τέλος, θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμη η έκδοση και διάθεση έντυπου ενημερωτικού υλικού σχετικά με την ψυχική υγεία, καθώς και δομές όπου οι άνθρωποι θα μπορούν να απευθύνονται σε περίπτωση που αντιμετωπίζουν κάποια δυσκολία.

### *6.1. Περιορισμοί της έρευνας*

Πρώτον, τα αποτελέσματα της έρευνας προέρχονται από δείγμα που αποτελείται από φοιτητές, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσής τους στον γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, στο δείγμα υπήρξαν κάποιες ακραίες τιμές, που αφορούν 3 άτομα άνω των 46 ετών, τα οποία είχαν περάσει το 12ο ακαδημαϊκό έτος. Το πρόβλημα με τις ακραίες τιμές είναι ότι μπορούν να έχουν αρνητική επίδραση στο t-test, μειώνοντας την ακρίβεια των αποτελεσμάτων που προκύπτουν. Παρ' όλα αυτά, η συμμετοχή φοιτητών μπορεί να αποτελεί και μια πιο αυστηρή δοκιμασία, καθώς οι νεότεροι και πιο μορφωμένοι είναι πιο πιθανό να ζητήσουν θεραπεία και άρα μπορεί να βιώνουν σε μικρότερο βαθμό στίγμα για την αναζήτηση θεραπείας. Συνεπώς, αναμένεται να είναι ισχυρότερος ο ρόλος των υπό μελέτη παραγόντων για άλλους πληθυσμούς.

Δεύτερος περιορισμός είναι ότι η έρευνα βασίστηκε σε αυτοαναφορές. Τόσο οι μετρήσεις από τα ερωτηματολόγια όσο και οι πληροφορίες για το κατά πόσο έχουν αναζητήσει βοήθεια στο παρελθόν συλλέχθηκαν από τους ίδιους τους συμμετέχοντες. Παρόλο που θεωρείται απίθανο οι άνθρωποι να ψεύδονται για το αν αναζητούν ψυχολογική βοήθεια ή να έχουν ξεχάσει ότι έχουν αναζητήσει βοήθεια παλιότερα, ενδέχεται να έχουν σημειωθεί ψευδείς αναφορές. Επίσης, οι μετρήσεις από αυτοαναφορές μπορεί να μην προσφέρουν επαρκή διάκριση μεταξύ πραγματικά υψηλής ψυχολογικής λειτουργικότητας και ψευδούς υψηλής λειτουργικότητας, η οποία προκαλείται από άρνηση ή άλλο ψυχολογικό μηχανισμό άμυνας.

Τρίτον, οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος στην έρευνα εθελοντικά μετά από παρότρυνση των ερευνητών. Αυτό συνεπάγεται ότι μπορεί να υπάρχουν επιδράσεις προς μια ορισμένη κατεύθυνση, λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, τα οποία μπορεί να διαθέτουν τα άτομα που προτίθενται να συμβάλουν σε μια έρευνα. Αυτό θα μπορούσε να σημαίνει ότι οι άνθρωποι που προθυμοποιούνται να συμμετέχουν σε μια έρευνα εθελοντικά μπορεί να είναι και πιο πρόθυμοι να εκδηλώσουν συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας, όπως η συμβουλευτική υποστήριξη.

---

## Perceived stigma by significant others for seeking psychological services in university students

**Trianti, N., Efstathiou, G., Mousouros, A., E. Kouvaraki**
**Association for Cognitive Behavioral Studies**
Correspondence: Nikoletta Trianti, Vatopediou 14, 11523, Athens, Greece
Email: nikolettatrianti@gmail.com – Tel.: +30 6979613105

**Summary**
The decision to seek psychological help is being hindered by several factors. Stigma is considered one of the most important mental health care barriers. There are two types of stigma: public and self-stigma. Public stigma is defined as the perception of the community that every person suffering from a mental illness is socially unacceptable and undesirable. Self-stigma is defined as a reduction in a person's self-esteem because of his perception of being socially unacceptable. The influence of the social network plays also an important role in the person's final decision to seek professional help. The primary aim of the present study was to assess the perceptions of individuals about their stigmatization by significant others and the perceived social stigma, in case of seeking mental health assistance. Specifically, the study examined the differences in these perceptions between individuals with symptoms of depression and anxiety and individuals with no clinical symptomatology. Additionally, the study examined the gender differences in perceived social stigma and stigma perceptions from significant others, in the presence of anxiety and depression symptoms. The sample consisted of 196 undergraduate and postgraduate students of Greek universities, who completed the survey via an online platform. Most of them are women (62.8%) and 64.4% of participants are between 18-25 years. Most of them (99.4%) had previously sought help for psychological issues, mostly from friends, family members, or online platforms. In summary, the results of the survey showed that stigma perceptions from significant others are positively related to symptoms of depression and anxiety in both genders. Women appeared to be more psychologically burdened and exhibited lower levels of perceived social stigma and stigma perceptions from significant others, compared to men.

**Keywords:** help seeking, public stigma, significant others, stigma perceptions

---



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

## Βιβλιογραφία

[1] Key terms and definitions [Internet]. Euro.who.int. 2018 [cited 20 January 2018]. Available from: http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/key-terms-and-definitions-in-mental-health#stigma

[2] Bathje G. & Pryor J. The Relationships of Public and Self-Stigma to Seeking Mental Health Services. *J Ment Health Couns,* 2011, 33(2): 161-176.

[3] Vogel D., Wade N. & Haake S. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *J Couns Psychol*, 2006, 53(3): 325-337.

[4] Vogel D. & Wade N. Stigma and help-seeking. *Psychologist*, 2009, 22(1): 20-23.

[5] Vogel D., Bitman R., Hammer J. & Wade N. Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *J Couns Psychol*, 2013, 60(2): 311-316.

[6] Vogel D.L., Armstrong P.I., Tsai P.-C., Wade N.G., Hammer J.H., Efstathiou G., Holtham E., Kouvaraki E., Liao H.-Y., Shechtman Z. & Topkaya N. Cross-cultural validity of the Self-Stigma of Seeking Help (SSOSH) scale: Examination across six nations. *J Couns Psychol*, 2013, 60(2): 303-310.

[7] Corrigan P. & Shapiro J. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clin Psychol Rev,* 2010, 30(8): 907-922.

[8] Vogel D., Wade N., Wester S., Larson L. & Hackler A. Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. *J Clin Psychol,* 2007, 63(3): 233-245.

[9] Vogel D., Wester S. & Larson L. Avoidance of Counseling: Psychological Factors That Inhibit Seeking Help. *J Couns Dev,* 2007, 85(4): 410-422.

[10] Rickwood D. & Braithwaite V. Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Soc Sci Med,* 1994, 39(4): 563-572.

[11] Angermeyer M., Matschinger H. & Riedel-Heller S. What to do about mental disorder - help-seeking recommendations of the lay public. *Acta Psychiatr Scand,* 2001, 103(3): 220-225.

[12] Lee S., Lee M.T.Y., Chiu M.Y.L. & Kleinman A. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *Brit J Psychiatry,* 2005, 186: 153-157.

[13] Vogel D., Wester S., Hammer J. & Downing-Matibag T. Referring men to seek help: The influence of gender role conflict and stigma. *Psychol Men Masc*, 2014, 15(1): 60-67.

[14] Komiya N., Good G. & Sherrod N. Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *J Couns Psychol,* 2000, 47(1): 138-143.

[15] Efstathiou G., Kouvaraki E., Ploubidis G. & Kalantzi-Azizi A. Self-stigma, public-stigma and attitudes towards professional psychological help: Psychometric properties of the Greek version of three relevant questionnaires. *Int J Adv Couns*, 2019, 41(2): 175-186.

[16] Vogel D., Wade N. & Ascheman P. Measuring perceptions of stigmatization by others for seeking psychological help: Reliability and validity of a new stigma scale with college students. *J Couns Psychol*, 2009, 56(2): 301-308.

[17] Lyrakos G., Arvaniti C., Smyrnioti M. & Kostopanagiotou G. P03-561 - Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the greek general population and in a psychiatric patient's sample. *Eur Psychiatry,* 2011, 26: 1731.

[18] Lovibond P. & Lovibond S. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*, 1995, 33(3): 335-343.

[19] Yeh C.J. Taiwanese students' gender, age, interdependent and independent self-construal, and collective self-esteem as predictors of professional psychological help-seeking attitudes. *Cult Divers Ethn Minor Psychol*, 2002, 8: 19-29.

[20] Albert P.R. Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatry Neurosci,* 2015, 40(4): 219-221.

[21] Gender and Stress [Internet]. http://www.apa.org. 2018 [cited 22 January 2018]. Available from: http://www.apa.org/news/press/releases/stress/2010/gender-stress.aspx

[22] Tomlinson S.M. & Cope N.R. Characteristics of Black students seeking help at a university counseling center. *J Coll Stud Dev*, 1988, 29: 65-69.

[23] Fischer E. & Farina A. Attitudes toward seeking professional help: A shortened form and considerations for research. *J Coll Stud Dev*, 1995, 36: 368-373.

[24] Andrew G., Issakidis C. & Carter G. Shortfall in mental health service utilization. *Br J Psychiatry*, 2001, 179: 417-425.

[25] Vogel D.L., Wester S.R., Wei M. & Boysen G.A. The Role of Outcome Expectations and Attitudes on Decisions to Seek Professional Help. *J Couns Psychol*, 2005, 52(4): 459-470.

[26] Shomerus G., Matschinger H. & Angermeyer M.C. The stigma of psychiatric treatment and help seeking intentions for depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2009, 259: 298-306.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

# Η εικόνα σώματος και η γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία στις διαταραχές πρόσληψης τροφής

**Αναστασία Σουρέτη, Ιωάννης Μιχόπουλος**
Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»
Ελληνική Εταιρεία Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών

Ρίμινι 1, Τ.Κ. 124 62, Χαϊδάρι, Αθήνα
Email: nsoureti@gmail.com

**Περίληψη**
Η διαστρεβλωμένη εικόνα σώματος αποτελεί πυρηνικό πρόβλημα στις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Τα αποτελέσματα της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας ενδέχεται να είναι μόνο βραχυπρόθεσμα, χωρίς αλλαγή στην υποκειμενική εικόνα σώματος. Η ανασκόπηση αυτή είναι επικεντρωμένη σε κάποιες από τις πιο διαδεδομένες γνωσιακές, συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις και προγράμματα που στοχεύουν στη βελτίωση της εικόνας σώματος, καθώς και στην παρουσίαση των ερευνητικών δεδομένων της αποτελεσματικότητάς τους.

Οι παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στην εικόνα σώματος εμπεριέχονται συνήθως σε υπάρχοντα προγράμματα για τη θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής, κάτι που καθιστά δύσκολη την εκτίμηση της αποτελεσματικότητάς τους. Προγράμματα που στοχεύουν αποκλειστικά στον παράγοντα εικόνα σώματος παράγουν μια μικρή αλλά αξιόπιστη βελτίωση. Τεχνικές όπως η ψυχοεκπαίδευση, η αυτορρύθμιση, η γνωσιακή αναδόμηση καθώς και η έκθεση στον καθρέφτη έχουν παρουσιάσει θετικά αποτελέσματα στον επαναπροσδιορισμό της έννοιας του σωματικού βάρους και της μείωσης των ανησυχιών και δυσφορίας με το σχήμα σώματος. Ενδεικτικές μελέτες αποτελεσματικότητας των παραπάνω τεχνικών συζητούνται εκτενέστερα.

Οι περισσότερες παρεμβάσεις για την εικόνα σώματος έχουν γίνει σε παχύσαρκα άτομα, σε φοιτήτριες και σε άτομα με διαταραχή σωματικής δυσμορφίας, γεγονός που καθιστά αναγκαία την περαιτέρω διερεύνηση σε άτομα με ψυχογενή βουλιμία ή ανορεξία. Προσοχή χρειάζεται να δοθεί σε ποια φάση της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας προχωρά κάποιος στην εισαγωγή της θεραπείας σχετιζόμενης με την εικόνα σώματος, καθώς και στο πότε εφαρμόζονται συμπεριφορικές τεχνικές έκθεσης.

**Λέξεις-κλειδιά:** εικόνα σώματος, διαταραχές πρόσληψης τροφής, παρεμβάσεις, γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία

## 1. Εισαγωγή στην εικόνα σώματος

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών έχουν αυξηθεί σημαντικά τα ποσοστά των ατόμων που είναι δυσαρεστημένα με την εικόνα σώματός τους. Το φαινόμενο είναι πιο συχνό στην εφηβεία, στην νεαρή ενήλικη ζωή και στις γυναίκες. Τα ποσοστά των διαστρεβλώσεων της εικόνας σώματος φτάνουν το 50% και της δυσαρέσκειας με την εικόνα σώματος κυμαίνονται μεταξύ 30% και 75% [1]. Η διαστρεβλωμένη σωματική εικόνα φαίνεται να είναι στον πυρήνα του προβλήματος για τα άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής και ίσως το τελευταίο από τα συμπτώματα που βελτιώνεται με τη θεραπεία [2]. Η ανασκόπηση αυτή είναι επικεντρωμένη επιλεκτικά σε κάποιες από τις πιο διαδεδομένες γνωσιακές, συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της εικόνας σώματος, καθώς και στην παρουσίαση των ερευνητικών δεδομένων της αποτελεσματικότητάς τους.

Η αυτοεκτίμηση σε άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από το σχήμα του σώματος ή το σωματικό βάρος. Η εικόνα σώματος στις μέρες μας περιγράφεται ως η υποκειμενική αναπαράσταση του κάθε ατόμου και ο βαθμός ικανοποίησής του με την τρέχουσα φυσική εμφάνιση ως προς το βάρος, το σχήμα και το μέγεθος του σώματος [3].

Η εκτίμηση της εικόνας σώματος περιλαμβάνει συγκεκριμένα τρεις διαστάσεις: (α) της αντίληψης, (β) της συμπεριφοράς, (γ) των στάσεων και της νοοτροπίας [4]. Το αντιληπτικό κομμάτι είναι η ακρίβεια με την οποία κάποιος αντιλαμβάνεται το μέγεθος του σώματός του. Το συμπεριφορικό κομμάτι αναφέρεται στον υπερβολικό ζήλο να περιποιηθεί κάποιος το σώμα του, ή



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

σε προσπάθειες αποφυγής να κρύψει και να μην έρθει σε οπτική επαφή με συγκεκριμένα μέλη του σώματός του [5]. Η διάσταση των στάσεων και της νοοτροπίας περιλαμβάνει δύο υποκατηγορίες: Αρχικά, τη συναισθηματική και τη γνωσιακή αντίληψη του σώματος, που σχετίζονται με την ικανοποίηση με το σώμα και τις πεποιθήσεις που έχει κάποιος αναπτύξει γι' αυτό, καθώς και την (υπερ)επένδυση στον σωματικό εαυτό και την εξωτερική εμφάνιση [6]. Πιο πρόσφατα, οι Fairburn και συνεργάτες [7] υποστήριξαν ότι άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής εναποθέτουν την αξία τους στην ικανότητά τους να ελέγξουν το μέγεθος, το βάρος και τη διατροφή τους, σε αντίθεση με υγιή άτομα που χρησιμοποιούν διάφορους τομείς της ζωής τους, όπως τη δουλειά, τις φιλίες, τις ερωτικές σχέσεις, τα ενδιαφέροντα, ως γνώμονα για την αξιολόγηση της αξίας του εαυτού τους.

Η δυσαρέσκεια με την εικόνα σώματος αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμα σε άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Όσο πιο διαστρεβλωμένη είναι η εικόνα σώματος στο αντιληπτικό και συναισθηματικό κομμάτι, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα εγκατάλειψης της θεραπείας και μικρότερη η αλλαγή βάρους. Ταυτόχρονα, η μεγαλύτερη ικανοποίηση από ένα σκελετωμένο και ισχνό σώμα οδηγεί σε μεγαλύτερη πιθανότητα υποτροπής.

Παρά την πληθώρα των ερευνών που συσχετίζουν τη διαταραγμένη εικόνα σώματος με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, υπάρχουν λίγα ερευνητικά δεδομένα για το τι συνιστά μια επιτυχημένη θεραπεία [8]. Η γνωσιακή συμπεριφοριστική προσέγγιση αποτελεί την πιο αποτελεσματική μορφή θεραπείας για άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Σύμφωνα με την Bruch [9], η «διορθωτική αλλαγή» στην εικόνα σώματος είναι απαραίτητη για την επιτυχή θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Οι παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στην εικόνα σώματος εμπεριέχονται συνήθως σε υπάρχοντα προγράμματα για τη θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής, γεγονός που κάνει αρκετά πολύπλοκη την ύπαρξη μίας σαφούς εικόνας όσον αφορά την αποτελεσματικότητα του παράγοντα που σχετίζεται με την εικόνα σώματος [10]. Σε μια ερευνητική ανασκόπηση βρέθηκε ότι μόνο το ένα τρίτο των ψυχοθεραπευτικών μελετών μέτρησαν και επικέντρωσαν τη θεραπεία στην εικόνα σώματος [10]. Παράλληλα, σε μια πιο πρόσφατη μελέτη ανασκόπησης των Jarry και Berardi [11] λιγότερο από το ένα τρίτο των μελετών έχουν επικεντρωθεί και στις τρεις διαστάσεις της εικόνας σώματος (αντιληπτική, συμπεριφορική και στάσεις-νοοτροπία).

**2. Γνωσιακές παρεμβάσεις στην εικόνα σώματος**

Οι πιο διαδεδομένες γνωσιακές συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις στην εικόνα σώματος, που έχουν αξιολογηθεί ερευνητικά, είναι το αυτοκαθοδηγούμενο πρόγραμμα του Cash [12], το πρόγραμμα θετικού σώματος [2], το πρόγραμμα παρέμβασης του Rosen [5] και το εκτεταμένο γνωσιακό συμπεριφοριστικό μοντέλο θεραπείας (CBT-E) του Christopher Fairburn και της ομάδας του [13]. Η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία, που είναι επικεντρωμένη στην εικόνα σώματος, περιλαμβάνει ψυχοεκπαίδευση, αυτορρύθμιση, γνωσιακή αναδόμηση, νοερή απεικόνιση, καθώς και έκθεση και παρεμπόδιση της απάντησης [14].

Το αυτοκαθοδηγούμενο πρόγραμμα του Cash [12] περιείχε αρχικά μια σειρά από κασέτες και οδηγίες χρήσης για τον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο. Μετέπειτα εκδοχές του εγχειριδίου παρουσιάστηκαν το 1995 στο «Τι βλέπεις όταν κοιτάς τον εαυτό σου στον καθρέφτη» και το 1996 στο πρόγραμμα για την εικόνα σώματος [15]. Το εγχειρίδιο για την εικόνα σώματος έχει χρησιμοποιηθεί κυρίως ομαδικά και περιλαμβάνει 8 συνολικά συνεδρίες των 90 λεπτών. Είναι πιθανόν ένα από τα πιο σημαντικά εγχειρίδια σχετιζόμενα με την εικόνα σώματος και γι' αυτόν τον λόγο θα περιγραφεί εδώ πιο αναλυτικά.

Στην 1η συνεδρία τα άτομα μέλη της ομάδας καλούνται να συμπληρώσουν μια σειρά από ερωτηματολόγια, μέσα από τα οποία προσδιορίζουν τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά σημεία του σώματός τους. Έμφαση δίνεται στη μοναδικότητα του σωματότυπου κάθε γυναίκας και στη δημιουργία θεραπευτικών στόχων. Η 2η συνεδρία επικεντρώνεται στους παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της εικόνας σώματος. Για παράδειγμα, λόγω των διαδεδομένων αρνητικών συνεπειών των ΜΜΕ, μέρος της συνεδρίας επικεντρώνεται στην αμφισβήτηση του στερεότυπου εμφάνισης που προωθούν τα ΜΜΕ. Σε αυτή τη συνάντηση παρουσιάζεται επίσης το ημερολόγιο της εικόνας σώματος, μία τεχνική αυτορρύθμισης που χρησιμοποιείται καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος. Στην 3η συνεδρία η προσοχή στρέφεται από το παρελθόν στο παρόν με βασικό στόχο τη χαλάρωση και την αποδοχή της σωματικής εικόνας στο παρόν. Στην 4η συνεδρία στόχος είναι η διερεύνηση και σύνδεση μεταξύ του ρόλου που παίζουν οι σκέψεις (π.χ. «οι άνθρωποι που είναι όμορφοι είναι επιτυχημένοι»), τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές σε σχέση με το σώμα. Η 5η συνεδρία είναι επικεντρωμένη στις γνωσιακές παραποιήσεις σχετικά με τη σωματική εμφάνιση και τη διερεύνηση εναλλακτικών γνωσιών. Στην 6η συνεδρία παρουσιάζονται αντισταθμιστικές συμπεριφορές και τελετουργίες που χρησιμοποιούν τα μέλη για να μειώσουν το άγχος, το σχετιζόμενο με την εικόνα σώματος. Αποφυγές όπως το να δει το άτομο τον εαυτό στον καθρέφτη και να εκθέσει το σώμα του σε άλλα άτομα, ή τελετουργίες που αποσκοπούν στο να κρύψει το σώμα του οδηγούν σε μια γενικότερη απομόνωση από κοινωνικές εκδηλώσεις και οικείες σχέσεις. Στην 7η συνεδρία παρουσιάζεται η χρήση θετικών φράσεων για την επίτευξη μιας πιο θετικής εικόνας σώματος. Η τελευταία συνεδρία είναι μια συνάντηση ανασκόπησης της προόδου των ατόμων στο πρόγραμμα και των αλλαγών που έχουν επιτευχθεί.

Ερευνητικά δεδομένα για το αυτοκαθοδηγούμενο πρόγραμμα του Cash [12] έχουν διατυπωθεί στη μελέτη των Strachan και Cash [16]. Οι συμμετέχοντες ήταν 89 άτομα δυσαρεστημένα με την εικόνα σώματός τους και το 65% αυτών ανέφεραν ότι είχαν κάποια μορφή διαταραχής πρόσληψης τροφής. Χωρίστηκαν σε δύο ερευνητικές αυτοκαθοδηγούμενες ομάδες: (α) την ομάδα που έλαβε ψυχοεκπαίδευση και ημερολόγιο για τις αρνητικές σκέψεις σχετικά με την εικόνα σώματος, και (β) την ομάδα που μαζί με τα παραπάνω έλαβε γνωσιακή αναδόμηση των πεποιθήσεων και κανόνων σχετιζόμενων με την εικόνα σώματος. Οι συνεδρίες 1, 2, 4 και 5 (όπως περιγράφηκαν παραπάνω) χρησιμοποιήθηκαν από το Εγχειρίδιο για την Εικόνα Σώματος του Cash. Η παρέμβαση διήρκεσε 6 εβδομάδες με υψηλό ποσοστό ατόμων που δεν ολοκλήρωσαν την έρευνα (53%). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στα ερωτηματολόγια σχετιζόμενα με την ικανοποίηση της εικόνας σώματος και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, παρόλο που και οι δύο ομάδες παρουσίασαν στατιστικά και κλινικά σημαντικές αλλαγές. Σε μια πιο πρόσφατη μελέτη των Nye και Cash [17] σε μια ιδιωτική κλινική με 30 γυναίκες με διαταραχές πρόσληψης τροφής χρησιμοποιήθηκε το Εγχειρίδιο για

την Εικόνα Σώματος με θετικά αποτελέσματα στη μείωση της δυσφορίας με το σώμα και της συναισθηματικής επένδυσης στην εμφάνιση. Η έρευνα αυτή δεν χρησιμοποίησε ομάδα ελέγχου.

Το πρόγραμμα του Rosen [5] ήταν παρόμοιο με αυτό των Cash και Grant [15], με τη βασική διαφορά ότι χρησιμοποίησε συστηματική απευαισθητοποίηση των διαφόρων στρεσογόνων περιοχών του σώματος μέσω της έκθεσης στον καθρέφτη. Η αρχική μελέτη έγινε σε μη κλινικό πληθυσμό 23 φοιτητριών με υψηλά επίπεδα δυσαρέσκειας με το σώμα τους. Οι συμμετέχουσες που έλαβαν την ενεργή παρέμβαση παρουσίασαν μείωση στην υπερεκτίμηση του μεγέθους του σώματός τους κατά 19% και μείωση της υποκειμενικής δυσαρέσκειάς τους με το σώμα κατά 60% [18]. Η ομάδα της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας διατήρησε τη βελτίωση στους δείκτες εικόνας σώματος 2 μήνες μετά τη θεραπεία, σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου.

Στο πρόγραμμα θετικού σώματος [2] οι συμμετέχοντες διδάχθηκαν σειρά από τεχνικές παρόμοιες με αυτές του Rosen [5] και των Cash και Grant [15]. Τα συμπεριφορικά πειράματα στόχευαν στη συστηματική απευαισθητοποίηση των στρεσογόνων περιοχών του σώματος (π.χ. κοιλιά) και αποφευκτικών καταστάσεων λόγω της αρνητικής εικόνας σώματος. Οι συνεδρίες είχαν διάρκεια 20 εβδομάδων (σύνολο: 16 συναντήσεις). Σε πιλοτική μελέτη τεσσάρων ατόμων με ψυχογενή ανορεξία (αριθμός ατόμων: 2) και βουλιμία (αριθμός ατόμων: 2) βρέθηκε σημαντική μείωση σε επίπεδα κατάθλιψης, άγχους, δυσαρέσκειας με το σώμα, καθώς και στα συμπτώματα επεισοδιακής υπερφαγίας, αντισταθμιστικών και αποφευκτικών συμπεριφορών [2].

Πιο πρόσφατα, ο Christopher Fairburn και η ομάδα του [13] διατύπωσαν ένα εκτεταμένο γνωσιακό, συμπεριφοριστικό μοντέλο θεραπείας για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Η υπερεκτίμηση της εικόνας σώματος έχει κεντρικό ρόλο στο μοντέλο αυτό και αποτελεί το τρίτο από τα τέσσερα στάδια του προγράμματος. Η παρέμβαση στην εικόνα σώματος ξεκινά εφόσον έχει γίνει η διαπραγμάτευση ενός πιο τακτικού διατροφικού πλάνου, η χρήση της τεχνικής αυτορρύθμισης και η ψυχοεκπαίδευση στις αρνητικές επιπτώσεις της δίαιτας και των διάφορων αντισταθμιστικών τεχνικών μείωσης του βάρους.

Στην αρχή της παρέμβασης στην εικόνα σώματος, που αποτελεί μέρος ενός γενικότερου προγράμματος παρέμβασης στις διαταραχές πρόσληψης τροφής [13], ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος επικεντρώνονται στις αρνητικές κοινωνικές και συμπεριφορικές συνέπειες της υπερεκτίμησης της εξωτερικής εμφάνισης. Στη συνέχεια, η παρέμβαση στην εικόνα σώματος στοχεύει στην ενδυνάμωση άλλων τομέων, εκτός της εξωτερικής εμφάνισης, που συνδέονται με τη γενικότερη αξία του ατόμου. Το επόμενο στάδιο περιλαμβάνει την ανάπτυξη δεξιοτήτων μείωσης των τεχνικών ελέγχου του σώματος και των αποφυγών και τον αναπροσδιορισμό σκέψεων όπως «νιώθω/είμαι παχύς». Ως μέρος της παρέμβασης στην εικόνα σώματος διερευνώνται τα αίτια προέλευσης του αισθήματος υπερεκτίμησης της εξωτερικής εμφάνισης και οι τεχνικές ελέγχου των ερεθισμάτων που προκαλούν αρνητικά αισθήματα στην εικόνα σώματος. Οι Fairnburn και συνεργάτες [19] έχουν επιπλέον ενσωματώσει στο πλαίσιο του γενικότερου προγράμματος τέσσερις μηχανισμούς διατήρησης των διαταραχών πρόσληψης τροφής (την τελειομανία, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, τη χαμηλή ανοχή στα έντονα συναισθήματα και τις διαπροσωπικές δυσκολίες).

Η αποτελεσματικότητα του παραπάνω μοντέλου έχει πρόσφατα διερευνηθεί σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία ή διαταραχή πρόσληψης τροφής μη προσδιοριζόμενη αλλιώς σε τρεις ανεξάρτητες μελέτες (αθροιστικός αριθμός συμμετεχόντων ν = 315) [19-21], σε μελέτη ενηλίκων με ψυχογενή ανορεξία που έλαβαν θεραπεία σε εξωνοσοκομειακή βάση (συνολικός αριθμός ν = 99) [22], και σε εφήβους που έλαβαν εξω- ή ενδονοσοκομειακή θεραπεία (συνολικός αριθμός ν = 76) [23, 24].

Σε μία από τις λίγες τυχαιοποιημένες μελέτες, οι Fairburn και συνεργάτες [19] διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα του παραπάνω μοντέλου σε τρεις πειραματικές ομάδες. Η πρώτη ομάδα επικεντρώθηκε στην εικόνα σώματος και τη γενικότερη ψυχοπαθολογία στις διαταραχές πρόσληψης τροφής (στάδια 1-4), η δεύτερη ομάδα έλαβε μια παρέμβαση επικεντρωμένη στους τέσσερις μηχανισμούς διατήρησης των διαταραχών πρόσληψης τροφής στο εκτεταμένο μοντέλο των Fairburn και συνεργατών [13]. Στην ομάδα ελέγχου τα άτομα μπήκαν σε λίστα αναμονής. Οι συμμετέχοντες (ν = 154) ήταν άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής με δείκτη μάζας σώματος πάνω από 17,5. Τα άτομα και στις δύο ομάδες παρέμβασης σημείωσαν σημαντικές αλλαγές χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές που διατηρήθηκαν σε διάστημα 60 εβδομάδων, οπότε έγινε η επανεκτίμηση των συμπτωμάτων. Τα άτομα στην ομάδα ελέγχου σημείωσαν μειωμένη, μη στατιστικά σημαντική βελτίωση στην ένταση των συμπτωμάτων σε σχέση με τις δύο άλλες ομάδες.

Ένα ενδιαφέρον ερώτημα είναι το κατά πόσο οι αλλαγές στην εικόνα σώματος μπορεί να γίνουν στη διάρκεια της αύξησης του βάρους, ή αν κάποιος χρειάζεται να περιμένει ώστε οι αντιληπτικές και συναισθηματικές αλλαγές στην εικόνα σώματος να γίνουν εφόσον το άτομο έχει σταθεροποιήσει ένα υγιές βάρος. Ο Rosen και ο Fairburn έχουν προτείνει οι κλινικοί να προχωρούν σε θεραπεία επικεντρωμένη στην εικόνα σώματος εφόσον το άτομο έχει καταφέρει να δείξει κάποια πρόοδο στον τρόπο που διαχειρίζεται και σχετίζεται με το φαγητό [5, 13]. Ο Cash [25] έχει υποστηρίξει ότι ίσως είναι σημαντικότερο ο κλινικός να επικεντρωθεί στις ανησυχίες σχετικά με το βάρος και το σχήμα του σώματος πριν από την αύξηση του βάρους, αφού αυτοί είναι οι αρχικοί παράγοντες που οδήγησαν στη μείωση του βάρους. Γενικότερα, χρειάζονται περισσότερες μελέτες σε αυτόν τον τομέα σε ανορεκτικούς ασθενείς σε διαφορετικά πλαίσια θεραπείας (π.χ. ενδονοσοκομειακής ή θεραπείας εκτός νοσοκομείου).

Περιορισμοί των περισσότερων από τις παραπάνω μελέτες είναι ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων, τα υψηλά ποσοστά αυτών που δεν ολοκλήρωσαν την έρευνα, η έλλειψη ομάδας ελέγχου και, κάποιες φορές, η εξέταση μη κλινικού πληθυσμού [4, 10, 11]. Οι περισσότερες παρεμβάσεις για την εικόνα σώματος έχουν γίνει σε παχύσαρκα άτομα, σε φοιτήτριες και σε άτομα με διαταραχή σωματικής δυσμορφίας [15]. Λίγα ερευνητικά δεδομένα υπάρχουν αποκλειστικά για την αποτελεσματικότητα του παράγοντα εικόνας σώματος [4, 11]. Σε μία περιγραφική ανασκόπηση των Jarry και Berardi [11] βρέθηκε ότι παρεμβάσεις που επικεντρώνονται μόνο στην εικόνα σώματος οδήγησαν σε βελτίωση και σε άλλους τομείς, όπως η κατάθλιψη, η αυτοεκτίμηση και το άγχος. Επίσης, οι Jarry και Ip [4] στη συστηματική τους ανασκόπηση τόνισαν την αναγκαιότητα οι γνωσιακές παρεμβάσεις να επικεντρωθούν και στις τρεις διαστάσεις της εικόνας σώματος (αντιληπτική, συμπεριφορική, στάσεις και νοοτροπία). Η βελτίωση στην εικόνα σώματος είναι επίσης μεγαλύτερη όταν υπάρχει ενεργή συμμετοχή του θεραπευτή σε σχέση με αυτοκαθοδηγούμενα προγράμματα επικεντρωμένα


© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

στην εικόνα σώματος. Σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση του Alleva και των συνεργατών του [26] για παρεμβάσεις που στόχευαν αποκλειστικά στον παράγοντα εικόνα σώματος, βρέθηκε ένα μικρό προς μετρίου μεγέθους ποσοστό βελτίωσης. Όταν λήφθηκε υπόψη οποιοδήποτε ποσοστό προκατάληψης, που μπορεί να διόγκωνε το παραπάνω αποτέλεσμα, οι παρεμβάσεις συνέχισαν να παράγουν μια μικρή αλλά αξιόπιστη βελτίωση. Στην ίδια μετα-ανάλυση [26] διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα ενός ταξινομικού συστήματος 48 τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς όσον αφορά την εικόνα σώματος. Δώδεκα τεχνικές έχουν συσχετιστεί με θετικές αλλαγές στην εικόνα σώματος και τρεις τεχνικές αντενδείκνυνται. Κάποιες από τις πιο επιτυχημένες τεχνικές αλλαγής είναι: (α) η γνωσιακή αναδόμηση, (β) η αναγνώριση των γνωσιακών παραποιήσεων, (γ) η διδαχή της αυτορρύθμισης, (δ) οι τεχνικές έκθεσης στο στρεσογόνο ερέθισμα, (ε) η νοερή απεικόνιση, (στ) η ψυχοεκπαίδευση για να μπορεί το άτομο να αναγνωρίσει παράγοντες που επιδεινώνουν την αρνητική εικόνα σώματος, καθώς και (ζ) η χρήση ασκήσεων που ζητούν από το άτομο να εκτιμήσει υποκειμενικά το μέγεθος του σώματος και μετά αντικειμενικά να το μετρήσει.

Πιο πρόσφατα παρουσιάστηκαν προγράμματα που επικεντρώνονται στην προαγωγή μιας θετικής εικόνας σώματος. Η θετική εικόνα σώματος διαφέρει ως προς την αρνητική εικόνα σώματος και έχει περιγραφεί με τρία βασικά σκέλη: (α) την εκτίμηση ως προς την εμφάνιση και τη λειτουργία του σώματος, (β) την αναγνώριση και την εστίαση της προσοχής στις ανάγκες του σώματος από πλευράς του ατόμου, και (γ) την ικανότητα επεξεργασίας μηνυμάτων σχετιζόμενα με το σώμα με έναν προστατευτικό χαρακτήρα [27].

Αρκετές παρεμβάσεις έχουν μελετήσει την προαγωγή της θετικής εικόνας σώματος [28-33]. Μερικά παραδείγματα αποτελούν οι παρεμβάσεις επικεντρωμένες στη θεωρία της γνωστικής ασυμφωνίας, που χρησιμοποιούν θετικές φράσεις και επιβεβαιώσεις για τον εαυτό και το σώμα [28, 29], ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις μέσω του διαδικτύου με στόχο την αύξηση των δεξιοτήτων [28, 29], καθώς και παρεμβάσεις που σχετίζονται περισσότερο με το τρίτο κύμα της γνωσιακής ψυχοθεραπείας και επικεντρώνονται στην ενσυνειδητότητα [33], την ευγνωμοσύνη και τη συμπόνια [31, 32] και πρακτικές σχετιζόμενες με την γιόγκα [28]. Μικρότερος είναι ο αριθμός παρεμβάσεων [34, 35] που επικεντρώνονται στις λειτουργίες που εκτελεί το σώμα, στην περιγραφή του τι μπορεί κανείς να καταφέρει μέσω του σώματος (π.χ. ενασχόληση με ευχάριστες σωματικές δραστηριότητες όπως ο χορός) και γιατί αυτό μπορεί να είναι προσωπικά σημαντικό. Στόχος εδώ είναι η απομάκρυνση της προσοχής από την εικόνα σώματος στις λειτουργίες που εκτελεί το σώμα. Γενικότερα, οι παρεμβάσεις αυτές απαιτούν μια μετατόπιση από τη χρήση αυστηρής κριτικής και την υπερβολική ανησυχία για το σώμα στο να δείξει κάποιος αγάπη και φροντίδα και να τιμήσει την εγγενή ανάγκη μεταξύ του νου και του σώματος να συνδεθούν [36].

Σε συστηματική μελέτη των Guest και συνεργατών [37] από δεκατρείς παρεμβάσεις δημοσιευμένες μεταξύ του 2003-2018 σε ενήλικο πληθυσμό, μόνο 3 παρεμβάσεις κρίθηκαν να είναι ισχυρές ποιοτικά και 6 ήταν μέτριας ποιότητας. Οι παρεμβάσεις με την καλύτερη αποτελεσματικότητα ήταν αυτές που επικεντρώθηκαν στις λειτουργίες που εκτελεί το σώμα [34, 35, 38] και χρησιμοποίησαν κλίμακες σχετιζόμενες με την εκτίμηση για το σώμα και την ικανοποίηση με τις λειτουργίες που εκτελεί το σώμα. Τα παραπάνω αποτελέσματα βασίζονται, ωστόσο, σε μικρής διάρκειας παρακολούθηση (έως 1 μήνα) και καθιστούν αναγκαία την εκπόνηση ερευνών με πιο μακροχρόνια παρακολούθηση του πληθυσμού. Ενδιαφέρον ήταν το αποτέλεσμα ότι οι ομαδικές παρεμβάσεις οδήγησαν σε μεγαλύτερη βελτίωση της εικόνας σώματος σε σχέση με τις ατομικές παρεμβάσεις. Ταυτόχρονα, ελάχιστες από τις μελέτες (2 από τις 13) επικεντρώθηκαν σε άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Στη συνέχεια περιγράφεται ξεχωριστά η αποτελεσματικότητα μιας σειράς γνωσιακών (ψυχοεκπαίδευση, αυτορρύθμιση, γνωσιακή αναδόμηση) και συμπεριφορικών τεχνικών (έκθεση και παρεμπόδιση της αντίδρασης) στη βελτίωση της εικόνας σώματος. Οι γνωσιακές τεχνικές συνήθως στοχεύουν σε αλλαγές στο αντιληπτικό και στο κομμάτι των στάσεων και της νοοτροπίας της εικόνας σώματος. Η έκθεση και παρεμπόδιση της αντίδρασης έχει στόχο την απευαισθητοποίηση, τη μείωση των αποφυγών και ελέγχων, καθώς και τη δημιουργία μιας πιο έγκυρης απεικόνισης του μεγέθους του σώματος.

**3. Ψυχοεκπαίδευση και αυτορρύθμιση**

Η ψυχοεκπαίδευση παρέχει στον ασθενή πληροφορίες για την έννοια της εικόνας σώματος, καθώς και τους προδιαθεσικούς παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης του προβλήματος. Σε αυτό βοηθά η δημιουργία ενός ιστορικού της προσωπικής ανάπτυξης της εικόνας σώματος, ενός προσωπικού χάρτη ανάπτυξης του σώματος με τα διάφορα γεγονότα ορόσημα [12]. Μπορεί επίσης κάποιος να ακολουθήσει έναν πιο λεπτομερή τρόπο καταγραφής της εικόνας σώματος ρωτώντας συγκεκριμένα για τα διάφορα εξελικτικά στάδια (π.χ. παιδική ηλικία, αρχή σχολείου, πρώιμη και όψιμη εφηβική ηλικία, αρχή της ενήλικης ζωής, έως και την τρέχουσα περίοδο). Στη διαδικασία αυτή είναι σημαντικό το άτομο να συνειδητοποιήσει τον τρόπο με τον οποίο τα γεγονότα αυτά (π.χ. αυστηρή κριτική των γονιών ή συνομηλίκων σε μια περίοδο που πήρε βάρος) συνέβαλαν στη δημιουργία έντονων συναισθημάτων θλίψης και γνωσιών υποτίμησης για τους ίδιους και το σώμα τους. Πολλά άτομα λανθασμένα καταλήγουν να πιστεύουν ότι ένα «ελάττωμα» στην εμφάνισή τους σημαίνει ότι οι ίδιοι είναι ελαττωματικοί.

Ο Kanfer [39] εισήγαγε το μοντέλο της αυτορρύθμισης, το οποίο αποτελεί μια προσπάθεια ερμηνείας της ανθρώπινης συμπεριφοράς στο πλαίσιο των νεο-συμπεριφοριστικών θεωριών. Η αυτορρύθμιση περιλαμβάνει τρία στάδια τα οποία αλληλοσυνδέονται: (α) την αυτοπαρατήρηση, (β) την αξιολόγηση, και (γ) τον έλεγχο μιας συμπεριφοράς. Παρόλο που η αυτοπαρατήρηση έχει κυρίως χρησιμοποιηθεί για να μπορέσει κάποιος να αξιολογήσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του στη διάρκεια της θεραπείας, είναι επίσης από μόνη της μια αρκετά επιτυχημένη θεραπευτική παρέμβαση [40]. Στα πλαίσια προγραμμάτων για τη βελτίωση της εικόνας σώματος, η αυτορρύθμιση χρησιμοποιείται για να καταγραφούν καταστάσεις που προκαλούν δυσφορικά συναισθήματα σχετιζόμενα με το σώμα. Οι Korotisch και Nelson-Gray [41] έχουν υποδείξει ότι παρότι τα θεραπευτικά αποτελέσματα της αυτορρύθμισης είναι μικρά, είναι άμεσα και αν χρησιμοποιηθούν σωστά μπορούν να βοηθήσουν ώστε το άτομο να διατηρήσει το ενδιαφέρον για τη θεραπεία.

Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η ψυχοεκπαίδευση είναι ένα από τα βασικά μέσα βελτίωσης της ικανοποίησης με το σώμα [42]. Οι Cash και Hrabosky [43] ερεύνησαν τα συνεργατικά αποτελέσματα της αυτορρύθμισης

και της ψυχοεκπαίδευσης όπως αυτά έχουν χρησιμοποιηθεί στο εγχειρίδιο για την εικόνα σώματος. Η μόνη διαφορά ήταν ότι οι παραπάνω ερευνητές [43] αύξησαν στο ερευνητικό τους πρωτόκολλο τη συχνότητα των συναντήσεων, τις ασκήσεις για το σπίτι και την επικοινωνία μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Συνολικά 29 φοιτητές συμπλήρωσαν το πρόγραμμα στη διάρκεια τριών εβδομάδων και εμφάνισαν σημαντική βελτίωση στον τρόπο που βλέπουν τον εαυτό και το σώμα τους, διατύπωσαν λιγότερες ανησυχίες και δυσφορία για το βάρος τους, βελτιωμένη στάση για το φαγητό και μειωμένο σκορ στην κοινωνική φοβία. Όσο συχνότερη ήταν η χρήση του ημερολογίου για την εικόνα σώματος, τόσο μεγαλύτερη ήταν η μείωση της δυσφορίας για το σώμα.

**4. Γνωσιακή αναδόμηση**

Η γνωσιακή αναδόμηση χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με το ημερολόγιο καταγραφών των σκέψεων. Από τον ασθενή ζητείται να καταγράψει καταστάσεις που του δημιουργούν αρνητικές σκέψεις για το σώμα, και τις συνέπειες αυτών στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά τους. Οι αυτόματες αρνητικές σκέψεις αποτελούν μέρος μιας αρνητικής συνομιλίας με το σώμα. Στόχος είναι να συσχετιστούν οι αυτόματες αρνητικές σκέψεις με την πυρηνική πεποίθηση του ατόμου για τον ίδιο του τον εαυτό, δηλαδή με το πόσο επιθυμητοί, αγαπητοί νιώθουν ότι είναι στους άλλους [9].

Για την αναδόμηση της αρνητικής σωματικής συνομιλίας χρησιμοποιούνται οι τρεις κλασικές μέθοδοι αμφισβήτησης των αυτόματων αρνητικών σκέψεων (ορθολογιστική, πραγματιστική και νοο-κατασκευαστική), όπως ακριβώς έχουν εφαρμοστεί σε πρωτόκολλα για τη θεραπεία της κατάθλιψης και των λοιπών αγχωδών διαταραχών [5]. Από το άτομο ζητείται να αναπτύξει έναν πιο ουδέτερο τρόπο περιγραφής του σώματός του, από τον οποίο λείπει η κριτική. Αυτός ο τρόπος περιγραφής είναι πιθανόν να υποτιμηθεί αρχικά από τον ασθενή. Ο ασθενής χρειάζεται να κατανοήσει ότι το επίκεντρο δεν είναι η απόδειξη του ποσοστού ελαττωματικότητας ενός συγκεκριμένου μέρους του σώματος, αλλά οι αρνητικές συνέπειες που προκύπτουν όταν διαχρονικά κάποιος σκέφτεται με αυτόν τον τρόπο για το σώμα του. Η χρήση ενός πιο ουδέτερου τρόπου να μιλά κάποιος για το σώμα του και η επανάληψη αυτού λειτουργεί ως τρόπος απόσπασης της προσοχής από τις αρνητικές σκέψεις. Το πιο πιθανό είναι ότι οι αυτόματες αρνητικές σκέψεις δεν θα πάψουν να υπάρχουν και ότι κάποια δυσαρέσκεια με το σώμα είναι πιθανό να διατηρηθεί [5]. Το άτομο χρειάζεται, όμως, να καταλάβει ότι η μείωση του βάρους δεν θα εξαλείψει τη δυσαρέσκεια με το σώμα του, αφού το βάρος απλά συνδέεται με ανησυχίες που αποδίδονται στο βάρος, στο μέγεθος και στην εξωτερική εμφάνιση.

Τόσο στο κομμάτι της ψυχοεκπαίδευσης όσο και της γνωσιακής αναδόμησης τίθεται επιπλέον η έννοια του βάρους. Οι ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής φοβούνται ότι αν αποδεχθούν τον εαυτό και το σώμα τους, αυτό σημαίνει ότι αφήνουν οποιονδήποτε έλεγχο και θα αναπτύξουν κάποιο πρόβλημα με τα κιλά τους. Οι Rosen, Orosan και Reiter [44] διαπίστωσαν ότι η δημιουργία μιας πιο θετικής σχέσης με το σώμα δεν μπορεί στην πραγματικότητα να οδηγήσει τους ασθενείς στο να γίνουν πραγματικότητα οι χειρότεροι φόβοι τους. Η έννοια του ιδανικού βάρους για τους ασθενείς αυτούς συνήθως αντιπροσωπεύεται από ένα πολύ συγκεκριμένο αριθμό. Αυτό δημιουργεί αντιστάσεις στη θεραπεία. Το εβδομαδιαίο ζύγισμα και η καταγραφή του φαγητού που τρώει το άτομο μπορεί να αποτελέσουν απόδειξη ότι το βάρος δεν αλλάζει τόσο εύκολα. Ο θεραπευτής χρειάζεται να αντικαταστήσει και να αναδομήσει την έννοια του βάρους με την έννοια του φάσματος ή της διακύμανσης (π.χ. +/- 2-3 κιλά) [5].

Είναι λίγες οι έρευνες που έχουν μελετήσει ξεχωριστά την αποτελεσματικότητα της γνωσιακής αναδόμησης ή σε σύγκριση με άλλες τεχνικές σε πληθυσμό με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Σε μια από αυτές τις μελέτες αποτελεσματικότητας σε ασθενείς με διάγνωση επεισοδιακής υπερφαγίας έγινε τυχαία τοποθέτησή τους σε δύο ομάδες [45]. Η πρώτη ομάδα έλαβε ομαδική, γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία στοχευμένη στην έκθεση και παρεμπόδιση της απάντησης (CBT-E) και η δεύτερη ομαδική, γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία στοχευμένη στη γνωσιακή αναδόμηση (CBT-C). Τόσο στο τέλος της θεραπείας καθώς και 4 μήνες αργότερα, η CBT-E και η CBT-C ήταν το ίδιο αποτελεσματικές στη βελτίωση της εικόνας σώματος.

Όσον αφορά στο τρίτο κύμα των γνωσιακών θεραπειών, μια πρόσφατη μελέτη σε μη κλινικό πληθυσμό σύγκρινε τη γνωσιακή αναδόμηση με παρέμβαση επικεντρωμένη στην ευγνωμοσύνη και βρήκε ότι και οι δύο παρεμβάσεις είναι εξίσου αποτελεσματικές στη μείωση της δυσαρέσκειας με το σώμα και στατιστικά σημαντικά πιο αποτελεσματικές από την ομάδα ελέγχου [46]. Σε μελέτη των Deacon, Fawzy, Lickel και Wolitkzy-Taylor [47] σε γυναίκες με υψηλότερα σκορ δυσαρέσκειας με το σχήμα έγινε σύγκριση της γνωσιακής αναδόμησης με την τεχνική της γνωσιακής εξουδετέρωσης από τη θεραπεία της αποδοχής και δέσμευσης σε περίοδο μίας εβδομάδας. Η τεχνική της εξουδετέρωσης που χρησιμοποιήθηκε συμπεριελάμβανε το να επαναλάβει το άτομο γρήγορα για περίπου 60 δευτερόλεπτα [48] λέξεις που του δημιουργούν συναισθηματική φόρτιση (π.χ. πάχος) έως ότου η κάθε λέξη να χάσει την κυριολεκτική της σημασία. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σε κλίμακες σχετιζόμενες με την ανησυχία για την εικόνα σώματος.

**5. Συμπεριφορικές τεχνικές**

Οι περισσότεροι ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής χρησιμοποιούν τον υπερβολικό έλεγχο ή τις αποφυγές ως μέσα αντιμετώπισης ερεθισμάτων που τους προκαλούν αρνητικές σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές. Κάποιες από τις πιο συχνά χρησιμοποιημένες συμπεριφορικές τεχνικές είναι η τεχνική ελέγχου του ερεθίσματος, η έκθεση και παρεμπόδιση της απάντησης, η καθυστέρηση της αντίδρασης και η αντικατάσταση της αντίδρασης [49].

Η έκθεση στον καθρέφτη των ατόμων με διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτελεί μία πολλά υποσχόμενη μέθοδο, που στοχεύει στη μείωση των αποφυγών [50-52]. Το θεωρητικό υπόβαθρο της έκθεση στον καθρέφτη στηρίζεται στην εξοικείωση και στις γνωσιακές αλλαγές που προκύπτουν μέσω αυτής. Η έκθεση των ασθενών στον καθρέφτη ενεργοποιεί το αρνητικό γνωσιακό σχήμα για το σώμα, που περιλαμβάνει συναισθήματα φόβου και αηδίας και υποτιμητικές σκέψεις για τους ίδιους [53]. Υποστηρίζεται ότι η εξοικείωση με αυτά τα αρνητικά συναισθήματα και τις αρνητικές σκέψεις βελτιώνεται με την παρατεταμένη έκθεση στον καθρέφτη [50, 53]. Οι μηχανισμοί αυτοί είναι παρόμοιοι με το μοντέλο επεξεργασίας συναισθημάτων των Foa και Kozak [54]. Οι Foa και Kozak [54] διατύπωσαν τρεις τρό-



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

που λειτουργίας της γνωσιακής αναδόμησης κατά τη διάρκεια τεχνικών έκθεσης σε άτομα με αγχώδεις διαταραχές: (α) τη μέγιστη ενεργοποίηση του συναισθηματικού υπόβαθρου και φόρτισης των γνωσιακών σχημάτων, (β) τη μείωση των γνωσιακών-συναισθηματικών αντιδράσεων εντός της συνεδρίας, και (γ) τη μείωση των γνωσιακών-συναισθηματικών αντιδράσεων μεταξύ συνεδριών.

Οι πιο πολλές έρευνες έκθεσης στον καθρέφτη χρησιμοποιούν την προσέγγιση της γνωσιακής αναδόμησης μέσω της κατευθυνόμενης, άνευ κριτικής περιγραφής του ειδώλου στον καθρέφτη, ξεκινώντας από το κεφάλι και προχωρώντας διαδοχικά σε όλα τα μέλη του σώματος έως τα δάκτυλα των ποδιών [50]. Μία άλλη προσέγγιση είναι η καθολική έκθεση σε ολόκληρο το σώμα παρατηρώντας και περιγράφοντας τα αρνητικά και θετικά συναισθήματα και σκέψεις ασχήμιας καθώς αυτά προκύπτουν [55]. Στόχος της πρώτης μεθόδου είναι να εκπαιδεύσει το άτομο να κοιτάζει και να ερμηνεύει το σώμα του με έναν πιο ουδέτερο και θετικό τρόπο, ενώ η δεύτερη τεχνική στοχεύει στο να τραβήξει την προσοχή του ατόμου μακριά από τα αρνητικά σημεία του σώματός του, εκπαιδεύοντάς το να κοιτάζει το σώμα του με έναν πιο καθολικό τρόπο και όχι επιμένοντας στις λεπτομέρειες [56].

Έρευνες που έχουν εξετάσει την αποτελεσματικότητα της έκθεσης στον καθρέφτη έχουν βρει θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία του άγχους και στη μείωση αποφευκτικών συμπεριφορών με λιγότερη όμως επιτυχία στη βελτίωση της υποκειμενικής εκτίμησης του μεγέθους και σχήματος του σώματος. Οι Tuschen-Caffier και συνεργάτες [52] σε μία μελέτη ατόμων με διαταραχές πρόσληψης τροφής σε πανεπιστημιακή κλινική ενθάρρυναν τους ασθενείς να περιγράψουν τη σωματική τους διάπλαση, όσο πιο ρεαλιστικά και λεπτομερειακά μπορούσαν, ενώ στέκονταν μπροστά από έναν καθρέφτη. Η έκθεση των βουλιμικών ασθενών στον καθρέφτη βοήθησε στη βελτίωση της ικανοποίησης με το σώμα τους, τόσο στο τέλος της θεραπείας όσο και μετά από έναν χρόνο. Οι Key και συνεργάτες [51] σύγκριναν ένα τυπικό πρόγραμμα επικεντρωμένο στην εικόνα σώματος με 8 εβδομαδιαίες, ομαδικές συναντήσεις χωρίς έκθεση στον καθρέφτη και το ίδιο ομαδικό πρόγραμμα με σταδιακά αυξανόμενη έκθεση στον καθρέφτη κατά τη διάρκεια των εβδομαδιαίων συνεδριών. Ο πληθυσμός ήταν γυναίκες με διάγνωση ψυχογενούς ανορεξίας καθαρτικού ή περιοριστικού τύπου, που νοσηλεύονταν σε εξειδικευμένη μονάδα για τη θεραπεία ατόμων με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Η σταδιακά αυξανόμενη έκθεση στην εικόνα σώματος οδήγησε σε μεγαλύτερη βελτίωση της ικανοποίησης με το σώμα στο τέλος της θεραπείας και 6 μήνες αργότερα.

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα του τρόπου έκθεσης στον καθρέφτη έχει βρεθεί ότι η καθολική έκθεση στο είδωλο στον καθρέφτη σε σύγκριση με την κατευθυνόμενη, άνευ κριτικής περιγραφής όλων των μελών του σώματος στον καθρέφτη παρουσιάζει ένα λίγο μεγαλύτερο πλεονέκτημα σχετικά με τη μείωση του άγχους και των υποκειμενικών συναισθημάτων δυσφορίας, τόσο εντός όσο και μεταξύ των συνεδριών [55, 57]. Σε έρευνα των Diaz-Ferrer και συνεργατών [58], 29 γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία και υψηλά σκορ δυσαρέσκειας με το σώμα τοποθετήθηκαν σε έναν από τους δύο τρόπους έκθεσης στον καθρέφτη. Μετά από 6 εκθέσεις στον καθρέφτη βρέθηκε ότι και οι δύο μέθοδοι οδήγησαν σε ίδια επίπεδα αλλαγής στις θετικές και αρνητικές σκέψεις, αλλά η καθολική έκθεση στον καθρέφτη ήταν ανώτερη στα σκορ ικανοποίησης με το σώμα. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν σε επόμενη μελέτη των ίδιων μελετητών [55].

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν τη σημασία του να εμπεριέχεται η έκθεση στον καθρέφτη ως ενεργό κομμάτι ενός προγράμματος. Ερώτημα αποτελεί εάν υπάρχει ένας προτεινόμενος αριθμός εκθέσεων στον καθρέφτη. Οι Delinsky και Wilson [59] ανέφεραν μείωση στα επίπεδα άγχους κατά τη διάρκεια και μεταξύ συνεδριών μετά από 3 εκθέσεις σε καθρέφτη. Σε πρόσφατη έρευνα [60] παρατεταμένης έκθεσης σε καθρέφτη (ν = 4 φορές) έλαβαν μέρος 19 συμμετέχοντες με βουλιμική συμπτωματολογία και 19 υγιή άτομα. Ακολουθώντας τις οδηγίες που χρησιμοποιήθηκαν στο εγχειρίδιο των Tuschen-Caffier και Florin [61], από τους συμμετέχοντες ζητήθηκε να περιγράψουν όσο πιο ρεαλιστικά γίνεται το σώμα τους ενώ στέκονταν μπροστά από έναν καθρέφτη («σαν να το περιέγραφαν σε έναν τυφλό ζωγράφο»). Κάθε συνεδρία είχε διάρκεια 50-60 λεπτά και οι συμμετέχοντες μπορούσαν να εκφράσουν οποιαδήποτε συναισθήματα δυσαρέσκειας για το σώμα τους. Όπως και με το μοντέλο επεξεργασίας συναισθημάτων [54], βρέθηκε ότι στην αρχή της έκθεσης υπήρχε αύξηση των υποκειμενικών επιπέδων άγχους που όμως μειώθηκε εντός της συνεδρίας και μεταξύ των συνεδριών. Η μεγαλύτερη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων και σκέψεων σημειώθηκε κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων συνεδριών χωρίς μεγάλη διαφορά στην τέταρτη συνεδρία.

Καθώς η έκθεση στον καθρέφτη οδηγεί αρχικά σε αύξηση του άγχους και των αρνητικών συναισθημάτων, χρειάζεται προσοχή στη χρήση της σε άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής [56]. Σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για τη χρήση της πριν από τη σταθεροποίηση του βάρους [62]. Λίγες είναι επίσης οι τυχαιοποιημένες έρευνες με ομάδα ελέγχου που έχουν επικεντρωθεί στην έκθεση στον καθρέφτη ως ανεξάρτητου χειρισμού για να μπορεί να κριθεί η ασφάλεια της μεθόδου σε πληθυσμό με διαταραχές πρόσληψης τροφής [63]. Κάποια από τα συμπεράσματα αυτών των τυχαιοποιημένων μελετών συγκλίνουν στην άποψη ότι χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή σε άτομα με ιστορικό αυτοτραυματικών συμπεριφορών, αυτοκτονικότητας ή με καταθλιπτική συμπτωματολογία ως αποτέλεσμα ανεπιθύμητων συμβάντων που προέκυψαν από αυτές. Σε άτομα με χαμηλότερο ουδό άγχους, μπορεί να χρησιμοποιηθεί έκθεση στον καθρέφτη στα πιο ελκυστικά μέρη του σώματός τους με χρήση θετικής γλώσσας, που είναι πιθανό να είναι πιο ανεκτή [64]. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να υπάρξει μεγαλύτερος αριθμός μελετών που να εξετάζονται τα αποτελέσματα της έκθεσης στον καθρέφτη ως ξεχωριστή μεθόδος μέσα στις υπάρχουσες θεραπείες [56].

**6. Συζήτηση**

Στις διαταραχές πρόσληψης τροφής η υπερεκτίμηση της εικόνας σώματος αποτελεί βασικό κλινικό χαρακτηριστικό, τον πυρήνα του προβλήματος και ίσως το τελευταίο από τα συμπτώματα που βελτιώνεται με τη θεραπεία [4]. Τα αποτελέσματα της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας μπορεί να είναι, όμως, μόνο βραχυπρόθεσμα, χωρίς αλλαγή στην υποκειμενική εικόνα σώματος [14]. Ταυτόχρονα, οι παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στην εικόνα σώματος εμπεριέχονται συνήθως σε υπάρχοντα προγράμματα για τη θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής, που καθιστά δύσκολη τη μέτρηση της αποτελεσματικότητάς τους [4, 11].

Οι περισσότερες παρεμβάσεις για την εικόνα σώματος έχουν γίνει σε παχύσαρκα άτομα, σε φοιτήτριες και σε άτομα με διαταραχή σωματικής δυσμορφίας με ελάχιστες συστηματικές μελέτες να παρουσιάζουν δεδομένα αποτελεσματικότητας σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία ή ανορεξία [15]. Περιορισμοί των περισσότερων από αυτές τις μελέτες είναι ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων, τα υψηλά ποσοστά αυτών που δεν ολοκλήρωσαν την έρευνα, η έλλειψη ομάδας ελέγχου και, κάποιες φορές, η εξέταση μη κλινικού πληθυσμού [4, 10, 11]. Νεότερα προγράμματα επικεντρώνονται στην προαγωγή μιας θετικής εικόνας σώματος με ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Ελάχιστα από αυτά έχουν όμως διερευνηθεί σε πληθυσμό με διαταραχές πρόσληψης τροφής [46].

Σε προγράμματα που στοχεύουν αποκλειστικά στον παράγοντα εικόνα σώματος έχει βρεθεί ότι συνολικά παράγουν μια μικρή αλλά αξιόπιστη βελτίωση [32]. Γενικότερα, οι τεχνικές της ψυχοεκπαίδευσης, της αυτορρύθμισης [52-54], της γνωσιακής αναδόμησης [56-58] και της έκθεσης στον καθρέφτη [50, 51, 56, 58] έχουν παρουσιάσει θετικά αποτελέσματα στον αναπροσδιορισμό της έννοιας του βάρους, μείωση των αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων, μείωση των ανησυχιών και της δυσφορίας με το σχήμα, και αύξηση της ικανοποίησης με σώμα. Σε μία από τις λίγες μετα-αναλύσεις που εξέτασαν ένα ταξινομικό σύστημα τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς παρουσιάστηκαν κάποιες από τις πιο επιτυχημένες τεχνικές, όπως η γνωσιακή αναδόμηση, η αναγνώριση των γνωσιακών παραποιήσεων, η διδαχή της αυτορρύθμισης, οι τεχνικές έκθεσης στο στρεσογόνο ερέθισμα, η νοερή απεικόνιση, και η ψυχοεκπαίδευση [26].

Προσοχή χρειάζεται να δοθεί σε ποια φάση της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας προχωρά κάποιος στην εισαγωγή της θεραπείας σχετιζόμενης με την εικόνα σώματος [9, 18, 31], καθώς και πότε εφαρμόζονται τεχνικές όπως η έκθεση στον καθρέφτη που είναι πιθανόν να αποσταθεροποιήσει άτομα με χαμηλότερο ουδό άγχους, προηγούμενο ιστορικό καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, ιστορικό αυτοκτονικότητας και αυτοτραυματικών συμπεριφορών [71].

Συμπερασματικά, για μακροπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας στις διαταραχές πρόσληψης τροφής κρίνεται αναγκαία η αλλαγή στην υποκειμενική εικόνα σώματος. Λίγα είναι τα προγράμματα που έχουν μελετήσει ανεξάρτητα την αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων στην εικόνα σώματος και από αυτά ελάχιστα είναι όσα έχουν γίνει σε πληθυσμό με διαταραχές πρόσληψης τροφής. Προγράμματα που στοχεύουν αποκλειστικά στον παράγοντα εικόνα σώματος παράγουν μια μικρή αλλά αξιόπιστη βελτίωση. Μερικές από τις πιο επιτυχημένες τεχνικές αλλαγής της συμπεριφοράς σε παρεμβάσεις όσον αφορά την εικόνα σώματος είναι η γνωσιακή αναδόμηση, η αναγνώριση των γνωσιακών παραποιήσεων, η διδαχή της αυτορρύθμισης, οι τεχνικές έκθεσης στο στρεσογόνο ερέθισμα, η νοερή απεικόνιση και η ψυχοεκπαίδευση, οι οποίες και παρουσιάστηκαν στο παρόν άρθρο.

## Body image and cognitive behavioural therapy in eating disorders

**Soureti, A., Michopoulos, I.**
2nd Department of Psychiatry,National and Kapodistrian University of Athens, “Attikon” University Hospital – Hellenic Society for Cognitive Therapies

**Abstract**
Distorted body image appears to be a core problem for people diagnosed with eating disorders and maybe one of the last ones to be improved with therapy. The effects of cognitive behavioral therapy are to be only short-lived without changes to the subjective body image perceptions for people with eating disorders. This review is focused on some of the most widespread cognitive, behavioral interventions and programs aimed at improving body image perceptions as well as presenting data on their research effectiveness.

Body image focused interventions are usually included in existing programs to treat eating disorders, making it difficult to measure their effectiveness as a stand-alone intervention. In stand-alone body image interventions there has been overall a small but reliable improvement found. Techniques utilised in body image interventions such as psycho-education, self-monitoring, cognitive restructuring, mirror exposure have shown positive results in redefining the concept of weight, reducing the anxiety and discomfort with the shape. Some of the most well-known body image programs and their related efficacy studies are briefly described and discussed in this review.

Most body image interventions have been conducted on obese individuals, female students and individuals with body dysmorphic disorder, which necessitates further investigation in individuals with bulimia and anorexia nervosa. Care needs to be taken at what stage of cognitive behavioural therapy one introduces body image therapy as well as when behavioural techniques are being introduced.

**Keywords:** body image, eating disorders, interventions, CBT

**Βιβλιογραφία**

[1] de Vries D.A., Vossen H.G.M., van der Kolk - van der Boom P. Social Media and Body Dissatisfaction: Investigating the Attenuating Role of Positive Parent-Adolescent Relationships. *J Youth Adolesc*, 2019 Mar 15, 48(3): 527-36.
[2] Stewart T.M, Williamson DA. Body Positive: A New Treatment for Persistent Body Image Disturbances in Partially Recovered Eating Disorders. *Clin Case Stud*, 2003 Apr 24, 2(2): 154-66.
[3] Slade P.D. What is body image? *Behav Res Ther,* 1994 Jun, 32(5): 497-502.
[4] Jarry J.L., Ip K. The effectiveness of stand-alone cognitive-behavioural therapy for body image: A meta-analysis. *Body Image,* 2005, 2: 317-31.
[5] Rosen J. Cognitive-behavioral body image therapy. In: Garner D.M., Garfinkel P.E., editors. *Handbook of treatment for eating disorders*. Guilford Press, 1997, 188-201.
[6] Cash T.F., Melnyk S.E., Hrabosky J.I. The assessment of body image investment: An extensive revision of the appearance schemas inventory. *Int J Eat Disord*, 2004 Apr, 35(3): 305-16.
[7] Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R., Bohn K.H.D. Cognitive behavior therapy and eating disorders. In: Fairburn CG, editor. *Clinical perfectionism, core low self-esteem and interpersonal problems*. Guilford Press, 2008, 97-220.
[8] Farrell C., Shafran R., Lee M. Empirically evaluated treatments for body image disturbance: a review. *Eur Eat Disord Rev*, 2006 Sep 1, 14(5): 289-300.
[9] Bruch H. What is body image? Slade P.D., editor. *Behav Res Ther*, 1994 Jun, 32(5): 497-502.
[10] Rosen J.C. Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *Int J Eat Disord,* 1996 Dec 1, 20(4): 331-43.



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

[11] Jarry J.L., Berardi K. Characteristics and effectiveness of stand-alone body image treatments: a review of the empirical literature. *Body Image*, 2004 Dec, 1(4): 319-33.
[12] Cash T. *Body-image therapy: A program for self-directed change*. NY: Guildford Press, 1991.
[13] Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther,* 2003, 41: 509-28.
[14] Delinsky S.S. Body Image and anorexia nervosa. In: Cash T.F., Smolak L., editors. *Body Image: A handbook of science, practice and prevention*. 2nd ed. NY: Guilford Press, 2012.
[15] Cash T.F, Grant J.R. Cognitive—Behavioral Treatment of Body-Image Disturbances. In: Van Hasselt V., editor. *Sourcebook of Psychological Treatment Manuals for Adult Disorders*. Boston, MA: Springer US, 1996, 567-614.
[16] Strachan M.D., Cash T.F. Self-help for a negative body image: A comparison of components of a cognitive-behavioral program. *Behav Ther,* 2002, 33(2): 235-51.
[17] Nye S., Cash T.F. Outcomes of Manualized Cognitive-Behavioral Body Image Therapy with Eating Disordered Women Treated in a Private Clinical Practice. *Eat Disord,* 2006 Jan, 14(1): 31-40.
[18] Rosen J.C., Saltzberg E., Srebnik D. Cognitive Behavior Therapy for Negative Body Image. *Behav Ther,* 1989, 20: 393-404.
[19] Fairburn C.G., Cooper Z., Doll H.A., O'Connor M.E., Bohn K., Hawker D.M. et al. Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for Patients With Eating Disorders: A Two-Site Trial With 60-Week Follow-Up. *Am J Psychiatry,* 2009 Mar, 166(3): 311-9.
[20] Byrne S.M., Fursland A., Allen K.L., Watson H. The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behav Res Ther,* 2011 Apr 1, 49(4): 219-26.
[21] Poulsen S., Lunn S., Daniel S.I.F., Folke S.., Mathiesen B.B., Katznelson H. et al. A Randomized Controlled Trial of Psychoanalytic Psychotherapy or Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry*, 2014 Jan, 171(1): 109-16.
[22] Fairburn C.G., Cooper Z., Doll H.A., O'Connor M.E., Palmer R.L., Dalle Grave R. Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behav Res Ther,* 2013 Jan, 51(1): R2-8.
[23] Dalle Grave R., Calugi S., Doll H.A., Fairburn C.G. Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy? *Behav Res Ther,* 2013 Jan, 51(1): R9-12.
[24] Dalle Grave R., Calugi S., El Ghoch M., Conti M., Fairburn C.G. Inpatient Cognitive Behavior Therapy for Adolescents with Anorexia Nervosa: Immediate and Longer-Term Effects. *Front Psychiatry,* 2014 Feb 12, 5(14): 1-7.
[25] Cash T.F. Cognitive-behavioral perspectives on body image. In: Cash T.F., editor. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*. London, UK, and San Diego, CA: Elsevier Science & Technology, 2012, 334-42.
[26] Alleva J.M., Sheeran P., Webb T.L., Martijn C., Miles E. A meta-analytic review of stand-alone interventions to improve body image. *PLoS One*, 2015, 10(9).
[27] Webb J.B., Butler-Ajibade P., Robinson S.A. Considering an affect regulation framework for examining the association between body dissatisfaction and positive body image in Black older adolescent females: Does body mass index matter? *Body Image*, 2014 Sep 1, 11(4): 426-37.
[28] Tylka T.L., Wood-Barcalow N.L. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 2015, 14: 118-29.
[29] Piran N. New possibilities in the prevention of eating disorders: The introduction of positive body image measures. *Body Image*, 2015, 14: 146-57.
[30] Bush H.E., Rossy L., Mintz L.B., Schopp L. Eat for life: Awork site feasibility study of a novel mindfulness-based intuitive eating intervention. *Am J Heal Promot*, 2014, 28(6): 380-8.
[31] Wolfe W.L., Patterson K. Comparison of a gratitude-based and cognitive restructuring intervention for body dissatisfaction and dysfunctional eating behavior in college women. *Eat Disord*, 2017 Aug 8, 25(4): 330-44.
[32] Albertson E.R., Neff K.D., Dill-Shackleford K.E. Self-Compassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention. *Mindfulness* (NY), 2015 Jun 16, 6(3): 444-54.
[33] Pinto-Gouveia J., Carvalho S.A., Palmeira L., Castilho P., Duarte C., Ferreira C. et al. BEfree: A new psychological program for binge eating that integrates psychoeducation, mindfulness, and compassion. *Clin Psychol Psychother,* 2017 Sep 1, 24(5): 1090-8.
[34] Alleva J.M., Martijn C., Jansen A., Nederkoorn C. Body Language: Affecting Body Satisfaction by Describing the Body in Functionality Terms. *Psychol Women Q,* 2014, 38(2): 181-96.
[35] Alleva J.M., Diedrichs P.C., Halliwell E., Peters M.L., Dures E., Stuijfzand B.G. et al. More than my RA: A randomized trial investigating body image improvement among women with rheumatoid arthritis using a functionality-focused intervention program. *J Consult Clin Psychol,* 2018 Aug 1, 86(8): 666-76.
[36] Cook-Cottone C.P. Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care. *Body Image*, 2015 Jun 1, 14: 158-67.
[37] Guest E., Costa B., Williamson H., Meyrick J., Halliwell E., Harcourt D. The effectiveness of interventions aiming to promote positive body image in adults: A systematic review. *Body Image*, 2019 Sep 1, 30: 10-25.
[38] Alleva J.M., Martijn C., Van Breukelen G.J.P., Jansen A., Karos K. Expand Your Horizon: A programme that improves body image and reduces self-objectification by training women to focus on body functionality. *Body Image*, 2015 Sep 1, 15: 81-9.
[39] Kanfer H. Self-regulation: Research, issues, and speculation. In: Neuringer C., Michael J., editors. *Behavior modification in clinical psychology*. NY: Appleton-Century-Crofts., 1970, 178-220.
[40] Cone J.D. Introduction to the Special Section on Self-Monitoring: A Major Assessment Method in Clinical Psychology. *Psychol Assess*, 1999, 11(4): 411-4.
[41] Korotitsch W.J., Nelson-Gray R.O. An overview of self-monitoring research in assessment and treatment. *Psychol Assess*, 1999, 11(4): 415-25.
[42] Zabinski M.F., Pung M.A., Wilfley D.E., Eppstein D.L., Winzelberg A.J., Celio A. et al. Reducing risk factors for eating disorders: Targeting at-risk women with a computerized psychoeducational program. *Int J Eat Disord*, 2001 May 1, 29(4): 401-8.
[43] Cash T.F., Hrabosky J. The Effects of Psychoeducation and Self-Monitoring in a Cognitive-Behavioral Program for Body-Image Improvement. *Eat Disord*, 2003 Dec 18, 11(4): 255-70.
[44] Rosen J.C., Reiter J. Cognitive Behavior Therapy for Negative Body Image in Obese Women. *Behav Ther,* 1995, 26: 25-42.
[45] Hilbert A., Tuschen-Caffier B. Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: a component analysis. *Behav Res Ther,* 2004 Nov 1, 42(11): 1325-39.
[46] Geraghty A.W.A., Wood A.M., Hyland M.E. Attrition from self-directed interventions: Investigating the relationship between psychological predictors, intervention content and dropout from a body dissatisfaction intervention. *Soc Sci Med,* 2010 Jul, 71(1): 30-7.
[47] Deacon B.J., Fawzy T.I., Lickel J.J., Wolitzky-Taylor K.B. Cognitive defusion versus cognitive restructuring in the treatment of negative self-referential thoughts: An investigation of process and outcome. *J Cogn Psychother,* 2011, 25(3): 218-32.
[48] Masuda A., Twohig M.P., Stormo A.R., Feinstein A.B., Chou Y.Y., Wendell J.W. The effects of cognitive defusion and thought distraction on emotional discomfort and believability of negative self-referential thoughts. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 2010 Mar, 41(1): 11-7.
[49] Χαρίλα Ν. Θεραπευτικές παρεμβάσεις στην ψυχογενή βουλιμία και στη διαταραχή της υπερφαγίας. Στο Γονιδάκη Φ., Χαρίλα Ν. (επιμ.), *Διαταραχές πρόσληψης τροφής: Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Προσέγγιση*. Αθήνα: Πεδίο, 2011, 167-83.
[50] Delinsky S.S., Wilson G.T. Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. *Int J Eat Disord,* 2006, 39(2): 108-16.
[51] Key A., George C.L., Beattie D., Stammers K., Lacey H., Waller G. Body image treatment within an inpatient program for anorexia nervosa: The role of mirror exposure in the desensitization process. *Int J Eat Disord,* 2002, 31(2): 185-90.
[52] Tuschen-Caffier B., Pook M., Frank M. Evaluation of manual-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa in a service setting. *Behav Res Ther,* 2001, 39(3): 299-308.
[53] Vocks S., Legenbauer T., Wächter A., Wucherer M., Kosfelder J. What happens in the course of body exposure?: Emotional, cognitive, and physiological reactions to mirror confrontation in eating disorders. *J Psychosom Res,* 2007 Feb 1, 62(2): 231-9.
[54] Foa E.B., Kozak M.J. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychol Bull,* 1986, 99(1): 20-35.
[55] Díaz-Ferrer S., Rodríguez-Ruiz S., Ortega-Roldán B., Mata-Martín J.L., Carmen Fernández-Santaella M. Psychophysiological Changes during Pure vs Guided Mirror Exposure Therapies in Women with High Body Dissatisfaction: What Are They Learning about Their Bodies? *Eur Eat Disord Rev,* 2017 Nov 1, 25(6): 562-9.
[56] Griffen T.C., Naumann E., Hildebrandt T. Mirror exposure therapy for body image disturbances and eating disorders: A review. *Clin Psychol Rev,* 2018 Nov 1, 65: 163-74.
[57] Moreno-Domínguez S., Rodríguez-Ruiz S., Fernández-Santaella M.C., Jansen A., Tuschen-Caffier B. Pure versus guided mirror exposure to reduce body dissatisfaction: A preliminary study with university women. *Body Image,* 2012 Mar, 9(2): 285-8.
[58] Díaz-Ferrer S., Rodríguez-Ruiz S., Ortega-Roldán B., Moreno-Domínguez S., Fernández-Santaella M.C. Testing the efficacy of pure versus guided mirror exposure in women with bulimia nervosa: A combination of neuroendocrine and psychological indices. *J Behav Ther Exp Psychiatry,* 2015, 48: 1-8.
[59] Delinsky S.S., Wilson G.T. Cognitive Behavior Therapy With Body Image Exposure for Bulimia Nervosa: A Case Example. *Cogn Behav Pract,* 2010, 17(3): 270-7.
[60] Trentowska M., Bender C., Tuschen-Caffier B. Mirror exposure in women with bulimic symptoms: How do thoughts and emotions change in body image treatment? Trentowska M., Bender C., Tuschen-Caffier B., editors. *Behav Res Ther,* 2013, 51(1): 1-6.
[61] Tuschen-Caffier B., Florin I. Teufelskreis Bulimie. *Ein Manual zur psychologischen Therapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2002.
[62] Norris D.L. The effects of mirror confrontation on self-estimation of body dimensions in anorexia nervosa, bulimia and two control groups. *Psychol Med,* 1984, 14(4): 835-42.
[63] Hildebrandt T., Loeb K., Troupe S., Delinsky S. Adjunctive mirror exposure for eating disorders: A randomized controlled pilot study. *Behav Res Ther,* 2012 Dec, 50(12): 797-804.
[64] Jansen A., Voorwinde V., Hoebink Y., Rekkers M., Martijn C., Mulkens S. Mirror exposure to increase body satisfaction: Should we guide the focus of attention towards positively or negatively evaluated body parts? *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 2016, 50: 90-6.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

# Θεραπεία σχημάτων σε παιδιά και εφήβους και παιγνιοθεραπεία

**Βασιλική-Μαρία Ρούσσου[1], Ρόζα Λάιους[1]**
1. Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Αλληλογραφία: Βασιλική-Μαρία Ρούσσου, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Λάκωνος 19 & Λάμψα, 11524, Αθήνα
Email: marivily.roussou@gmail.com

**Περίληψη**
Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι να αναδείξει τόσο τις ομοιότητες ανάμεσα στη Θεραπεία Σχημάτων Παιδιών και Εφήβων (ΘΣ) και την Παιγνιοθεραπεία (ΠΓΘ) όσο και να περιγράψει τη σημαντικότητα του παιχνιδιού στο πρώτο θεραπευτικό μοντέλο. Ωστόσο, το θέμα αυτό δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας και έτσι επιχειρείται η σύνδεση των δύο θεραπευτικών μοντέλων βιβλιογραφικά. Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση άρθρων στις βάσεις δεδομένων Google Scholar, PubMed και PsychInfo. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το παιχνίδι είναι απαραίτητο στη Θεραπεία Σχημάτων με παιδιά και εφήβους. Παράλληλα, φαίνεται πως ο συνδυασμός των δύο θεραπειών (ΘΣ και ΠΓΘ) καθιστά πιο αποτελεσματική τη θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών στην παιδική και εφηβική ηλικία. Παιχνίδια, δραστηριότητες και τεχνικές εντάσσονται σε όλα τα στάδια της θεραπείας, συμβάλλοντας στη δημιουργία καλής θεραπευτικής σχέσης, στην ψυχοεκπαίδευση, στην καλύτερη κατανόηση εννοιών (σχημάτων, στρατηγικών αντιμετώπισης, τρόπων λειτουργίας).

**Λέξεις-κλειδιά:** Θεραπεία Σχημάτων, Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα, Παιγνιοθεραπεία, Θεραπεία παιδιών και εφήβων

## 1.Εισαγωγή

### *1.1. Τι είναι η Θεραπεία Σχημάτων*

Η Θεραπεία Σχημάτων[1] είναι μία καινοτόμος θεραπεία που αναπτύχθηκε από τον Young και συνεργάτες [1] και επεκτείνεται πέρα από τις Γνωσιακές-Συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις και έννοιες. Η ΘΣ συνδυάζει στοιχεία από τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεραπεία, τη θεωρία Προσκόλλησης, τη Gestalt θεραπεία, τις αντικειμενοτρόπες σχέσεις, τον κονστρουκτιβισμό, την ψυχαναλυτική σχολή, δημιουργώντας ένα ενιαίο μοντέλο θεραπείας [2]. Η ΘΣ παρέχει μια νέα μορφή ψυχοθεραπείας, που είναι κατάλληλα προσαρμοσμένη για ασθενείς με χρόνιες ψυχολογικές δυσκολίες και διαταραχές που μέχρι στιγμής θεωρούνταν δύσκολες να αντιμετωπιστούν [2]. Συγκεκριμένα, φαίνεται να είναι ευεργετική και βοηθητική σε παιδιά που βιώνουν έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία μετά από τραυματική εμπειρία ή σε έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία λόγω διάγνωσης καρκίνου, καθώς και σε μαθητές με προβλήματα συμπεριφοράς [2].

Τα Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα[2] είναι «διάχυτες συναισθηματικές και γνωστικές δομές που αναπτύσσονται κατά την παιδική ηλικία ενός ατόμου, ως αντίδραση σε τοξικές εμπειρίες, και επαναλαμβάνονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του» (σελ. 258) [3]. Στην παιδική ηλικία τα σχήματα παίζουν καθοριστικό ρόλο προκειμένου το παιδί να καταφέρει να αντεπεξέλθει σε δυσκολίες και ταυτόχρονα διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται, αισθάνεται, αντιδρά και σχετίζεται με τους γύρω του [4]. Σύμφωνα με τον Young και συνεργάτες [5, 6], τα ΠΔΣ δημιουργούνται όταν δεν καλύπτονται οι πυρηνικές ανάγκες της παιδικής ηλικίας, όπως η ασφαλής προσκόλληση, η αποδοχή, η ελευθερία έκφρασης αναγκών, η ευαίσθητη επιβολή ορίων, η δημιουργία δεσμού, η αυτονομία, η χαρά, η αυτοεκτίμηση και η συνέπεια [5, 6].

Τα Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα είναι 18 και χωρίζονται σε πέντε κατηγορίες. Στην κατηγορία της Αποσύνδεσης και Απόρριψης ανήκουν τα σχήματα της εγκατάλειψης/αστάθειας, της καχυποψίας/κακοποίησης, της συναισθηματικής στέρησης, της ελαττωματικότητας/ντροπής και της κοινωνικής απομόνωσης. Στην κατηγορία της Ανεπαρκούς Αυτονομίας και Επίδοσης ανήκουν τα σχήματα της εξάρτησης/ανικανότητας, της ευαλωτότητας, της υπερεμπλοκής/ελλειμματικού εαυτού και της αποτυχίας. Στην κατηγορία των Ανεπαρκών Ορίων έχουμε τα σχήματα του

1. Η Θεραπεία Σχημάτων θα αναφέρεται στο κείμενο ως ΘΣ.
2. Τα Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα θα αναφέρονται στο κείμενο ως ΠΔΣ.



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

αυτονόητου δικαιώματος/σχήμα μεγαλείου, του ανεπαρκούς αυτοελέγχου/αυτοπειθαρχίας, της υποτακτικότητας, της αυτοθυσίας, της αναζήτησης επιδοκιμασίας/αναγνώρισης. Στην κατηγορία της Υπερεπαγρύπνησης και Αναστολής ανήκουν τα σχήματα της αρνητικότητας/απαισιοδοξίας, της συναισθηματικής αναστολής, των ανελαστικών προτύπων/υπερεπικριτικότητας και της τιμωρητικότητας [7]. Σύμφωνα με τελευταία δεδομένα [8], θεωρείται ότι τα 18 ΠΔΣ κατηγοριοποιούνται σε τέσσερις κατηγορίες και όχι σε πέντε όπως θεωρείτο στο παρελθόν. Συγκεκριμένα, οι τέσσερις αυτές κατηγορίες είναι: (1) Αποσύνδεση και Απόρριψη, (2) Μειωμένη Αυτονομία και Επίδοση, (3) Υπερ-υπευθυνότητας και Υψηλών Προτύπων, (4) Ανεπαρκών Ορίων [8].

Κάθε φορά που ενεργοποιούνται τα ΠΔΣ, προκαλούν έντονη δυσφορία στο παιδί και υιοθετεί κάποιους τρόπους προκειμένου να μπορεί να τα αντιμετωπίσει. Οι τρόποι αυτοί ονομάζονται «στρατηγικές αντιμετώπισης» και αποτελούν διαφορετικούς τρόπους διαχείρισης του σχήματος, οι οποίες κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες (αποφυγή, υπεραναπλήρωση, παράδοση). Μία στρατηγική αποτελεί η αποφυγή. Η αποφυγή μπορεί να σχετίζεται με αποφυγή καταστάσεων ή και συναισθημάτων, απάθεια, αποστασιοποίηση ή καταπράυνση μέσω χρήσης internet ή κατανάλωσης φαγητών. Μια άλλη στρατηγική αποτελεί η υπεραναπλήρωση, που αφορά στην υπερπροσπάθεια του παιδιού να καταπολεμήσει το σχήμα του, να προστατευτεί από αυτό ή να αποδείξει το αντίθετο από το περιεχόμενο του σχήματός του. Λόγου χάρη, υπεραναπλήρωση στο σχήμα κατωτερότητας/μειονεξίας είναι να βάζει πολύ υψηλούς στόχους πιέζοντας τον εαυτό του να τους πετύχει. Τέλος, υπάρχει η στρατηγική της παράδοσης, που αφορά στην παράδοση στο περιεχόμενο του σχήματος σαν να είναι αληθές – για παράδειγμα, παράδοση στο σχήμα της δυσπιστίας/κακοποίησης είναι όταν το παιδί επιλέγει φίλους που το εκμεταλλεύονται ή του φέρονται άσχημα. Με βάση όλες τις παραπάνω έννοιες, ο Young εισάγει την έννοια των τρόπων λειτουργίας που αποτελούν τα σχήματα και τις στρατηγικές αντιμετώπισης των καταστάσεων που είναι ενεργές σε ένα άτομο μια δεδομένη χρονική στιγμή [7].

**Πίνακας 1.** Τρόποι λειτουργίας και χαρακτηριστικά

| **Παιδικοί Τρόποι Λειτουργίας** | **Δυσπροσαρμοστικοί Τρόποι Λειτουργίας** | **Δυσλειτουργικοί Γονεϊκοί Τρόποι Λειτουργίας** | **Δυσπροσαρμοστικές Στρατηγικές Αντιμετώπισης** | **Προσαρμοστικοί Τρόποι Λειτουργίας** |
|---|---|---|---|---|
| **Ευάλωτο Παιδί** Άτομο που νιώθει μόνο, αβοήθητο, ανήμπορο, ελαττωματικό, στερημένο, ανίκανο, ανάξιο, χωρίς ελπίδα. | **Παθητικά Υποταγμένος** Δρα με παθητικό και υποταγμένο στο σχήμα του τρόπο, δεν εκφράζει τις ανάγκες του, επιλέγει κοντά του ανθρώπους ή υιοθετεί συμπεριφορές που επιβεβαιώνουν το απαξιωτικό του σχήμα. | **Τιμωρητικός Γονέας** Επικριτικός, τιμωρητικός, κακοποιητικός απέναντι στον εαυτό του (π.χ. αυτοτραυματισμοί) ή στους άλλους. | **Αποφυγή** Αποκλεισμός των συναισθημάτων του ατόμου, με συμπεριφορές που το καταπραΰνουν ή του αποσπούν την προσοχή. | **Υγιής Ενήλικας** Φροντίζει και επικυρώνει τις ανάγκες του ευάλωτου παιδιού, θέτει όρια στους τρόπους λειτουργίας του θυμωμένου και παρορμητικού παιδιού, υποστηρίζει τον τρόπο λειτουργίας του υγιούς ενήλικα. |
| **Χαρούμενο Παιδί** Νιώθει αγαπητό, ευχαριστημένο, προστατευμένο, ότι το αποδέχονται, το κατανοούν και το επικυρώνουν. Νιώθει ασφαλές, αισιόδοξο, με αίσθηση ελέγχου. | **Αποστασιοποιημένος προστάτης** Αποκόπτει ανάγκες και συναισθήματα, αποστασιοποιείται συναισθηματικά από τους άλλους, νιώθει αποκομμένος, κενός, προτιμά να είναι μόνος του. | **Απαιτητικός/ Επικριτικός Γονέας** Νιώθει ότι το σωστό είναι να είναι κανείς τέλειος, να επιτυγχάνει πράγματα σε υψηλό επίπεδο, να είναι ταπεινός, να βάζει τις ανάγκες των άλλων πάνω από τις δικές του, να μην εκφράζει τα συναισθήματά του. | **Υπεραναπλήρωση** Υπεροπτικός τρόπος λειτουργίας που το άτομο συμπεριφέρεται με ανταγωνιστικό και υπεροπτικό τρόπο προκειμένου να πετύχει αυτό που θέλει. | **Εσωτερικός Βοηθός** Διαμορφώνεται μέσα από την εσωτερίκευση της θεραπευτικής στάσης αναφορικά με τους τρόπους λειτουργίας. |
| **Παρορμητικό παιδί** Δρα με εγωιστικό, ανεξέλεγκτο τρόπο, δυσκολεύεται να καθυστερήσει την άμεση και βραχυπρόθεσμη ικανοποίηση των επιθυμιών του. Νιώθει θυμό, απογοήτευση. | **Υπεραναπληρωτής** Νιώθει και συμπεριφέρεται με υπεροπτικό, απαξιωτικό, αλαζονικό, ανταγωνιστικό τρόπο. | | **Παράδοση** Παθητικά υποταγμένος, που δρα με έναν παθητικό και υποταγμένο στο σχήμα του τρόπο, από τον φόβο μη συγκρουστεί με άλλους. | |
| **Θυμωμένο Παιδί** Άτομο που νιώθει θυμό, οργή, απογοήτευση επειδή οι πυρηνικές συναισθηματικές ή φυσικές ανάγκες του δεν καλύφθηκαν. | | | | |

***1.2. ΠΔΣ σε ενήλικο πληθυσμό***

Ποικίλες έρευνες έχουν αποδείξει τη σχέση ανάμεσα στα ΠΔΣ και την ψυχοπαθολογία στους ενήλικες, με τα ΠΔΣ να σχετίζονται με το άγχος, την κατάθλιψη και τις διαταραχές προσωπικότητας [5]. Η σχέση ανάμεσα στα ΠΔΣ και στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας έχει διερευνηθεί ερευνητικά και κλινικά σε μεγάλη έκταση για τον ενήλικο πληθυσμό. Βρίθουν οι έρευνες που φαίνεται να έχουν συνδέσει τα ΠΔΣ και την ψυχοπαθολογία στον ενήλικο πληθυσμό με το άγχος, την κατάθλιψη και τις διαταραχές προσωπικότητας [9, 10, 11]. Επιπλέον, έρευνες έχουν συσχετίσει τα σχήματα με τη χρήση ουσιών [10], με την επιθετικότητα [9], με τις διαταραχές διατροφής [11].

Είναι λίγες οι έρευνες που συνδέουν τα ΠΔΣ με την ψυχοπαθολογία στα παιδιά, κάτι που μπορεί να οφείλεται στο ότι τώρα γνωρίζει άνθιση και διάδοση η έρευνα και η κλινική πρακτική στα παιδιά σε αυτό το θεραπευτικό μοντέλο [3].

***1.3. ΠΔΣ και ψυχοπαθολογία σε παιδιά και εφήβους***

Η ερευνητική εργασία αναφορικά με την ψυχοπαθολογία στα παιδιά και τα ΠΔΣ είναι σχετικά μικρή, δεδομένου ότι τα τελευταία χρόνια άρχισε να απασχολεί την ερευνητική κοινότητα. Παρ' όλα αυτά, μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στα ΠΔΣ και την ψυχοπαθολογία στα παιδιά. Έρευνα των Fard και συνεργατών [5] εξέτασε τη σχέση ανάμεσα στα συμπτώματα άγχους και τα ΠΔΣ σε 200 μαθητές και στις μητέρες τους, αποδεικνύοντας ότι τα ΠΔΣ σχετίζονται με συμπτώματα άγχους στην παιδική ηλικία, και κυρίως τα σχήματα αποτυχίας και ευαλωτότητας, υποτακτικότητας και κοινωνικής απομόνωσης [5]. Οι Hajimirarab, Rahimi και Mohammadi [12] ερεύνησαν 150 παιδιά, με σκοπό να εντοπίσουν κατά πόσο τα ΠΔΣ μπορούν να προβλέψουν συμπτώματα άγχους σε αυτή την ηλικία. Από την έρευνα αυτή φάνηκε ότι τα ΠΔΣ στα παιδιά σχετίζονται με ποικίλα ψυχολογικά συμπτώματα και τα καθιστούν πιο ευάλωτα στις ψυχικές διαταραχές και πως τα ΠΔΣ έχουν θετική συσχέτιση με τα επίπεδα άγχους στον παιδικό πληθυσμό και αποτελούν αίτιο της εμφάνισης αγχώδους διαταραχής [12].

***1.4 Θεραπεία Σχημάτων σε παιδιά και εφήβους***

Όταν τα παιδιά ξεκινούν τη ΘΣ βρίσκονται στον τρόπο λειτουργίας του Αποστασιοποιημένου Προστάτη. Δεν είναι ακόμη προσβάσιμος ο τρόπος λειτουργίας του Ευάλωτου Παιδιού, που είναι ουσιώδης για τη θεραπεία. Στη θεραπεία με παιδιά και εφήβους, λόγω της αφοσίωσης που έχουν τα παιδιά προς τους γονείς, αλλά και λόγω της δυσκολίας τους να δεχτούν τα έντονα συναισθήματα ως μέρος της θεραπείας, είναι αναγκαίο να βρεθούν άλλοι τρόποι προσέγγισης της θεραπείας των παιδιών, λιγότερο άμεσοι [13]. Έτσι, εισάγοντας μεθόδους της Παιγνιοθεραπείας[3] στη ΘΣ, δίνεται η δυνατότητα στο παιδί να εκφραστεί μέσω του παιχνιδιού. Το θεραπευτικό υλικό που χρησιμοποιείται στη θεραπεία επιλέγεται από τον θεραπευτή με βάση τα ενδιαφέροντα, τις ανάγκες και το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί υλικό όπως κούκλες, μαριονέτες, ενώ για τους εφήβους χρησιμοποιούνται και φύλλα εργασίας [14].

Στη θεραπεία με παιδιά και εφήβους οι θεραπευτές δουλεύουν κατά κύριο λόγο με τους τρόπους λειτουργίας, οι οποίοι φαίνεται να είναι πιο κοντά στο παιχνίδι και στις εμπειρίες του παιδιού. Πολύ συχνά, ακόμη και εκτός του πλαισίου της θεραπείας, τα παιδιά χρησιμοποιούν «φανταστικούς φίλους» ή «βοηθούς» που βοηθούν το παιδί να έρθει σε επαφή με τις βαθύτερες ανάγκες του, που είναι κοντά στην ιδέα του Σύμμαχου Σωτήρα τρόπου λειτουργίας, του Έξυπνου/Ικανού/Φροντιστικού Παιδικού τρόπου λειτουργίας. Επιπλέον, η δουλειά με τους τρόπους λειτουργίας χρησιμοποιείται συχνά και στις συναντήσεις με τους γονείς που μπορούν να διαχειριστούν πιο πολύπλοκες μορφές θεραπείας. Βασική ιδέα της θεραπείας είναι ο επαναπροσδιορισμός των εγκατεστημένων δυσλειτουργικών τρόπων λειτουργίας, ώστε να αλλάξει και η συμπεριφορά. Η αλλαγή των τρόπων λειτουργίας μπορεί να επιφέρει μια πιο βαθιά και αποτελεσματική αλλαγή, καθώς ενσωματώνουν μηχανισμούς που αποτελούνται από σωματικές αντιδράσεις, σκέψεις, συναισθήματα, συμπεριφορές που οδηγούν σε μια αλλαγή με διάρκεια [14].

Οι θεραπευόμενοι μαθαίνουν μέσα από τη θεραπεία να μην ενδίδουν στους δυσλειτουργικούς τρόπους λειτουργίας, αλλά να αναπτύξουν την ωριμότητα της επιλογής μιας απόφασης και έτσι να αναπτύξουν την αυτορρύθμισή τους. Ο στόχος της θεραπείας δεν είναι η εξάλειψη κάποιου τρόπου λειτουργίας, αλλά να μάθει ο θεραπευόμενος να αποφεύγει να βυθίζεται στην κατάσταση του δυσλειτουργικού τρόπου λειτουργίας. Έτσι, αφού επιτευχθεί το παραπάνω, στη συνέχεια ο θεραπευόμενος μαθαίνει να επιλέγει τον κατάλληλο για την κάθε περίσταση [15].

***1.5 Αποτελεσματικότητα Θεραπείας Σχημάτων σε παιδιά και εφήβους***

Μέσα από έρευνά του ο Salehi και συνεργάτες [16] μελέτησε την αποτελεσματικότητα της θεραπείας των ΠΔΣ σε προβλήματα συμπεριφοράς μαθητών Α΄ τάξης Δημοτικού, από την Τεχεράνη/Ιράν, αποδεικνύοντας ότι με τη ΘΣ τα παιδιά βελτίωναν τα προβλήματα συμπεριφοράς που παρουσίαζαν. Η έρευνα προτείνει να αντιμετωπίζονται τα δυσλειτουργικά και ακατάλληλα συναισθηματικά και συμπεριφοριστικά μοτίβα που βασίζονται στα δικά τους σχήματα και να εφαρμοστεί η ΘΣ στα σχολεία ως πρόληψη των συμπεριφοριστικών προβλημάτων των παιδιών και εφήβων [16].

Σε άλλη έρευνα, οι Alizadeh και συνεργάτες [17] μελέτησαν την αποτελεσματικότητα της ΘΣ σε παιδιά με καρκίνο, για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν την καταλληλότητα της ΘΣ στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης [17].

***1.6. Το παιχνίδι στη θεραπεία των παιδιών***

Σύμφωνα με τον Wilson [18, 19], η ΠΓΘ μπορεί να οριστεί ως «τρόποι δημιουργίας έντονων εμπειριών στη σχέση ανάμεσα στον θεραπευτή και τα παιδιά ή τους νέους ανθρώπους, στην οποία το παιχνίδι είναι το κύριο μέσο επικοινωνίας». Οι θεραπευτικές και αναπτυξιακές ιδιότητες του παιχνιδιού μπορούν να βοηθήσουν το παιδί να αποτρέπει ή να επιλύει ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και να επιτυγχάνεται η ανάπτυξή του [18, 19].

Από την άλλη πλευρά, η Lowenstein [20] προτείνει 5 στάδια στην παιγνιοθεραπεία:

α. Τη σύνδεση και αξιολόγηση (engagement & assessment), όπου στο στάδιο αυτό χρησιμοποιούνται πολλές τεχνικές για την επίτευξη μιας καλής θεραπευτικής σχέσης και για την αξιο-

3. Η Παιγνιοθεραπεία θα αναφέρεται στο κείμενο ως ΠΓΘ.



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

λόγηση δυσκολιών και προβλημάτων που μπορεί να αντιμετωπίζει το παιδί ή ο έφηβος, όπως οι τεχνικές «κούκλες από χαρτοσακούλα» και «άγαλμα από πλαστελίνη» [20].

β. Την έκφραση συναισθημάτων (feeling expression), όπου χρησιμοποιούνται ποικίλες τεχνικές για την καλύτερη αναγνώριση, έκφραση και επεξήγηση των συναισθημάτων. Μερικές από αυτές είναι: «παγίδα, ένα παιχνίδι συναισθημάτων», «αποκαλύπτοντας τα συναισθήματά μου», «μπαλόνια θυμού» [20].

γ. Τις κοινωνικές δεξιότητες (social skills), όπου μέσα από πρωτότυπα παιχνίδια τα παιδιά αναπτύσσουν γλωσσικές και επικοινωνιακές δεξιότητες και μαθαίνουν να είναι πιο άνετα σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Χρησιμοποιούνται τεχνικές, όπως: «όπως θα ήθελα να είναι» και «πεταλούδες στο στομάχι μου» [20].

δ. Την αυτοεκτίμηση (self esteem). Πολλά παιδιά συχνά δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν τις δυνατότητές τους και τα θετικά στον εαυτό τους. Σε αυτό το στάδιο μαθαίνουν να αναγνωρίζουν, να κατανοούν και να εστιάζουν στις δυνατότητές τους, καθώς και να κατανοούν πώς οι σημαντικοί άλλοι και τα γεγονότα ζωής έχουν επηρεάσει την αυτοεκτίμησή τους, μέσω τεχνικών όπως «τα χρώματά μου» και «θετικές δηλώσεις» [20].

ε. Τον τερματισμό (termination). Ο τερματισμός αποτελεί σημαντικό κομμάτι στη θεραπεία, ώστε ο θεραπευόμενος να νιώσει ότι η θεραπευτική σχέση έχει ολοκληρωθεί με κατάλληλο τρόπο, σε αντίθεση με την άσχημη ολοκλήρωση προηγούμενων σχέσεων. Προκειμένου το παιδί να μη νιώσει ότι πληγώνεται από τον αποχωρισμό με τον θεραπευτή, χρησιμοποιούνται τεχνικές όπως «πώς ένιωσα την πρώτη ημέρα», «τι έμαθα, ένα δώρο με στρώσεις», «πάρτι τερματισμού» [20].

### *1.7. Ιδιότητες του παιχνιδιού*

Το παιχνίδι αποτελεί μια προσαρμοστική δραστηριότητα της παιδικής ηλικίας και βοηθά στην ανάπτυξη των παιδιών. Αποτελεί έναν από τους κυριότερους τρόπους μέσω των οποίων τα παιδιά αναπτύσσουν την κατανόηση, εξερευνούν τις συγκρούσεις και την επίλυση προβλημάτων, καθώς επίσης δοκιμάζουν τις συναισθηματικές και τις κοινωνικές τους δεξιότητες [21].

Μέσω του παιχνιδιού τα παιδιά μαθαίνουν καλύτερα τον εαυτό τους, τους γύρω τους και τον κόσμο [22]. Κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού, τα παιδιά χρησιμοποιούν τη δημιουργικότητά τους, φτιάχνοντας ιστορίες που μπορεί να προέρχονται από αληθινά σενάρια της καθημερινότητάς τους και μπορεί να αφορούν καταστάσεις που δυσκολεύονται να λύσουν [23, 24, 25]. Χρησιμοποιούν τη φαντασία τους, αναπαριστώντας πρόσωπα και καταστάσεις που έχουν συμβεί.

### *1.8. Αποτελεσματικότητα Παιγνιοθεραπείας*

Σε έρευνα των Murphy Jones και Landreth [26], αποδείχθηκε η αποτελεσματικότητα της Παιγνιοθεραπείας σε παιδιά με διαβήτη-εξαρτώμενα από ινσουλίνη στη μείωση των συμπτωμάτων άγχους, στην καλύτερη έκφραση συναισθηματικών ζητημάτων σχετικών με τον διαβήτη και στη διευθέτηση γενικότερων δυσκολιών συμπεριφοράς. Επίσης, τονίζεται η σημαντικότητα της συγκεκριμένης θεραπείας και γενικότερα των θεραπειών πρόληψης για άτομα με μακροχρόνιες ιατρικές και ψυχολογικές επιπλοκές, καθώς και η ένταξή τους ως μέρος μιας διεπιστημονικής προσέγγισης για τη θεραπεία των παιδιών με διαβήτη [26].

Παράλληλα, οι Ray, Schottelkorb και Tsai [27] ερεύνησαν παιδιά με συμπτώματα Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ), προκειμένου να μελετήσουν την αποτελεσματικότητα της ΠΓΘ και της Ανάγνωσης-Καθοδήγησης (Reading Mentoring). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά και των δύο ομάδων επέδειξαν βελτίωση στα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ. Τα παιδιά που συμμετείχαν στην ομάδα που έλαβε ΠΓΘ έδειξαν μεγαλύτερη βελτίωση στη συναισθηματική αστάθεια, στο άγχος και σε δυσκολίες αποχωρισμού, σε σχέση με τα παιδιά που έλαβαν την Ανάγνωση-Καθοδήγηση [27].

Η ανασκόπηση των Kool και Lawver επισημαίνει τη διαφοροποίηση της ΠΓΘ με το απλό παιχνίδι με τα παιδιά. Τονίζουν πως η ΠΓΘ έχει μια συγκεκριμένη δομή και το παιχνίδι χρησιμοποιείται ως μέσο αξιολόγησης, παρατήρησης συμπεριφορών, θέσπισης ορίων και επίτευξης θεραπευτικών στόχων [28].

Τέλος, όπως αναφέρουν οι Schaefer και Kaduson [29] σε μια μετα-ανάλυση, ποικίλες έρευνες έχουν καταδείξει την αποτελεσματικότητα της ΠΓΘ σε παιδιά με δυσκολία στον μηχανισμό αντιμετώπισης που διευκολύνει τη διαδικασία της μάθησης, σε παιδιά διαγνωσμένα με διαβήτη, σε παιδιά που βίωσαν ενδοοικογενειακή βία, σε παιδιά με δυσκολίες (φτώχεια, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ειδικές μαθησιακές δυσκολίες κ.ά.), και σε παιδιά θύματα σεισμού. Σε αυτούς τους πληθυσμούς η ΠΓΘ φάνηκε αποτελεσματική ως προς τη μείωση των επιπέδων άγχους, βελτίωση της αυτοπεποίθησης, βελτίωση της συμπεριφοράς κ.ά. [29].

## 2. Μέθοδος

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε επιστημονικές ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες χωρίς περιορισμό στη χρονολογία δημοσίευσης, φτάνοντας έως και σήμερα. Συνολικά ανακτήθηκαν έρευνες από το 1990 έως το 2016. Διερευνήθηκαν οι βάσεις δεδομένων Google Scholar, PubMed και PsychInfo, χρησιμοποιώντας ως λέξεις κλειδιά «Θεραπεία Σχημάτων», «Πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα», «Παιγνιοθεραπεία», «Θεραπεία παιδιών και εφήβων», «ΓΣΘ για παιδιά και εφήβους». Η αρχική επιλογή των ερευνών έγινε με βάση το κατά πόσο γινόταν αναφορά στον τίτλο, ή στην περίληψη της έρευνας, σε Θεραπεία Σχημάτων ή σε Παιγνιοθεραπεία. Εάν η έρευνα ήταν μελέτη περίπτωσης, τότε αποκλειόταν από την παρούσα ανασκόπηση.

## 3. Ευρήματα

Όταν τα παιδιά παραπέμπονται για συμβουλευτική ή για θεραπεία, συχνά νιώθουν άγχος σχετικά με τη θεραπευτική διαδικασία και δυσκολεύονται να μιλήσουν για τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. Οι δημιουργικές δραστηριότητες και η ενσωμάτωση του παιχνιδιού στη θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά να εμπλακούν στη θεραπευτική διαδικασία, αλλά και να τα βοηθήσει να εκφραστούν ευκολότερα [20]. Το παιχνίδι βοηθά τον θεραπευτή να επικοινωνεί σε μια γλώσσα προσιτή και κατανοητή για το παιδί και επίσης να διαμορφωθεί μια καλή θεραπευτική σχέση όπου το παιδί εμπιστεύεται και ανοίγεται στον θεραπευτή του, καθώς νιώθει ότι βρίσκεται σε ένα ασφαλές και γνώριμο πλαίσιο.

Συχνά, η Θεραπεία Σχημάτων για παιδιά και εφήβους χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία, ενσωματώνοντας ταυτόχρονα δημιουργικές δραστηριότητες και παιχνίδια για την αποτελεσματικότερη αντιμε-

τώπιση διαταραχών και προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών. Η παρέμβαση στη ΘΣ περιλαμβάνει: (α) την κατανόηση και επικύρωση των συναισθηματικών αναγκών του Ευάλωτου Παιδιού, (β) την αποδοχή των συναισθημάτων του Θυμωμένου Παιδιού και τη διοχέτευση του θυμού με λειτουργικό τρόπο, την οριοθέτηση του Παρορμητικού ή και Κακομαθημένου Παιδιού, (γ) τον εντοπισμό, την επικύρωση και την απελευθέρωση του Χαρούμενου Παιδιού, (δ) την κατατρόπωση του Επικριτικού Γονέα, (ε) τη συναισθαντική κατανόηση για τη χρησιμότητα των τρόπων λειτουργίας ως μηχανισμών επιβίωσης, αλλά και τη συναισθαντική αντιπαράθεση ως προς τις δυσκολίες που μπορεί να προκαλούν στο παιδί [1]. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν βρέθηκε καμία αναφορά στη διερεύνηση της σχέσης της ΠΓΘ με τη ΘΣ στα παιδιά και τους εφήβους. Φαίνεται να είναι η πρώτη φορά που επιχειρείται κάτι τέτοιο. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες ομοιότητες μεταξύ τους.

### *3.1. Τεχνικές και ασκήσεις στη Θεραπεία Σχημάτων παιδιών και εφήβων*

*3.1.1. Ψυχοεκπαίδευση*

Στο στάδιο της ψυχοεκπαίδευσης, ο τρόπος με τον οποίο παρουσιάζονται οι έννοιες μπορεί να προσαρμοστεί ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο του θεραπευόμενου. Ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει μαριονέτες ή κούκλες, που εκπροσωπούν εσωτερικές καταστάσεις και βαθύτερες ανάγκες του παιδιού, ζωγραφιστούς χαρακτήρες, καρτούν που ζωγραφίζουν κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, ή κούκλες από χαρτοσακούλα, ιστορίες από βιβλία, ταινίες ή τηλεοπτικές σειρές που να παραλληλίζουν τη ζωή του θεραπευόμενου, παιχνίδια που συσχετίζουν τα συναισθήματα με γεγονότα ή άτομα, κάρτες συναισθημάτων.

*3.1.2. Αναγνώριση τρόπων λειτουργίας*

Πιο συγκεκριμένα, κατά τη διαδικασία «της αναγνώρισης των τρόπων λειτουργίας» (identification of the modes), το παιδί μπορεί να πάρει μια φιγούρα και να αρχίσει να της μιλά σαν να είναι μία από τις πλευρές του εαυτού του. Τα παιδιά συχνά μετακινούνται από έναν τρόπο λειτουργίας σε έναν άλλον στο πλαίσιο του παιχνιδιού. Ο θεραπευτής μαζί με το παιδί δίνουν όνομα στους τρόπους λειτουργίας, σαν να είναι χαρακτήρες, και διερευνά τα συναισθήματα, τις σκέψεις, τις σωματικές αισθήσεις και τη συμπεριφορά του.

Παράλληλα, σε αυτό το στάδιο μπορεί να γίνει χρήση ενός «κορμού» ιστοριών για να στήσουν ένα οικείο σκηνικό από τη ζωή του παιδιού. Έπειτα, το παιδί καλείται να συνεχίσει την ιστορία χρησιμοποιώντας φιγούρες ή άλλα αντικείμενα, έχοντας έτσι τη δυνατότητα να εκφράσει συναισθήματα, σκέψεις, σωματικές αισθήσεις και συμπεριφορές που φαίνεται να υπάρχουν σε κάθε τρόπο λειτουργίας. Παράλληλα, ο θεραπευτής μπορεί να ονοματίσει τον τρόπο λειτουργίας του Ευάλωτου Παιδιού. Εάν το παιδί δυσκολεύεται να απαντήσει, ο θεραπευτής μπορεί να εισαγάγει νέους χαρακτήρες στην ιστορία (π.χ. γείτονες, παππούδες) που θα δώσουν στήριξη και φροντίδα στο παιδί, προκειμένου να προσφέρουν μια διορθωτική εμπειρία στην περιορισμένη γονική φροντίδα [15].

*3.1.3. Σύνδεση με το Ευάλωτο Παιδί*

Το επόμενο στάδιο είναι η «σύνδεση με τον τρόπο λειτουργίας του Ευάλωτου Παιδιού». Κατά τη θεραπευτική διαδικασία, γίνεται προσπάθεια αναγνώρισης και στήριξης χαρακτήρων που αντιπροσωπεύουν το Ευάλωτο Παιδί. Συχνά, είναι ασαφές εάν το παιδί αντανακλά κομμάτι του χαρακτήρα του, κάποιου άλλου ή του περιβάλλοντος. Μπορεί να χρησιμοποιούνται μεταφορές, όπως «ο γορίλας αναπαριστά έναν θυμωμένο πατέρα», «η χελώνα, έναν μακρινό συγγενή», «ένα γιγάντιο πουλί μπορεί να αναπαριστά τα απρόσμενα στη ζωή του παιδιού» [15]. Αυτό δεν σημαίνει πως κάθε απειλητική φιγούρα αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο πρόσωπο, αλλά αποτελεί ένα σύμβολο για τον κόσμο που είναι δυσνόητος και απρόβλεπτος μέσα από τα μάτια του παιδιού [15].

*3.1.4. Λειτουργικότητα τρόπων λειτουργίας*

Επόμενο στάδιο αποτελεί ο «καθορισμός της λειτουργικότητας των τρόπων λειτουργίας (determine functionality of modes). Στο στάδιο αυτό γίνεται προσπάθεια να εντοπιστούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του κάθε τρόπου λειτουργίας, καθώς και το πόσο βοηθητικοί είναι. Μέσα από το συμβολικό παιχνίδι με κούκλες ή ζώα, το παιδί επιλέγει έναν χαρακτήρα. Ο θεραπευτής, είτε ως συμμετέχων στο παιχνίδι είτε ως παρατηρητής, μπορεί να θέσει ερωτήσεις στο παιδί ή μπορεί να ρωτήσει για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα ή τις δυνάμεις και τις δυσκολίες του κάθε χαρακτήρα. Η σύνδεση με τα παρόντα προβλήματα του παιδιού δεν γίνεται απαραίτητα μέσα από το παιχνίδι.

Μία άλλη τεχνική στο στάδιο αυτό είναι η τεχνική «διάλογος ανάμεσα στους τρόπους λειτουργίας». Με αυτή, μπορούν να διερευνηθούν οι καταστάσεις που ενεργοποιούν τους τρόπους λειτουργίας ή μπορεί να διερευνηθούν τα θετικά και τα αρνητικά του συγκεκριμένου τρόπου. Έπειτα, ενθαρρύνεται η συνομιλία ανάμεσα στους χαρακτήρες, για τις διαφορετικές αντιδράσεις τους και τις απαντήσεις τους σε καταστάσεις [15].

*3.1.5. Επαναπροσανατολισμός*

Στο στάδιο «επαναπροσανατολισμού» (reorientation), ο θεραπευτής φροντίζει τον τρόπο λειτουργίας του Ευάλωτου Παιδιού, προσφέροντας ένα ασφαλές πλαίσιο και δημιουργώντας χαρακτήρες προστατευτικούς. Μπορεί να γίνει εκπαίδευση στις πυρηνικές συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού μέσω παρομοιώσεων. Ο θεραπευτής μπορεί να εισαγάγει νέους χαρακτήρες μέσα στο παιχνίδι, όπως τον τρόπο λειτουργίας του Φροντιστικού Γονέα που μπορεί να αντιπαρατεθεί στον τρόπο λειτουργίας του Θυμωμένου Παιδιού, με μη τιμωρητικό τρόπο, αλλά περισσότερο υποστηρικτικό.

*3.1.6. Γέφυρα με την καθημερινότητα*

Τέλος, το στάδιο «μεταφορά/γέφυρα στην καθημερινότητα» (transfer/bridge to the everyday life) αφορά τη μεταφορά της εμπειρίας του παιχνιδιού στην καθημερινή ζωή, με προσεκτικές αναφορές στη ζωή του παιδιού. Επιπλέον, μπορεί να γίνει χρήση δημιουργικών, ευφάνταστων, μαγικών και διασκεδαστικών ιστοριών, οι οποίες δεν πρέπει να μοιάζουν αρκετά με την πραγματική ζωή του παιδιού, ώστε να μη δημιουργήσει εμπόδιο στην εμπλοκή του παιδιού, προκειμένου να εσωτερικεύσει τα μηνύματα της ιστορίας [15].

Στον Πίνακα 2 που ακολουθεί αναφέρονται οι τεχνικές στη Θεραπεία Σχημάτων για παιδιά και εφήβους.



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

**Πίνακας 2.** Τεχνικές στη Θεραπεία Σχημάτων παιδιών και εφήβων

| **Ψυχοεκπαίδευση** | **Αναγνώριση των τρόπων λειτουργίας** | **Σύνδεση με το Ευάλωτο Παιδί** | **Καθορισμός της λειτουργικότητας των τρόπων λειτουργίας** | **Επαναπροσανατολισμός** | **Μεταφορά/ γέφυρα στην καθημερινότητα** |
|---|---|---|---|---|---|
| Μαριονέτες, κούκλες | Ομιλία σε φιγούρα | Χρήση μεταφορών | Παιχνίδι ρόλων | Εκπαίδευση στις ανάγκες του παιδιού | Χρήση μεταφορών |
| Ζωγραφιστοί χαρακτήρες, καρτούν που ζωγραφίζουν κατά τη διάρκεια της συνεδρίας | Χρήση ιστοριών | | Διάλογος ανάμεσα στους τρόπους λειτουργίας | Λειτουργία «Φροντιστικού Γονέα» μέσω παιχνιδιού | Χρήση φανταστικών ιστοριών |
| Κούκλες από χαρτοσακούλα | | | | | |
| Χρήση ιστοριών | | | | | |
| Παιχνίδια εκπαίδευσης στα συναισθήματα | | | | | |

***3.2. Τεχνικές και ασκήσεις στην Παιγνιοθεραπεία***

Παρακάτω περιγράφονται τα στάδια και οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην ΠΓΘ με βάση το μοντέλο της Lowenstein [30].

*3.2.1. Στάδιο σύνδεσης και αξιολόγησης*

Για το στάδιο της σύνδεσης και αξιολόγησης γίνεται προσπάθεια οικοδόμησης μιας σχέσης και γνωριμίας με το παιδί, μιας καλής θεραπευτικής σχέσης, αλλά και αξιολόγησης των προβλημάτων και των δυσκολιών του [30]. Χρησιμοποιούνται ποικίλες δραστηριότητες, όπως το «κούκλες από χαρτοσακούλα» (paper bag puppets), στο οποίο ο θεραπευτής και το παιδί φτιάχνουν ο καθένας μία κούκλα από χαρτοσακούλα και παρουσιάζουν τον εαυτό τους. Έπειτα, ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει τις κούκλες για να κάνει ερωτήσεις στο παιδί. Με τη χρήση της κούκλας το παιδί νιώθει μια «ασφαλή απόσταση» και επίσης η χρήση της κούκλας βοηθά στην απόσπαση πληροφοριών που διαφορετικά το παιδί θα δυσκολευόταν να δώσει [30].

Μία άλλη δραστηριότητα για καλύτερη εμπλοκή με το παιδί αποτελεί το «άγαλμα από πλαστελίνη» (clay sculpture). Ο θεραπευτής ζητά από το παιδί να φτιάξει ένα γλυπτό με την πλαστελίνη που να λέει κάτι για τη ζωή του, τι του αρέσει ή κάτι που θα ήθελε να γνωρίζει ο θεραπευτής. Ο θεραπευτής μπορεί να κάνει και εκείνος το δικό του γλυπτό και στη συνέχεια να κάνει ερωτήσεις στο παιδί ανεξαρτήτως αν έχει δημιουργήσει πρόσωπο ή αντικείμενο. Ο θεραπευτής μπορεί να ρωτήσει «τι θα έλεγε το γλυπτό στη μητέρα, τον πατέρα, τη γιαγιά του κ.λπ.», «ποιο είναι το αγαπημένο φαγητό του γλυπτού», «τι του αρέσει και τι όχι», «τι θα ήθελε το γλυπτό να γνωρίζει ο κόσμος για εκείνο» [20].

*3.2.2. Εκπαίδευση στα συναισθήματα*

Στη συνέχεια, ένα σημαντικό κομμάτι της ΠΓΘ αποτελεί η εκπαίδευση στα συναισθήματα. Τα παιδιά μαθαίνουν μέσω παιχνιδιού και ευχάριστων δραστηριοτήτων να αναγνωρίζουν, να εντοπίζουν, να εκφράζουν και να συζητούν τα συναισθήματά τους. Ταυτόχρονα, εξετάζεται η ικανότητα των παιδιών να κατανοούν και η επίγνωσή τους σχετικά με διάφορα συναισθήματα, καθώς και η σύνδεση των εκφράσεων του προσώπου με το συναίσθημα και τη μετέπειτα συμπεριφορά.

Υπάρχουν ποικίλες δραστηριότητες για την εκπαίδευση στην αναγνώριση και την έκφραση των συναισθημάτων. Μία από αυτές είναι το «παγίδα, ένα παιχνίδι συναισθημάτων» (catch a feeling game). Σε αυτό ο θεραπευτής μαζί με το παιδί ονοματίζουν διαφορετικά συναισθήματα, τα γράφουν σε ένα χαρτί και τα διπλώνουν. Έπειτα, το παιδί διαλέγει ένα χαρτί στην τύχη και παίρνει μια μικρή μπάλα, την οποία πετά στον τοίχο με τόση δύναμη όση θα είχε το συναίσθημα που αναγράφεται στο χαρτί. Ο θεραπευτής παρατηρεί τη γλώσσα του σώματος του/της θεραπευόμενου/ης, πετά την μπάλα με τη σειρά του και συζητά με το παιδί το πώς το σώμα μας απαντά στα διαφορετικά συναισθήματα και πώς αυτό μας βοηθά να καταλαβαίνουμε πώς νιώθουμε [20, 31, 32].

*3.2.3. Κοινωνικές δεξιότητες και δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων*

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας διδάσκονται τεχνικές κοινωνικών δεξιοτήτων και επίλυσης προβλημάτων. Μία δραστηριότητα σε αυτό το στάδιο είναι το παιχνίδι «όπως θα ήθελα να είναι» (the way I want it to be). Το παιδί κάνει δύο ζωγραφιές, στη μία απεικονίζει τον εαυτό του/τη ζωή του όπως είναι στο παρόν, και στη δεύτερη απεικονίζει τον εαυτό του όπως θα ήθελε να είναι. Στη συνέχεια, ο θεραπευτής ρωτά πώς ένιωθε το παιδί κατά τη διάρκεια της ζωγραφικής, πώς πιστεύει ότι μπορεί να αλλάξει από τη μία κατάσταση στην άλλη, τι χρειάζεται να κάνει διαφορετικά για να είναι η ζωή του όπως θα ήθελε, πώς μπορεί η θεραπεία να το βοηθήσει ώστε να είναι η ζωή του όπως θα ήθελε, πώς πιστεύει ότι θα νιώθει όταν θα είναι όπως τη θέλει [30].

Μία άλλη δραστηριότητα είναι «πεταλούδες στο στομάχι μου» (butterflies in my stomach), στην οποία ο θεραπευτής αναδεικνύει στο παιδί πως όλοι έχουμε προβλήματα και ανησυχίες. Έπειτα, εξηγεί στο παιδί πως το σώμα αντιδρά διαφορετικά στα διάφορα συναισθήματα. Ο θεραπευτής δίνει χάρτινες πεταλούδες διαφορετικού μεγέθους, και το παιδί καλείται να γράψει πάνω στις μεγάλες πεταλούδες τις μεγάλες ανησυχίες του και στις μικρές πεταλούδες τις μικρότερες ανησυχίες. Ζωγραφίζουν σε ένα μεγάλο χαρτί ένα σώμα και κολλούν τις πεταλούδες. Συζητούν και ο θεραπευτής παρατηρεί τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων του παιδιού και το βοηθά όπου κρίνει ό,τι χρειάζεται [30].

*3.2.4. Χτίσιμο αυτοεκτίμησης*

Σε αυτό το στάδιο χρησιμοποιούνται τεχνικές όπως «τα χρώματά μου» (colors of me), όπου ο θεραπευτής δίνει στο παιδί ένα ποτήρι και διάφορα χρώματα άμμου και του ζητά να αναφέρει μερικά θετικά για τον εαυτό του ή πράγματα στα οποία είναι καλό και για κάθε καλό που λέει να βάζει το αντίστοιχο χρώμα άμμου στο κάθε ποτήρι. Έπειτα, ο θεραπευτής μπορεί να κάνει ερωτήσεις, όπως «πού θα τοποθετούσε το παιδί το ποτήρι στο σπίτι του», «με ποιον θα το μοιραζόταν», «ποιο άλλο θετικό θα έβαζε στο ποτήρι εάν είχε χώρο», και στο τέλος το παιδί παίρνει το ποτήρι μαζί του.

Μία άλλη δραστηριότητα σε αυτό το στάδιο είναι οι «θετικές δηλώσεις» (positive postings), στην οποία ο θεραπευτής ζητά από το παιδί να ζωγραφίσει σε μεγάλο χαρτί το περίγραμμα του σώματός του, και έπειτα του δίνει αυτοκόλλητα χαρτάκια (post it) στα οποία σημειώνει θετικές δηλώσεις για τον εαυτό του. Στη συνέχεια, του ζητά να κολλήσει τα χαρτάκια στο περίγραμμα του σώματός του. Μία άλλη εκδοχή είναι ο θεραπευτής να δώσει στο παιδί χαρτάκια με θετικές δηλώσεις και να συζητήσουν πώς νιώθει κάνοντας θετικές δηλώσεις για τον εαυτό του [20].

Στον Πίνακα 3 περιγράφονται τεχνικές και ασκήσεις στην Παιγνιοθεραπεία.

**Πίνακας 3.** Τεχνικές και ασκήσεις στην Παιγνιοθεραπεία

| **Προετοιμασία παιδιού** | **Σύνδεση και Αξιολόγηση** | **Αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων** | **Κοινωνικές δεξιότητες** | **Αυτοεκτίμηση** | **Τερματισμός θεραπείας** |
|---|---|---|---|---|---|
| Ιστορίες και παραμύθια | Κούκλες από χαρτοσακούλα (paper bag puppets) | Παγίδα, ένα παιχνίδι συναισθημάτων (catch a feeling game) | Όπως θα ήθελα να είναι (the way I want it to be) | Τα χρώματά μου (colors of me) | Πώς ένιωσα την πρώτη ημέρα (how I felt the first day) |
| | Άγαλμα από πλαστελίνη (clay sculpture) | Αποκαλύπτοντας τα συναισθήματά σου (revealing your feelings) | Πεταλούδες στο στομάχι μου (butterflies in my stomach) | Θετικές δηλώσεις (positive postings) | Τι έμαθα, δώρο με στρώσεις (What I learned, layered gift) |
| | | Μπαλόνια του θυμού (balloons of anger) | | | Πάρτι τερματισμού (termination party) |

***3.3. Ομοιότητες της Θεραπείας Σχημάτων στα παιδιά με την Παιγνιοθεραπεία***

Εδώ επιχειρείται να γίνει παραλληλισμός κάποιων τεχνικών που χρησιμοποιούνται και στα δύο θεραπευτικά μοντέλα, που φαίνεται να παρουσιάζουν κάποιες ομοιότητες και που ενδεχομένως θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τον ίδιο σκοπό και στόχο.

Στη ΘΣ, ο θεραπευτής δουλεύει κυρίως με τους τρόπους λειτουργίας του παιδιού ή του εφήβου, και συνήθως γίνεται χρήση συμβολικού παιχνιδιού, ζωγραφικής, ιστοριών, μεταφορών που φαίνεται να μοιάζουν πολύ με τεχνικές που χρησιμοποιούνται και στην ΠΓΘ.

Συγκεκριμένα, με τη χρήση καρτών όπου ζωγραφίζονται οι τρόποι λειτουργίας, το παιδί μαθαίνει να αναγνωρίζει τον τρόπο λειτουργίας του, προσθέτοντας χρώμα, ζωγραφίζοντας επιπλέον χαρακτήρες, ή ακόμη γράφοντας πληροφορίες για τον συγκεκριμένο τρόπο λειτουργίας. Τις κάρτες αυτές μπορεί να τις πάρει μαζί του, να τις έχει στην τσέπη του ή να τις έχει σε συγκεκριμένο σημείο στον χώρο της θεραπείας. Η τεχνική αυτή φαίνεται να μοιάζει με την τεχνική «άγαλμα από πλαστελίνη» της ΠΓΘ (στην οποία το παιδί καλείται να φτιάξει ένα άγαλμα που να λέει κάτι για τη ζωή του και να ακολουθήσει συζήτηση σχετικά με αυτό). Οι δύο αυτές τεχνικές μοιάζουν, καθώς και στις δύο ο θεραπευτής μπορεί με έναν πρωτότυπο τρόπο να αντλήσει πληροφορίες για τη ζωή του παιδιού, για τις σκέψεις του, τα συναισθήματά του και τη σχέση του παιδιού με τους σημαντικούς άλλους, αλλά και με πλευρές του εαυτού του.

Παράλληλα, το σχέδιο του περιγράμματος του σώματος του παιδιού σε μεγάλο χαρτί αφήνει χώρο στο παιδί να εκφράσει τις εσωτερικές του εμπειρίες, να κολλά χαρτιά με τους τρόπους λειτουργίας του και πώς τους νιώθει στο σώμα του (π.χ. ο Έξυπνος-Ικανός-Φροντιστικός τρόπος λειτουργίας μπορεί να τοποθετηθεί στο κεφάλι, ενώ ο Ευάλωτος παιδικός τρόπος λειτουργίας μπορεί να τοποθετηθεί στην κοιλιά κ.λπ.) [13]. Η τεχνική αυτή φαίνεται να μοιάζει αρκετά με την τεχνική «πεταλούδες στο στομάχι μου» της ΠΓΘ, όπου το παιδί καλείται να κολλήσει πεταλούδες με τις ανησυχίες του σε ένα περίγραμμα σώματος. Στις δύο αυτές τεχνικές δίνεται η δυνατότητα στο παιδί να αντιληφθεί πως οι σκέψεις και τα συναισθήματα επηρεάζουν το σώμα. Επίσης μαθαίνει να αναγνωρίζει τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τους τρόπους λειτουργίας του, καθώς και το πού εδράζονται στο σώμα του.

Παράλληλα, ο διάλογος ανάμεσα στους τρόπους λειτουργίας από τη ΘΣ μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω ζωγραφικής πολυθρόνων, όπου στη μία πολυθρόνα το παιδί τοποθετεί μία φιγούρα που αντιπροσωπεύει το παιδί και στην άλλη πολυθρόνα μία φιγούρα που αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό πρόσωπο της ζωής του. Η συγκεκριμένη τεχνική θυμίζει την τεχνική «θετικές δηλώσεις» της ΠΓΘ (στην οποία το παιδί καλείται να ζωγραφίσει το περίγραμμα του σώματός του και να κολλήσει χαρτάκια με θετικές δηλώσεις για τον εαυτό του). Στις δύο αυτές τεχνικές δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης του παιδιού. Το παιδί μαθαίνει να αναγνωρίζει τον τρόπο λειτουργίας του Επικριτικού Γονέα και να τον αμφισβητεί, κάνοντας θετικές δηλώσεις για τον εαυτό του, επικεντρώνοντας την προσοχή του στα θετικά κομμάτια του εαυτού του και βοηθώντας στην ανάπτυξη του Φροντιστικού Γονέα.

Ένας ακόμα τρόπος με τον οποίο δουλεύονται οι τρόποι λειτουργίας είναι οι μάσκες στη ΘΣ, στις οποίες το παιδί ζωγραφίζει χαρακτήρες ή εκφράσεις προσώπου για συγκεκριμένους τρόπους λειτουργίας. Στη συνέχεια, το παιδί, φορώντας τη μάσκα, μπαίνει στον ρόλο του τρόπου λειτουργίας που έχει ζωγραφίσει (στρατηγική αντιμετώπισης, συναίσθημα, συμπε-



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

ριφορά), κατανοώντας ταυτόχρονα τον διαχωρισμό ανάμεσα στον τρόπο λειτουργίας και στον εαυτό του. Με τον ίδιο τρόπο μπορεί να γίνει χρήση της μάσκας για να εκφράσει τον τρόπο λειτουργίας του Τιμωρητικού Γονέα, ή χρήση μπάλας για την κατανόηση του τρόπου λειτουργίας του Χαρούμενου Παιδιού, τεχνική που μοιάζει με την τεχνική «κούκλες από χαρτοσακούλα» στην ΠΓΘ (τεχνική στην οποία το παιδί και ο θεραπευτής φτιάχνουν κούκλες από χαρτοσακούλα σε μια προσπάθεια να παρουσιάσει το παιδί τον εαυτό του, κρατώντας μια ασφαλή απόσταση). Με τη χρήση αυτών των δύο τεχνικών το παιδί έχει τη δυνατότητα να εκφράσει και να εξωτερικεύσει σημαντικές πληροφορίες για τον εαυτό του, για το πώς βιώνει τον εαυτό του, τους άλλους και τις σχέσεις με άλλα άτομα, που ενδεχομένως δεν θα μοιραζόταν άμεσα, ενώ με αυτόν τον τρόπο έχει μια ασφαλή απόσταση. Ταυτόχρονα, μέσω αυτών των τεχνικών, επιτυγχάνεται η σύνδεση ανάμεσα στον θεραπευτή και το παιδί με έναν πιο διασκεδαστικό και πρωτότυπο τρόπο.

Επιπλέον, μία ακόμη ομοιότητα των δύο θεραπευτικών μοντέλων (ΘΣ και ΠΓΘ) είναι πως και τα δύο προσπαθούν μέσω του παιχνιδιού και με τη χρήση συμβολισμών και μεταφορών να εξηγήσουν και να εκπαιδεύσουν το παιδί στην αναγνώριση και έκφραση του συναισθήματός του, στην αναγνώριση των συμπεριφορών που υιοθετεί προκειμένου να αντεπεξέλθει σε δύσκολες καταστάσεις, καθώς και σε τρόπους αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων.

**4. Συζήτηση**

Το παιχνίδι αποτελεί μέσο επικοινωνίας των παιδιών, μέσο έκφρασης των αναγκών, των σκέψεων και των συναισθημάτων τους [23]. Οι θεραπευτές συχνά χρησιμοποιούν το παιχνίδι ως έναν τρόπο όχι μόνο επικοινωνίας, αλλά και ανάπτυξης μιας καλής θεραπευτικής σχέσης, μιας που τα παιδιά είτε άμεσα είτε συμβολικά δείχνουν τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις εμπειρίες που δεν μπορούν ή που δυσκολεύονται να εκφράσουν με λόγια [18]. Ταυτόχρονα, το παιχνίδι λειτουργεί ως ένας τρόπος να αναπτύξει το παιδί κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες και ως ένας πιο δημιουργικός τρόπος χρήσης θεραπευτικών τεχνικών.

Το παιχνίδι στη Θεραπεία Σχημάτων μπορεί να φανεί πολύ αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση διαταραχών σε παιδιά και εφήβους. Μέσω του παιχνιδιού, ο θεραπευτής έχει τη δυνατότητα να κάνει ψυχοεκπαίδευση με πιο κατανοητό και ευχάριστο για τα παιδιά τρόπο, να επεξηγήσει τη διατύπωση περίπτωσης, τις στρατηγικές αντιμετώπισης, τους τρόπους λειτουργίας, να εκπαιδεύσει το παιδί στις συναισθηματικές ανάγκες και σε κοινωνικές δεξιότητες, καθώς και στην επίλυση προβλημάτων. Επιπλέον, γίνεται προσπάθεια να αναδομήσει γνωσιακές παραποιήσεις με έναν πιο βιωματικό τρόπο. Ταυτόχρονα, ο συνδυασμός των δύο αυτών θεραπειών (ΠΓΘ και ΘΣ) στοχεύει στην καλύτερη συμμετοχή του παιδιού στη θεραπεία και στην αύξηση του κινήτρου του.

Όπως φάνηκε από την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση, υπάρχουν αρκετές ομοιότητες της Θεραπείας Σχημάτων και της Παιγνιοθεραπείας. Αρχικά, η αναγκαιότητα εισαγωγής του παιχνιδιού στη ΘΣ φαίνεται από το γεγονός ότι η πλειονότητα των παιδιών δυσκολεύεται να έρθει σε επαφή με το δυσάρεστο συναίσθημα ή με δυσάρεστες καταστάσεις, δημιουργώντας δυσκολία στο να έρθει σε επαφή με τον τρόπο λειτουργίας του Ευάλωτου Παιδιού, που αποτελεί βασικό κομμάτι της ΘΣ [15]. Έτσι, η ΘΣ υιοθετεί τεχνικές και δραστηριότητες από την ΠΓΘ, όπως τη ζωγραφική, το παιχνίδι με κούκλες και μαριονέτες, τη χρήση μαλακών αντικειμένων (πλαστελίνη, πηλό, μπαλόνια), τη χρήση ιστοριών και παραμυθιών, τις ζωγραφιστές φιγούρες ή κούκλες από χαρτοσακούλα, τα παιχνίδια για τη σύνδεση συναισθημάτων με καταστάσεις, τις κάρτες συναισθημάτων. Αυτές τις τεχνικές μπορεί να τις χρησιμοποιεί ο θεραπευτής για αναπαράσταση των τρόπων λειτουργίας και για καλύτερη κατανόησή τους από το παιδί, βάζοντας τη φαντασία του να δουλέψει και χρησιμοποιώντας κάθε τεχνική ανάλογα με τα ενδιαφέροντα και τις προτιμήσεις του παιδιού.

***4.1. Περιορισμοί παρούσας εργασίας***

Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως ένας σημαντικός περιορισμός της συγκεκριμένης έρευνας είναι ότι ο αριθμός των διαθέσιμων ερευνών σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ΘΣ σε παιδιά και εφήβους, καθώς και των ερευνών σχετικά με τον συνδυασμό της ΘΣ και της ΠΓΘ, είναι περιορισμένος. Πιο συγκεκριμένα, είναι πολύ μικρός ο αριθμός των ερευνών που αναφέρεται σε τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη ΘΣ σε παιδιά και εφήβους, αλλά και της αποτελεσματικότητας των συγκεκριμένων τεχνικών σε παιδιά και εφήβους. Ταυτόχρονα, οι έρευνες που αναφέρονται σε τεχνικές της ΘΣ σε παιδικό και εφηβικό πληθυσμό βασίζονται κυρίως σε εμπειρικά δεδομένα. Ενώ το παιχνίδι χρησιμοποιείται σχεδόν σε όλα τα είδη θεραπειών για παιδιά και εφήβους, δεν υπάρχουν εμπεριστατωμένες μελέτες που να αποδεικνύουν το ίδιο για τη ΘΣ, γεγονός που ίσως να οφείλεται στο ότι η έρευνα για τη ΘΣ για παιδιά και εφήβους βρίσκεται σε πολύ πρώιμα στάδια.

***4.2. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα***

Είναι αναγκαία η περαιτέρω έρευνα για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας σχημάτων σε παιδιά και εφήβους, καθώς και της αποτελεσματικότητας των τεχνικών που χρησιμοποιεί. Επιπλέον, θα είχε ενδιαφέρον να πραγματοποιηθεί έρευνα αναφορικά με τον συγκερασμό των δύο προαναφερόμενων θεραπειών (ΘΣ και ΠΓΘ), και να μελετηθεί η αποτελεσματικότητά του.

---

## Schema therapy in children and adolescents and play-therapy

**Roussou, V.-M.[1], Laious, R.[1]**
1. Intitute of Behaviour Research and Therapy

Correspondence: Roussou Vasiliki- Maria, Institute of Behaviour Research and Therapy, Lakonos 19 and Lampsa str, 11524 Athens
Email: marivily.roussou@gmail.com

**Abstract**

The aim of the present study is to define the similarities between Schema Therapy in children and adolescents and Play Therapy, as well as describing the importance of play in Schema Therapy for children and adolescents. This subject has not been investigated before, so literature review was used for this cause. Schema Therapy is an innovative therapy introduced by Young and colleagues [1] that expands beyond the Cognitive and Behavioural interventions and concepts. Schema Therapy combines elements from the Cog-

nitive and Behavioural Therapy, attachment theory, Gestalt therapy, objects relations, constructivism, psychoanalytic approach, creating a complete form of therapy. There are many studies connecting Early Maladaptive Schemas and psychopathology in adults. However, there are only a few studies that concern children and adolescents. Play therapy is considered as ways of creating memories between the therapist and the child through play. Play is essential for the normal development of the child, is a way of communicating, a way of expressing their feelings, thoughts and needs.

Working with children, adolescents and their families can be rewarding but also challenging. Most children choose not to deal with unpleasant topics, thus avoiding painful feelings for as long as possible, until a situation activates the schema and the child is overwhelmed by the schema. As a result, it is important to introduce other methods, play based for children to create a good therapeutic relationship. Creative activities and play based therapy can prove helpful in the involvement of children in therapy and in expressing their inner feelings. In the present study, we identified published articles using electronic database searches, such as Google Scholar, PubMed, PsychInfo. The results of the study prove that play is important in Schema Therapy with children and adolescents. Furthermore, the combination of the two therapies (Schema and Play Therapy) makes more effective the therapeutical treatment of psychological disorders in childhood and adolescence. Games, activities and techniques are introduced in all the stages of the therapy, so as to create a good therapeutical relationship, to introduce psycoeducation and to help in better understanding of concepts (schemas, coping strategies, modes).

**Keywords:** Schema Therapy, early maladaptive schemas, Play therapy, Therapy for children and adolescents

---

**Βιβλιογραφία**

[1] Young J.E., *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: Professional Resources Press, 1990.
[2] Young J.E., Klosko J.S. & Weishaar M.E. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: The Guildford Press, 2003.
[3] Hawke L.D. & Provencher M.D. Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disordes: A Review. *J Cogn Psych*, 2011, 25(4): 257-276.
[4] Καλαντζή-Αζίζι Α. & Σοφιανοπούλου Α. *Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία Παιδιών και Εφήβων. Θεωρία και Πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο, 2016.
[5] Fard Z.G., Schneider S., Hudson J.L., Mojtaba H., Pooravani M. & Heidari Z.H. Early maladaptive schemas as predictors of child anxiety: the role of child and mother schemas. *Behav Res Cntr of SBMU*, 2014, 1(2): 9-18.
[6] Young J.E., Klosko J.S. & Weishar M.E. *Θεραπεία Σχημάτων* (επιμ. έκδ. Γ. Σίμος). Αθήνα: Πατάκης, 2008. (Έτος πρωτότυπης έκδοσης: 2003).
[7] Ευσταθίου Γ., Ευθυμίου Κ. & Χαρίλα Ν. *Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία Διαταραχών Προσωπικότητας. Θεωρία και ανάλυση κλινικών περιστατικών*. Αθήνα: Εκδόσεις Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, 2014, 58-92.
[8] Bach B., Lockwood G. & Young J.E. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cog Behav Ther*, 2017, 2-22.
[9] Tremblay P.F. & Dozois D.J.A. Another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas. *Personality and Individual differences*, 2009, 46(5-6): 569-574.
[10] Brotchie J., Meyer C., Copello A., Kidney R. & Waller G. Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *Brit Jourv of Clinic Psych*, 2004, 43, 337-342.
[11] Unoka Z., Tolgyes, T. & Czobor, P. Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. *Comprehensive Psychiatry*, 2007, 48, 199-204.
[12] Hajimirarab B., Rahimi C. & Mohammadi N. Prediction of Anxiety Based on Maladaptive Schemas in Children. *J Nat and Soc Scien*, 2016, 5(1): 108-118.
[13] Beck A.T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Univeristy Press, 1976.
[14] Fazio-Griffith L.J. & Ballard M.B. Cognitive Behavioral Play Therapy Techniques in School Based Group Counselling: Assisting Students in the Development of Social Skills. *Ideas and Research You Can Use: Vistas*, 2014, Article 18.
[15] Loose C., Graaf P. & Zarbock G. Child-related techniques and procedures in Schema Therapy with children and adolescents. In *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz, 2013.
[16] Salehi S., ParsaSirat N. & Motaghian L. First-grade students Effectiveness of Early Maladaptive Schema Therapy on Behavioral Syndromes Among First Grade Students. *J of Socialomics*, 2017, 6(2).
[17] Alizadeh A., Kakavand A. & Jomehri F. The effectiveness of schema therapy for children with cancer to improve depression symptoms. *J. UMP Soc Scienc & Tech Manag*, 2015, 3(3): 618-622.
[18] Bratton S., Ray D., Rhine T. & Jones L. The efficacy of play therapywith children:A meta-analytic reviewof treatment outcomes. *Prof Psych: Reas and Pract*, 2005, 36(4): 376-390.
[19] Nordling W.J. & Guerney L.F. Typical stages in the Child-Centered Play Therapy Process. *The J for the Prof Counselor*, 1999, 14(1): 21-28.
[20] Lowenstein L. *Creative Interventions for Children, Youth, and Families*. Canada: Champion Press, 2008, vii.
[21] Wilson K. & Wilson R. *Play Therapy: A Non- directive approach for children and adolescents*. Edinburgh: Elsevier, 2008, 1-26.
[22] Homeyer L. & Morrison M. Play therapy practice, issues and trends. *Americ J of play*, 2008, 210- 228.
[23] Charnigo A. & York P.S. Play therapy: Comparing and contrasting the different types and effects. *Crit Care Med*, 2001, 1-11.
[24] Schaefer C.E. Curative factors in play therapy. *J Prof Couns*, 1999, 14(1): 7-16.
[25] Vygotsky L.S. Play and its role in the mental development of the child. *Soviet Psychol*., 1967, 12, 62-76.
[26] Murphy Jones E. & Landreth G. The efficacy of intensive individual play therapy for chronically ill children. *Intern J of Play Ther*, 2002, 11(1): 117-140.
[27] Ray D.C., Schottelkorb A. & Tsai M.H. Play Therapy with Children Exhibiting Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Intern J of Play Ther*, 2007, 16(2): 95-111.
[28] Kool R. & Lawver T. Play therapy: Considerations and applications for the practitioner. *Psychiatry*, 2010, 7(10): 19-24.
[29] Schaefer C.E. & Kaduson H.G. *Evidenced based play therapy. Contemporary play therapy: theory, research, practice*. New York: Guildford Publications, 2006, 136-157.
[30] Lowenstein L. *More Creative Interventions for Troubled Children & Youth*. Toronto: Champion Press, 2002.
[31] Hall T.M., Kaduson H.D. & Schaefer C.E. Fifteen Effective Play Therapy Techniques. *Prof Psych: Reasc & Pract*, 2002, 33(6): 515-522.
[32] McMahon L. *The handbook of play therapy*. New York: Taylor & Francis e-Library, 2005.

© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

# Αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας στη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών: ανασκόπηση βιβλιογραφίας

**Αικατερίνη Βασιλείου, Μαρία-Ιωάννα Αργυροπούλου**
Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Αλληλογραφία: Αικατερίνη Βασιλείου, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς
Λάκωνος 19 & Λάμψα, 115 24, Αθήνα, Email: kathrinvasil@gmail.com

**Περίληψη**
Ο εθισμός στα ηλεκτρονικά παιχνίδια προκαλεί σημαντική έκπτωση σε πολλές πτυχές της ζωής και η αναζήτηση αποτελεσματικών θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι αναγκαία. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Θεραπείας (ΓΣΘ), μιας ευρέως μελετημένης ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης, στη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών. Η βιβλιογραφική έρευνα, από την οποία προέκυψαν 16 μελέτες, βασίστηκε στις μηχανές αναζήτησης PubMed και Google Scholar. Σε κάποιες μελέτες εφαρμόστηκαν στρατηγικές ενσυνειδητότητας, σε άλλες εξειδικευμένη ΓΣΘ για τον εθισμό στο διαδίκτυο και στα ηλεκτρονικά παιχνίδια, ή τυπική ΓΣΘ, σε άλλες ΓΣΘ εστιασμένη στην επιθυμία, στην εικονική πραγματικότητα και ΓΣΘ Δέσμευσης. Οι παρεμβάσεις συνέβαλαν στη μείωση του χρόνου ενασχόλησης με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια, στον περιορισμό γνωστικών διαστρεβλώσεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με τη χρήση ηλεκτρονικών παιχνιδιών, στη μείωση της σοβαρότητας της διαταραχής και της συννοσηρής συμπτωματολογίας. Η πλειονότητα των μελετών εντόπισαν το πλεονέκτημα της ΓΣΘ έναντι των ομάδων ελέγχου και συγκρίνοντας την εξειδικευμένη ΓΣΘ με την τυπική ΓΣΘ βρέθηκε ότι η πρώτη ήταν αποτελεσματικότερη. Οι μεθοδολογικοί περιορισμοί των υφιστάμενων μελετών, η μη ύπαρξη κοινώς αποδεκτών διαγνωστικών κριτηρίων, σταθμισμένων διαγνωστικών εργαλείων και εργαλείων εκτίμησης της ανταπόκρισης στην ψυχοθεραπεία καθιστούν δύσκολη την εξαγωγή ισχυρών συμπερασμάτων σχετικά με τα οφέλη της ΓΣΘ και τα ευρήματα κρίνονται προκαταρκτικά. Συνεπώς, αν και η ΓΣΘ αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη θεραπεία για τη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών, χρειάζεται περαιτέρω ερευνητική τεκμηρίωση.

**Λέξεις-κλειδιά:** εθισμός στο διαδίκτυο, διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών, Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία, αποτελεσματικότητα, ανασκόπηση

## 1. Εισαγωγή

Η συστηματική χρήση του διαδικτύου και των ηλεκτρονικών παιχνιδιών, ιδιαιτέρα από τους εφήβους, έχει προκαλέσει αυξημένη ανησυχία για την ψυχική υγεία σε όλο τον κόσμο [1], με αποτέλεσμα την εμφάνιση μιας μορφής εθισμού στο διαδίκτυο που αποτελεί ένα καινούργιο ερευνητικό πεδίο. Ο όρος διαταραχή εθισμού στο διαδίκτυο υιοθετήθηκε για πρώτη φορά από τον Goldberg [2] το 1995, στις ΗΠΑ, και αποτελεί μια ευρεία έννοια [3] που περιλαμβάνει τον εθισμό: στο διαδικτυακό πορνογραφικό υλικό, στις υπηρεσίες κοινωνικής δικτύωσης, στα τυχερά παιχνίδια, στα ηλεκτρονικά παιχνίδια, στις αγοραπωλησίες και στην υπερβολική αναζήτηση πληροφοριών [4].

Η εξάρτηση από το διαδίκτυο δεν αποτελεί μια αυτόνομη κλινική οντότητα, αλλά πρόσφατα η διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών, ένας υποτύπος του εθισμού στο διαδίκτυο, συμπεριλήφθηκε στο τμήμα ΙΙΙ της 5ης έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) ως μια δυνητικά νέα διάγνωση που χρειάζεται περαιτέρω έρευνα [5]. Σύμφωνα με το DSM-5 [5], η διάγνωση δίνεται εφόσον το άτομο πληροί πέντε ή περισσότερα από τα παρακάτω εννέα κριτήρια τον προηγούμενο χρόνο, τα οποία είναι παρόμοια με τα κριτήρια διαταραχών ελέγχου των παρορμήσεων και συγκεκριμένα με τη διαταραχή χρήσης ουσιών και τη διαταραχή τυχερών παιχνιδιών [6]: (1) ενασχόληση ή εμμονή με τα ηλεκτρονικά



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

παιχνίδια· (2) εμφάνιση συμπτωμάτων απόσυρσης στην προσπάθεια περιορισμού ή διακοπής αυτών· (3) ανοχή, ανάγκη αύξησης του χρόνου που δαπανάται σε αυτά· (4) ανεπιτυχείς προσπάθειες ελέγχου των ηλεκτρονικών παιχνιδιών· (5) απώλεια ενδιαφέροντος για άλλες δραστηριότητες, όπως χόμπι και διασκέδαση· (6) συνεχής υπερβολική χρήση των ηλεκτρονικών παιχνιδιών παρά την επίγνωση της επιρροής που ασκούν σε διάφορες πτυχές της ζωής· (7) εξαπάτηση των άλλων με σκοπό την απόκρυψη της χρήσης ηλεκτρονικών παιχνιδιών· (8) χρήση αυτών για ανακούφιση ή διαφυγή από το άγχος ή το αίσθημα ενοχής· και (9) διακινδύνευση ή απώλεια μιας σημαντικής σχέσης, δουλειάς, εκπαιδευτικής ή επαγγελματικής ευκαιρίας [5]. Η βαρύτητα της διαταραχής διαδικτυακών παιχνιδιών ταξινομείται ως ήπια, μέτρια ή σοβαρή ανάλογα με την ποσότητα χρόνου που αφιερώνεται στα ηλεκτρονικά παιχνίδια και στην επίδραση αυτών στη λειτουργικότητα του ατόμου. Πιο πρόσφατα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υιοθέτησε μια διαφορετική ονοματολογία για το φαινόμενο αυτό, συμπεριλαμβάνοντάς το ως διαταραχή παιχνιδιών, η οποία εντάχθηκε ως νέα διάγνωση στην τελευταία αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων (ICD-11) στο τμήμα Διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών ή εθιστικών συμπεριφορών [7].

Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση διατομεακών και διατμηματικών επιδημιολογικών ερευνών βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της διαταραχής διαδικτυακών παιχνιδιών κυμαίνεται από 0,7% έως 27,5% διεθνώς [8]. Σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση της Fam [9], ο επιπολασμός της διαταραχής μεταξύ των εφήβων βρέθηκε ότι ήταν 6,8% στα αγόρια και 1,3% στα κορίτσια. Σε διεθνή δείγματα, χωρίς καθορισμένο εύρος ηλικίας, το ποσοστό κυμαίνεται από 0,7% έως 15,6% [10], ή ελαφρώς υψηλότερο στις κινεζικές μελέτες (από 3,5% έως 17% [11]). Αυτές οι διαφορές στα ποσοστά επιπολασμού μπορεί να οφείλονται σε πραγματικές διαπολιτισμικές διαφορές, αλλά είναι πιθανό να οφείλονται, τουλάχιστον εν μέρει, στις μεθοδολογικές διαφορές των μελετών, περιλαμβανομένων των ορισμών της διαταραχής διαδικτυακών παιχνιδιών, των εργαλείων αξιολόγησης και της δειγματοληψίας [8]. Αυτές οι μεθοδολογικές διαφορές μπορεί να εξηγούν τις ανακολουθίες στη βιβλιογραφία σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για τη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών. Ωστόσο, ένας σταθερός παράγοντας κινδύνου σε πολλές μελέτες είναι το αρσενικό φύλο [10, 12].

Παρά τις διαφορές των αιτιολογικών μοντέλων για τη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών και άλλων μορφών εθισμού στο διαδίκτυο [13-18] παρατηρούνται ορισμένες ομοιότητες. Πιο συγκεκριμένα, ένα εύρος χαρακτηριστικών προσωπικότητας φαίνεται να αποτελεί προδιάθεση για τη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών. Σε αυτά περιλαμβάνονται η ψυχοπαθολογία, τα στοιχεία προσωπικότητας (π.χ. χαμηλή αυτοεκτίμηση, παρορμητικότητα και αρνητικό συναίσθημα), οι κοινωνικές γνωσίες (π.χ. αντιλαμβανόμενη μοναξιά, φτωχές κοινωνικές δεξιότητες), οι δυσλειτουργικοί τρόποι αντιμετώπισης καθημερινών στρεσογόνων καταστάσεων, οι χαμηλές διαπροσωπικές δεξιότητες και οι ανεπαρκείς δεξιότητες ρύθμισης του συναισθήματος [8]. Σύμφωνα με το κλινικό μοντέλο των King και Delfabbro [15], οι έφηβοι με διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών παρουσιάζουν ένα σύνολο δυσπροσαρμοστικών πεποιθήσεων, όπως πεποιθήσεις σχετικά με την αξία της ανταμοιβής από τα παιχνίδια, δυσπροσαρμοστικούς κανόνες, όπως άκαμπτα «πρέπει» για τη διαφυγή από δυσάρεστα συναισθήματα και υπερβολική εξάρτηση από τα παιχνίδια, τα οποία αποτελούν έναν δυσλειτουργικό τρόπο διαχείρισης του στρες, απόκτησης κοινωνικής αποδοχής, αυτοεκτίμησης και κάλυψης της ανάγκης του ανήκειν [14]. Επίσης, το μειωμένο εύρος προσοχής και ο μειωμένος έλεγχος συμπεριφοράς δύνανται να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής, λόγω της αδυναμίας καταστολής της παρόρμησης για τα παιχνίδια, λαμβάνοντας υπόψη μακροπρόθεσμους στόχους [13]. Έτσι, λοιπόν, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, καθώς ο περιορισμένος εκτελεστικός έλεγχος εμποδίζει τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και σε συνδυασμό με την ευαισθησία στο σύστημα ανταμοιβής του εγκεφάλου και με την επιθυμία μείωσης του στρες, τα άτομα ασχολούνται ακόμη περισσότερο με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια και ως εκ τούτου η διαταραχή διατηρείται ή ακόμη και επιδεινώνεται [13, 14].

Συνεπώς, οι εθιστικές συμπεριφορές αναπτύσσονται ως συνέπεια της αλληλεπίδρασης των παραγόντων προδιάθεσης, όπως είναι οι νευροβιολογικοί και οι ψυχολογικοί παράγοντες, των τρόπων αντιμετώπισης, των γνωστικών προκαταλήψεων που σχετίζονται με το διαδίκτυο, καθώς και των συναισθηματικών και γνωστικών απαντήσεων σε συγκεκριμένα ερεθίσματα σε συνδυασμό με τις εκτελεστικές λειτουργίες, όπως είναι ο ανασταλτικός έλεγχος και η λήψη αποφάσεων [14, 17]. Παράλληλα, εκτός από τους παράγοντες που σχετίζονται με τα παιχνίδια (π.χ. τύπος παιχνιδιών, διαδικτυακό παιχνίδι σε αντίθεση με το παιχνίδι εκτός διαδικτύου), σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα χαρακτηριστικά των παικτών, οι γονικοί/οικογενειακοί και οι κοινωνικοί παράγοντες [19].

Σημαντικές είναι οι επιπτώσεις της διαταραχής διαδικτυακών παιχνιδιών στη σωματική υγεία του ατόμου (έλλειψη σωματικής άσκησης, κούραση, ανθυγιεινή διατροφή, διαταραχές ύπνου), στην κοινωνική ζωή (κοινωνική απομόνωση, προβλήματα στο οικογενειακό περιβάλλον, απόλυση από την εργασία, αποβολή από το σχολείο) και στην ψυχική υγεία [8]. Σύμφωνα με τη διαθέσιμη βιβλιογραφία, υψηλά είναι τα ποσοστά συννοσηρότητας της διαταραχής διαδικτυακών παιχνιδιών με συναισθηματικές διαταραχές, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, διαταραχές συμπεριφοράς, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας [8, 20, 19].

Δεδομένης της μη ξεκάθαρης αιτιολογίας της διαταραχής διαδικτυακών παιχνιδιών, δεν υπάρχει κάποιο διαθέσιμο θεραπευτικό πρωτόκολλο. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν εφαρμοστεί περιλαμβάνουν ως επί το πλείστον τη φαρμακοθεραπεία, την οικογενειακή θεραπεία, την κινητοποιητική συνέντευξη, τη συμβουλευτική υποστήριξη και τη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία (ΓΣΘ) [12]. Η πλειονότητα των ερευνών έχει διερευνήσει τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που διέπουν τη διαταραχή, ενώ τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί το ερευνητικό ενδιαφέρον για την αποτελεσματικότητα των προαναφερθεισών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Λόγω του παρορμητικού χαρακτήρα της διαταραχής διαδικτυακών παιχνιδιών και δεδομένου ότι η ΓΣΘ είναι μια αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση για τις διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, προτείνεται ως θεραπεία εκλογής και για τη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών [12, 21], ενώ υπάρχουν και εξειδικευμένες μορφές ΓΣΘ για τη θεραπεία αυτής της διαταραχής [4, 22, 23].

**2. Υλικό και μέθοδοι**

Η παρούσα ανασκόπηση βασίστηκε στη βιβλιογραφική έρευνα των μηχανών αναζήτησης PubMed και Google Scholar το χρονικό διάστημα Φεβρουαρίου-Ιουλίου 2020. Χρησιμοποιήθηκε ο συνδυασμός των παρακάτω λέξεων κλειδιών: ['Internet gaming' OR 'gaming' OR 'video game' OR 'online gaming' OR 'digital gaming' OR 'game'] AND ['addiction' OR 'pathological' OR 'excessive' OR 'problem' OR 'disorder'] και ['cognitive behavioral therapy' OR 'treatment' OR 'intervention']. Τα κριτήρια ένταξης στην παρούσα ανασκόπηση ήταν μελέτες που: (1) περιλαμβάνουν την παρέμβαση ΓΣΘ σε άτομα με διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών και ή με εθισμό στο διαδίκτυο, εφόσον συμπεριλαμβάνεται ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων με διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών· (2) έχουν τουλάχιστον ημπειραματικό σχεδιασμό· (3) περιλαμβάνουν τουλάχιστον 10 συμμετέχοντες ανά ομάδα· (4) οι συμμετέχοντες μπορεί να έχουν συννοσηρές ψυχικές διαταραχές ή συμπτώματα αυτών· (5) αξιολογούν την έκβαση της θεραπείας και εκτιμούν την πορεία των συμπτωμάτων της διαταραχής διαδικτυακών παιχνιδιών ή τον χρόνο ενασχόλησης με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν: (1) οι ανασκοπήσεις και τα θεωρητικά κείμενα· (2) μελέτες που περιλαμβάνουν αποκλειστικά φαρμακοθεραπεία χωρίς ψυχολογική παρέμβαση ΓΣΘ· (3) μελέτες με άλλου είδους παρεμβάσεις και ψυχοκοινωνικές θεραπείες· (4) μελέτες με ποιοτικά δεδομένα· (5) μελέτες περίπτωσης, λόγω μη δυνατότητας γενίκευσης των ευρημάτων· (6) μελέτες που εστιάζουν στην πρόληψη παρά στη θεραπεία· και (7) μελέτες μη διαθέσιμες στα αγγλικά. Συμπεριλήφθηκαν 16 έρευνες της τελευταίας οκταετίας, από το 2013, που η διαταραχή εντάχθηκε ως πιθανή νέα διαγνωστική κατηγορία, μέχρι το 2020.

**3. Ευρήματα**

Στις 16 έρευνες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της ΓΣΘ για τη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών τα ακόλουθα χαρακτηριστικά λήφθηκαν υπόψη από κάθε μελέτη: ημερομηνία και τόπος διεξαγωγής, ερευνητικός σχεδιασμός, μέγεθος δείγματος, εύρος ηλικίας (ή μέση ηλικία και τυπική απόκλιση όταν το εύρος δεν ήταν διαθέσιμο), φύλο συμμετεχόντων, μορφή ΓΣΘ, ύπαρξη ή μη ομάδων σύγκρισης, μέθοδος διάγνωσης της διαταραχής, και εργαλεία εκτίμησης της αποτελεσματικότητας της ΓΣΘ παρέμβασης.

Εξετάζοντας τις έρευνες με βάση τη γεωγραφική τοποθεσία, 9 διεξήχθησαν σε ασιατικές χώρες, στην Κίνα [24, 25, 26, 27], την Ινδονησία [28], την Κορέα [29, 30, 31], την Ιαπωνία [32], 2 στην Αμερική [4, 33] και οι υπόλοιπες 5 σε ευρωπαϊκές χώρες, στην Ισπανία [34, 22], τη Γερμανία, την Αυστρία [35, 23] και την Ελβετία [36]. Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, 7 έρευνες είχαν ως δείγμα ενήλικες [4, 35, 29, 25, 33, 26, 31], σε 7 έρευνες συμπεριλήφθηκαν έφηβοι [24, 32, 34, 27, 30, 22, 28], ενώ σε 2 συμμετείχαν ενήλικες και έφηβοι [36, 23]. Το μέγεθος του δείγματος κυμαινόταν από 10 [32] μέχρι 205 άτομα [31], ενώ οι ηλικίες από 12 έως 67 ετών και η πλειονότητα αυτών εκπροσωπούσαν το αντρικό φύλο.

Αναφορικά με τον σχεδιασμό των ερευνών, 7 χρησιμοποίησαν μετρήσεις πριν και μετά την πειραματική συνθήκη (pretest-posttest) [4, 35, 32, 26, 30, 31, 28], 4 ήταν τυχαιοποιημένες ή και ελεγχόμενες (RCT) [24, 29, 33, 23], 3 μη τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες (non-RCT) [25, 34, 22], 1 ήταν αναδρομική μελέτη [36] και 1 μελέτη κοόρτης [27]. Επίσης, υπήρχε μεταβλητότητα στο είδος των ομάδων ελέγχου. Σε κάποιες ομάδες ελέγχου δεν υπήρχε παρέμβαση [29, 25, 26, 34, 27, 23], ενώ άλλες έλαβαν κάποιας μορφής θεραπευτική παρέμβαση [24, 33, 22, 31, 28].

Η ΓΣΘ παρεχόταν σε ατομική [4, 36, 34, 22], ομαδική μορφή [24, 29, 25, 33, 26, 27, 30, 31, 28], ή υπήρχε συνδυασμός ατομικών και ομαδικών συνεδριών [35, 32, 23] που διενεργούνταν διά ζώσης ή μέσω διαδικτύου [29] και ο αριθμός αυτών κυμαινόταν από 5 [28] έως 23 συνεδρίες [23]. Όσον αφορά την επανεξέταση, ως επί το πλείστον γινόταν αμέσως μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας και σε κάποιες έρευνες πραγματοποιήθηκε επανέλεγχος 1 μήνα [4, 30], 3 μήνες [4, 33, 32, 22], 4 μήνες [23] και 6 μήνες [4, 23] μετά την παρέμβαση. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση ποίκιλλαν μεταξύ των ερευνών. Το πιο σύνηθες ψυχομετρικό εργαλείο εκτίμησης της διαταραχής και της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης ήταν το Young Internet Addiction Scale (YIAS) [24, 36, 29, 25, 26, 27, 30, 31].

***3.1. Αποτελεσματικότητα ΓΣΘ σε ατομική μορφή***

Η Young [37], το 2011, ανέπτυξε το πρώτο ΓΣΘ μοντέλο για τον εθισμό στο διαδίκτυο (CBT-IA). Το 2013 [4], προκειμένου να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα αυτού του εξειδικευμένου μοντέλου σε άτομα με εθισμό στο διαδίκτυο και συννοσηρές ψυχικές διαταραχές, διενήργησε μια κλινική μελέτη με 128 συμμετέχοντες, οι οποίοι ήταν εθισμένοι στα διαδικτυακά παιχνίδια ρόλων σε ποσοστό 23%, στην πορνογραφία, στα κοινωνικά δίκτυα και στη διαδικτυακή αγοραπωλησία. Η θεραπεία περιλάμβανε 3 φάσεις: τροποποίηση συμπεριφοράς, γνωσιακή αναδόμηση και θεραπεία μείωσης της βλάβης. Αφού ολοκληρώθηκαν οι 12 εβδομάδες θεραπείας, πάνω από το 95% των συμμετεχόντων μπορούσε να διαχειριστεί τα συμπτώματα εθισμού και τα θεραπευτικά αποτελέσματα διατηρήθηκαν για 78% εξ αυτών για διάστημα έξι μηνών μετά το πέρας της θεραπείας. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες έκαναν δομημένη χρήση του διαδικτύου, βελτιώθηκαν στην εκτέλεση των καθηκόντων στο σπίτι, απέκτησαν νέες δεξιότητες επικοινωνίας και δημιούργησαν νέες σχέσεις. Ωστόσο, υπήρχαν δυσκολίες στην αναζωπύρωση παλιών ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων και όσο περισσότερο χρονικό διάστημα βρίσκονταν εκτός θεραπευτικού πλαισίου, τόσο δυσκολότερος ήταν ο έλεγχος ή ο περιορισμός της χρήσης του διαδικτύου.

Η αναδρομική μελέτη των Thorens et al. [36] περιλάμβανε 57 άτομα με διάφορες μορφές εθισμού, συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής διαδικτυακού παιχνιδιού (46% των συμμετεχόντων έπαιζαν ομαδικά παιχνίδια ρόλων πολλαπλών παικτών στο διαδίκτυο). Η θεραπεία συνίστατο σε 6 ατομικές συνεδρίες τυπικής ΓΣΘ, σε συνδυασμό με κινητοποιητική συνέντευξη, και διήρκεσε κατά μέσο όρο 4 εβδομάδες. Εξήντα οκτώ τοις εκατό των συμμετεχόντων είχαν κάποια συννοσηρή ψυχική διαταραχή, αλλά δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων με ή χωρίς συννοσηρότητα. Από τα άτομα που παρέμειναν στη θεραπεία (ποσοστό διακοπής 24%), το 38,6% παρουσίασε σημαντική ή μέτρια βελτίωση στα συμπτώματα εθισμού, το 26,3% ελάχιστη βελτίωση και το 14% δεν παρουσίασε κάποια μεταβολή. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας υποστηρίζουν ότι τα ομαδικά ηλεκτρονικά παιχνίδια ρόλων πολλαπλών παικτών πιθανώς να είναι το πιο εθιστικό και επιβλαβές είδος χρήσης του διαδικτύου που επηρεάζει κυρίως νεαρούς άνδρες.



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Στην έρευνα των González-Bueso et al. [34] η πειραματική ομάδα έλαβε ατομική ΓΣΘ 12 συνεδριών, 4 εβδομαδιαίως, 4 ανά δύο εβδομάδες και 4 μηνιαίως, και χωρίστηκε σε δύο υποομάδες ανάλογα με την προσθήκη ή όχι ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας για τους γονείς των συμμετεχόντων. Ο στόχος του θεραπευτικού προγράμματος που βασίστηκε στο εγχειρίδιο για τη διαταραχή τυχερών παιχνιδιών [38] ήταν η εκμάθηση στρατηγικών ΓΣΘ για την απόκτηση ελέγχου στα ηλεκτρονικά παιχνίδια (ορισμός, φάσεις, πορεία, παράγοντες ευαλωτότητας, ψυχοκοινωνικά μοντέλα, έλεγχος του χρόνου, αποφυγή επικίνδυνων καταστάσεων, τροποποίηση συμπεριφοράς, γνωστική αναδόμηση, παρεμπόδιση αντίδρασης, εκπαίδευση δεξιοτήτων). Στη δεύτερη πειραματική ομάδα προστέθηκε η ψυχοεκπαίδευση των γονέων που αφορούσε την πληρέστερη κατανόηση των διαταραχών εθισμού, τη βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, την επίλυση προβλημάτων και τη θέσπιση ορίων. Σε σύγκριση με ομάδα ελέγχου, τα άτομα με διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών δεν διέφεραν στη συμπτωματολογία κατά την έναρξη της θεραπείας, αλλά σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στις κλίμακες διαταραχών προσωπικότητας, εσωστρέφεια και αναστολή, στη σύγχυση ταυτότητας, στην αυτο-υποτίμηση και στην ανασφάλεια. Στις πειραματικές ομάδες υπήρχαν μεταβολές στα διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών πριν και μετά τη θεραπεία, ανεξάρτητα από την προσθήκη της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας γονέων, επισημαίνοντας πως οι πειραματικές υποομάδες δεν διέφεραν στατιστικώς σημαντικά πριν και μετά την παρέμβαση. Ωστόσο, η υποομάδα χωρίς ψυχοεκπαίδευση γονέων παρουσίασε στατιστικά υψηλότερα ποσοστά εγκατάλειψης της θεραπείας.

Ο στόχος της μελέτης των Torres-Rodríguez et al. [22] ήταν η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας ενός συγκεκριμένου ψυχοθεραπευτικού προγράμματος για εφήβους με συμπτώματα εθισμού στα ηλεκτρονικά παιχνίδια και συννοσηρές διαταραχές, βασισμένο στις αρχές της ΓΣΘ, με την ονομασία PIPATIC (Programa Individualizado Psicoterapéutico para la Adicción a las Tecnologías de la Información y la Comunicación). Αυτό το πρόγραμμα περιλάμβανε ψυχοεκπαίδευση, κινητοποίηση, γνωσιακή αναδόμηση, εκπαίδευση σε τρόπους αντιμετώπισης του εθισμού, σε στρατηγικές αυτορρύθμισης, σε πιο λειτουργικούς τρόπους επικοινωνίας με την οικογένεια, στη διεκδικητικότητα και την πρόληψη υποτροπής. Συμμετείχαν 31 έφηβοι που προσήλθαν σε δύο δημόσια κέντρα ψυχικής υγείας και εντάχθηκαν είτε στην πειραματική ομάδα (πρόγραμμα PIPATIC) είτε στην ομάδα ελέγχου (τυπική ΓΣΘ). Και οι δύο ομάδες παρουσίασαν σημαντική μείωση στα συμπτώματα διαταραχής διαδικτυακών παιχνιδιών και λιγότερες ώρες ενασχόλησης με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια, αν και η πειραματική ομάδα παρουσίασε σημαντικότερες βελτιώσεις στις συννοσηρές διαταραχές, στις ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές ικανότητες και στις οικογενειακές σχέσεις, καταδεικνύοντας πως το πρόγραμμα PIPATIC είναι πιο αποτελεσματικό από την τυπική ΓΣΘ. Οι αλλαγές που επιτεύχθηκαν και με τα δύο προγράμματα ΓΣΘ διατηρήθηκαν για 3 μήνες μετά το πέρας της θεραπείας.

### *3.2. Αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ σε ομαδική μορφή*

Οι Li και Wang [24] διερεύνησαν τον ρόλο των γνωστικών διαστρεβλώσεων (μηρυκασμός στη σκέψη, αμφιβολία για τον εαυτό, αρνητική αυτοαξιολόγηση, διπολικός τρόπος σκέψης) στην εμφάνιση εθισμού στα ηλεκτρονικά παιχνίδια σε ένα δείγμα 28 εφήβων στην Κίνα. Αναλυτικότερα, στην πειραματική ομάδα πραγματοποιήθηκαν 12 συνεδρίες ομαδικής ΓΣΘ δύο φορές την εβδομάδα και στην ομάδα ελέγχου δύο εβδομαδιαίες 45λεπτες συναντήσεις, όπου παρακολουθούνταν η ενασχόληση με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια και παρεχόταν βασική συμβουλευτική υποστήριξη. Αναφορικά με τη δομή της ΓΣΘ παρέμβασης, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τις αρνητικές συνέπειες του εθισμού στα ηλεκτρονικά παιχνίδια, τέθηκαν οι θεραπευτικοί στόχοι, διερευνήθηκαν, αμφισβητήθηκαν, τροποποιήθηκαν κοινές γνωστικές διαστρεβλώσεις και αντικαταστάθηκαν με πιο λειτουργικούς τρόπους σκέψης. Επίσης, δημιουργήθηκε ένα σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση παραγόντων που εμπλέκονται στους φαύλους κύκλους, όπως είναι οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, οι καθημερινοί διαπληκτισμοί και το στρες. Εκπαιδεύτηκαν σε δεξιότητες επικοινωνίας, συζητήθηκε η πρόληψη υποτροπής, οι εμπειρίες και οι στόχοι που επιτεύχθηκαν στη θεραπεία. Και στις δύο ομάδες παρουσιάστηκε μείωση στα συμπτώματα και στη σοβαρότητα της διαταραχής, αλλά δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων.

Η έρευνα των Park et al. [29] συνέκρινε 8 συνεδρίες τυπικής ομαδικής ΓΣΘ με 8 συνεδρίες ομαδικής θεραπείας εικονικής πραγματικότητας, μια προσέγγιση βασισμένη στη ΓΣΘ που είναι αποτελεσματική για τις αγχώδεις διαταραχές και τις διαταραχές εθισμού. Υιοθετήθηκε το πρωτόκολλο ΓΣΘ των Kim et al. [39] που αποτελείται από 8 συνεδρίες: εισαγωγή και επανεξέταση των επιπτώσεων και του κινήτρου ενασχόλησης με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια, διαχείριση άγχους, ταυτότητα και ευθύνη, πέντε στάδια αλλαγής, επίλυση προβλημάτων, λήψη αποφάσεων, αποκατάσταση οικογενειακών σχέσεων και μελλοντικός σχεδιασμός, ενώ η θεραπεία εικονικής πραγματικότητας περιλάμβανε τρία στάδια, χαλάρωση, προσομοίωση καταστάσεων υψηλού κινδύνου και γνωσιακή αναδόμηση. Οι θεραπείες διέφεραν στο περιεχόμενο, στη μορφή και στη διάρκεια των εβδομαδιαίων συνεδριών, με την τυπική ομαδική ΓΣΘ να διαρκεί 2 ώρες και την ομαδική θεραπεία εικονικής πραγματικότητας μόλις 25 λεπτά. Μετά από 4 εβδομάδες οι συμμετέχοντες και στις δύο ομάδες παρουσίασαν μείωση στα συμπτώματα και στη σοβαρότητα της διαταραχής, αλλά δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Φαίνεται, λοιπόν, πως η ομαδική θεραπεία εικονικής πραγματικότητας είναι το ίδιο αποτελεσματική με την τυπική ομαδική ΓΣΘ. Μάλιστα, όπως στη νευροαπεικόνιση, βρέθηκε ότι η θεραπεία εικονικής πραγματικότητας μπορεί να αποτρέψει τη συνηθισμένη άνευ συναισθήματος χρήση των ηλεκτρονικών παιχνιδιών, ενισχύοντας την ισορροπία του κυκλώματος κορτικο-ραβδωτο-λεμφικού κυκλώματος, που αφορά την ρύθμιση των κινήτρων ανταμοιβής.

Στην έρευνα των Zhang et al. [25] εφαρμόστηκε ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα που αναπτύχθηκε στη βάση των θεωριών συμπεριφορικής παρέμβασης για τον εθισμό [13]. Αυτή η μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή συνέκρινε μια ομαδική παρέμβαση ΓΣΘ με εστίαση στην επιθυμία με μια ομάδα ελέγχου, η οποία δεν έλαβε κάποια παρέμβαση. Στην πειραματική ομάδα η συμπεριφορική παρέμβαση επιθυμίας (Craving Behavioral Intervention) διεξήχθη σε εβδομαδιαία βάση και συμπεριλάμβανε 8-9 άτομα ανά ομάδα. Τα θέματα που συζητήθηκαν στις συνεδρίες ήταν: η αντίληψη της υποκειμενικής επιθυμίας, η αναγνώριση και ο έλεγχος των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων, η εκπαίδευση σε δεξιότητες διαχείρισης της επιθυμίας, η αλλαγή του τρόπου ικανοποίησης των ψυχολογικών αναγκών

και η εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης του χρόνου. Επιπλέον, σε κάθε συνεδρία συμπεριλαμβανόταν η εκπαίδευση στην ενσυνειδητότητα. Μετά από 6 εβδομάδες, η ομάδα που έλαβε ΓΣΘ με εστίαση στην επιθυμία ανέφερε σημαντικά λιγότερες ώρες ενασχόλησης με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια και μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, αλλά δεν παρατέθηκαν στατιστικά στοιχεία για τις αλλαγές πριν και μετά τη θεραπεία. Η λειτουργική απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού δείχνει ότι η ΓΣΘ με εστίαση στην επιθυμία είναι αποτελεσματική για την ενίσχυση του γνωσιακού ελέγχου, για τη μείωση της επιθυμίας και της σοβαρότητας της διαταραχής μέσω της ενεργοποίησης συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου, αλλά και μέσω της μειωμένης συνδεσιμότητας μεταξύ συγκεκριμένων νευρικών κυκλωμάτων που εμπλέκονται στην οπτική επεξεργασία και στην προκατάληψη της προσοχής.

Η μελέτη των Li et al. [33] αποσκοπούσε στην αξιολόγηση μιας αποδεδειγμένης θεραπείας για τον εθισμό, της Ενίσχυσης της Ανάρρωσης/Ανάκαμψης με γνώμονα την ενσυνειδητότητα (Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement – MORE) [40], ως μια δυνητική θεραπεία για τη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών. Τριάντα ενήλικες με τη διαταραχή εντάχθηκαν στο ομαδικό πρόγραμμα παρέμβασης 8 εβδομάδων ή σε ομάδα υποστηρικτικού τύπου. Οι εν λόγω συνεδρίες στο ομαδικό πρόγραμμα περιείχαν: επίγνωση των αυτόματων και εθιστικών συμπεριφορών, αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων μέσω της ενσυνείδητης επανεκτίμησης, ενίσχυση των θετικών συναισθηματικών καταστάσεων μέσω της ενσυνείδητης απόλαυσης ευχάριστων καθημερινών εμπειριών, αύξηση της ευαισθητοποίησης και της ενσυνειδητότητας για την αντιμετώπιση της επιθυμίας, μείωση του άγχους μέσω της εξάσκησης στην ενσυνείδητη χαλάρωση, μείωση του διαπροσωπικού άγχους μέσω του διαλογισμού με αγάπη και καλοσύνη, προώθηση της αποδοχής παρά της καταστολής ανεπιθύμητων σκέψεων και δυσφορικών εμπειριών, και ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης με δεξιότητες ενσυνειδητότητας για τη συνέχιση της ανάρρωσης. Οι συνεδρίες στην ομάδα ελέγχου περιλάμβαναν συζητήσεις για τις σκέψεις, τα συναισθήματα, την επιθυμία, τους παράγοντες πυροδότησης της παθολογικής χρήσης ηλεκτρονικών παιχνιδιών, τις θετικές και εναλλακτικές στρατηγικές αντιμετώπισης και ανασκόπηση της ομαδικής εμπειρίας. Οι συμμετέχοντες στην πειραματική ομάδα είχαν σημαντικά μεγαλύτερες μειώσεις στον αριθμό των κριτηρίων που πληρούσαν σύμφωνα με το DSM-5, στην επιθυμία για ηλεκτρονικά παιχνίδια και στις δυσπροσαρμοστικές γνωσίες συγκριτικά με τα άτομα της ομάδας ελέγχου, και μάλιστα τα θεραπευτικά οφέλη διατηρήθηκαν σε διάστημα 3 μηνών, όπως φάνηκε και από την επανεξέταση.

Η παρορμητικότητα κατά τη λήψη αποφάσεων αντιπροσωπεύει έναν σημαντικό φαινότυπο και έναν θεραπευτικό στόχο στη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών. Η μελέτη των Yao et al. [26] αποσκοπούσε στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μιας ομαδικής παρέμβασης συμπεριφοράς 6 εβδομάδων που συνδύαζε τη θεραπεία πραγματικότητας [41] με μια σύντομη παρέμβαση ενσυνειδητότητας [42] για τη μείωση της παρόρμησης κατά τη λήψη αποφάσεων και της σοβαρότητας της διαταραχής διαδικτυακών παιχνιδιών. Δεκαοκτώ άτομα με την προαναφερθείσα διαταραχή και δεκαεπτά άτομα ως ομάδα ελέγχου συμμετείχαν σε δοκιμασίες μέτρησης της παρορμητικότητας κατά τη λήψη αποφάσεων. Η παρέμβαση στην πειραματική ομάδα διεξήχθη σε άτομα με τη διαταραχή (9-10 άτομα ανά ομάδα), 2 ώρες εβδομαδιαίως και περιλάμβανε τα εξής: δημιουργία ομάδων και αναγνώριση της παρορμητικότητας, διερεύνηση της επιρροής των παιχνιδιών και θέσπιση στόχων, διερεύνηση των ψυχολογικών αναγκών πίσω από την παρόρμηση για παιχνίδια, εύρεση εναλλακτικών δραστηριοτήτων για την κάλυψη αυτών των αναγκών, σύνοψη και κατάρτιση πλάνου δράσης για το μέλλον. Τα τελευταία 10 λεπτά των συνεδριών γινόταν σύντομη παρέμβαση ενσυνειδητότητας που περιλάμβανε τη χαλάρωση του σώματος και την εκπαίδευση στην ενσυνειδητότητα μέσω της μουσικής, όπου οι συμμετέχοντες καθοδηγούνταν να επικεντρωθούν στη διορατική και συναισθηματική επίγνωση προκειμένου να προσαρμόσουν το σώμα και το μυαλό τους για την επίτευξη μιας κατάστασης διαλογισμού [42]. Τόσο η πειραματική ομάδα όσο και η ομάδα ελέγχου, που δεν έλαβε κάποια παρέμβαση, επανεξετάστηκαν με το πέρας 2 εβδομάδων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην πειραματική ομάδα τα άτομα με τη διαταραχή παρουσίασαν μείωση στη σοβαρότητα της διαταραχής και στην παρορμητικότητα κατά τη λήψη αποφάσεων διαχρονικά, αλλά δεν υπήρξε μεταβολή πριν και μετά την παρέμβαση στην παρορμητικότητα λήψης αποφάσεων στις επικίνδυνες επιλογές. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η παρόρμηση λήψης αποφάσεων είναι ένα πολύπλευρο σύστημα συμπεριφοράς και μπορεί να χρησιμεύσει ως πιθανός θεραπευτικός στόχος για τη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών.

Η μελέτη κοόρτης των Han et al. [27] αποσκοπούσε στη διερεύνηση του θεραπευτικού μηχανισμού της ΓΣΘ σε 56 εφήβους με διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών μέσω της λειτουργικής απεικόνισης μαγνητικού συντονισμού σε κατάσταση ηρεμίας. Είκοσι έξι άτομα ολοκλήρωσαν την ομαδική ΓΣΘ και υπήρχαν 30 υγιείς μάρτυρες. Τα θέματα των 12 συνεδριών αφορούσαν τον τρόπο αναγνώρισης και ελέγχου των συναισθημάτων, των παρορμήσεων και της εθιστικής συμπεριφοράς, τις αρχές υγιούς επικοινωνίας μεταξύ γονέων και παιδιών, τεχνικές αντιμετώπισης των σχέσεων και του υλικού που αποκτάται μέσω του διαδικτύου και ανασκόπηση όσων έχουν διενεργηθεί. Στα άτομα που συμμετείχαν στο πρόγραμμα ΓΣΘ παρατηρήθηκε ότι ο εβδομαδιαίος χρόνος ηλεκτρονικών παιχνιδιών ήταν σημαντικά μικρότερος, ενώ παράλληλα μειώθηκε η σοβαρότητα του εθισμού στο διαδίκτυο και η παρορμητικότητα προς τα ηλεκτρονικά παιχνίδια. Επίσης, βρέθηκε ότι η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, η κατάθλιψη, η κοινωνική αποφυγή και οι οικογενειακοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να χρησιμεύσουν ως δυνητικοί βιοδείκτες για την πρόβλεψη της βελτίωσης των συμπτωμάτων και να αποτελέσουν τη βάση για την ανακάλυψη του θεραπευτικού μηχανισμού της ΓΣΘ σε αυτόν τον κλινικό πληθυσμό. Συνεπώς, η ΓΣΘ δύναται να ρυθμίσει δυσλειτουργικές γνωστικές διαδικασίες, μεταβάλλοντας τη λειτουργία του ραβδωτο-προμετωπιαίου δικτύου σε άτομα με διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών, συμβάλλοντας έτσι στην ενίσχυση του ελέγχου αυτών των συμπεριφορών.

Στην έρευνα των Kim et al. [30] συμμετείχαν 17 έφηβοι που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για την προβληματική χρήση του διαδικτύου και έκαναν κυρίως χρήση των ηλεκτρονικών παιχνιδιών ρόλων πολλαπλών παικτών. Στο σχολικό περιβάλλον εφαρμόστηκε ένα ομαδικό πρόγραμμα ΓΣΘ οκτώ συνεδριών, το οποίο αφορούσε τη δημιουργία οικειότητας, την κατανόηση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων της προβληματικής χρήσης του διαδικτύου, τον προσδιορισμό των


© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

μοτίβων και των αιτιών αυτής της χρήσης, την παρακολούθηση των συνηθειών στο διαδίκτυο μέσω ημερολογίου καταγραφής του χρόνου ενασχόλησης, τη θέσπιση στόχων, καθώς και την πρακτική εφαρμογή της μείωσης του χρόνου και της αποφυγής επανεμφάνισης της προβληματικής χρήσης. Το πρόγραμμα ήταν αποτελεσματικό στη μείωση του χρόνου που αφιέρωναν στο διαδίκτυο, στον βαθμό εθισμού και στην ανακούφιση των συνυπαρχόντων συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους. Παράλληλα, το πρόγραμμα παρείχε στους συμμετέχοντες τη δυνατότητα να σκεφτούν εναλλακτικές δραστηριότητες και να βελτιώσουν τις δυνατότητες αυτορρύθμισής τους. Η αποτελεσματικότητα αυτού του προγράμματος διατηρήθηκε έως και έναν μήνα μετά, ενώ οι βαθμολογίες στις κλίμακες κατάθλιψης και άγχους μειώθηκαν περισσότερο στην επανεξέταση.

Στην έρευνα των Han et al. [31] 205 συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν είτε ΓΣΘ είτε υποστηρικτική θεραπεία και βρέθηκε ότι το πρόγραμμα ΓΣΘ για τη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών ήταν πιο αποτελεσματικό από την υποστηρικτική θεραπεία. Το πρόγραμμα ΓΣΘ αποτελούνταν από 14 ομαδικές, των 4-5 ατόμων, συνεδρίες 90 λεπτών, που διενεργούνται μία ή δύο φορές την εβδομάδα. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε εισαγωγή στο πρόγραμμα και διερεύνηση των στόχων της θεραπείας. Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν την ψυχολογική τους κατάσταση (διάθεση και άγχος), το κοινωνικό περιβάλλον, την οικογενειακή συνοχή, καθώς και το ιστορικό ενασχόλησής τους με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια. Έμφαση δόθηκε στη διαχείριση του άγχους, στους μηχανισμούς άμυνας, στις στρατηγικές αντιμετώπισης και στα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της χρήσης ηλεκτρονικών παιχνιδιών. Επίσης, οι συμμετέχοντες προέβησαν σε ενδοσκόπηση και αυτοέλεγχο, πραγματοποιήθηκαν τα πέντε βήματα της αλλαγής –προθεώρηση, θεώρηση, ετοιμασία, δράση και διατήρηση [43]–, συζητήθηκαν τα μοτίβα συμπεριφοράς, περιλαμβανομένης της παρορμητικότητας, των συναισθημάτων, της μοναξιάς, καθώς και τα μοτίβα σκέψης τους. Τέλος, οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να επεξεργαστούν επώδυνα γεγονότα που προκαλούν άγχος, καταθλιπτική διάθεση και οικογενειακές συγκρούσεις, αποκαταστάθηκε η οικογενειακή συνοχή και συζητήθηκαν οι αλλαγές που συντελέστηκαν. Η ομάδα υποστηρικτικής θεραπείας επισκεπτόταν ένα εξωτερικό ιατρείο μία ή δύο φορές την εβδομάδα μέχρι να ολοκληρωθούν 14 επισκέψεις. Και στις δύο ομάδες η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (μονοθεραπεία) επιτράπηκε για τη θεραπεία συννοσηρών διαταραχών. Η ομάδα ΓΣΘ παρουσίασε μεγαλύτερη βελτίωση στα συμπτώματα και στη σοβαρότητα της διαταραχής, στην παρόρμηση, στο άγχος και στην κοινωνική αποφυγή συγκριτικά με την υποστηρικτική ομάδα θεραπείας. Μάλιστα, ένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας, η αποφυγή βλάβης (harm avoidance), που περιλαμβάνει το άγχος αναμονής, τη μη ανοχή στην αβεβαιότητα, την ντροπή και το αίσθημα ευαλωτότητας, ήταν ένας προβλεπτικός παράγοντας για τη θετική ανταπόκριση στη ΓΣΘ.

Οι Hamu et al. [28] συνέκριναν την επίδραση που ασκεί η ΓΣΘ Δέσμευσης (Cognitive Commitment Behavioral Therapy – CCBT) στη μείωση του εθισμού στο διαδίκτυο με μια ομάδα αυτοβοήθειας. Συμμετείχαν 58 έφηβοι, εκ των οποίων το 89,3% είχε εθισμό στα ηλεκτρονικά παιχνίδια. Η ΓΣΘ Δέσμευσης, μια ψυχοκοινωνική παρέμβαση, περιλάμβανε 5 ομαδικές συνεδρίες των 10 ατόμων, μία ανά πέντε ημέρες, διάρκειας 45-60 λεπτών. Το περιεχόμενο αυτών ήταν η αναγνώριση συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με τη χρήση του διαδικτύου, η εύρεση θετικών, αρνητικών συνεπειών και εναλλακτικών τρόπων διαχείρισης, η εκπαίδευση σε πιο λειτουργικούς τρόπους διαχείρισης των συναισθημάτων και των αρνητικών σκέψεων, η δημιουργία πλάνου θετικής χρήσης του διαδικτύου, η εφαρμογή δεσμεύσεων για τη μείωση του εθισμού, καθώς και η αξιολόγηση της γνωστικής θεραπείας και της νέας συμπεριφοράς. Τα ευρήματα έδειξαν θετικές επιδράσεις της θεραπείας ΓΣΘ Δέσμευσης, καθώς μεταβλήθηκε ο βαθμός επιρροής που ασκούσε η χρήση του διαδικτύου στη ρουτίνα και στα συναισθήματα των συμμετεχόντων.

### *3.3. Συνδυασμός ατομικής και ομαδικής μορφής ΓΣΘ*

Οι Wölfling et al. [35] δημιούργησαν ένα εξειδικευμένο ΓΣΘ μοντέλο για τον εθισμό στο διαδίκτυο και προκειμένου να εξετάσουν την αποτελεσματικότητά του πραγματοποίησαν μια πιλοτική μελέτη. Εφάρμοσαν μια βραχεία μορφή θεραπείας για τον εθισμό στο διαδίκτυο και στα ηλεκτρονικά παιχνίδια που ονομάζεται STICA (Short-Term Treatment for Internet and Computer Game Addiction). Το πρόγραμμα βασίζεται στις γνωσιακές-συμπεριφοριστικές τεχνικές και αφορά μη κλινικό πληθυσμό. Διενεργήθηκαν 15 εβδομαδιαίες ομαδικές (100 λεπτά) και έως 8 ατομικές ΓΣΘ συνεδρίες (60 λεπτά) ανά δύο εβδομάδες. Οι ατομικές συνεδρίες ήταν διάσπαρτες στο πρόγραμμα, αφορούσαν προσωπικά θέματα του συμμετέχοντα, την κινητοποίηση στη θεραπεία και την παρέμβαση στην κρίση, ενώ οι ομαδικές είχαν μια ξεκάθαρη θεματική δομή. Πιο συγκεκριμένα, αποτελούνταν από το διαγνωστικό στάδιο, την ενδυνάμωση των κινήτρων για την αλλαγή, την ψυχοεκπαίδευση, τη γνωσιακή αναδόμηση, την εύρεση εναλλακτικών συμπεριφορικών στρατηγικών και ενδιαφερόντων, την εκπαίδευση στην έκθεση, στην παρεμπόδιση αντίδρασης, στην εξοικείωση και την πρόληψη υποτροπής. Στην έρευνα συμμετείχαν 42 άνδρες που πληρούσαν τα κριτήρια εθισμού στο διαδίκτυο και εκτιμήθηκαν τα συμπτώματά τους, η σοβαρότητα των ψυχοκοινωνικών συμπτωμάτων, ο χρόνος που αφιέρωναν στο διαδίκτυο, οι αρνητικές συνέπειες λόγω της χρήσης του διαδικτύου και το πόσο αυτοαποτελεσματικοί πίστευαν ότι είναι πριν και μετά τη θεραπεία. Μετά το πέρας της βραχείας θεραπευτικής παρέμβασης τα αποτελέσματα ήταν ενθαρρυντικά. Λαμβάνοντας υπόψιν το 1/3 των ατόμων που διέκοψαν τη θεραπεία πρόωρα, σημαντική ήταν η αύξηση της προσδοκίας αυτοαποτελεσματικότητας και η μείωση των συμπτωμάτων. Πιο συγκεκριμένα, μειώθηκε ο χρόνος χρήσης του διαδικτύου, οι αρνητικές επιδράσεις στην απόδοση στο σχολείο ή στη δουλειά, τα οικονομικά προβλήματα, η συχνότητα των οικογενειακών διαπληκτισμών, τα προβλήματα υγείας, τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα και κυρίως τα καταθλιπτικά και ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα, η άρνηση της ενασχόλησης με δραστηριότητες και οι εντάσεις με τον φιλικό περίγυρο. Αρκετοί συμμετέχοντες εμφάνισαν καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, επισημαίνοντας πως η μείωση της εθιστικής συμπεριφοράς στο διαδίκτυο οδήγησε σε συναισθηματική απορρύθμιση.

Το τελευταίο εύρημα είναι συνεπές με την πολυκεντρική τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη των Wölfling et al. [23] που εφάρμοσαν ξανά το πρόγραμμα STICA. Συμμετείχαν 143 άνδρες από 4 κλινικές εξωτερικών ασθενών στη Γερμανία και την Αυστρία, εκ των οποίων οι 82 (56,6%) ήταν εθισμένοι σε διαδικτυακά παιχνίδια. Στην πειραματική ομάδα (STICA) εντάχθηκαν 72

άτομα και στην ομάδα ελέγχου με βάση τη λίστα αναμονής 71 άτομα. Πενήντα άνδρες (69,4%) στην πειραματική ομάδα παρουσίασαν ύφεση έναντι των 17 ανδρών (23,9%) στην ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα, σε επανεξέταση 6 μηνών, μειώθηκαν τα συμπτώματα εθισμού, ο χρόνος σύνδεσης στο διαδίκτυο και βελτιώθηκε η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Βρέθηκε, λοιπόν, πως αυτή η βραχυπρόθεσμη μορφή ΓΣΘ είναι πολλά υποσχόμενη αναφορικά με την αντιμετώπιση ενός ευρέως φάσματος εθισμών στο διαδίκτυο, ανεξαρτήτως ηλικίας, συννοσηρότητας ή θεραπευτικού κέντρου, εύρημα που καθιστά εμφανή την ευελιξία του προγράμματος.

Ένας τύπος εντατικής θεραπείας για τη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών που αναπτύχθηκε στη Νότια Κορέα είναι η «θεραπευτική κατασκήνωση» (therapeutic residential camp – TRC)» [44]. Στην έρευνα των Sakuma et al. [32] εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα της ιαπωνικής έκδοσης της θεραπευτικής κατασκήνωσης μέσω ενός προγράμματος που αποτελεί συνδυασμό μη φαρμακολογικής θεραπείας με ένα πρόγραμμα για την ενίσχυση των κινήτρων, τη βελτίωση των συμπτωμάτων εθισμού στα ηλεκτρονικά παιχνίδια, την αύξηση της ευαισθητοποίησης στο πρόβλημα και την ανάπτυξη δεξιοτήτων αντιμετώπισης, που ονομάστηκε «κατασκήνωση αυτο-ανακάλυψης» (Self-Discovery Camp – SDiC) [45]. Το δείγμα αποτελούνταν από 10 έφηβους, αγόρια, με διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών, οι οποίοι διέμειναν για 9 ημέρες σε μια κατασκήνωση. Η εμπειρία της κατασκήνωσης περιλάμβανε 14 συνεδρίες ΓΣΘ, 8 συνεδρίες ατομικής συμβουλευτικής, 3 ιατρικές διαλέξεις, ένα εργαστήριο αναφορικά με τα παιχνίδια, συμμετοχή σε θετικές δραστηριότητες (υπαίθριο μαγείρεμα, πεζοπορία, ξυλουργική) και απαγόρευση των συσκευών παιχνιδιών. Οι ερευνητές κατέδειξαν την αποτελεσματικότητα αυτής της παρέμβασης, καθώς σε επανεξέταση 3 μήνες μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος μειώθηκε σημαντικά ο συνολικός χρόνος παιχνιδιών (ώρες/μέρα και ώρες/εβδομάδα), αλλά το εύρημα δεν είναι συνεπές αναφορικά με τις μέρες/εβδομάδα ενασχόλησης με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια. Επίσης, υπήρξε βελτίωση στην αναγνώριση των προβλημάτων και στην αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας των συμμετεχόντων, ενώ παράλληλα βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας έναρξης εθισμού και της αναγνώρισης των προβλημάτων. Πιο συγκεκριμένα, όσο μικρότερη ήταν η ηλικία έναρξης εθισμού στα ηλεκτρονικά παιχνίδια, τόσο περισσότερο μειωνόταν η αναγνώριση της εθιστικής συμπεριφοράς. Σύμφωνα με το εύρημα αυτό, η ηλικία έναρξης μπορεί να είναι ένας χρήσιμος προβλεπτικός παράγοντας για την πρόγνωση της διαταραχής διαδικτυακών παιχνιδιών.

**4. Συζήτηση**

Τα ηλεκτρονικά παιχνίδια δεν θεωρούνται εγγενώς επιβλαβή, αλλά οι δυσλειτουργικές διαδικασίες, όπως η παρορμητικότητα κατά τη λήψη αποφάσεων και η αδυναμία καταστολής αυτής, η μειωμένη γνωστική προσοχή, ο μειωμένος έλεγχος συμπεριφοράς και ο περιορισμένος εκτελεστικός έλεγχος συντελούν στην εμφάνιση εθιστικών συμπεριφορών [46]. Η έρευνα για τη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών έχει αυξηθεί κατά την τελευταία δεκαετία, ιδιαίτερα μετά τη συμπερίληψη της διαταραχής στο DSM-5 ως μιας δυνητικά νέας διάγνωσης που χρήζει περαιτέρω μελέτης [5].

Η ΓΣΘ αποτελεί την πιο ευρέως μελετημένη ψυχοκοινωνική θεραπεία και θεωρείται θεραπεία πρώτης γραμμής για αυτή τη διαταραχή. Οι παρεμβάσεις σε όλες τις έρευνες της παρούσας ανασκόπησης βασίστηκαν στις αρχές της ΓΣΘ, αλλά υπήρξε μεταβλητότητα στον τύπο της ΓΣΘ που εφαρμόστηκε. Κάποιες έρευνες χρησιμοποίησαν στρατηγικές ενσυνειδητότητας [33, 26], άλλες εξειδικευμένη ΓΣΘ για τον εθισμό στο διαδίκτυο και στα ηλεκτρονικά παιχνίδια [4, 35, 32, 22, 23] ή τυπική ΓΣΘ [24, 36, 34, 27, 30, 31], άλλες ΓΣΘ εστιασμένη στην επιθυμία [25], στην εικονική πραγματικότητα [29] και ΓΣΘ Δέσμευσης [28].

Ασυνέπεια υπάρχει στα ευρήματα των μελετών αναφορικά με το αν η ΓΣΘ είναι πιο αποτελεσματική από τις παρεμβάσεις που εφαρμόστηκαν στις ομάδες ελέγχου. Κάποιες έρευνες έδειξαν ότι η ΓΣΘ ήταν αποτελεσματικότερη από την ομάδα ελέγχου [25, 33, 31, 28]. Από την άλλη πλευρά, δύο τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές απέτυχαν να εντοπίσουν το πλεονέκτημα της ΓΣΘ έναντι της ομάδας ελέγχου, αλλά αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στη σύντομη διάρκεια των θεραπειών ή στην ύπαρξη ενεργών θεραπειών στις ομάδες ελέγχου [29, 28]. Επίσης, συγκρίνοντας την εξειδικευμένη ΓΣΘ με την τυπική ΓΣΘ βρέθηκε ότι η πρώτη ήταν πιο αποτελεσματική [22].

Μολονότι τα ερευνητικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων ΓΣΘ είναι περισσότερα συγκριτικά με άλλες μορφές ψυχοθεραπείας, παραμένει δύσκολη η εξαγωγή ισχυρών συμπερασμάτων για τα οφέλη της λόγω μεθοδολογικών περιορισμών, ασυνέπειας στα εργαλεία διάγνωσης και εκτίμησης της αποτελεσματικότητας της ΓΣΘ παρέμβασης, ελλιπούς περιγραφής της δομής και του περιεχομένου των συνεδριών, έλλειψης επανεξέτασης σε αρκετά χρονικά σημεία και έλλειψης πολλαπλών μελετών που να αφορούν σε μια συγκεκριμένη μορφή ΓΣΘ. Άλλοι μεθοδολογικοί περιορισμοί είναι η έλλειψη κατάλληλων ομάδων ελέγχου ή η απουσία αυτών, η *μ*η τυχαία ανάθεση σε συνθήκες θεραπείας, το μικρό μέγεθος δείγματος, η έλλειψη πληροφοριών ένταξης στη μελέτη, η μη εκτίμηση ή και συμπερίληψη συννοσηρών συμπτωμάτων, η υποεκπροσώπηση των γυναικών και η ετερογένεια στον ερευνητικό σχεδιασμό.

Ωστόσο, τα αποτελέσματα των προαναφερθεισών μελετών υποδηλώνουν ότι οι παρεμβάσεις συνέβαλαν στη μείωση του χρόνου ενασχόλησης με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια, στη μείωση της σοβαρότητας της διαταραχής, της συννοσηρής συμπτωματολογίας, των γνωστικών διαστρεβλώσεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με τη χρήση ηλεκτρονικών παιχνιδιών και στην αύξηση της ικανοποίησης από τη ζωή. Αξίζει βέβαια να αναφερθεί ότι στόχος των ΓΣΘ παρεμβάσεων δεν ήταν η πλήρης αποχή από τα ηλεκτρονικά παιχνίδια αλλά η ελεγχόμενη χρήση αυτών.

Η αλλαγή της εστίασης της θεραπείας και η εφαρμογή μιας ολοκληρωμένης παρέμβασης συμπεριλαμβανομένου του εθισμού, των συννοσηρών συμπτωμάτων, των ενδοπροσωπικών και διαπροσωπικών ικανοτήτων και της οικογενειακής ψυχοθεραπείας φαίνεται να είναι αποτελεσματικότερη για τα άτομα με εθισμό στα ηλεκτρονικά παιχνίδια από ό,τι η εστίαση μόνο στη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών, δεδομένου ότι οι δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις συνεμφανίζονται με τη διαταραχή [47]. Όσον αφορά τη φαρμακοθεραπεία δεν υπάρχουν επαρκή ερευνητικά δεδομένα. Κλινικές δοκιμές δείχνουν ότι το αντικαταθλιπτικό βουπροπιόνη μπορεί να συμβάλει στη θεραπεία της διαταραχής, αλλά χρειάζονται περαιτέρω μελέτες για να εξετάσουν την επίδραση της χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής σε συνδυασμό ή συγκριτικά με τη ΓΣΘ.

Ανεπίλυτα ζητήματα υπάρχουν αναφορικά με τη βέλτιστη διάρκεια της θεραπείας, τα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθε-



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

σμα οφέλη και την αποτελεσματικότητα της ατομικής έναντι της ομαδικής παρέμβασης. Η ομαδική παρέμβαση φαίνεται να διευκολύνει την κοινωνική υποστήριξη και τη διαπροσωπική αλληλεπίδραση, που συνήθως είναι εξασθενημένες στα άτομα με τη διαταραχή [5, 26], και να παρέχει ευκαιρίες θετικής κοινωνικής επικοινωνίας. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις [48, 21] που παρέχουν κάποια προκαταρκτική υποστήριξη στην ιδέα ότι τα άτομα με διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών επωφελούνται περισσότερο από την εξατομικευμένη θεραπεία, καθώς χαρακτηριστικά όπως το κοινωνικό άγχος, η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων, που συχνά παρατηρούνται, δύνανται να διαταράξουν την εύρυθμη λειτουργία της ομαδικής θεραπείας. Επίσης, η πλειονότητα των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση διεξήχθησαν σε Ασιατικές χώρες και, ως εκ τούτου, δεν μπορούν τα ευρήματα να γενικευθούν σε άλλους πολιτισμούς, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη διεθνή προσέγγιση σε αυτό το επιστημονικό πεδίο.

Άλλος ένας ερευνητικός τομέας που είναι σαφώς περιορισμένος αφορά το είδος του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται η παρέμβαση. Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι ο εθισμός στα ηλεκτρονικά παιχνίδια μπορεί να είναι παροδικός για πολλούς ενήλικες και να μη χρειαστεί κάποιου είδους παρέμβαση [49], ενώ σύμφωνα με άλλες έρευνες υπάρχει συνεχής ενασχόληση με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια με την πάροδο του χρόνου [50] και αυτή η κατεύθυνση της έρευνας αναμένεται να έχει σημαντικές επιπτώσεις στον τομέα της θεραπείας. Από την άλλη, οι έφηβοι που προσέρχονται για θεραπεία παρουσιάζουν διαφορετικές κλινικές και αναπτυξιακές ανάγκες από τους νεαρούς ενήλικες ή τους μεγαλύτερους σε ηλικία ενήλικες. Στη μετα-ανάλυση των Stevens et al. [21] βρέθηκε ότι η ΓΣΘ ήταν αποτελεσματικότερη στη μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής και του άγχους στους ενήλικες συγκριτικά με τους εφήβους. Τα ευρήματα αυτά μπορεί να εξηγηθούν από μεμονωμένους παράγοντες, όπως η μικρότερη προθυμία των εφήβων να συμμετάσχουν στη θεραπεία. Μάλιστα, πολλοί από τους συμμετέχοντες στις μελέτες που συμπεριελήφθησαν, έφηβοι και ενήλικες, ήταν αμφιθυμικοί για τη συμμετοχή και την ολοκλήρωση της θεραπευτικής παρέμβασης. Αυτή η αντίσταση υποδεικνύει ένα βασικό χαρακτηριστικό των ατόμων με διαταραχή εθισμού και δεδομένου του χαμηλού επιπέδου εναισθησίας και του υψηλού επιπέδου αρνητικού συναισθήματος [51] κρίνεται απαραίτητη η κινητοποίηση στη θεραπεία.

Συνοψίζοντας, η έρευνα για τη θεραπεία εθισμού στα ηλεκτρονικά παιχνίδια βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο. Στόχος της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν να επιχειρήσει μια πρώτη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της ΓΣΘ στη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών, να επισημάνει τα ερευνητικά ελλείμματα, καθώς και πιθανές αντιφάσεις στη βιβλιογραφία. Ένα από τα πλεονεκτήματα αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν η συμπερίληψη ενός σημαντικού αριθμού πρόσφατων ερευνών, οι οποίες διεξήχθησαν από το 2013, όταν η διαταραχή εντάχθηκε ως νέα ενδεχόμενη διαγνωστική κατηγορία, έως και το 2020. Επίσης, η παρούσα έρευνα εστίασε αποκλειστικά στην αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από τα διαδικτυακά παιχνίδια, σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες που μελετούσαν πιο γενικά την εξάρτηση από το διαδίκτυο, χωρίς να εξειδικεύονται σε μια συγκεκριμένη μορφή τέτοιου είδους εξάρτησης.

Η παρούσα έρευνα είχε και κάποιους περιορισμούς. Ειδικότερα, παρότι έγινε προσπάθεια να εντοπιστούν όλες οι σχετικές έρευνες, η αναζήτηση ενδέχεται να μην ήταν εξαντλητική λόγω χρονικών και άλλων περιορισμών. Επιπλέον, κάποιες αποκλείστηκαν καθώς η γλώσσα στην οποία είχαν γραφτεί δεν ήταν τα αγγλικά. Επίσης, οι συγγραφείς δεν είχαν πρόσβαση σε μη δημοσιευμένες έρευνες, επομένως τα συμπεράσματα ενδέχεται να ενέχουν προκατάληψη, καθώς είναι πιθανόν οι παρεμβάσεις οι οποίες δεν ήταν αποτελεσματικές να είχαν λιγότερες πιθανότητες να δημοσιευτούν. Στη βάση της προκαταρκτικής χαρτογράφησης του υπό διερεύνηση πεδίου κρίνεται αναγκαίο να διεξαχθούν περισσότερες μετα-αναλύσεις και συστηματικές ανασκοπήσεις για να προκύψουν πιο ισχυρά και σαφή δεδομένα, να ανιχνευθεί, να εκτιμηθεί και να συνυπολογιστεί η ετερογένεια των ευρημάτων και να απαντηθούν ερωτήματα που δεν έχουν προσεγγίσει οι πρωτογενείς μελέτες. Θα ήταν επίσης σημαντικό να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας σε ελληνικά δείγματα, καθώς η παρούσα έρευνα δεν κατάφερε να εντοπίσει σχετικές έρευνες οι οποίες να έχουν διεξαχθεί στον ελληνικό χώρο.

Συμπερασματικά, για την προώθηση του πεδίου απαιτούνται παγκοσμίως περαιτέρω καλά σχεδιασμένες κλινικές μελέτες προκειμένου να διασφαλιστούν καλά εδραιωμένα και κοινώς αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια, σταθμισμένα διαγνωστικά εργαλεία για την εισαγωγή στις κλινικές δοκιμές και εργαλεία εκτίμησης της ανταπόκρισης στην ψυχοθεραπεία. Επίσης, χρειάζονται μελέτες με μεγαλύτερα μεγέθη δείγματος που θα διερευνούν τη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων, τη φύση και τη δομή της αποτελεσματικότερης ΓΣΘ, τα συννοσηρά συμπτώματα και την επίδραση της ΓΣΘ σε συγκεκριμένα συμπτώματα της διαταραχής (π.χ. μείωση ενασχόλησης ή απόκτηση αυτοελέγχου, τροποποίηση του κινήτρου ενασχόλησης όπως η διαφυγή, η κοινωνικοποίηση, η διασκέδαση ή τροποποιήσεις στις προτιμήσεις ηλεκτρονικών παιχνιδιών). Ακόμη, είναι αναγκαίο να διασφαλιστεί ότι οι συμμετέχοντες τυχαιοποιούνται στις συνθήκες θεραπείας και ότι συμπεριλαμβάνονται κατάλληλες ομάδες ελέγχου ώστε να συναχθούν πιο ισχυρά συμπεράσματα αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ. Συνεπώς, η ΓΣΘ είναι μια πολλά υποσχόμενη θεραπεία για τη διαταραχή διαδικτυακών παιχνιδιών, αλλά είναι απαραίτητη η ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών θεραπείας για την αποτελεσματικότερη διαχείρισή της.

---

## Effectiveness of cognitive behavioral therapy on internet gaming disorder: a literature review

**Vasileiou, E.,[1] Argyropoulou, M.-I.[1]**
1. Institute of Behavior and Therapy
Correspondence: Vasileiou Ekaterini, Institute of Behavior Research and Therapy, Lakonos 19 & Lampsa, 115 24, Athens, Greece
Email: kathrinvasil@gmail.com

**Abstract**
Internet gaming addiction can result in significant impairment on various aspects of everyday life, making evident the demand for the identification of effective therapeutic interventions. The aim of the current review is to evaluate the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT), a widely studied psychotherapeutic approach, on

internet gaming disorder. The literature review, which came up with 16 articles in total, was based on databases such as PubMed and Google Scholar. In some studies, mindfulness strategies were applied, in other studies either specific CBT interventions for internet and internet gaming addiction or the standard CBT approach were performed, while other studies utilized Craving Behavioral Intervention, Virtual Reality and Cognitive Commitment Behavioral Therapy. The interventions contributed to the reduction of time spent on internet gaming, the restriction of cognitive distortions and behaviors related to the use of internet gaming as well as to the reduction of the severity of the disorder and of the comorbid symptomatology. Most of the reviewed studies highlighted the advantage of CBT interventions in comparison to control groups and reported that, between specific CBT approaches and typical CBT approaches, the former yielded better results. However, the methodological limitations of the existing studies, the lack of widely accepted diagnostic criteria as well as of valid diagnostic and assessment tools for the evaluation of the therapy responsiveness, increase the difficulty of drawing safe conclusions regarding the effectiveness of CBT and thus the results may be viewed as preliminary. In conclusion, although CBT seems to be a promising treatment for internet gaming disorder, further research is still needed.

**Keywords:** internet addiction, internet gaming disorder, Cognitive Behavioral Therapy, effectiveness, review

## Βιβλιογραφία

[1] World Health Organization. Gaming disorder. ICD-11 beta draft. Retrieved September 14, 2018, from https://www.who.int/news-room/q-a-detail/addictive-behaviours-gaming-disorder.

[2] Goldberg, I. *Internet addiction disorder*. 1996.

[3] Starcevic, V. & Aboujaoude, E. Internet addiction: Reappraisal of an increasingly inadequate concept. *CNS Spectr*, 2017; 22: 7-13.

[4] Young, K.S. Treatment outcomes using CBT-IA with Internet-addicted patients. *J. Behav. Addict*, 2013; 2: 209-215.

[5] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). *American Psychiatric Pub*; 2013 May 22.

[6] Vaccaro, A.G. & Potenza, M.N. Diagnostic and classification considerations regarding gaming disorder: Neurocognitive and neurobiological features. *Front. Psychiatry*, 2019; 10: 405.

[7] World Health Organization. WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11). https://www.who.int/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11). Published June 18, 2018.

[8] Mihara, S. & Higuchi, S. Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: A systematic review of the literature. *Psychiatry Clin. Neurosci*, 2017; 71: 425-444.

[9] Fam, J.Y. Prevalence of internet gaming disorder in adolescents: A meta-analysis across three decades. *Scand. J. Psychol*, 2018; 59: 524-531.

[10] Feng, W., Ramo, D.E., Chan, S.R. & Bourgeois, J. Internet gaming disorder: Trends in prevalence 1998-2016. *Addict. Behav*, 2017; 75: 17-24.

[11] Long, J., Liu, T., Liu, Y., Hao, W., Maurage, P. & Billieux, J. Prevalence and correlates of problematic online gaming: A systematic review of the evidence published in Chinese. *Curr. Addict. Rep*, 2018; 5: 359-371.

[12] Zajac, K., Ginley, M.K. & Chang, R. Treatments of internet gaming disorder: a systematic review of the evidence. *Expert review of neurotherapeutics*, 2020; 20: 85-93.

[13] Dong, G. & Potenza, M.N. A cognitive-behavioral model of Internet gaming disorder: theoretical underpinnings and clinical implications. *Journal of Psychiatric Research*, 2014; 58: 7-11.

[14] Brand, M., Young, K.S., Laier, C., Wölfling, K. & Potenza, M.N. Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific Internet-use disorders: An Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model. *Neurosci Biobehav Rev*, 2016; 71: 252-266.

[15] King, D.L. & Delfabbro, P.H. The cognitive psychopathology of Internet gaming disorder in adolescence. *J Abnorm Child Psychol*, 2016; 44: 1635-1645.

[16] Young, K.S. & Brand, M. Merging theoretical models and therapy approaches in the context of Internet gaming disorder: A personal perspective. *Front. Psychol*, 2017; 8: 1853.

[17] Brand, M., Wegmann, E., Stark, R., Müller, A., Wölfling, K., Robbins, T.W. & Potenza, M.N. The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model for addictive behaviors: Update, generalization to addictive behaviors beyond Internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. *Neurosci Biobehav Rev*; 2019 Jun 24.

[18] King, D.L. & Delfabbro, P.H. *Internet Gaming Disorder: Theory, Assessment, Prevention, and Treatment* (1st edition). Cambridge, MA: Elsevier Academic Press; 2019 Jul 18.

[19] Wichstrøm, L., Stenseng, F., Belsky, J., von Soest, T. & Hygen, B.W. Symptoms of Internet gaming disorder in youth: Predictors and comorbidity. *J Abnorm Child Psychol*, 2019; 47: 71-83.

[20] González-Bueso, V., Santamaría, J., Fernández, D., Merino, L., Montero, E. & Ribas, J. Association between internet gaming disorder or pathological video-game use and comorbid psychopathology: a comprehensive review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2018; 15: 668.

[21] Stevens, M.W.R., King, D.L., Dorstyn, D. & Delfabbroo, P.H. Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: a systematic review and metaanalysis. *Clin Psychol Psychother*. 2018.

[22] Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M.D. & Carbonell, X. The treatment of internet gaming disorder: a brief overview of the PIPATIC program. *Int J Ment Health Addict*. 2018; 16: 1000-15.

[23] Wölfling, K., Müller, K.W., Dreier, M., Ruckes, C., Deuster, O., Batra, A., Mann, K., Musalek, M., Schuster, A., Lemenager, T. & Hanke, S. Efficacy of short-term treatment of internet and computer game addiction: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 2019; 76: 1018-25.

[24] Li, H.L. & Wang, S. The role of cognitive distortions in online game addiction among Chinese adolescents. *Child Youth Serv Rev*, 2013; 35: 1468-1475.

[25] Zhang, J.T., Yao, Y.W., Potenza, M.N., Xia., C.C., Lan, J., Liu, L., Wang, L.J., Liu, B., Ma, S.S. & Fang, X.Y. Effects of craving behavioral intervention on neural substrates of cue-induced craving in Internet gaming disorder. *Neuroimage Clin*, 2016; 12: 591-599.

[26] Yao, Y.W., Chen, P.R., Chiang-shan, R.L., Hare, T.A., Li, S., Zhang, J.T., Liu, L., Ma, S.S. & Fang, X.Y. Combined reality therapy and mindfulness meditation decrease intertemporal decisional impulsivity in young adults with Internet gaming disorder. *Comput. Hum. Behav*, 2017; 68: 210-216.

[27] Han, X., Wang, Y., Jiang, W., Bao, X., Sun, Y., Ding, W., Cao, M., Wu, X., Du, Y. & Zhou, Y. Resting-state activity of prefrontal-striatal circuits in internet gaming disorder: changes with cognitive behavior therapy and predictors of treatment response. *Front. Psychiatry*, 2018; 9: 341.

[28] Hamu, A.H., Yusu, A., Sufyanti, Y.A., Margono, H.M., Triyana, P.D. & Fauzi, A. The Effect of Cognitive Commitment of Behavioral Therapy on Internet Addiction among Adolescents in Kupang City. *Int. J. Nurs. Healthc. Serv*, 2020; 3: 498-506.

[29] Park, S.Y., Kim, S.M., Roh, S., Soh., M.A., Lee, S.H., Kim, H. & Han, D.H. The effects of a virtual reality treatment program for online gaming addiction. *Comput Methods Programs Biomed*, 2016; 129: 99-108.

[30] Kim, S., Yim, H.W., Jo, S.J., Jung, K.I., Lee, K. & Park, M.H. The effects of group cognitive behavioral therapy on the improvement of depression and anxiety in adolescents with problematic internet use. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2018; 29: 73-79.

[31] Han, J., Seo, Y., Hwang, H., Kim, S.M., & Han, D.H. Efficacy of cognitive behavioral therapy for internet gaming disorder. *Clin Psychol Psychother*, 2019 Dec 27.

[32] Sakuma, H., Mihara, S., Nakayama, H., Miura, K., Kitayuguchi, T., Maezono, M. ... & Higuchi, S. Treatment with the self-discovery camp (SDiC) improves internet gaming disorder. *Addict Behav*, 2017; 64: 357-362.

[33] Li, W., Garland, E.L., McGovern, P., O'Brien, J.E., Tronnier, C. & Howard, M.O. Mindfulness-oriented recovery enhancement for internet gaming disorder in US adults: A stage I randomized controlled trial. *Psychol Addict Behav*, 2017; 31: 393.

[34] González-Bueso, V., Santamaría, J.J., Fernández, D., Merino, L., Montero, E., Jiménez-Murcia, S., del Pino-Gutiérrez, A. & Ribas, J. Internet gaming disorder in adolescents: Personality, psychopathology and evaluation of a psychological intervention combined with parent psychoeducation. *Front. Psychol*, 2018; 9: 787.

[35] Wölfling, K., Beutel, M.E., Dreier, M. & Müller, K.W. Treatment outcomes in patients with internet addiction: a clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program. *Biomed Res. Int*, 2014.

[36] Thorens, G., Achab, S., Billieux, J., Khazaal, Y., Khan, R., Pivin, E., Gupta, V. & Zullino, D. Characteristics and treatment response of self-identified problematic Internet users in a behavioral addiction outpatient clinic. *J. Behav. Addict*, 2014; 3: 78-81.

[37] Young, K.S. CBT-IA: The first treatment model for internet addiction. *J Cogn Psychother*, 2011; 25: 304-312.

[38] Jiménez-Murcia, S., Aymamí-Sanromà, M.N., Gómez-Peña, M., Alvarez-Moya, E.M. & Vallejo, J. Protocols de Tractament Cognitivoconductual pel joc Patològic i D'altres Addiccions no Tòxiques [Guidelines of Cognitive-Behavioural Treatment of Pathological Gambling and Other Non-Toxic Addictions]. Barcelona: Hospital Universitari de Bellvitge, Departament de Salut, and Generalitat de Catalunya Barcelona. 2006.



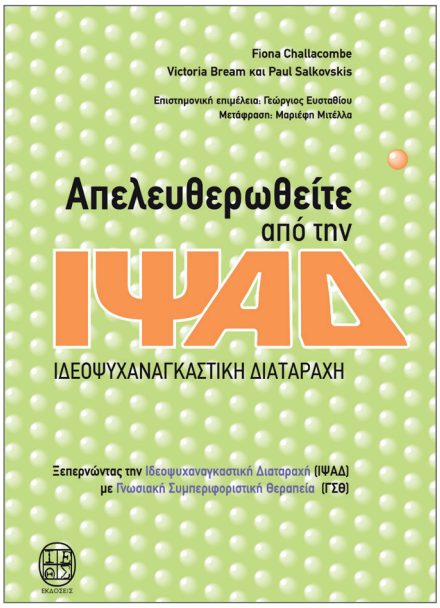
© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

[39] Kim, S.M., Han, D.H., Lee, Y.S. & Renshaw, P.F. Combined cognitive behavioral therapy and bupropion for the treatment of problematic on-line game play in adolescents with major depressive disorder. *Comput. Hum. Behav*, 2012; 28: 1954-1959.
[40] Garland, E.L. *Mindfulness oriented-recovery enhancement for addiction, stress, and pain*. Washington, DC: NASW Press. 2013.
[41] Kim, J.U. The effect of a R/T group counseling program on the Internet addiction level and self-esteem of Internet addiction university students. *Int. J.* Real. Ther, 2008; 27.
[42] Tang, Y.Y, Tang, R. & Posner, M.I. Brief meditation training induces smoking reduction. *Proc Natl Acad Sci*, 2013; 110.
[43] Prochaska, J.O., Diclemente, C.C. & Norcross, J.C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*, 1992; 47: 1102-1114.
[44] Koo, C., Wati, Y., Lee, C.C. & Oh, H.Y. Internet-addicted kids and South Korean government efforts: Boot-camp case. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 2011; 14: 391-394.
[45] Tohyama, T., Yokoyama, A., Matsushita, S. & Higuchi, S. Addiction research cents and the nurturing of creativity. *Addiction*, 2014; 109: 5-11.
[46] Király, O., Tóth, D., Urbán, R., Demetrovics, Z. & Maraz, A. Intense video gaming is not essentially problematic. *Addict Behav*, 2017; 31: 807-817.
[47] Schneider, L.A., King, D.L. & Delfabbro, P.H. Family factors in adolescent problematic Internet gaming: a systematic review. *J. Behav. Addict*, 2017; 6: 321-333.
[48] Winkler, A., Dörsing, B., Rief, W., Shen, Y. & Glombiewski, J.A. Treatment of internet addiction: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 2013; 33: 317-329.
[49] Konkolÿ Thege, B.K., Woodin, E.M., Hodgins, D.C. & Williams, R.J. Natural course of behavioral addictions: A 5-year longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 2015; 15: 4.
[50] Krossbakken, E., Pallesen, S., Mentzoni, R.A., King, D.L., Molde, H., Finserås, T.R. & Torsheim, T. A cross-lagged study of developmental trajectories of video game engagement, addiction, and mental health. *Front. Psychol*, 2018; 9: 2239.
[51] Móller, K.W., Dreier, M., Duven, E., Giralt, S., Beutel, M.E. & Wolfing, K. Adding clinical validity to the statistical power of large-scale epidemiological surveys on internet addiction in adolescence: a combined approach to investigate psychopathology and development-specific personality traits associated with internet addiction. *J Clin Psychiatry*, 2017; 78: 244-251.

ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

# Απελευθερωθείτε από την ΙΨΑΔ – Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

## *Ξεπερνώντας την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΑΔ) με Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία (ΓΣΘ)*




Όταν το 2011 πρωτοκυκλοφόρησε στα αγγλικά το *Απελευθερωθείτε από την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΑΔ)*, υπό τον πρωτότυπο τίτλο *Break free from OCD: Overcoming Obsessive Compulsive Disorder with CBT*, χαιρετήθηκε τόσο από την κοινότητα των ειδικών όσο και των πασχόντων για την καθαρότητα, τη σαφήνειά του και το γεγονός ότι κατορθώνει στις σελίδες του να συμπεριλάβει όλες τις πτυχές της ΙΨΑΔ, αλλά και ξεχωριστές οδηγίες για το πώς αντιμετωπίζεται η καθεμία σύμφωνα με τη Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία (ΓΣΘ). Η ευρεία αποδοχή του δεν ήταν τυχαία, καθώς συνδέεται άρρηκτα με τη βαθιά εμπειρία και την καθαρή πένα των συγγραφέων του, Fiona Challacombe, Victoria Bream και Paul Salkovskis, τριών ειδικών τόσο της ΓΣΘ όσο και της ΙΨΑΔ.

Στα πρώτα κεφάλαια ο αναγνώστης οδηγείται σε μια βαθμαία κατανόηση της διαταραχής, καθώς απαντώνται διαδοχικά τα ερωτήματα τι είναι η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, πώς αναπτύσσεται, και πώς διατηρείται. Κατόπιν, ο αναγνώστης μπορεί να ανατρέξει στη λεπτομερή απεικόνιση των υπότυπων της ΙΨΑΔ (ελεγκτικός τύπος, μόλυνσης/καθαριότητας, μηρυκαστικού τύπου, θρησκευτικού τύπου), ώστε να αναζητήσει τον προσωπικό του τρόπο που εκδηλώνεται η διαταραχή, βάσει του περιεχομένου των ιδεοληψιών του και των συνοδών με αυτές καταναγκασμών. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται μια μονοδιάστατη προσέγγιση, να λαμβάνονται δηλαδή υπόψη μόνο ένας δύο υπότυποι ως αντιπροσωπευτικά παραδείγματα, και προσεγγίζεται η ποικιλομορφία των καταναγκασμών ως συμπεριφορικών ή νοερών αντιδράσεων του πάσχοντος. Στη συνέχεια, δομείται η αντιμετώπιση για τον κάθε τύπο ξεχωριστά, ώστε να μπορέσει ο ενδιαφερόμενος, αφενός, να λάβει προσωπικές απαντήσεις και, αφετέρου, να αποκτήσει πολύπλευρη κατανόηση διαβάζοντας όλες τις κατηγορίες. Καθώς δομείται η αντιμετώπιση, λαμβάνονται υπόψη τα εμπόδια για τη βελτίωση και υποδεικνύονται οι τεχνικές εκείνες που είναι ικανές να τον απελευθερώσουν και να ευοδωθεί η αλλαγή. Οι συγγραφείς δεν λησμονούν να παράσχουν στον αναγνώστη ξεκάθαρες πληροφορίες για το ποιες είναι οι ανησυχίες στο εύρος του φυσιολογικού και αναμενόμενου, και ποιες αποκτούν την ένταση που απαιτείται για να τις θεωρούμε δυσλειτουργικές, εμβαθύνουν σε ειδικά θέματα της ΙΨΑΔ, όπως το πώς αντιμετωπίζονται οι πεποιθήσεις διογκωμένου αισθήματος προσωπικής ευθύνης, και επίσης δίνουν ξεκάθαρες οδηγίες για την εφαρμογή της εκάστοτε τεχνικής, όπως η κατάλληλη χρήση συμπεριφορικών πειραμάτων. Ανάμεσα στα παραπάνω, υπάρχει ξεχωριστό κεφάλαιο αφιερωμένο στην οικογένεια και τους φίλους και στο πώς μπορούν να παράσχουν βοήθεια και να υποστηρίξουν τον οικείο τους που ταλαιπωρείται από την ΙΨΑΔ. Ο οδηγός ολοκληρώνεται με το πώς ο αναγνώστης, απελευθερωμένος πλέον, μπορεί να ανακτήσει τη ζωή του και να προλάβει την πιθανή υποτροπή.

Οι σελίδες τού οδηγού περιλαμβάνουν πλήθος από διαγράμματα, πίνακες, ασκήσεις, προσκλήσεις για δράση, συζήτηση πραγματικών περιπτώσεων και παραδείγματα, τα οποία, αθροιζόμενα, κατορθώνουν να ζωντανέψουν τις τεχνικές και βοηθούν στην εμπέδωση των νοημάτων. Με τον τρόπο αυτό, το *Απελευθερωθείτε από την ΙΨΑΔ* καθίσταται εύκολο να ακολουθηθεί και επιτυγχάνεται μια εναργής επίδειξη των τεχνικών και των βασικών αρχών αντιμετώπισης, ενώ σε παράλληλο χρόνο, όπως κάθε έντυπος οδηγός αυτοβοήθειας, σέβεται τους ρυθμούς του ενδιαφερόμενου.

Ως εγχειρίδιο αυτοβοήθειας, είναι γραμμένο με τέτοιον τρόπο ώστε να απευθύνεται ευθέως σε άτομα που αντιμετωπίζουν ΙΨΑΔ, τα οποία είναι και ο κύριος αναγνώστης-στόχος. Παράλληλα, αποτελεί ένα σημαντικό βοήθημα για τις οικογένειες και τους οικείους των πασχόντων, στην προσπάθειά τους να κατανοήσουν τι προβληματίζει τον συγγενή ή τον φίλο τους, και στο πώς να τον υποστηρίξουν κατάλληλα. Τέλος, αποτελεί σημαντικό βοήθημα και για τον επαγγελματία ψυχικής υγείας, ο οποίος ψάχνει τρόπους να κατανοήσει τη διαταραχή και να καθοδηγήσει τον θεραπευόμενό του με εμπειρικά αποδεδειγμένης αξίας τεχνικές.



© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν στο να θεωρείται σήμερα το *Απελευθερωθείτε από την ΙΨΑΔ* ένας πρακτικός και πλήρης οδηγός, ο οποίος κινητοποιεί τους πάσχοντες από ΙΨΑΔ να βγάλουν νόημα από τα συμπτώματά τους, αλλά και να ακολουθήσουν ένα σαφές πλάνο για να τα διαχειριστούν. Είτε χρησιμοποιηθεί ως αυτόνομος οδηγός αυτοβοήθειας, είτε ως συμπληρωματικό στοιχείο μιας θεραπείας, καταλήγει να δίνει μια καθαρή, καλύτερη και βαθύτερη κατανόηση για το τι είναι η ΙΨΑΔ και να ενισχύει την αυτοαντιμετώπιση.

Η ελληνική έκδοση του βιβλίου από τις Εκδόσεις του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (ΙΕΘΣ) δεν στερείται κανένα από τα χαρακτηριστικά της πρωτότυπης έκδοσης. Η προσεκτική μετάφραση της Μαριέφης Μιτέλλα, ψυχολόγου Υγείας και πιστοποιημένης ΓΣΘ θεραπεύτριας, και η επιστημονική επιμέλεια του δρ. Κλινικής Ψυχολογίας Γιώργου Ευσταθίου, πολύπειρου θεραπευτή, διδάσκοντα και επόπτη ενός μεγάλου εύρους διαταραχών βάσει του ΓΣΘ μοντέλου, εγγυώνται στον Έλληνα αναγνώστη ότι το υλικό του οδηγού γίνεται προσβάσιμο στη γλώσσα του, με την ισάξια, υψηλή ποιότητα των νοημάτων των αρχικών συγγραφέων. Η έκδοσή του μάλιστα εντός του 2020, μιας χρονιάς που σηματοδοτήθηκε από τη διαχείριση της πανδημίας του SARS-COV-2, κάνει το υλικό του οδηγού συγκυριακά επίκαιρο σε πάσης φύσεως αναγνωστικό κοινό, καθώς στη διάρκεια αυτής της χρονιάς απασχόλησε ενδεχομένως το σύνολο του γενικού πληθυσμού ένα μέρος από τα θέματα που συχνά απασχολούν έναν μεγάλο αριθμό πασχόντων από ΙΨΑΔ.

Το *Απελευθερωθείτε από την ΙΨΑΔ* έρχεται να τοποθετηθεί στις βιβλιοθήκες μας δίπλα σε άλλους αξιόλογους τίτλους για την ΙΨΑΔ στην ελληνική γλώσσα, ως ένα σημαντικό εργαλείο αυτοβοήθειας. Άλλωστε, όπως αναφέρεται στον επίλογό του, *το κλειδί για να ξεπεράσετε την ΙΨΑΔ είναι να κατανοήσετε όσο καλύτερα γίνεται πώς λειτουργεί το πρόβλημα και πώς λειτουργεί για εσάς*. Το εν λόγω βιβλίο συμβάλλει ακριβώς σε αυτό.

Γιάννης Χρυσόπουλος
ψυχολόγος, Msc, διδάσκων ΕΓΣΣ