

ΝΔ: 15503.

ΚΩΕ: 15342.

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΜΙΑΣ
ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ
ΚΟΣΤΟΥΣ-ΩΦΕΛΕΙΑΣ**



Παρασκευή Σωτηροπούλου,

Ψυχολόγος

Διδακτορική διατριβή

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Τμήμα Ψυχολογίας

Αθήνα, 2005

Στους γονείς μου

Η παρούσα διδακτορική διατριβή εγκρίθηκε από την επταμελή
εξεταστική επιτροπή στις 7/10/05.

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αναπληρώτρια καθηγήτρια Θεώνη Βελλή

Καθηγητής Μιχάλης Μαδιανός

Αναπληρωτής καθηγητής Robert Mellon

Καθηγητής Γιάννης Παπαδάτος

Καθηγητής Γρηγόρης Ποταμιάνος

Καθηγήτρια Φωτεινή Τσαλίκογλου

Καθηγήτρια Μίκα Χαρίτου-Φατούρου

Ευχαριστίες

Η ολοκλήρωση αυτής της εργασίας είναι αποτέλεσμα της προσφοράς και συνεργασίας πολλών ανθρώπων στους οποίους χρωστώ θερμότες ευχαριστίες.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τους 62 ασθενείς που συμμετείχαν, οι οποίοι με προθυμία συνεργάστηκαν μαζί μου στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων τους και δέχτηκαν να δοθούν τα δεδομένα για στατιστική επεξεργασία. Χωρίς αυτούς γίνεται κατανοητό ότι το κείμενο που ακολουθεί δε θα μπορούσε να διατυπωθεί.

Ευχαριστώ τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Γρηγόρη Ποταμιάνο που μου έδειξε εμπιστοσύνη, μου έδωσε γενναιόδωρα την ευκαιρία να μάθω και με καθοδήγησε σε όλα τα στάδια δεξαγωγής της μελέτης στη διάρκεια των τεσσάρων χρόνων που διήρκτησε η εκπόνησή της.

Ήταν μεγάλη τιμή και χαρά για μένα το ότι επτά σημαίνοντες επιστήμονες δέχτηκαν να με κρίνουν και να εξετάσουν την εργασία μου. Ευχαριστώ την επταμελή εξεταστική επιτροπή για το χρόνο που διέθεσε και τις παρατηρήσεις που διατύπωσε.

Ευχαριστώ επίσης θερμά τις κυρίες Susan Gregory, ψυχίατρο και Νατάσα Δανηλίδου, οικονομολόγο υγείας, για τις πολύτιμες συμβουλές τους επί των οικονομικών θεμάτων.

Η παρούσα εργασία διενεργήθηκε στο χώρο της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς (ΜΘΣ) που αποτελεί παράρτημα του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών. Για τέσσερα χρόνια πριν την έναρξή της, είχα την τύχη να φιλοξενηθώ στη ΜΘΣ και άρα στο ΕΚΨΥΕ, ως εκπαιδευόμενη στην Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς, όπου έμαθα να εφαρμόζω τη συγκεκριμένη ψυχοθεραπεία σε ασθενείς από όλο το φάσμα των διαταραχών άγχους. Εκτός όμως, από την αδιαμφισβήτητη

χρήσιμη κλινική εμπειρία, ήρθα σε επαφή με ανθρώπους που αγαπούν την έρευνα και πιστεύουν ότι είναι απαραίτητες οι θεραπευτικές παρεμβάσεις να είναι μετρήσιμες, περιγράψιμες και επαληθεύσιμες, γνώση η οποία ελπίζω να με ακολουθεί για το υπόλοιπο της πορείας μου στο χώρο της Ψυχολογίας. Γι' αυτούς και γι' άλλους χίλιους λόγους που δεν είναι δυνατό να αναφέρω εδώ, ευχαριστώ το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών για τη φιλόξενη τάσων ετών.

Το έμψυχο δυναμικό της ΜΘΣ βοήθησε ποικιλοτρόπως σε όλες τις φάσεις από τις οποίες πέρασε η παρούσα εργασία, τόσο ηθικά όσο και πρακτικά. Ευχαριστώ όλους τους θεραπευτές (Λία Κουμαντάνου, Ευφροσύνη Σπανέα, Γιάννη Κασβίκη, Τιτίκα Μητσοπούλου και Βαγγέλη Νικητόπουλο), οι οποίοι συμμορφώθηκαν αλόγιστα στις επιταγές του ερευνητικού πρωτοκόλλου και με μεγάλη υπομονή ακολούθησαν τις παραινήσεις μου για όσο το δυνατό αρτιότερη καταγραφή των θεραπευτικών πεπραγμένων.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες χρωστώ στην Ευφροσύνη Σπανέα που με βοήθησε πολύ στην επεξήγηση στατιστικών εννοιών και τη Μαρία Λιβανού που μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα μου έμαθε όσα ξέρω για τη στατιστική, τον επιστημονικό τρόπο γραφής και τη μεθοδολογία

Επί σειρά ετών, κάποιοι άνθρωποι πρόσφεραν ασταμάτητα τη συμπαράστασή τους, δήλωναν πάντα διαθέσιμοι, διάβασαν ξανά και ξανά το γραπτό μου, παρατήρησαν, πρότειναν και συμβούλεψαν. Ευχαριστώ το Γιάννη Κασβίκη, υπεύθυνο της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς και τις φίλες και συναδέλφους Πασχαλιά Μυτσκίδου και Τιτίκα Μητσοπούλου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη	σελ. 8
Εισαγωγή	σελ. 12
E.1 Σύντομη ιστορική αναδρομή και παρουσίαση των Διαταραχών Άγχους	σελ. 13
E.2 Επιδημιολογικά δεδομένα για τις Διαταραχές Άγχους	σελ. 18
E.3 Χαρακτηριστικά των Ελλήνων νοσούντων και θεραπεία που έλαβαν	σελ. 25
E.4 Αναγνωριστικότητα της ψυχοπαθολογίας	σελ. 27
E.5 Το άμεσο και έμμεσο κοινωνικό κόστος των Διαταραχών Άγχους και η ποιότητα ζωής των ασθενών	σελ. 30
E.6 Συν-νοσηρότητα	σελ. 39
E.7 Ορθή αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών σύμφωνα με τις προτάσεις της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρείας	σελ. 42
Κεφάλαιο 1^ο – Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας	σελ. 45
1.1 Εφαρμοσμένες θεραπείες στις Διαταραχές Άγχους	σελ. 47
1.2 Αποτελεσματικότητα της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς στις Διαταραχές Άγχους	σελ. 49
1.3 Κλινικές άγχους στη διεθνή βιβλιογραφία	σελ. 64
1.4 Αξιολόγηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων και των δομών παροχής τους στη βάση οικονομικών κριτηρίων	σελ. 75
1.5 Αποδόσεις ελέγχου ψυχικής υγείας	σελ. 80
Κεφάλαιο 2^ο – Πιλοτική έρευνα	σελ. 84
2.1 Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών	σελ. 85
2.2 Η Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς (ΜΘΣ)	σελ. 88

2.3 Η Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς για τις Διαταραχές Άγχους (Το Θεωρητικό υπόβαθρο – Θεωρίες Μάθησης – Η εξέλιξη)	σελ. 90
2.4 Ανάλυση και περιγραφή της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς για τις Διαταραχές Άγχους	σελ. 94
2.5 Η πιλοτική έρευνα	σελ. 100
Κεφάλαιο 3^ο - Μέθοδος	σελ. 110
3.1 Σκοπός της παρούσας μελέτης	σελ. 111
3.2 Υπό εξέταση ασθενείς	σελ. 112
3.3 Θεραπευτικό πρωτόκολλο της ΜΘΣ, αξιολογήσεις, θεραπευτές	σελ. 112
3.4 Ψυχομετρικά εργαλεία	σελ. 117
3.5 Μεθοδολογία που αφορά στη μέτρηση του κόστους	σελ. 126
3.6 Στατιστική επεξεργασία	σελ. 126
3.7 Ερευνητικές υποθέσεις	σελ. 127
Κεφάλαιο 4^ο - Αποτελέσματα	σελ. 129
4.1 Περιγραφή του κλινικού έργου της ΜΘΣ μέσα σε ένα χρόνο	σελ. 130
4.2 Δημογραφικά στοιχεία και χαρακτηριστικά του δείγματος	σελ. 133
4.3 Διαχείριση ελλιπών δεδομένων	σελ. 134
4.4 Κλινική αποτελεσματικότητα της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς στη ΜΘΣ	σελ. 135
4.5 Αλλαγές στην απόδοση ελέγχου ψυχικής υγείας μετά την Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς	σελ. 148
4.6 Συγκριτικές γραφικές αναπαραστάσεις της κλινικής πορείας των δύο ομάδων	σελ. 154
4.7 Ικανοποίηση ασθενών	σελ. 167
4.8 Αποτελεσματικότητα θεραπειών	σελ. 168

4.9 Χρήση φαρμάκων	σελ. 169
4.10 Λόγοι άρνησης και διακοπής θεραπείας	σελ. 169
4.11 Προτάσεις θεραπευόμενων για τη ΜΘΣ και τους θεραπευτές της	σελ. 171
4.12 Εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο	σελ. 173
4.13 Διερεύνηση κόστους για το ΚΨΥ	σελ. 174
Κεφάλαιο 5ο - Συζήτηση	σελ. 175
5.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων της ΜΘΣ – Εξέταση αρχικών υποθέσεων	σελ. 176
5.2 Γενικές παρατηρήσεις από τη λειτουργία της ΜΘΣ κατά το χρονικό διάστημα μελέτης και προτάσεις για βελτίωση της λειτουργίας της	σελ. 200
5.3 Γενικά συμπεράσματα και προτάσεις	σελ. 212
5.4 Περιορισμοί της παρούσας μελέτης	σελ. 223
5.5 Σύνοψη συμπερασμάτων και προτάσεων	σελ. 225
Βιβλιογραφία	σελ. 227
Παράρτημα	σελ. 262

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι Διαταραχές Άγχους είναι συχνές αρρώστιες που αφορούν νέες ηλικίες και συνοδεύονται από Διαταραχές Συναισθήματος και Εξάρτησης. Έχουν υψηλό έμμεσο και άμεσο κοινωνικό κόστος, συγκρίσιμο με τα καρδιαγγειακά νοσήματα και σημαντική αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των πασχόντων. Επιδημιολογικά δεδομένα υποδεικνύουν αυξημένη επίπτωση των Διαταραχών Άγχους τόσο στο γενικό πληθυσμό της χώρας μας, όσο και της πόλης της Αθήνας ειδικότερα. Η Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς είναι ψυχοθεραπεία επιλογής για τις Διαταραχές Άγχους. Στην Αθήνα η Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς (ΜΘΣ) που αποτελεί παράρτημα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (ΚΨΥ), είναι ένας χώρος παροχής θεραπείας τα τελευταία δεκαέξη χρόνια.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η κατά το δυνατόν σφαιρικότερη καταγραφή και αξιολόγηση των λειτουργιών της ΜΘΣ για το χρονικό διάστημα ενός έτους (Μάιος 2002 – Μάιος 2003), τόσο από τη μεριά των θεραπόντων (κλινικό έργο), όσο και των θεραπευόμενων. Το παρεχόμενο κλινικό έργο αξιολογείται συγκρίνοντας τα θεραπευτικά κέρδη όσων ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους με όσους την αρνήθηκαν ή/και τη διέκοψαν. Ακόμη, αξιολογείται η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και από το θεραπευτή τους και συγκρίνεται η αποτελεσματικότητα έμπειρων και άπειρων θεραπειών. Παράλληλα, καταγράφονται η ερευνητική, εκπαιδευτική και διοικητική δραστηριότητα της ΜΘΣ. Τέλος, διερευνάται το κόστος λειτουργίας της για το προαναφερόμενο διάστημα.

Δεδομένης της έλλειψης παρόμοιων ερευνών στη χώρα μας, μια τέτοιου είδους μελέτη αξιολόγησης ελπίζουμε να συμβάλει στη διατύπωση προτάσεων για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών σ' αυτή την ομάδα διαταραχών και στην

εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τη βελτίωση της συνεργασιμότητας των θεραπειών με τους ασθενείς.

Σε ότι αφορά το κλινικό έργο κατά το χρονικό διάστημα μελέτης, συνολικά επικοινωνήσαν με τη ΜΘΣ 116 άνθρωποι που ζήτησαν θεραπεία, εκ των οποίων οι 87 αξιολογήθηκαν και από αυτούς κρίθηκαν κατάλληλοι για Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς, ότι πληρούν δηλαδή τα κριτήρια κάποιας από τις αγχώδεις διαταραχές, οι 62. Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελείτο από δύο εργαζόμενους και επτά εκπαιδευόμενους εθελοντές, εκ των οποίων οι οχτώ είχαν το ρόλο του θεραπευτή και μια το ρόλο της αξιολογήτριας.

Συχνότερες παραπεμπτικές πηγές για τους ασθενείς αποτέλεσαν η προσωπική αναζήτησή τους (ΜΜΕ, διαδίκτυο) και ακολούθησαν ιδιώτες ψυχίατροι ή ψυχολόγοι, άλλες δημόσιες υπηρεσίες (π.χ. νοσοκομεία) και τέλος άλλες υπηρεσίες του ΚΨΥ. Ο μέσος χρόνος αναμονής του ασθενούς μέχρι το πρώτο ραντεβού αξιολόγησης ήταν 27 ημέρες, ενώ ο μέσος χρόνος θεραπείας για αυτούς που ολοκλήρωσαν επιτυχώς τη θεραπεία τους ήταν 11 συνεδρίες.

Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν σε κλίμακες μέτρησης ψυχοπαθολογίας, απόδοσης ελέγχου ψυχικής υγείας, προσαρμογής, ενώ ζητήθηκε να αναφέρουν το βαθμό ικανοποίησής τους από τη συνεργασία τους με τη ΜΘΣ και το θεραπευτή τους, τους λόγους που τους ώθησαν να διακόψουν τη θεραπεία ή να αρνηθούν την εμπλοκή τους σ' αυτή και να προτείνουν πιθανές αλλαγές που έκριναν ότι θα βελτίωνε τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Σε ότι αφορά τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά οι ασθενείς που εξυπηρετήθηκαν ήταν κυρίως νέοι, μορφωμένοι, χρόνια πάσχοντες, με σταθερή προσωπική σχέση, με ιστορικό προηγούμενων αποτυχημένων ψυχοθεραπευτικών προσπαθειών και χρήση φαρμάκων κατά την αρχική αξιολόγηση. Η πλειονότητα τους

υπέφερε από Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία. Το 84% αυτών που ενεπλάκησαν στη θεραπεία, την ολοκλήρωσαν επιτυχώς, ενώ ποσοστό 16% τη διέκοψαν πριν αυτή ολοκληρωθεί.

Η σύγκριση της κλινικής αποτελεσματικότητας έγινε μεταξύ αυτών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους και εκείνων που είτε αρνήθηκαν να ακολουθήσουν τη θεραπεία ή τη διέκοψαν πρόωρα. Η πλειονότητα της πρώτης ομάδας σημείωσε ύφεση της συμπτωματολογίας τους και διατήρηση αυτής ένα χρόνο μετά το πέρας της ενεργού φάσης της θεραπείας, αλλαγή στις αποδόσεις ελέγχου της υγείας και αύξηση της λειτουργικότητάς και προσαρμογής τους. Παρόμοιες αλλαγές δεν παρατηρήθηκαν για τη δεύτερη ομάδα στην εξάμηνη και ετήσια αξιολόγηση.

Και οι δύο ομάδες εμφανίστηκαν ικανοποιημένες, τόσο από τη ΜΘΣ, όσο και από το θεραπευτή τους, με την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας περισσότερο από την ομάδα της άρνησης και διακοπής θεραπείας. Δε σημειώθηκαν διαφορές στη δηλωμένη ικανοποίηση των θεραπευόμενων ανάλογα με το αν εξυπηρετήθηκαν από έμπειρο ή άπειρο θεραπευτή, και η αποτελεσματικότητα έμπειρων και άπειρων θεραπειών ήταν παρόμοια. Το μέσο ωριαίο κόστος παραγωγικής εργασίας λειτουργίας της ΜΘΣ για το ΚΨΥ κατά το έτος διεξαγωγής της μελέτης, βρέθηκε να ξεπερνά τα 53 Ευρώ.

Ακόμη, σημειώθηκε μείωση της χρήσης φαρμάκων για όλο το δείγμα κατά την αρχική αξιολόγηση και στην εξάμηνη ή ετήσια παρακολούθηση. Συγκεκριμένα, σε ότι αφορά τις βενζοδιαζεπίνες, το ποσοστό χρήσης στην αρχή ήταν 37%, το οποίο μειώθηκε σε 25% στην εξάμηνη και σε 9% στην ετήσια αξιολόγηση. Παρόμοια φθίνουσα τάση εμφανίζεται και στη χρήση αντικαταθλιπτικών. Στην αρχική αξιολόγηση το ποσοστό χρήσης ήταν 21% για όλο το δείγμα, ενώ στις μακρόχρονες αξιολογήσεις τα ποσοστά πέφτουν σε 11,5% και 9% αντίστοιχα. Σε ότι αφορά τους

λόγους άρνησης ή διακοπής θεραπείας, οι περισσότεροι, 38% ανέφεραν αντικειμενικές δυσκολίες συνέχισης της θεραπείας (επαγγελματικοί λόγοι, απόσταση, διαπροσωπικά προβλήματα), 27% ανέφεραν δυσκολίες επικοινωνίας με το θεραπευτή τους και 15% είχαν αντιρρήσεις σε ότι αφορά τη λογική της θεραπείας.

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα, η κλινική εφαρμογή της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς όπως διεξάγεται στη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, αποδείχτηκε αποτελεσματική για την πλειονότητα των ασθενών που τη δοκίμασαν και τα θετικά αποτελέσματα φάνηκαν να διαρκούν μέχρι και τον ένα χρόνο επαναξιολόγησης. Οι λόγοι άρνησης και διακοπής θεραπείας αφορούν περισσότερο αντικειμενικές δυσκολίες. Οι ασθενείς που αρνούνται θεραπεία για αντικειμενικούς λόγους ξαναζητούν θεραπεία όταν νομίζουν ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν. Δεν υπάρχουν διαφορές στην ικανοποίηση των ασθενών και την κλινική αποτελεσματικότητα από έμμισθους και εθελοντές ή έμπειρους και άπειρους θεραπευτές. Τέλος, σε ότι αφορά τη συλλογή των δεδομένων υπήρξε βελτίωση κατά το τελευταίο έτος που η ΜΘΣ λειτουργήσε κάτω από ερευνητικό πρωτόκολλο σε σύγκριση με παλαιότερα έτη.

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας συζητώνται και διατυπώνονται προτάσεις.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ε.1 Σύντομη ιστορική αναδρομή και παρουσίαση των Διαταραχών Άγχους

Οι Διαταραχές άγχους έχουν περιγραφεί από τον 4ο αιώνα π.Χ. στα γραπτά του Ιπποκράτη (Regier et al., 1988). Εξαιτίας πολύπλοκων ιστορικών λόγων οι πρώτοι ειδικευμένοι στην ψυχιατρική, στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, ασχολήθηκαν κυρίως με την ταξινόμηση και περιγραφή των ψυχωστικών διαταραχών. Ως αποτέλεσμα, η ανάπτυξη του πεδίου των διαταραχών άγχους (όπως και το πεδίο των σωματόμορφων και αποσυνδεδετικών διαταραχών), αφέθηκε σε νευρολόγους όπως ο daSilva, ο Briquet, ο Beard, ο Charcot και ο Freud (Pichot, 1994).

Οι όροι φοβία και ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές περιγράφονται μεν από την εποχή του Ιπποκράτη, αλλά διακρίθηκαν ως ψυχικές διαταραχές στο τέλος του 19^{ου} αιώνα, ενώ ο όρος φοβία άρχισε να χρησιμοποιείται μόλις στην αρχή του 20^{ου}. Από εκεί κι έπειτα, σταδιακά, χρησιμοποιήθηκε με τη σημερινή του έννοια: δηλαδή, ένας υπερβολικός φόβος, ο οποίος δεν μπορεί να φύγει επιστρατεύοντας τη λογική και οδηγεί στην αποφυγή των φοβογόνων ερεθισμάτων (Marks, 1987).

Το 19^ο αιώνα καταγράφηκαν πολλές περιγραφές φοβιών, μέχρι το 1895 που ο Freud διέκρινε τις ειδικές φοβίες για συγκεκριμένα ερεθίσματα που δεν προκαλούν φόβο στο μέσο άνθρωπο (σε αντίθεση με την αγοραφοβία), από φοβίες καταστάσεων στις οποίες οι περισσότεροι άνθρωποι αντιδρούν με άγχος (όπως φίδια, θάνατος, αρρώστιες) (Marks, 1987). Το ενδιαφέρον της ψυχιατρικής στις Διαταραχές Άγχους θα παραμείνει περιορισμένο καθόλη τη διάρκεια του πρώτου μισού του 20^{ου} αιώνα, λόγω της επικρατούσας άποψης ότι οι νευρώσεις είναι ήπιες διαταραχές χωρίς οργανικά αίτια και ότι η θεραπεία τους θα πρέπει απαραίτητα να βασίζεται σε κάποια μορφή ψυχοθεραπείας (Gelder, 1989).

Η συνειδητοποίηση ότι οι διαταραχές άγχους μπορούν να θεραπευτούν αποτελεσματικά με φαρμακολογικά μέσα, η ανάπτυξη αξιόπιστων διαγνωστικών κριτηρίων και η εξέλιξη της μοντέρνας ψυχιατρικής νοσολογίας έθεσαν τους όρους για μια κριτική επανεξέταση του μεγέθους και των κοινωνικών συνεπειών των Διαταραχών Άγχους (Mendlowicz & Stein, 2000).

Το 1947 οι φοβίες έγιναν ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία στη Διεθνή Ταξινόμηση Νόσων (International Classification of Diseases – ICD) και το 1952 στην ταξινόμηση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο – Diagnostic and Statistical Manual).

Βεβαίως, αρχικά γίνονταν ευρεία χρήση του όρου «νεύρωση» για να περιγραφούν ομάδες προβλημάτων στις οποίες συγκαταλέγονταν οι φοβίες και τα ψυχαναγκαστικά προβλήματα, μαζί με την υστερία, την υποχονδρίαση, τη νευρωτική κατάθλιψη και την οιστριονική συμπεριφορά. Το 1974, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization), οι νευρώσεις ορίζονταν ως εξής :

«οι ψυχικές διαταραχές χωρίς διακεκριμένη οργανική βάση κατά τις οποίες ο ασθενής έχει σημαντική επίγνωση της κατάστασής του και ο έλεγχος της πραγματικότητας παραμένει ανέπαφος, ενώ συνήθως δεν μπερδεύει τις νοσηρές υποκειμενικές εμπειρίες και φαντασίες του με την εξωτερική πραγματικότητα. Η συμπεριφορά επηρεάζεται σημαντικά, παρόλο που συνήθως παραμένει σε κοινωνικά αποδεκτά όρια, αλλά η προσωπικότητά του είναι αποδιοργανωμένη. Οι κυρίαρχες εκδηλώσεις είναι το υπερβολικό άγχος, τα υστερικά συμπτώματα, οι φοβίες, ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα και κατάθλιψη» (Marks, 1981).

Η κατηγορία των νευρώσεων που υπήρχε στο DSM - II (APA, 1968) δεν εξακολούθησε να υπάρχει στη νεότερη έκδοση (APA, 1980), στην οποία αντικαταστάθηκε από τον όρο «αγχώδεις διαταραχές» που περιελάμβαναν μικρότερο

μέρος της παλαιότερης ομάδας, ενώ προστέθηκαν και δύο νέες διαταραχές (η οξεία και χρόνια Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους).

Τελικά, στο DSM - IV (APA, 1994), την τελευταία δηλαδή έκδοση της ταξινόμησης των ψυχιατρικών διαταραχών από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, προτάθηκε και ακολουθήθηκε η κατανομή των παλαιότερα χαρακτηριζόμενων νευρωτικών διαταραχών σε 3 γενικές κατηγορίες: α) αγχώδεις, β) σωματόμορφες, γ) διασχιστικές. Έτσι, η ομάδα των Διαταραχών Άγχους διαμορφώθηκε ως εξής :

Διαταραχή Πανικού χωρίς Αγοραφοβία

Το χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η εμφάνιση επαναλαμβανόμενων και μη αναμενόμενων κρίσεων πανικού που ακολουθούνται από ανησυχία διάρκειας τουλάχιστον ενός μήνα για το ενδεχόμενο επανεμφάνισης μελλοντικών κρίσεων. Ως Κρίση Πανικού ορίζεται μία απότομη εμπειρία έντονου φόβου ή οξείας ανησυχίας που συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα όπως ταχυκαρδία ή έντονους καρδιακούς παλμούς, τρέμουλο, δύσπνοια, ζαλάδα, τάση λιποθυμίας κ.α. (Barlow & Durand, 2001).

Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία

Οι περισσότερες περιπτώσεις ασθενών με Διαταραχή Πανικού συνοδεύονται και από Αγοραφοβία που σύμφωνα με το DSM-IV είναι ο φόβος να βρίσκεται κάποιος σε μέρη ή καταστάσεις από τις οποίες η διαφυγή θεωρείται δύσκολη (ή ντροπιαστική) ή σε καταστάσεις όπου δεν υπάρχει διαθέσιμη βοήθεια στην περίπτωση εμφάνισης κρίσεων πανικού ή έντονου άγχους. Ως αποτέλεσμα αυτού του φόβου(ων) ο άρρωστος περιορίζει την κινητικότητά του ή χρειάζεται κάποιον συνοδό όταν φεύγει μακριά από το σπίτι. Υπάρχουν και περιπτώσεις ανθρώπων που καταφέρνουν να

υπομείνουν φοβογόνες καταστάσεις, αλλά αυτό γίνεται υπό την επήρεια έντονου άγχους και σημαντικής δυσφορίας στη σκέψη ότι μπορεί να έχουν κάποια κρίση.

Αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού

Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν οι ασθενείς που δεν είχαν ποτέ επαναλαμβανόμενες κρίσεις πανικού, αλλά κρίσεις άγχους. Στην κρίση άγχους συνυπάρχουν λιγότερα σωματικά συμπτώματα από αυτά που απαιτούνται για να θεωρηθεί κρίση πανικού. Ως αποτέλεσμα και εδώ παρατηρούνται στην κλινική εικόνα αποφυγές συγκεκριμένων τόπων και καταστάσεων στις οποίες η διαφυγή κρίνεται από τον πάσχων ότι θα είναι δύσκολη.

Κοινωνική Φοβία

Περιγράφεται ως έντονος φόβος μιας ή περισσότερων κοινωνικών καταστάσεων κατά τις οποίες ο άρρωστος αισθάνεται εκτεθειμένος σε πιθανή κριτική άλλων και φοβάται ότι θα κάνει κάτι ή θα δράσει κατά τέτοιο τρόπο που θα ντροπιαστεί. Στην κλινική εικόνα μπορεί να υπάρχουν και κρίσεις πανικού, πυροδοτημένες από συγκεκριμένα κοινωνικού τύπου ερεθίσματα. Παραδείγματα συμπεριφορών ανθρώπων με κοινωνικό άγχος είναι η αδυναμία να κοιτάζουν τους άλλους ανθρώπους στο πρόσωπο, ανικανότητα να δώσουν μια δημόσια ομιλία, φόβος πνιγμού με φαγητό όταν τρώνε μπροστά σε άλλους, αδυναμία να ουρήσουν σε δημόσιο ουρητήριο κ.λ.π..

Ειδικές Φοβίες

Αφορούν το μόνιμο φόβο ενός συγκεκριμένου ερεθίσματος ή κατάστασης, όπως η φοβία ύψους, αεροπλάνου, αίματος-ενέσεων, ζώων ή εντόμων κ.α. Η έκθεση στα ερεθίσματα αυτά γεννούν μεγάλο άγχος που μπορεί να πάρει και τη μορφή κρίσεων πανικού. Υπάρχουν πέντε τύποι ειδικών φοβιών : α) ζώων, β) περιβαλλοντικού τύπου, γ) αίματος – ενέσεων – τραυματισμού, δ) καταστάσεων και ε) άλλος τύπος,

στον οποίο ανήκουν όλες οι φοβίες που δεν μπορούν να συμπεριληφθούν σε κάποια από τις υπόλοιπες κατηγορίες (π.χ. φοβία εμετού, πνιγμού, δυνατών θορύβων κ.λ.π.).

Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους

Το χαρακτηριστικό της είναι επίμονη και υπερβολική ανησυχία για καταστάσεις της καθημερινής ζωής, σχεδόν κάθε μέρα για ένα διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών. Συνοδεύονται από συμπτώματα όπως εύκολη κόπωση, δυσκολία συγκέντρωσης, ένταση μυών, δυσκολίες στον ύπνο κ.α.

Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

Χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες, επίμονες σκέψεις, εικόνες ή παρορμήσεις που προκαλούν μεγάλο άγχος και ο πάσχων προσπαθεί να τις αγνοήσει, να τις διώξει ή να τις εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη. Οι σκέψεις δεν αφορούν θέματα ή προβλήματα της καθημερινότητας. Παραδείγματα σκέψεων ιδεοψυχαναγκαστικών είναι βλάσφημες σκέψεις ή επαναλαμβανόμενες ιδέες ότι ένας γονιός θέλει να σκοτώσει το παιδί του. Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται ότι οι σκέψεις είναι προϊόντα του δικού τους μυαλού και συνήθως τις θεωρούν παράλογες. Οι τελετουργίες (πράξεις ή σκέψεις που επιστρατεύονται από τον ασθενή για να εξουδετερώσει τις ανεπιθύμητες ιδέες του), συνήθως είναι υπερβολικές, χρονοβόρες, δημιουργούν δυσφορία και συχνά δεν συνδέονται με ρεαλιστικό τρόπο με τις σκέψεις που προσπαθούν αδρανοποιήσουν.

Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους

Αφορά την εμφάνιση συγκεκριμένων συμπτωμάτων τόσο άγχους όσο και κατάθλιψης, μετά την εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος (π.χ. σεισμός, αυτοκινητιστικό ατύχημα, βιασμός, ομηρία, στρατιωτική μάχη κ.λ.π.), κατά το οποίο απειλήθηκε η σωματική ακεραιότητα του πάσχοντα ή άλλων ή υπήρξε μάρτυρας θανάτου άλλων ανθρώπων. Η απάντηση του ατόμου στο γεγονός περιείχε έντονο

φόβο ή αίσθηση αβοήθητου. Γίνεται διαχωρισμός ανάμεσα στις χρόνιες (συνολική διάρκεια συμπτωμάτων περισσότερο από 3 μήνες) και τις οξείες περιπτώσεις.

Οξεία Διαταραχή Άγχους

Περιλαμβάνει όλα τα συμπτώματα της Μετατραυματικής Διαταραχής Άγχους με τη διαφορά ότι αυτή η διάγνωση δίδεται σε περιπτώσεις που τα συμπτώματα εμφανίζονται αμέσως μετά το γεγονός και δεν έχουν συνολική διάρκεια πέραν του ενός μήνα.

Διαταραχή Άγχους οφειλόμενη σε ουσία ή γενική ιατρική κατάσταση

Όλες οι διαταραχές άγχους που είναι αποτέλεσμα δηλητηρίασης από μια ουσία (π.χ. κάνναβη, καφεΐνη, υπνωτικά) ή απόσυρσης από μια ουσία (π.χ. κοκαΐνη, υπνωτικά, αγχολυτικά, ηρεμιστικά) ή μιας ασθένειας (π.χ. ενδοκρινολογικά, καρδιαγγειακά, μεταβολικά και νευρολογικά προβλήματα) ανήκουν σ' αυτή την ομάδα.

Διαταραχή Άγχους μη οριζόμενη αλλιώς

Εδώ απαντώνται οι αγχώδεις διαταραχές που δεν ανήκουν σε καμιά από τις παραπάνω κατηγορίες.

E.2 Επιδημιολογικά δεδομένα για τις Διαταραχές Άγχους

(α) Διεθνής βιβλιογραφία

Η επιδημιολογία είναι μια επιστήμη που στοχεύει να ρίξει φως στις αιτίες και στη φύση των ψυχικών διαταραχών καθώς και στον τρόπο με τον οποίο ικανοποιούνται οι κοινωνικές ανάγκες υγείας (Marks, 1986). Ο καθορισμός συγκεκριμένων ποσοστών νοσούντων από κάποια διαταραχή είναι μια διαρκώς εξελισσόμενη διαδικασία, λόγω του ότι τα δεδομένα από διάφορες έρευνες δεν είναι αποτέλεσμα της ίδιας μεθοδολογίας. Ο χώρος από τον οποίο αντλείται το δείγμα

μελέτης είναι συνήθως διαφορετικός ανάλογα με το σκοπό της εκάστοτε μελέτης (ιατρεία γενικών ιατρών, γενικά νοσοκομεία, ή ψυχιατρικές μονάδες που λειτουργούν ως εξωτερικά ιατρεία) και συχνά τα δείγματα διαφέρουν ως προς τη σύνθεσή τους από συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες ή τα δύο φύλα. Διαφορετικές εκτιμήσεις μπορεί να προκύψουν αν μελετώνται ποσοστά επίπτωσης σε έναν χρόνο ή σε μικρότερα χρονικά διαστήματα, όπως ένας ή έξι μήνες ή σε κάποια συγκεκριμένη στιγμή στο χρόνο. Επίσης, διαφορετικά κλινικά εργαλεία συχνά καταλήγουν σε ποικίλα αποτελέσματα. Ακόμη και μικρές αλλαγές στη διαγνωστική αξιολόγηση ή στις κλινικές μετρήσεις μπορούν να τροποποιήσουν τα ποσοστά.

Είναι γνωστό πως η έκφραση κάθε ασθένειας, ιδιαίτερα μάλιστα ψυχιατρικής, επηρεάζει και επηρεάζεται από τις περιβαλλοντικές συνθήκες (οικονομικές, πολιτισμικές, κοινωνικές κ.α.). Η δυναμική αυτή σχέση, που λέγεται πως αφήνει άθικτο τον κορμό της ασθένειας σε τόπο και χρόνο, δεν μπορεί να αφήνει ανεπηρέαστο τον εξεταστή, ερευνητή ή θεράποντα. Έτσι, η περιγραφή έχει πάντα ως ένα από τα στοιχεία αναφοράς της τη θεραπεία, και η θεραπεία είναι άμεσα συναρτημένη με τον τόπο και το χρόνο. Για παράδειγμα, οι θεραπευτικές εξελίξεις στη μανιοκατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια δημιούργησαν το έδαφος για να αναπτυχθούν οι υποθέσεις για τη φύση αυτών των διαταραχών, γεγονός που αλλάζει την αντίληψη που έχουμε γι' αυτές τις αρρώστιες. Συνεπώς, η εικόνα που καλείται να διαμορφώσει ο εξεταστής δεν είναι μόνον για τον τύπο της διαγνωστικής κατηγορίας, αλλά και πώς αυτή εκφράζεται κλινικά, γεγονός που είναι άμεσο αποτέλεσμα της μεταβολής των θεραπευτικών μας ικανοτήτων (Κασβίκης, 1984). Η Ιδεο-Ψυχαναγκαστική Διαταραχή, για παράδειγμα, εθεωρείτο σπάνια πριν 15 χρόνια και η συχνότητα αναγνώρισής της αυξάνει όσο βελτιώνονται οι θεραπευτικές μας ικανότητες.

Σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα φαίνεται να καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι Διαταραχές Άγχους είναι συχνά προβλήματα. Η μία διαταραχή μπορεί συχνά να επικαλύπτεται από κάποια ή κάποιες άλλες της ίδιας κατηγορίας ή με διαταραχές συναισθήματος. Οι μικτές καταστάσεις άγχους – κατάθλιψης είναι το πιο συχνά απαντώμενο πρόβλημα στην Αμερική (Βόρεια και Νότια), Ευρώπη, Ασία και Αφρική και αφορούν από το 1/6 ως 1/3 όλων αυτών που εμφανίζονται για θεραπεία τόσο στις βιομηχανικές όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες (Marks, 1986). Οι περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες με καλής ποιότητας μεθοδολογία αφορούν τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και τον Καναδά.

Η πιο πρόσφατη επιδημιολογική έρευνα στις ΗΠΑ είναι η National Comorbidity Survey (NCS) που σχεδιάστηκε να ερευνήσει τη συνοσηρότητα των ψυχιατρικών διαταραχών στις Ηνωμένες Πολιτείες και είναι η πρώτη που χορήγησε δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη σε αντιπροσωπευτικό δείγμα όλης της χώρας (Kessler & συν., 1994). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 1 στους 4 ανθρώπους ανέφεραν δια βίου εμφάνιση κάποιας από τις Διαταραχές Άγχους, οι οποίες ξεπερνούν σε χρονιότητα τις Διαταραχές Προβληματικής Χρήσης Ουσιών και τις Συναισθηματικές Διαταραχές. Οι πιο συχνές σε εμφάνιση ήταν η Κοινωνική Φοβία (σχεδόν 13%) και οι Ειδικές Φοβίες (σχεδόν 11%). Η επίπτωση ενός χρόνου ήταν εξαιρετικά υψηλή για την ομάδα των Διαταραχών Άγχους, σε ποσοστό που ξεπερνά το 17%, ενώ τα ποσοστά της Κοινωνικής Φοβίας και των Ειδικών Φοβιών ήταν σχεδόν 8% και 9% αντίστοιχα. Υπολογίστηκε ότι από Διαταραχές Άγχους νοσούν 15.7 εκατομμύρια άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες κάθε χρόνο και το 75% εξ αυτών (11.7 εκατομμύρια), έχουν τουλάχιστον και μια άλλη συνοδό ψυχική διαταραχή. Σε παρόμοια αποτελέσματα καταλήγει παλαιότερη έρευνα στις ΗΠΑ αναφέροντας ποσοστά που πλησιάζουν το 25% στη διά βίου εμφάνιση των Διαταραχών Άγχους, το

19% και το 15% στην εξαμηνιαία και μηνιαία επίπτωση των διαταραχών αυτών αντίστοιχα (Regier & συν., 1988).

Σε παλαιότερη επιδημιολογική έρευνα στον Καναδά (The National Institute of Mental Health – The Epidemiologic Catchment Area), είχε βρεθεί ότι περίπου 30 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν αρρωστήσει κάποια στιγμή στη ζωή τους από κάποια αγχώδη διαταραχή (σε μια χρονική περίοδο 6 μηνών), εκ των οποίων το 6% είναι άνδρες και το 13% γυναίκες (Leon & συν., 1995). Σύμφωνα με έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας οι Διαταραχές άγχους πλήττουν 10.2% του πληθυσμού (Lepine, 2001), ενώ η συν-νοσηρότητα με την κατάθλιψη είναι αρκετά υψηλή σε ποσοστό από 14 – 19% στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά (Kessler & συν., 1994). Οι ηλικίες που πλήττονται είναι κυρίως οι νέοι (από 25 - 44 ετών), ενώ φαίνεται ότι οι άνθρωποι με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, οι ανύπαντροι, αυτοί που δεν έχουν παιδιά και οι γυναίκες αποτελούν πληθυσμιακές ομάδες σε κίνδυνο (Lepine, 2002).

(β) Ελληνική βιβλιογραφία

Τα δεδομένα από επιδημιολογικές έρευνες στην Ελλάδα δεν διαφέρουν από εκείνα της διεθνούς βιβλιογραφίας, όσο αφορά στη συχνότητα των Διαταραχών Άγχους. Η ιδιαιτερότητα των ελληνικών ερευνών σε σχέση με τις διεθνείς είναι η κατώτερη ποιότητα της μεθοδολογίας, που μερικώς οφείλεται στη χρονική στιγμή διεξαγωγής τους. Έτσι, η διάκριση της ψυχοπαθολογίας σε συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες στο γενικό πληθυσμό βασίζεται (α) στην ιατρική και κλινική εκτίμηση των εξεταζόντων, (β) σε αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια ή (γ) σε εργαλεία που συνοδεύονται από προγράμματα υπολογιστών για τη βεβαίωση

της ορθότητας των διαγνωστικών αποτελεσμάτων. Υπάρχουν επίσης, πολλές διαφορές στη δειγματοληψία ανάμεσα στις ελληνικές έρευνες.

Αρχικά, αναφέρονται αυτές των οποίων το δείγμα αφορά ψυχιατρικούς ασθενείς ή ανθρώπους που απευθύνθηκαν σε κάποια ιατρική υπηρεσία για τα προβλήματά τους και στη συνέχεια αυτές που στηρίχθηκαν σε δείγμα από το γενικότερο πληθυσμό της Αθήνας.

Σε έρευνα των Μαδιανού και συνεργατών (1983) συγκεντρώθηκαν πληροφορίες για τους άνδρες και γυναίκες που εξήλθαν από όλα τα ψυχιατρικά ιδρύματα της χώρας κατά το 1978. Αποκλείστηκαν διαγνώσεις που αφορούσαν νευρολογικά προβλήματα και βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό νόσου που εντοπίστηκε αφορά στη Σχιζοφρένεια σε ποσοστό 36.6% στις γυναίκες και 46.4% στους άνδρες, ενώ οι συναισθηματικές ψυχώσεις αφορούν το 23% των γυναικών και το 11.4% των ανδρών. Σε ότι αφορά τις Διαταραχές Άγχους (αναφέρονται ως νευρώσεις εξαιτίας του χρόνου διεξαγωγής της μελέτης), οι γυναίκες νοσούσαν σε ποσοστό 18.7%, ενώ οι άνδρες σε ποσοστό 8.8%, δηλαδή συνολικά 14.2% των θεραπευόμενων που εξήλθαν από ψυχιατρικά ιδρύματα της χώρας σε ένα χρόνο είχαν διαγνωστεί ότι έπασχαν από κάποια νεύρωση.

Οι Αγγελόπουλος και συνεργάτες (1987), εξέτασαν τους ψυχιατρικούς αρρώστους που επισκέφτηκαν τη νεοσύστατη τότε ψυχιατρική κλινική στο γενικό νοσοκομείο των Ιωαννίνων (ΨΚΓΝ). Βρέθηκε ότι το 53.7% των ασθενών που προσήλθαν στην ΨΚΓΝ Ιωαννίνων υπέφεραν από κάποιο ψυχωσικό σύνδρομο, ενώ το 29.4% νοσούσαν από κάποια νεύρωση. Τα αντίστοιχα ποσοστά που αναφέρονται στο ίδιο άρθρο και αφορούν την ψυχιατρική κλινική του γενικού νοσοκομείου της Αλεξανδρούπολης, ήταν 61.4% για τις νευρώσεις και τις διαταραχές προσωπικότητας

και ακολουθούν άλλες διαγνώσεις (π.χ. ενδογενείς και οργανικές ψυχώσεις = 15%, ενελκτα σύνδρομα = 14.6%, αλκοολισμός = 6.5%).

Σε παρόμοιες γραμμές κινούνται και τα συμπεράσματα των Μαδιανού και συνεργατών (1987^a) που υποστηρίζουν ότι οι σχιζοφρενικές ψυχώσεις αποτελούν τη μεγαλύτερη διαγνωστική κατηγορία των ανδρών και γυναικών που νοσηλεύονται, ενώ η πλειονότητα των ασθενών και στα δύο φύλα που επισκέπτονται εξωτερικά ιατρεία υποφέρουν από νευρωσικές διαταραχές.

Σε έρευνα που διεξήχθη υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) σε διάφορες περιοχές του κόσμου και στην Αθήνα, διερευνήθηκε η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στους αιτούντες θεραπεία από δομές παροχής γενικής ιατρικής περίθαλψης (Mavreas & συν., 1995). Βρέθηκε ότι η πλειονότητα των αιτούντων ιατρικής βοήθειας ανέφεραν σωματικά συμπτώματα περισσότερο και όχι ψυχολογικά. Υπολογίστηκε ότι το 23.3% του πληθυσμού που εξετάστηκε πληρούσαν τα κριτήρια για κάποια ψυχική διαταραχή κατά ICD-10, και ειδικότερα ότι το 13.4% υπέφερε από Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους, το 6.4% από κατάθλιψη, ενώ ποσοστό 3.5% αντιμετώπιζε προβλήματα με το αλκοόλ.

Σε έρευνα αυτή τη φορά στο γενικό πληθυσμό (Madianos & συν., 1985), το 26.5% των ερωτηθέντων αντιμετώπιζε έκπτωση στη λειτουργικότητά του εξαιτίας ύπαρξης 'αγχωδών και καταθλιπτικών προβλημάτων' γενικά, χωρίς περισσότερες διευκρινίσεις. Καλύτερη μεθοδολογία ακολουθήθηκε από τους Μαυρέα και συνεργάτες (1986), οι οποίοι μελέτησαν τα ποσοστά επίπτωσης ψυχολογικών διαταραχών σε περιοχές της Αθήνας. Χρησιμοποιώντας μια δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη (PSE-ID-CATEGO), βρήκαν ότι το 22.6% των γυναικών και το 8.6% των ανδρών (δηλαδή συνολικά 15.6% των ανθρώπων που εξετάστηκαν), υπέφεραν από ψυχολογικά προβλήματα, με συχνότερες τις καταστάσεις γενικευμένου άγχους ειδικά

στο γυναικείο πληθυσμό. Σε αντίθεση με άλλες έρευνες του εξωτερικού οι καταστάσεις άγχους ήταν πιο συχνές στις Αθηναίες απ' ό τι οι Διαταραχές Συναισθήματος. Σε παρόμοια έρευνα ίδιας μεθοδολογίας, (Mavreas & Bebbington, 1987), αυτή τη φορά σε πληθυσμό Ελληνοκυπρίων που διέμεναν στο Λονδίνο, τα ποσοστά ψυχοπαθολογίας που εντοπίστηκαν ήταν 19.4% για τις γυναίκες και 8.8% για τους άνδρες (σύνολο 14%). Οι πιο συχνές διαταραχές για τις γυναίκες ήταν οι αγχώδεις, ενώ για τους άνδρες η κατάθλιψη.

Συγκρίνοντας τους δύο πληθυσμούς (Έλληνες και Ελληνοκύπριους) με αγγλικό πληθυσμό (Mavreas & Bebbington, 1988), φαίνεται ότι τόσο οι Έλληνες όσο και οι Ελληνοκύπριοι αντιμετώπιζαν υψηλότερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας (15.6% και 14.1% αντίστοιχα), σε σχέση με τους κατοίκους μιας συνοικίας του Λονδίνου (Camberwell) (σύνολο 10.6% - γυναίκες 15%, άνδρες 6.2%). Το πλεόνασμα της ψυχοπαθολογίας στους ελληνικούς πληθυσμούς είναι αποτέλεσμα της ύπαρξης περισσότερων προβλημάτων παθολογικού άγχους στις δύο ομάδες συγκρινόμενες με την αγγλική. Η διαφορά έγινε στατιστικά σημαντική όταν στις αναλύσεις συμπεριλήφθηκαν και τα δύο φύλα μαζί. Οι Άγγλοι αντιμετώπιζαν περισσότερα προβλήματα που συνοψίζονται κάτω από τον τίτλο «Κοινωνική Δυσλειτουργία» και ιδεοψυχαναγκαστικά προβλήματα, ενώ οι Έλληνες αντιμετώπιζαν γενικευμένο άγχος και μη-ειδικά νευρωτικά συμπτώματα.

Ευρήματα και άλλων μελετών υποστηρίζουν την πιθανότητα οι Βορειοευρωπαίοι να αντιμετωπίζουν διαφορετικού τύπου ψυχολογικές δυσκολίες από τους Νοτιοευρωπαίους (Ozturk & συν., 1980, Vazquez Barquero & συν., 1987), αλλά είναι δύσκολο να εντοπιστούν οι παράγοντες που ευθύνονται για τις παρατηρούμενες διαφορές. Έχουν ενοχοποιηθεί κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες (π.χ. διαφορές στα δείγματα των ερευνών σε ότι αφορά την επαγγελματική κατάσταση για

παράδειγμα) και πολιτιστικοί (π.χ. διαφορές στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, διαφορές στην ανατροφή των παιδιών) που με τη σειρά τους πιθανώς επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες 'βλέπουν' τους εαυτούς τους (περισσότερη ντροπή στην κουλτούρα των Ελλήνων - περισσότερη ενοχή στην κουλτούρα των Άγγλων) (Mavreas & Bebbington, 1988).

Τέλος, σε άλλη έρευνα (Madianos & συν., 1987a) στην οποία εξετάστηκε η ψυχοπαθολογία σε πληθυσμούς δύο περιοχών της ευρύτερης Αθήνας, βρέθηκε ότι συνολικό ποσοστό 13% (8% των ανδρών και 18.2% των γυναικών) αναγνωρίστηκαν ως πάσχοντες από κάποια ψυχιατρική διαταραχή, ενώ το 2.8% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι είχαν νοσηλευτεί κάποια στιγμή στη ζωή τους και ένα άλλο 2.8% επισκέφτηκαν επειγόντως ψυχιατρικές υπηρεσίες ή κάποιον ψυχίατρο στη χρονική περίοδο των 12 μηνών που προηγήθηκε της έρευνας. Οι νευρωσικές διαταραχές (καταστάσεις παθολογικού άγχους, υποχονδρίαση και προβλήματα προσαρμογής) αποτελούσαν το 8.1% του συνόλου των προβλημάτων.

Ε.3 Χαρακτηριστικά των Ελλήνων νοσούντων και θεραπεία που έλαβαν

Οι ομάδες πληθυσμού που βρέθηκαν από τις παραπάνω ή και άλλες μελέτες που αφορούν στον ελληνικό χώρο υποδεικνύουν ότι είναι πιθανότερο να νοσήσουν οι γυναίκες, ηλικίες άνω των 50, νοικοκυρές ή άνεργοι με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, οι άνθρωποι με σωματικά προβλήματα και τέλος, όσοι έχουν οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό (Boardman & συν., 1992, Mavreas & συν., 1995, Mavreas & συν., 1986). Χαρακτηριστικό είναι ότι οι γυναίκες έχουν ποσοστά ψυχοπαθολογίας που ξεπερνούν τα αντίστοιχα των ανδρών κατά 2-2.5 φορές (Madianos & συν., 1987, Mavreas & συν., 1986). Αυτό το φαινόμενο μπορεί να είναι αποτέλεσμα κοινωνικών παρά βιολογικών παραγόντων που σχετίζεται με τους προδιαγεγραμμένους ρόλους

της Ελληνίδας, δηλαδή ανεργία εξαιτίας της παραμονής της στο σπίτι, χαμηλή αυτο-εκτίμηση, μειωμένη ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον και αυξημένες ευθύνες χωρίς να αναγνωρίζεται επαρκώς η προσφορά της (Mavreas & συν., 1986). Άλλες εξηγήσεις που έχουν δοθεί είναι ότι πιθανά οι γυναίκες να είναι περισσότερο έτοιμες ή ικανές να περιγράψουν ψυχολογικές δυσκολίες που μπορεί να πηγάζουν από ενοχλητικά σωματικά συμπτώματα, ενώ οι άνδρες να είναι πιο πρόθυμοι να μιλήσουν για πρακτικές δυσκολίες ή καθαρά σωματικά συμπτώματα σε επαγγελματίες υγείας (Mavreas & συν., 1986) ή ότι η θέση της γυναίκας στο κέντρο της οικογενειακής ζωής ενώ ταυτόχρονα προστατεύεται από την οικογένεια, καταλήγει στο φαινόμενο οι άρρωστες γυναίκες μάλλον να μένουν στο σπίτι αντί να θεραπεύονται ή να αναζητούν θεραπεία (Madianos & συν., 1987).

Σε ότι αφορά τις θεραπείες που προσφέρθηκαν στους αιτούντες, στοιχεία υπάρχουν από την έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Mavreas & συν., 1995). Σημειώνουμε βέβαια, ότι στην εν λόγω έρευνα εξετάστηκαν εξωτερικά ιατρεία παροχής γενικών ιατρικών (και όχι αμιγώς ψυχιατρικών) υπηρεσιών. Στην αντίθετη περίπτωση τα στοιχεία ενδέχεται να διαφέρουν. Οι ασθενείς, στο 30% των περιπτώσεων, αντιμετωπίστηκαν με ηρεμιστικά, κυρίως βενζοδιαζεπίνες ή τονωτικά σκευάσματα (βιταμίνες, αντιφλεγμονώδη φάρμακα κ.λ.π.). Άλλα φάρμακα όπως αντικαταθλιπτικά δεν χρησιμοποιήθηκαν παρά μόνο σε μία περίπτωση, γεγονός που υποδηλώνει ότι σπάνια χορηγούνταν από τους ψυχιάτρους τα κατάλληλα φάρμακα, ακόμη και όταν είχε αναγνωριστεί η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Αλεβίζος & συν., 1984). Εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης ήταν η παραπομπή σε επαγγελματία ψυχικής υγείας σε ποσοστό 11% και η συμβουλευτική ή υποστηρικτική αντιμετώπιση. Στην πλειονότητα των ασθενών, (δηλαδή στο 47% των περιπτώσεων,) δεν προσφέρθηκε καμιά θεραπεία.

Ε.4 Αναγνωρισιμότητα της ψυχοπαθολογίας

Οι ασθενείς με Διαταραχές Άγχους συχνά ζητούν βοήθεια από γενικούς ιατρούς, εξαιτίας των σωματικών συμπτωμάτων που παρουσιάζουν (π.χ. δύσπνοια, ταχυκαρδία, σωματική αδυναμία κ.λ.π.). Χωρίς τη σωστή διάγνωση και θεραπεία οι ασθενείς παρουσιάζουν μια αυξημένη τάση να κάνουν χρήση μη-ψυχιατρικών υπηρεσιών υγείας που είναι κατά την πλειονότητά τους αναποτελεσματικές, αφού οι παρεμβάσεις δεν συνοδεύονται από κλινική βελτίωση. Φαίνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό ψυχιατρικών διαταραχών που αγγίζει το 40% παραμένουν αδιάγνωστες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Eisenberg, 1992), (Goldberg & Huxley, 1980). Συγκεκριμένα για τις Διαταραχές Άγχους, βρέθηκε ότι το 10% των ατόμων που εξετάστηκαν από ιατρούς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη υπέφερε από αθεράπευτες Διαταραχές Άγχους. Μόνο 44% των ασθενών αναγνωρίστηκαν και έλαβαν θεραπεία. Αυτοί οι ασθενείς ήταν συχνότερα γυναίκες και είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους από τους πάσχοντες που δεν αναγνωρίστηκαν (Fifer & συν., 1994).

Υπάρχουν περίπου τέσσερις ομάδες ασθενών που παρουσιάζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για θεραπεία και μπορεί να νοσούν από κάποια από τις Διαταραχές Άγχους, με απουσία άλλης διακριτής οργανικής αρρώστιας. Στην πρώτη ομάδα συναντώνται αυτοί που αναφέρουν προβλήματα άγχους και αυξημένης εγρήγορσης, στη δεύτερη οι ασθενείς με πρόσφατο ιστορικό υποχονδρίασης, στην τρίτη όσοι παραπονιούνται για καρδιακά, νευρολογικά, ή γαστρεντερολογικά συμπτώματα και τέλος στην τέταρτη οι ασθενείς με ημικρανίες ή έλκος. Χαρακτηριστικό είναι ότι η επίπτωση της Διαταραχής Πανικού στους ασθενείς που επισκέπτονται γενικό ιατρό (παθολόγο), είναι δύο με επτά φορές μεγαλύτερη από ότι στο γενικό πληθυσμό και αυτοί που χρησιμοποιούν συχνά τις υπηρεσίες υγείας έχουν

τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν Διαταραχή Πανικού σε σχέση με τον μέσο ασθενή της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Katon, 1996).

Τα παραπάνω υποδεικνύουν ότι είναι επιβεβλημένη η αναγνώριση των Διαταραχών Άγχους από τους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να οδηγήσει στην επιτυχή αντιμετώπισή τους. Στην έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Ελλάδα – Αθήνα (Mavreas & συν., 1995), υπολογίστηκε ότι το 22.1% των ατόμων που βρέθηκαν ότι πάσχουν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή είχαν επισκεφτεί το γιατρό τους παραπονούμενοι για σωματικά προβλήματα, όπως πόνοι. Σε ένα δεύτερο επίπεδο εξετάστηκε το ποσοστό των ψυχικά ασθενών που αναγνωρίστηκαν ως τέτοιοι από τους γιατρούς. Βρέθηκε ότι οι γιατροί αναγνώρισαν μόνο το 17% των περιπτώσεων που κρίθηκαν ότι πάσχουν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή με χρήση δομημένης κλινικής συνέντευξης (CIDI). Αυτό το ποσοστό είναι κατά πολύ χαμηλότερο από τα αντίστοιχα ποσοστά σε άλλες περιοχές κόσμου π.χ. Σαντιάγο Χιλής, Ρίο, Παρίσι. Ακόμη, οι Έλληνες γιατροί έκριναν ότι το 59% αυτών που κατά το CIDI είχαν μια σαφή διαταραχή, υπέφεραν από υπο-οδικές διαταραχές. Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικό υψηλότερο από τα αντίστοιχα στις άλλες πόλεις του κόσμου. Οι συγγραφείς εξηγούν αυτό το φαινόμενο ως αδυναμία των ασθενών να περιγράψουν ικανοποιητικά στους γιατρούς τα συμπτώματά τους ή ως αποφυγή να αναφέρουν ψυχολογικά προβλήματα στους γιατρούς.

Σε άλλη έρευνα (Boardman & συν., 1992), βρέθηκε ότι μόνο το 12% των πιθανών ψυχιατρικών περιπτώσεων αναγνωρίστηκε από τους Έλληνες γιατρούς, ποσοστό κατά 1/3 μικρότερο από το χειρότερο ποσοστό που σημειώθηκε από γιατρούς στην Αγγλία σε αντίστοιχη έρευνα. Αυτό υποδηλώνει ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς που προσέρχονται σε γιατρούς για σωματικά προβλήματα έχουν πολλές πιθανότητες να φύγουν, χωρίς να έχει αναγνωριστεί η πάθησή τους (Bridges &

Goldberg, 1985). Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι οι Έλληνες γιατροί ή δεν έχουν τις κατάλληλες ικανότητες για να φέρουν εις πέρας μια σωστή συνέντευξη με τον ασθενή ή δεν έχουν την κατάλληλη στάση απέναντι στην ψυχική διαταραχή. Όποια κι αν είναι η εξήγηση, οι επιπλοκές της μικρής αναγνωρισιμότητας της ψυχικής διαταραχής από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι εξαιρετικά σημαντικές. Ειμμέσως πλην σαφώς υπογραμμίζεται ότι οι ψυχικές διαταραχές, άρα και η ομάδα των Διαταραχών Άγχους αφορούν μεγάλο μέρος του πληθυσμού, αλλά αφού δεν αναγνωρίζονται από τους Έλληνες γιατρούς δεν μπορούν να τύχουν αποτελεσματικής αντιμετώπισης.

Τέλος, σε έρευνα που συνέκρινε τα ποσοστά επίπτωσης ψυχικής αρρώστιας σε συγκεκριμένο διαμέρισμα της Αθήνας και τα ποσοστά αυτών που αναζήτησαν θεραπεία από το αρμόδιο Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας, βρέθηκε ότι ενώ η επίπτωση ψυχικής νόσου ανέρχονταν στο 14% του πληθυσμού της περιοχής, μόνο ένας στους 10 πάσχοντες αναζήτησε και έλαβε θεραπεία για τα προβλήματα του στη διάρκεια ενός έτους (Madianos & συν., 1987α).

Τα παραπάνω είναι σύμφωνα και με ευρήματα από τη διεθνή βιβλιογραφία. Σε εξέταση 11 επιδημιολογικών ερευνών (Dohrenwend & συν., 1981) οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μόνο το 25% των αναγνωρισμένων ως ψυχικά πάσχοντες βρίσκονταν κάτω από ψυχιατρική παρακολούθηση. Παρόλα αυτά στην προαναφερθείσα ελληνική έρευνα το 90% αυτών που κρίθηκαν ότι νοσούν και το 50% των πιθανών αρρώστων είχαν επισκεφτεί κάποιον ψυχίατρο στο διάστημα των έξι μηνών πριν τη διεξαγωγή της έρευνας. Συνεπώς, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν τόσο την ανάγκη χρήσης σύντομων και αξιόπιστων διαγνωστικών εργαλείων, επομένως αύξηση της διαγνωστικής ευαισθησίας, όσο και την αύξηση της προσβασιμότητας των νοσούντων στα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας.

Ε.5 Το άμεσο και έμμεσο κοινωνικό κόστος των Διαταραχών Άγχους και η ποιότητα ζωής των ασθενών

Δεδομένης της μεγάλης επίπτωσης στο γενικό πληθυσμό, οι ψυχιατρικές διαταραχές κοστίζουν ακριβά στο κράτος και στις ιατρικές υπηρεσίες που χρησιμοποιούνται για τη φροντίδα, θεραπεία και αποκατάσταση των πασχόντων. Ακόμη, προκαλούν ελάττωση της παραγωγικότητας και πόνο τόσο στους ασθενείς όσο και στο οικογενειακό τους περιβάλλον (Rice & Miller, 1998).

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) - (WHO, 2001), περίπου το ένα δέκατο των ενηλίκων, δηλαδή 450 εκατομμύρια άνθρωποι ανά τον κόσμο, υποφέρουν από κάποια ψυχική διαταραχή σε κάποια χρονική στιγμή. Αυτές οι διαταραχές είναι υπεύθυνες για το 12.3% του παγκόσμιου βάρους ασθένειας, και το ποσοστό αναμένεται να αυξηθεί στο 15% μέχρι το 2020. Σε ότι αφορά τη δυσλειτουργία που προκαλούν, χωρίς να συνυπολογιστεί η επίδραση της πρώιμης θνησιμότητας, οι επιπτώσεις των ψυχιατρικών διαταραχών είναι σημαντικές. Υπολογίζεται ότι είναι υπεύθυνες για το 31% του δυσλειτουργικού χρόνου στην παραγωγική διαδικασία, δηλαδή του παραγωγικού χρόνου που χάνεται λόγω του ότι ο πάσχων ενώ βρίσκεται στην εργασία του δεν μπορεί να εργαστεί ή δεν είναι το ίδιο αποδοτικός με τους υγιείς. Αυτοί οι μέσοι όροι κρύβουν σημαντικές παγκόσμιες διαφοροποιήσεις. Στην Ευρώπη και τη Βόρεια και Νότια Αμερική, για παράδειγμα, αυτές οι ψυχιατρικές διαταραχές αφορούν το 43% του συνολικού βάρους της δυσλειτουργίας.

Η ανισομερής ανάπτυξη των κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο των συστάσεων του ΠΟΥ και φαίνεται να σχετίζεται με τη φτώχεια, δεδομένου ότι τέτοιου είδους υπηρεσίες παρέχονται στο 94% των χωρών με υψηλό εισόδημα και μόλις στο 48% των χωρών με χαμηλό εισόδημα. Τα βασικά

φάρμακα (όπως η αμιτρυπτιλίνη και χλωροπρομαζίνη) είναι σχετικά λιγότερο προσιτά από πλευράς κόστους στις φτωχές χώρες, όπου το 40% των εξόδων για την ψυχική υγεία πληρώνονται από τους ίδιους τους αρρώστους.

Η πιο ζωντανή απόδειξη της παγκόσμιας αδιαφορίας για την ψυχική ασθένεια αφορά την οικονομική επένδυση. Ποσοστό 28% των χωρών παγκοσμίως, δεν έχουν συγκεκριμένο προϋπολογισμό για την ψυχική υγεία και σχεδόν το 1/3 των ανθρώπων του κόσμου (περίπου 2 δισεκατομμύρια), ζουν σε χώρες που επενδύουν μόλις το 1% του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία στην ψυχική υγεία. Παρά τα απογοητευτικά αυτά δεδομένα, θεραπείες που αφορούν στην ψυχική ασθένεια και κατάλληλες υποδομές υπάρχουν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη στο 87% των χωρών, και κέντρα για εκπαίδευση των εργαζομένων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη σε ότι αφορά τη θεραπεία βρίσκουμε στο 59% των χωρών. Αυτό σημαίνει ότι αρχίζει να αναγνωρίζεται το τεράστιο βάρος των ψυχικών διαταραχών και σε δεύτερο επίπεδο προετοιμάζονται σχέδια για την αποτελεσματική αντιμετώπισή τους (Thornicroft & Maingray, 2002).

Η αντιστοιχία της επιβάρυνσης όλων των ψυχιατρικών διαταραχών ή κάποιων από αυτές με οικονομικούς όρους είναι απαραίτητη για να γίνει κατανοητό το μέγεθος του βάρους που επιφέρουν τα χρόνια προβλήματα και για να διευκολυνθεί ο σχεδιασμός στρατηγικής για την αντιμετώπισή τους (Rice & Miller, 1998).

Ειδικά για τις Διαταραχές Άγχους, φαίνεται ότι σειρά ερευνών που διεξήχθησαν την τελευταία εικοσαετία τείνουν να συμφωνούν στο μεγάλο άμεσο και έμμεσο οικονομικό και κοινωνικό τους κόστος. Οι Διαταραχές Άγχους προκαλούν σημαντική επιβάρυνση τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο και μπορούν να είναι τόσο δυσλειτουργικές όσο και οι χρόνιες σωματικές ασθένειες. Το άμεσο κόστος τους περιλαμβάνει μη-ψυχιατρικές υπηρεσίες για την αντιμετώπισή τους,

νοσηλεία, παροχή φροντίδας από μονάδες επείγουσας φροντίδας στα γενικά νοσοκομεία και συνταγογράφηση φαρμάκων. Το έμμεσο κόστος αφορά την μειωμένη παραγωγικότητα, την απουσία από τη δουλειά και την αυτοκτονία. Όλες οι Διαταραχές Άγχους, εκτός ίσως από τις ειδικές φοβίες συνδέονται με χαμηλή παραγωγικότητα και απουσία από την εργασία (Lepine, 2002).

Ο Οικονομικός Προσδιορισμός του κόστους που επιφέρουν αποτελεί αντικείμενο μελέτης όλο και μεγαλύτερου αριθμού ερευνητών. Συγκεκριμένα, υπολογίστηκε ότι το κόστος των Διαταραχών Άγχους (ΔΑ) ανήλθε στα 373 εκατομμύρια λίρες στη Μεγάλη Βρετανία το 1985 (Croft-Jeffreys & Wilkinson, 1989), στα 46.6 δισεκατομμύρια δολάρια το 1990 (Rice & Miller, 1998) και στα 63.1 δις δολάρια το 1998 στις ΗΠΑ (Greenberg & συν., 1999).

Στην πρώτη μελέτη (Croft-Jeffreys & Wilkinson, 1989), οι ερευνητές συνέκριναν το κόστος των ΔΑ και της υπέρτασης για το 1985 (373 και 337 εκατομμύρια λίρες αντίστοιχα). Η χαμένη παραγωγικότητα ευθύνεται για το μεγαλύτερο μέρος του κόστους (έμμεσο κόστος) στις ΔΑ, ενώ στην υπέρταση το κόστος ανεβαίνει εξαιτίας της φαρμακοθεραπείας (άμεσο κόστος) που προτείνεται για την αντιμετώπισή της. Αξίζει να σημειωθεί ότι το κόστος των ΔΑ σε άλλη έρευνα (Greenberg & συν., 1999), ανήλθε στο τελικό ποσό των 63 περίπου δις δολλαρίων, χωρίς να συμπεριληφθούν οι ιδεοψυχαναγκαστικοί ασθενείς και ηλικίες πάνω από 54 και κάτω από 15, άρα πιθανά το σύνολο να είναι κατά πολύ υποτιμημένο. Το μεγαλύτερο μέρος του κόστους (54%) απορροφήθηκε από μη-ψυχιατρικές υπηρεσίες, ενώ μόλις το 31% του συνόλου αφορούσε τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Η Διαταραχή Πανικού και η Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους ήταν οι δύο ομάδες με τη μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών υγείας.

Σε άλλη έρευνα (Rice & συν., 1998) υπολογίστηκε ότι το έμμεσο κόστος των ΔΑ ήταν τριπλάσιο σε σχέση με το κόστος για τη σχιζοφρένεια και δεκαπενταπλάσιο σε σχέση με το κόστος για τις Διαταραχές Συναισθήματος. Το συνολικό οικονομικό κόστος των ψυχικών διαταραχών στην ίδια έρευνα υπολογίστηκε ότι κατά το 1990 έφτασε τα 147.8 δις δολάρια στις ΗΠΑ. Η κατανομή ανά κατηγορία διαταραχών δείχνει ότι το κόστος που σχετίζεται με τις ΔΑ είναι το μεγαλύτερο (31.5% του συνόλου), και ακολουθούν η σχιζοφρένεια με \$32.5 δις (22% του συνόλου) και οι διαταραχές συναισθήματος με \$30.4 δις (20.5% του συνόλου), ενώ \$38.4 δις αφορούν όλες τις υπόλοιπες ψυχιατρικές καταστάσεις συνολικά. Σ' αυτό τον υπολογισμό το μεγαλύτερο μέρος του κόστους των ΔΑ, οφείλεται σε έμμεσα έξοδα όπως για παράδειγμα η χαμένη παραγωγικότητα εξαιτίας της αρρώστιας.

Η αναζήτηση θεραπείας από μη-ψυχιατρικές υπηρεσίες, συγκεκριμένα από γενικούς ιατρούς επιβαρύνει σημαντικά το εθνικό σύστημα υγείας. Κοινοτικές έρευνες δείχνουν να υπάρχει μια ισχυρή σχέση ανάμεσα στις ψυχιατρικές διαταραχές και τη χρήση γενικών ιατρικών υπηρεσιών (Johnson & συν., 1992, Kessler & συν., 1987, Simon, 1992).

Ειδικότερα σε ότι αφορά τις ΔΑ, οι νοσούντες είναι συχνοί χρήστες υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα υψηλά ποσοστά συνοσηρότητας των ΔΑ με άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις θέτουν εμπόδια στη θεραπεία από το γενικό ιατρό. Το 1/3 περίπου των ασθενών με Διαταραχή Πανικού αναζητούν ψυχιατρική βοήθεια και άλλο 1/3 από αυτούς απευθύνεται σε γενικούς ιατρούς πιθανά λόγω της συμπτωματολογίας τους (π.χ. ταχυκαρδία που μπορεί να παραπέμπει σε καρδιακό πρόβλημα) (Lepine, 2002). Η Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους επίσης, έχει βρεθεί να οδηγεί τους πάσχοντες σε μεγάλο αριθμό επισκέψεων σε γενικούς ιατρούς

(Greenberg & συν., 1999), αφού υπολογίστηκε ότι τα ποσοστά της Μετατραυματικής Διαταραχής στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ήταν 7-10% (Walker & συν., 2003).

Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι : 16% των ανθρώπων που εξετάστηκαν σε καρδιολογικά ιατρεία, 35% των ασθενών στα γενικά νοσοκομεία που παρουσιάστηκαν με προβλήματα υπεραερισμού (Lepine, 2002), 30-40% των ασθενών με πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας, μέχρι και 30% των ασθενών που υποβάλλονται σε αρτηριογραφία για πόνους στο στήθος και έχουν φυσιολογικές αρτηρίες και σχεδόν 50% των ατόμων που εξετάζονται για φαιοχρωμοκύττωμα, έχουν Διαταραχή Πανικού ή Αγοραφοβία ή και τα δύο (Croft-Jeffreys & Wilkinson, 1989). Δεν είναι λοιπόν παράξενο το εύρημα (Greenberg & συν., 1999), ότι το μεγαλύτερο μέρος του κόστους των ΔΑ (54%) οφείλεται στη χρήση μη-ψυχιατρικών υπηρεσιών και μόνο το 31% στις ψυχιατρικές.

Μια ανάλυση της επιδημιολογικής έρευνας ECA (Epidemiologic Catchment Area) (Katon, 1996), έδειξε ότι η Διαταραχή Πανικού είχε τη μεγαλύτερη αναλογία συχνής χρήσης γενικών ιατρικών υπηρεσιών, που μεταφράστηκε σε έξι ή περισσότερες επισκέψεις σε περίοδο ενός εξαμήνου (8.2 για τις γυναίκες ασθενείς και 5.2 για τους άνδρες). Αυτή η αναλογία είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη για την Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (1.5 και 3.4 για γυναίκες και άνδρες αντίστοιχα) ή για τις υπόλοιπες ψυχιατρικές διαταραχές. Δεδομένου ότι η συνήθης χρήση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι περίπου τρεις ή τέσσερις φορές το χρόνο, υποδεικνύεται ότι η χρήση στους ασθενείς με Διαταραχή Πανικού είναι περίπου τρεις φορές μεγαλύτερη από ότι στους περισσότερους ασθενείς του αμερικάνικου συστήματος υγείας (US Dept Health Human Services, 1985), ενώ αλλού αναφέρεται ότι αυτοί που είχαν την τύχη να λάβουν συγκεκριμένη θεραπεία για τα προβλήματά

τους ήταν μια μικρή μειονότητα που ήταν περισσότερο άρρωστοι και δυσλειτουργικοί από αυτούς που δεν έλαβαν θεραπεία (Ormel & συν., 1995).

Οι συχνοί χρήστες υπηρεσιών υγείας είναι υπεύθυνοι για το 1/3 των συνολικών επισκέψεων σε εξωτερικά ιατρεία και περίπου για τις μισές συνολικά μέρες νοσηλείας. Αυτό σημαίνει ότι περίπου το 10% όλων των ασθενών που χρησιμοποιούν συχνά τις υπηρεσίες υγείας καταναλώνουν περισσότερες υπηρεσίες το χρόνο, από τους συμβατικούς ασθενείς που αποτελούν το 50% των χρηστών (Katon & συν., 1992).

Έρευνες που προσπάθησαν να αξιολογήσουν την παρέμβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για τους νοσούντες από ΔΑ, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι όταν οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζονται με κάποιον από τους ενδεδειγμένους τρόπους (φαρμακοθεραπεία και κυρίως βενζοδιαζεπίνες), μειώνονται σημαντικά οι επισκέψεις σε γενικούς γιατρούς (offset effect) κατά 94% (από 313 σε 15) και στα επείγοντα περιστατικά (από 75 σε 7) στο διάστημα ενός έτους μετά τη θεραπεία, σε σύγκριση με το ένα έτος πριν τη θεραπεία (Salvador-Carrulla & συν., 1995). Ακόμη, παρατηρήθηκε μείωση των ημερών δυσλειτουργίας από 1050 σε 190, που μεταφράζεται σε μείωση κόστους από 52.924 σε 11.193 χιλιάδες δολάρια αντίστοιχα, ενώ αυξήθηκαν όπως είναι αναμενόμενο, ο αριθμός των επισκέψεων σε ψυχιάτρους (από 40 σε 793). Το τελευταίο, σε συνδυασμό με τα έξοδα των φαρμάκων φαίνεται ότι ανέβασαν το κατά κεφαλήν κόστος για τον κάθε ασθενή (από \$478 σε \$758) (Salvador-Carrulla & συν., 1995). Ο τελευταίος υπολογισμός όμως, δεν συμπεριέλαβε την πιθανή βελτίωση της ποιότητας ζωής του κάθε ασθενή, εξαιτίας της ύφεσης των συμπτωμάτων. Είναι επίσης πιθανό, αν ακολουθούνταν μια από τις ψυχοθεραπείες που έχουν ένδειξη για αυτή την κατηγορία των διαταραχών όπως η Ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς σε μια από τις σύντομες εκδοχές της (Βαζοğlu & συν.,

2003a, Ost & συν., 1991, Swinson & συν., 1992), να αποφεύγονταν τα περιττά έξοδα των φαρμάκων.

Σε έρευνα (Katon & συν., 2002) που εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα μιας διαφορετικής παρέμβασης για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Άγχους στην πρωτοβάθμια περίθαλψη συγκρίνοντας ομάδα ασθενών με Διαταραχή Πανικού που έλαβε θεραπεία (δηλαδή ενημέρωση για τη φύση της διαταραχής και χορήγηση αντικαταθλιπτικών) και ομάδα ελέγχου που ακολούθησε τη συνήθη αντιμετώπιση (δηλαδή την αντιμετώπιση του προβλήματος από το γενικό ιατρό με τη δυνατότητα παραπομπής του ασθενούς σε άλλον ειδικό αν κρίνονταν απαραίτητο), υπεδείχθη ότι οι 2 ψυχιατρικές επισκέψεις για εκπαίδευση και παροχή πληροφοριών για τον πανικό και η συνακόλουθη χορήγηση εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), στάθηκαν σαφώς αποτελεσματικότερες, αλλά ακριβότερες από τη συνήθη πρακτική. Αξίζει να σημειωθεί όμως ότι ούτε εδώ έγινε συνεκτίμηση της βελτίωσης στην ποιότητα ζωής από την ενδεχόμενη ύφεση των συμπτωμάτων, επομένως πιθανότατα ο υπολογισμός αυτός να μείωνε το κόστος της θεραπευτικής παρέμβασης (Katon & συν., 2002).

Εκτός όμως από τη γενική ιατρική πολλοί ασθενείς με ΔΑ καταναλώνουν χρήματα σε εναλλακτικές θεραπείες έξω από το εθνικό σύστημα υγείας κάθε χώρας, όπως βοτανοθεραπεία, ομοιοπαθητική, βελονισμό ή παραψυχολογία. Το κόστος και το μέγεθος αυτών των μορφών θεραπείας μένει να διευκρινιστεί (Croft-Jeffreys & Wilkinson, 1989). Οι Murray και Sheperd (1988) υπολόγισαν ότι περίπου 250 εκατομμύρια αγγλικές λίρες ξοδεύτηκαν σε ανορθόδοξους τρόπους ιατρικής θεραπείας το 1985.

Πέρα από τις αυστηρά οικονομικές παραμέτρους, το **κοινωνικό κόστος** και οι **επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής** των Διαταραχών Άγχους είναι εξίσου σημαντικά. Ο

όρος ποιότητα ζωής αναφέρεται σε πολύπλοκες πλευρές της ζωής που δεν μπορούν να εκφραστούν ικανοποιητικά χρησιμοποιώντας μόνο ποσοτικούς δείκτες. Περιγράφει μια τελείως υποκειμενική αξιολόγηση της ζωής γενικά. Δεν περιλαμβάνει όμως, μόνο την υποκειμενική αίσθηση, αλλά και αντικειμενικούς δείκτες όπως την κατάσταση της υγείας και εξωτερικές καταστάσεις ζωής (Dimenas & συν., 1990). Δεν έχει γίνει ακόμη δεκτός κάποιος μοναδικός ορισμός της έννοιας αυτής (Gill & Feinstein, 1994). Οι δείκτες της ποιότητας ζωής που παρείχαν οι δύο μεγάλες επιδημιολογικές έρευνες ECA (Regier & συν., 1993) και National Comorbidity Surney (NCS) (Kessler & συν., 1994), ήταν η υποκειμενική αξιολόγηση της φυσικής και συναισθηματικής υγείας, της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας και της οικονομικής εξάρτησης. Παρά τον αυξανόμενο αριθμό μελετών που ασχολούνται τα τελευταία 15 χρόνια με τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων με ΔΑ, η έρευνα στον τομέα αυτό διανύει τα πρώτα της βήματα (Mendlowicz & Stein, 2000).

Ωστόσο είναι φανερό ότι οι πάσχοντες υποφέρουν από οικονομική εξάρτηση και ανεργία. Το υψηλότερο κοινωνικό κόστος φαίνεται ότι πληρώνουν οι ασθενείς με Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς συνοδό κατάθλιψη (Leon & συν., 1995). Το ποσοστό ανεργίας για τους άνδρες χωρίς κάποια ψυχιατρική διαταραχή έφτανε το 20%, ενώ στους άνδρες με φοβίες το 36%, στους ιδεοψυχαναγκαστικούς το 45% και στους άρρηνες πάσχοντες με Διαταραχή Πανικού το 60%. Για τις γυναίκες δεν υπήρχαν τόσο εμφανείς διαφορές ανάμεσα σ' εκείνες με διαταραχές ή χωρίς. Τα ποσοστά ανεργίας ήταν 68.7% και 50.5% αντίστοιχα (Leon & συν., 1995). Ακόμη, οι άνδρες με Διαταραχή Πανικού είχαν περίπου 6 φορές περισσότερες πιθανότητες να λάβουν αποζημιώσεις λόγω ασθένειας (disability payments) σε σχέση με τους υγιείς (Leon & συν., 1995), ενώ σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι το 27% των ασθενών με Διαταραχή Πανικού (άνδρες και γυναίκες) έπαιρναν επιδόματα της πρόνοιας ή αποζημίωση λόγω

ασθένειας, ποσοστό σημαντικά μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των καταθλιπτικών ασθενών (16%) ή της ομάδας των ατόμων χωρίς καμιά από τις δύο διαταραχές (12%) (Markowitz & συν., 1989).

Φαίνεται ότι οι ασθενείς που παραμένουν αθεράπευτοι (σε σύγκριση με τους υγιείς), έχουν την ίδια ανάγκη για θεραπεία όσο και οι ασθενείς με χρόνιες ιατρικές παθήσεις, όπως υπέρταση και διαβήτης. Δεν υπήρξαν διαφορές στο βαθμό καλής λειτουργίας ανάμεσα σε ασθενείς που παρουσίαζαν κλινική εικόνα πλήρως αναπτυγμένων Διαταραχών Άγχους και σε ασθενείς που εμφάνιζαν κάποια μεμονωμένα συμπτώματα. Χαρακτηριστικό είναι ότι ακόμη και στην ομάδα των ανδρών που εμφάνιζαν κρίσεις πανικού αλλά όχι τη διαταραχή, το ποσοστό ανεργίας έφτανε το 30% (Leon & συν., 1995). Επομένως, η διαφορά της επίπτωσης στην παραγωγικότητα ανάμεσα στη Διαταραχή Πανικού και τις κρίσεις πανικού είναι περισσότερο ποσοτική παρά ποιοτική (Mendlowicz & Stein, 2000). Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι όπως και με τους καταθλιπτικούς ασθενείς, είναι απαραίτητο να αξιολογούνται και να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά οι πάσχοντες από παθολογικό άγχος που ζητούν θεραπεία, ακόμη κι όταν η κατάστασή τους δεν εμπίπτει πλήρως στα διαγνωστικά κριτήρια κάποιας διαταραχής, έχουν δηλαδή μεμονωμένα συμπτώματα και όχι το πλήρες σύνδρομο (Fifer & συν., 1994).

Από τα 47 περίπου δις δολάρια που βρέθηκε να κοστίζουν οι Διαταραχές Άγχους το 1990 στις ΗΠΑ, το 73% δηλαδή τα \$34 δις αφορούσαν την αξία των χρημάτων που χάνονται ή μειώνονται εξαιτίας μειωμένης παραγωγικότητας ή την αξία των αγαθών και υπηρεσιών που δεν παράγονται εξαιτίας των διαταραχών (Rice & Miller, 1998). Το κόστος αυτό υπερβαίνει τρεις φορές το αντίστοιχο της σχιζοφρένειας και 15 φορές των συναισθηματικών διαταραχών. Το γεγονός δε ότι οι περισσότεροι άρρωστοι με ΔΑ δεν αναζητούν θεραπεία περιτλέκει και επιδεινώνει

την κατάσταση, αυξάνοντας το έμμεσο κόστος των ασθενειών αυτών (Edlund & Swann, 1987). Η Διαταραχή Πανικού είχε το μεγαλύτερο ποσοστό χαμένων ημερών εργασίας (4.87), σε σύγκριση με όλες τις υπόλοιπες Διαταραχές Άγχους, ενώ φαίνεται ότι η Διαταραχή Πανικού και η Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους έχουν σημαντικότερη αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής απ' ότι οι άλλες. Επομένως, το μεγαλύτερο στοίχημα φαίνεται να είναι το πεδίο της χαμένης παραγωγικότητας και της οικονομικής δυσλειτουργίας των ασθενών, το οποίο υπολογίστηκε σε 5.6 δις αγγλικές λίρες (Croft-Jeffreys & Wilkinson, 1989). Αν το κόστος αυτό εξαφανίζονταν, το εθνικό σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας θα αποταμίευε το 1/3 του συνολικού κόστους λειτουργίας του.

E.6 Συν-νοσηρότητα

Το 30-80% των ατόμων που υποφέρουν από κάποια από τις Διαταραχές Άγχους έχουν τουλάχιστον μία ακόμη διαταραχή (Lesser & συν., 1988, Weissman & συν., 1986). Συχνά συνυπάρχουν με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή που περιπλέκει την κλινική εικόνα. Η συνοσηρότητα με την κατάθλιψη βρέθηκε να κυμαίνεται από 6-17% (Kessler & συν., 1994, Lepine, 2001), ενώ σε άλλη έρευνα (Fifer & συν., 1994) υπολογίστηκε ότι το 70% των νοσούντων, πάσχουν επίσης από κατάθλιψη ή καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι απόπειρες αυτοκτονίας, που οδηγούν σε απώλεια της ζωής ή όχι και ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι συχνές καταστάσεις στους ασθενείς αυτούς. Όταν υπάρχει συνοσηρότητα Διαταραχών Άγχους και κατάθλιψης ο κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας αυξάνεται δραματικά, προσθέτοντας μεγαλύτερη επιβάρυνση στους ίδιους τους πάσχοντες και στις οικογένειές τους. Σε έρευνα του ΠΟΥ βρέθηκε ότι 13.3% των ασθενών με ΔΑ και κατάθλιψη πραγματοποίησαν απόπειρα αυτοκτονίας, ενώ μόνο 3.3% των ατόμων με Διαταραχή Πανικού (και υπο-

ουδική). Από τους 30.900 θανάτους από αυτοκτονίες το 1990, το 10% υπολογίστηκε ότι οφείλεται στην ύπαρξη κάποιας από τις ΔΑ, που μεταφράζεται σε \$1.3 δις δολάρια κόστους θνησιμότητας (Rice & Miller, 1998).

Άλλη συχνή κατάσταση που συνυπάρχει με Διαταραχές Άγχους είναι η προβληματική χρήση ή κατάχρηση νόμιμων και παράνομων ουσιών (Kosten & συν., 2000, Kushner & συν., 2000). Έχουν προταθεί τρεις μηχανισμοί που συνδέουν την ύπαρξη μιας ΔΑ με προβληματική χρήση ουσιών : α) οι Αγχώδεις Διαταραχές οδηγούν στη χρήση ουσιών, β) οι Διαταραχές Προβληματικής Χρήσης Ουσιών προκαλούν τις Διαταραχές Άγχους και γ) υπάρχει ένας κοινός παράγοντας που ενισχύει την ανάπτυξη και των δύο ομάδων διαταραχών (Zimmerman & συν., 2003). Δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί ποιος από τους τρεις μηχανισμούς είναι ο πιο έγκυρος, αν και η συχνότερη εξήγηση που δίνεται είναι ότι οι διαταραχές άγχους που έχουν μικρότερη ηλικία έναρξης από τις διαταραχές προβληματικής χρήσης ουσιών, είναι αυτές που οδηγούν σε προβλήματα ουσιών.

Ειδικά οι κρίσεις πανικού συνδέονται με χρήση κοκαΐνης, ηρεμιστικών και οπιοειδών. Δεδομένου ότι τα ηρεμιστικά χρησιμοποιούνται ως θεραπεία για τις αγχώδεις διαταραχές, είναι πιθανό τα άτομα με μεγάλο άγχος να χρησιμοποιούν ηρεμιστικά στην προσπάθειά τους να αυτο-θεραπευτούν από τα συμπτώματά τους. Το ίδιο μπορεί να συμβαίνει και με τα οπιοειδή που έχουν γνωστές αγχολυτικές ιδιότητες (Goodwin & συν, 2002).

Σε ότι αφορά το αλκοόλ, η διαταραχή πανικού και η κοινωνική φοβία προβλέπουν την έναρξη και διατήρηση συστηματικής και επικίνδυνης χρήσης αλκοόλ (Zimmerman & συν., 2003). Η συχνότερη εξήγηση της σχέσης μεταξύ των δύο, Διαταραχών Άγχους και της προβληματικής χρήσης αλκοόλ, φαίνεται να είναι ότι οι άνθρωποι που υποφέρουν από παθολογικό άγχος χρησιμοποιούν το αλκοόλ ως

φάρμακο για το άγχος τους (Brady & Lydiard, 1993, Cox & σύν., 1990, Cowley, 1992) ή για να μειώσουν την ένταση που προέρχεται από αυτό (Sayette, 1999). Εξάλλου, μεγάλο μέρος των ατόμων που εξετάστηκαν σε κοινοτικές υπηρεσίες και βρέθηκαν να νοσούν από Διαταραχές Άγχους ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν συνειδητά το αλκοόλ ή άλλες ουσίες για να ελέγχουν το άγχος τους (Kessler & συν., 2001).

Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, οι Διαταραχές Άγχους είναι συχνές ασθένειες στην Ελλάδα και αλλού με βαρύ άμεσο και έμμεσο κοινωνικό κόστος και αυξημένη συν-νοσηρότητα με διαταραχές διάθεσης και προβληματικής χρήσης ουσιών. Ο βαθμός χρήσης των υπηρεσιών υγείας από αρρώστους με ΔΑ στη χώρα μας είναι άγνωστος. Όσοι ζητούν ιατρική βοήθεια δεν αναγνωρίζονται σε ικανοποιητικό βαθμό από τους ειδικούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ως πάσχοντες ή δεν αναζητούν τις ενδεδειγμένες για τα προβλήματά τους ψυχιατρικές υπηρεσίες, επιβαρύνοντας το ήδη σημαντικό οικονομικό και κοινωνικό κόστος. Τα παραπάνω υποδεικνύουν τόσο την ανάγκη τεκμηριωμένης διάγνωσης όσο και αξιολόγησης των προσφερομένων κλινικών υπηρεσιών.

Στην Ελλάδα, ένας χώρος δημόσιας περίθαλψης που παρέχει την ενδεδειγμένη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση γι' αυτή την ομάδα ψυχικών διαταραχών είναι η Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, η 12μηνη κλινική αξιολόγηση της οποίας είναι το αντικείμενο της παρούσας μελέτης.

Ε.7 Ορθή αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών σύμφωνα με τις προτάσεις της Αμερικάνικης Ψυχολογικής Εταιρείας

Τα τελευταία χρόνια γίνεται ολοένα πιο έντονη η ανάγκη για τη δημιουργία μιας ομάδας κριτηρίων που να χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση συγκεκριμένων θεραπευτικών πακέτων που χορηγούνται από οργανώσεις παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κυβερνητικές οργανώσεις, επαγγελματικές ενώσεις ή και από άλλες δομές για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων διαταραχών. Το 2002 η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία* απαντώντας στην παραπάνω επιταγή εξέδωσε μια ομάδα κριτηρίων, για να προάγει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Στόχος είναι η γνωστοποίηση στους επαγγελματίες υγείας και στα συστήματα παροχής ψυχολογικών ή ψυχιατρικών υπηρεσιών των προϋποθέσεων που πρέπει να πληρούνται ώστε κάποιες θεραπείες να θεωρούνται περισσότερο αποτελεσματικές από άλλες, με απώτερο σκοπό η γνώση να μεταφραστεί σε κλινική πράξη.

Σύμφωνα με το προαναφερθέν κείμενο δύο συνιστώσες οφείλουν κάθε φορά να αξιολογηθούν, (α) η θεραπευτική αποτελεσματικότητα και (β) η κλινική χρησιμότητα. Η πρώτη συνιστώσα ορίζεται ως η έγκυρη επιβεβαίωση της χρησιμότητας μιας συγκεκριμένης θεραπείας όταν συγκρίνεται με κάποια εναλλακτική ή με την έλλειψη θεραπείας σε ελεγχόμενο κλινικό περιβάλλον, δηλαδή η συστηματική και επιστημονική αξιολόγηση για το αν η εξεταζόμενη θεραπεία δουλεύει. Η δεύτερη ορίζεται ως η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να χρησιμοποιούν τη θεραπεία, των ασθενών να την αποδέχονται και ως μέχρι ποια έκταση η παρέμβαση είναι αποτελεσματική στη συγκεκριμένη δομή στην οποία χορηγείται. Παράλληλα, προσμετράται και το κόστος της παρέμβασης.

* American Psychological Association (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines, *American Psychologist*, 57, 1052-1059.

Για να μπορεί μια παρέμβαση να αποτελέσει αντικείμενο σωστής κριτικής, να αποφασιστεί δηλαδή η κλινική της αποτελεσματικότητα, πρέπει να είναι εφικτή η πρόσβαση σε πληροφορίες που αφορούν :

1. τη μεθοδολογική και κλινική επάρκεια των ερευνών που υποστηρίζουν την παρέμβαση,
2. αποτελέσματα που συγκρίνουν την παρέμβαση με την κατάσταση της μη-θεραπείας ή με άλλες εναλλακτικές θεραπείες,
3. το όφελος που απέκόμισε ο ασθενής και τη γνωστοποίηση των χαρακτηριστικών των ασθενών που απαντούν καλά στη συγκεκριμένη παρέμβαση και
4. τη γνωστοποίηση συγκεκριμένων πλευρών των αποτελεσμάτων, όπως η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, οι στόχοι θεραπείας, η ποιότητα ζωής των ασθενών ή η λειτουργικότητα, η επαρκής συλλογή δεδομένων από θεραπευόμενους που αρνούνται ή διακόπτουν τη θεραπεία, οι μακροπρόθεσμες και έμμεσες συνέπειες της θεραπείας, η ικανοποίηση των ασθενών από τη θεραπεία, οι ιατρογενείς αρνητικές συνέπειες ή παρενέργειες της παρέμβασης, η κλινική σημαντικότητα, και η μεθοδολογία.

Σε ότι αφορά την κλινική χρησιμότητα της παρέμβασης, λαμβάνεται υπόψη η διαθεσιμότητα πληροφοριών σε ότι αφορά :

5. το είδος των χαρακτηριστικών ασθενών (π.χ. δημογραφικά χαρακτηριστικά) και επαγγελματιών (π.χ. άπειροι – έμπειροι θεραπευτές) που μπορεί να επηρεάσουν τη χρησιμότητα,
6. τη λειτουργία της δομής παροχής των συγκεκριμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας,

7. τη θεραπευτική συνοχή (π.χ. ύπαρξη συγκεκριμένου θεραπευτικού πρωτόκολλου),
8. την αποδοχή τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τους ασθενείς της συγκεκριμένης παρέμβασης και
9. το κόστος (στον ασθενή, τον επαγγελματία και το σύστημα υγείας).

Η έρευνα που ακολουθεί, έχοντας ως οδηγό τα παραπάνω κριτήρια, αξιολόγησε τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα και κλινική χρησιμότητα της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς στην αντιμετώπιση ενηλίκων ασθενών με Διαταραχές Άγχους που αναζήτησαν θεραπεία στη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, μέσα στο χρονικό διάστημα ενός έτους (Μάιος 2002 – Μάιος 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο – Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Η διεθνής βιβλιογραφία είναι εξαιρετικά πλούσια σε δημοσιεύσεις που μελετούν την εφαρμογή της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς στις Διαταραχές Άγχους, είναι φτωχότερη σε ότι αφορά τις έρευνες πεδίου και την αξιολόγηση της καθημερινής κλινικής πρακτικής, ενώ είναι λίγες οι δημοσιεύσεις που συνεκτιμούν το κόστος και την αποτελεσματικότητα παρεμβατικών προγραμμάτων τόσο γενικά όσο και ειδικότερα σχετικά με τη λειτουργία Δημόσιων Μονάδων Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση πάνω στην οποία θα στηριχθεί η διατύπωση των ερευνητικών υποθέσεων αφορά τους εξής τομείς: 1) την αποτελεσματικότητα της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς στην αντιμετώπιση των Διαταραχών Άγχους μόνης ή σε σύγκριση με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις, 2) την περιγραφή της λειτουργίας παρόμοιων με τη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς δομών (δηλ. Δημόσιες κλινικές παθολογικού άγχους) που εφαρμόζουν την εν λόγω θεραπεία στη συγκεκριμένη ομάδα διαταραχών, 3) την οικονομική αξιολόγηση προγραμμάτων αντιμετώπισης παθολογικού άγχους και 4) την εξέταση των αποδόσεων ελέγχου ψυχικής υγείας.

Για την εύρεση των κατάλληλων δημοσιεύσεων έγινε αναζήτηση μέσω διαδικτύου, εισάγοντας λέξεις-κλειδιά που κατόπιν καταχωρούνταν σε ειδικό κατάλογο για την αποφυγή επανάληψης. Η πρόσβαση στα άρθρα προσέκρουσε στην περιορισμένη διαθεσιμότητα τους στις ελληνικές βιβλιοθήκες. Γι' αυτό το λόγο χρειάστηκε να γίνει παραγγελία αρκετά μεγάλου αριθμού άρθρων σε βιβλιοθήκες του εξωτερικού, μέσω του εθνικού κέντρου τεκμηρίωσης. Όταν η εξέταση και μελέτη της βιβλιογραφίας κρίθηκε επαρκής, διατυπώθηκαν οι ερευνητικές ερωτήσεις.

1.1 Εφαρμοσμένες θεραπείες στις Διαταραχές Άγχους

Οι Διαταραχές Άγχους είναι ένας ψυχοπαθολογικός χώρος στον οποίο έχουν δοκιμαστεί πολυάριθμες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Πληθώρα ερευνών έχουν αξιολογήσει μέχρι σήμερα διάφορα είδη ψυχοθεραπευτικών και ψυχοφαρμακολογικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση τους.

Σε ότι αφορά τη φαρμακοθεραπεία, υπάρχουν κυρίως μελέτες που αφορούν στη δράση των βενζοδιαζεπινών (Moroz, 2004, Nutt, 2005) και των αντικαταθλιπτικών (τρικυκλικά, αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης π.χ. φλουβοξαμίνη και φλουοξετίνη ή οι συνδυασμένοι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης) (de Beurs & συν., 1995, Silverstone, 2004, Zohar & Westenberg, 2000).

Εκτός από τα φάρμακα, έχουν δοκιμαστεί διάφορα είδη ψυχοθεραπειών. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται θεραπείες ψυχοδυναμικού τύπου (Milrod, 1993, Milrod & συν., 1996), ψυχοκοινωνική ψυχοθεραπεία (psychosocial treatment), (Hoffart & συν., 1995), ανθρωποκεντρική θεραπεία (insight – oriented therapy ή client – centered therapy) (Teusch & συν., 1997), διαπροσωπική θεραπεία (interpersonal therapy) (Lipsitz & συν., 1999), ψυχοθεραπεία εστιασμένη στα συναισθήματα (emotion – focused psychotherapy) και γνωσιακή ψυχοθεραπεία (cognitive therapy) (Clark & συν., 1994).

Ακόμη, έχει μελετηθεί η χρησιμότητα της εφαρμοσμένης χαλάρωσης (Ost, 1987, Ost & συν., 1989, 1993, 1995) στη θεραπευτική αντιμετώπιση των Αγχωδών Διαταραχών και οι ομαδικές θεραπείες ψυχοεκπαίδευσης (psychoeducational group therapy) (Lubin & συν., 1998), Debriefing (Raphael & Wooding, 2004), και EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (Lytle & συν., 2002, Shapiro,

2002) που εφαρμόζονται ειδικά στην περίπτωση της Μετατραυματικής Διαταραχής Άγχους.

Οι ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε θεραπείας οφείλουν να βασίζονται κατά μεγάλο μέρος στα αποτελέσματα από τυχαιοποιημένες κλινικές έρευνες που περιλαμβάνουν ομάδες ελέγχου. Επομένως, το ερώτημα είναι ποιες από όλες τις προαναφερθείσες και άλλες θεραπευτικές μεθόδους που δεν αναφέρονται εδώ, δεδομένου ότι υπάρχουν πάνω από 450 καταγεγραμμένες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις (Richardson, 1997), έχουν προσφέρει ενδείξεις για τη χρησιμότητά τους.

Υποστηρίζεται ότι μια θεραπεία για να μπορεί να θεωρηθεί “ώριμη” και αποτελεσματική, οφείλει να ικανοποιεί τέσσερα κριτήρια (Marks, 2002).

- *Κριτήριο 1* : μια θεραπεία οφείλει να βελτιώνει ένα συγκεκριμένο πρόβλημα
α) αξιόπιστα, β) η βελτίωση πρέπει να είναι ανθεκτική στο χρόνο, γ) να είναι αποτελεσματική και από οικονομικής πλευράς (cost – effectiveness) και δ) να είναι αποδεκτή από τους ασθενείς.
- *Κριτήριο 2*: μόνο συγκεκριμένα συστατικά της θεραπείας παράγουν τη βελτίωση.
- *Κριτήριο 3* : οι μηχανισμοί μέσω των οποίων τα συστατικά της θεραπείας επιφέρουν βελτίωση πρέπει να είναι γνωστοί.
- *Κριτήριο 4*: οι λόγοι για τους οποίους τα συστατικά μιας θεραπείας ωφελούν κάποιους πάσχοντες και όχι άλλους, πρέπει να υποδεικνύονται.

Σε ότι αφορά τις Διαταραχές Άγχους υπάρχει στη βιβλιογραφία εξαιρετικά μεγάλος αριθμός μελετών για την αποτελεσματικότητα της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς (ΨΣ) στη Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία, στις Ειδικές Φοβίες, τη Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους, την Κοινωνική Φοβία και την Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή, ενώ η Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους, αποτελεί

ίσως τη διαταραχή με το μικρότερο αριθμό δημοσιεύσεων σχετικά με την εφαρμογή της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς. Όλες οι προαναφερθείσες μορφές ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας έχουν αποδειχτεί ισοδύναμες ή κατώτερές της και γι' αυτούς τους λόγους η τελευταία θεωρείται θεραπεία επιλογής για τις Διαταραχές Άγχους (Barlow & Lehmann, 1996, Marks, 1987, Marks & συν., 1993).

1.2 Αποτελεσματικότητα της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς στις ΔΑ:

Η *Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία*, φαίνεται ότι είναι ιδιαίτερα καλά μελετημένη με την έννοια ότι υπάρχουν πολλές έρευνες που ασχολήθηκαν με την αποτελεσματικότητα της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς και συγκεκριμένα της τεχνικής της έκθεσης στην αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών. Έχουν δημοσιευτεί αρκετές αναδρομικές έρευνες με το ανωτέρω περιεχόμενο, που παρατίθενται με χρονολογική σειρά.

Αναδρομική έρευνα (Tull & συν., 1988), μελετά την κλινική σημαντικότητα της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς που χορηγήθηκε είτε ατομικά ή ομαδικά σε ασθενείς με Αγοραφοβία. Οι τεχνικές που εξετάστηκαν αφορούν στην έκθεση στην πραγματικότητα και τη φαντασία και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι καλύτερη επίδραση θεραπείας (treatment effect size), έχει η τεχνική της έκθεσης στην πραγματικότητα, ενώ οι περισσότεροι έμπειροι θεραπευτές φαίνεται ότι επέδειξαν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα.

Οι Mattick και συνεργάτες (1990), σε αναδρομή τους συνέκριναν τα αποτελέσματα ερευνών που δοκίμασαν στην αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους την τεχνική της έκθεσης στην πραγματικότητα, φαρμακοθεραπεία, ή εναλλακτικές ψυχολογικές παρεμβάσεις. Το πρωταρχικό εύρημα ήταν η μικρή βελτίωση των ατόμων που βρίσκονταν στην κατάσταση λίστας αναμονής, όπως στη μελέτη των

Michelson & Mavissakalian (1983), που μετά από 3 μήνες αναμονής χωρίς θεραπεία οι ασθενείς δεν σημείωσαν παρά μικρή αλλαγή στα συμπτώματά τους. Τα αποτελέσματα των 40 ερευνών που έκαναν χρήση της τεχνικής της έκθεσης και μελετήθηκαν στην παραπάνω αναδρομή, έδειξαν ότι η Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς αναδεικνύει ικανοποιητική επίδραση θεραπείας, όταν μελετώνται τα φοβικά συμπτώματα, τα συμπτώματα πανικού, και μέτρια επίδραση θεραπείας για τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης.

Σε άλλη εργασία αναδρομής (Cox & συν., 1992), εξετάστηκαν οι έρευνες που χρησιμοποίησαν την έκθεση στην πραγματικότητα ή φάρμακα όπως ή αλπραζολάμη και η μιπραμίνη. Οι έρευνες που χρησιμοποίησαν συνδυασμούς των ανωτέρω θεραπευτικών προσεγγίσεων δεν συμπεριλαμβάνονται. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι συγκρίνοντας τη φαρμακοθεραπεία και την τεχνική της έκθεσης, η δεύτερη έχει μεγαλύτερη επίδραση θεραπείας όταν κριτήριο της βελτίωσης αποτελεί η βαθμολόγηση του κλινικού πριν και μετά την παρέμβαση.

Δύο νεότερες έρευνες χρησιμοποίησαν τη μέθοδο της μετα-ανάλυσης και η χρήση διαφορετικής μεθοδολογίας έκανε εφικτό να συμπεριληφθούν διαφορετικές υπό εξέταση μελέτες. Εστιάζοντας σε 29 μελέτες οι Clum και συνεργάτες (1993), ανέλυσαν τα αποτελέσματα μελετών που χρησιμοποίησαν συμπεριφοριστικές τεχνικές και συνδυασμό αυτών με κάποιες γνωσιακές τεχνικές, φαρμακοθεραπεία και συνδυασμό της με ψυχολογικές παρεμβάσεις. Και πάλι τα μεγέθη θεραπευτικής επίδρασης ήταν ικανοποιητικά υψηλά για την Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς, μέτρια για τη χρήση αντικαταθλιπτικών και μάλλον χαμηλά για τη χρήση βενζοδιαζεπινών. Η μετα-ανάλυση αυτή περιελάμβανε τις έρευνες που είχαν ομάδα ελέγχου όπως αυτή ορίζεται είτε ως λίστα αναμονής ή placebo. Το μεγαλύτερο ενδιαφέρον όμως, αυτής της μετα-ανάλυσης έγκειται στο ότι έγινε προσπάθεια να υπολογιστεί το μέγεθος

επίδρασης για διαφορετικές τεχνικές (π.χ. έκθεση και γνωσιακή αναδόμηση), παρά για διαφορετικά ψυχοθεραπευτικά πακέτα (π.χ. Γνωσιακή και Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς). Η εφαρμοσμένη χαλάρωση, γνωσιακή αναδόμηση και έκθεση στην πραγματικότητα ανέδειξαν σημαντικά υψηλά μεγέθη επίδρασης τα οποία είναι συγκρίσιμα μεταξύ τους, ενώ η φαρμακοθεραπεία μόνη της (αντικαταθλιπτικά ή βενζοδιαζεπίνες) δεν απέδωσαν με ικανοποιητικό τρόπο στην αποθεραπεία της συγκεκριμένης διαταραχής.

Σε νεότερη μετα-ανάλυση (van Balkom & συν., 1995), πραγματοποιήθηκε μια πολύπλοκη σύγκριση φαρμακοθεραπειών, έκθεσης στην πραγματικότητα, θεραπείας ελέγχου πανικού, γνωσιακής θεραπείας και συνδυασμοί των ανωτέρω. Κάποιες από τις μελέτες που συμπεριλαμβάνονται και μελετώνται εδώ, έχουν ήδη μελετηθεί από τις προηγούμενες έρευνες (Clum & συν., 1993, Cox & συν., 1992, Mattick & συν., 1990). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η τεχνική της έκθεσης είναι ανώτερη όλων και η προσθήκη σ' αυτήν τεχνικών ελέγχου πανικού δεν φαίνεται να προσθέτουν περαιτέρω αποτελεσματικότητα.

Οι Van Balkom και συνεργάτες σε μεταγενέστερη μετα-ανάλυση (1997), εξέτασαν συνολικά 106 δημοσιευμένες μελέτες μεταξύ 1964 και 1995. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα μετρήθηκαν με βάση τέσσερις κλινικές μεταβλητές: πανικός, αγοραφοβία, γενικό άγχος και κατάθλιψη. Βρήκαν ότι η έκθεση στην πραγματικότητα όταν συνδυάζεται με αντικαταθλιπτικά έχει καλύτερα αποτελέσματα στις προαναφερθείσες μεταβλητές, ειδικά στο άγχος και την κατάθλιψη και καταλήγουν ότι η θεραπεία επιλογής για τη Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία είναι η έκθεση στην πραγματικότητα σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά.

Σε νεότερη μετα-ανάλυση (Bakker & συν., 1998), στην οποία εξετάστηκαν 68 μελέτες, αντικείμενο μελέτης υπήρξε η μακροπρόθεσμη διατήρηση των

θεραπευτικών οφελών. Τα κλινικά δεδομένα ανέδειξαν την έκθεση στην πραγματικότητα σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά την ισχυρότερη θεραπευτική συνθήκη. Το συμπέρασμα αυτών των μετα-αναλύσεων σε ότι αφορά στις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις αυστηρά, θα μπορούσε να είναι ότι είναι σκόπιμο να προτιμάται κάποια θεραπεία που περιλαμβάνει την τεχνική της έκθεσης από άλλες που δεν την προσφέρουν στο θεραπευτικό τους πακέτο.

Σχετικά πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν σημαντική θεραπευτική αποτελεσματικότητα της γνωσιακής θεραπείας στην αντιμετώπιση της Διαταραχής πανικού χωρίς Αγοραφοβία (Clark, 1999). Γι' αυτό το λόγο κάποιες μελέτες συνέκριναν γνωσιακή θεραπεία με ή χωρίς έκθεση, στις περιπτώσεις ασθενών που στην κλινική εικόνα προστίθεται και η Αγοραφοβία. Σύγκριση μεταξύ γνωσιακής θεραπείας και συνδυασμού γνωσιακής θεραπείας με έκθεση στην πραγματικότητα, έδειξε ότι η γνωσιακή θεραπεία βελτίωσε τα συμπτώματα πανικού, αλλά όχι τα αγοραφοβικά συμπτώματα (Van den Hout & συν., 1994).

Ο Hoffart (1995), σύγκρινε τη γνωσιακή θεραπεία με καθοδηγούμενη ικανότητα (Guided Mastery) – δηλαδή μια εναλλακτική μορφή αυτο-έκθεσης- και βρήκε ότι δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο συνθήκες. Η μελέτη διεξήχθη σε κλινική που δέχεται ασθενείς για νοσηλεία και η διάρκεια της θεραπείας ήταν συνολικά 6 εβδομάδες. Υπήρξε παρόλ' αυτά τάση στη συνθήκη της γνωσιακής θεραπείας για μεγαλύτερη βελτίωση. Επόμενη έρευνα (Bouchard & συν., 1995), σύγκρινε τη γνωσιακή θεραπεία με την έκθεση στην πραγματικότητα και την έκθεση σε ιδιοδεκτικά ερεθίσματα και δεν βρέθηκαν διαφορές, αλλά η συνθήκη της έκθεσης στο τέλος της θεραπείας έδειξε καλύτερη λειτουργικότητα γι' αυτή την ομάδα των ασθενών.

Οι Michelson και συνεργάτες (1996), μελέτησαν πιθανές διαφορές ανάμεσα σε σταδιακή έκθεση, γνωσιακή θεραπεία με σταδιακή έκθεση και συνδυασμό χαλάρωσης με σταδιακή έκθεση. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη δεύτερη θεραπευτική συνθήκη (δηλαδή γνωσιακή θεραπεία με έκθεση), στις περισσότερες κλινικές μετρήσεις τόσο στο τέλος της θεραπείας όσο και στην επαναξιολόγηση, ενώ το ίδιο βρέθηκε να ισχύει και για το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών σ' αυτή τη συνθήκη, σε σύγκριση με τις άλλες δύο.

Οι Williams και Falbo (1996), εξέτασαν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις γνωσιακής θεραπείας, καθοδηγούμενης ικανότητας (guided mastery), γνωσιακής θεραπείας με καθοδηγούμενη ικανότητα, έχοντας ομάδα ελέγχου σε λίστα αναμονής. Βρήκαν ότι όλες οι παρεμβάσεις υπήρξαν εξίσου αποτελεσματικές. Οι Burke και συνεργάτες (1997), σύγκριναν 10 συνεδρίες γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας με έκθεση στην πραγματικότητα και δεν βρήκαν διαφορές, εκτός από το ότι στο συμπεριφορικό τεστ οι ασθενείς με θεραπεία μόνον την έκθεση είχαν στατιστικά καλύτερα αποτελέσματα.

Τέλος, σε μετα-ανάλυση (Chambless & Gillis, 1993), εκτιμήθηκε η πιθανή διαφορική επίδραση της έκθεσης στην πραγματικότητα και της γνωσιακής αναδόμησης. Φαίνεται ότι η εφαρμογή γνωσιακών τεχνικών είναι κατώτερη από την εφαρμογή συνδυασμού έκθεσης και γνωσιακών τεχνικών. Ο συνδυασμός αποδείχθηκε ανώτερος από τις ομάδες ελέγχου, αλλά όχι ανώτερος από τη χρήση αποκλειστικά της τεχνικής της έκθεσης.

Σύγκριση μεταξύ της αυστηρά συμπεριφορικής αντιμετώπισης της Διαταραχής Πανικού με Αγοραφοβία (δηλαδή χρήση μόνον έκθεσης στην πραγματικότητα) με την προσθήκη σ' αυτήν γνωσιακής αναδόμησης έγινε εξαιρετικά πρόσφατα (Ost & συν., 2004). Η μελέτη είναι ελεγχόμενη κλινική δοκιμασία με

τυχαιοποιημένη δειγματοληψία και έχει στόχο να συγκρίνει τις δύο θεραπευτικές παρεμβάσεις. Πράγματι, οι συνθήκες μελέτης αφορούσαν δύο ομάδες ασθενών. Στη μία, απαγορεύτηκε η χρήση οποιαδήποτε γνωσιακής τεχνικής και χρησιμοποιήθηκε μόνον η τεχνική της έκθεσης ως θεραπευτική παρέμβαση, ενώ στη δεύτερη έγινε συνδυασμός της έκθεσης με γνωσιακή αναδόμηση και τα θεραπευτικά αποτελέσματα εξετάστηκαν μέχρι ένα χρόνο μετά τη θεραπεία. Υπήρξε ομάδα ελέγχου που αφορούσε ασθενείς σε λίστα αναμονής. Η διάρκεια των παρεμβάσεων ήταν και για τις δύο συνθήκες 10 συνεδρίες. Η υπόθεση των ερευνητών ήταν ότι η μικτή θεραπεία θα αποδειχθεί αποτελεσματικότερη από την έκθεση μόνον.

Μεθοδολογικά, χρησιμοποιήθηκαν ανεξάρτητες κλίμακες αξιολογήτη, αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια από τους ασθενείς, αυτο-παρατήρηση και χρήση συμπεριφορικών τεστ. Τα αποτελέσματα έδειξαν, αντίθετα με την υπόθεση των ερευνητών, ότι και οι δύο θεραπείες είναι εξίσου αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής άγχους και μάλιστα τα οφέλη τόσο για την έκθεση όσο και για το συνδυασμό έκθεσης και γνωσιακής αναδόμησης διατηρούνται ένα χρόνο μετά τον τερματισμό της ψυχοθεραπείας. Επομένως, οι δύο θεωρούνται ισοδύναμες όπως έχει εξάλλου υποδειχθεί από παλαιότερες έρευνες (Bouchard & συν., 1995, Burke & συν., 1997, Hoffart, 1995, Van den Hout & συν., 1994). Το κύριο συμπέρασμα των ερευνητών είναι ότι η προσθήκη της γνωσιακής θεραπείας στην τεχνική της έκθεσης δεν προσθέτει στατιστικά σημαντικά θεραπευτικά οφέλη στους ασθενείς με Διαταραχή Πανικού και Αγοραφοβία.

Σε ότι αφορά στις *ειδικές φοβίες*, η ΨΣ αποδεικνύεται εξαιρετικά αποτελεσματική στο 70-85% των περιπτώσεων (Emmelkamp, 1994, Jansson & Ost, 1982, Marks, 1987) με ιδιαίτερα σύντομες παρεμβάσεις (2-4 συνεδρίες, Lidell & συν., 1994, Smith & συν., 1990) και με τα θετικά αποτελέσματα να διαρκούν ως στις

τετράχρονες επαναξιολογήσεις (Ost & συν., 1989, 1991). Η τεχνική που φαίνεται να προσφέρει την καλύτερη αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπισή τους αφορά και πάλι την έκθεση στο φοβογόνο αντικείμενο όσο χρειάζεται μέχρι το άγχος να αρχίσει να μειώνεται αισθητά (Marshall, 1985, 1988).

Σε αναδρομή (Emmelkamp, 1994), στην οποία εξετάστηκαν οι συμπεριφοριστικές τεχνικές που παράγουν ικανοποιητικά αποτελέσματα για τις διαταραχές αυτές, τόσο η έκθεση όσο και η συστηματική απευαισθητοποίηση κρίθηκαν επαρκείς. Επιπροσθέτως, πολλές θεραπείες που βασίζονται στην έκθεση χρησιμοποιούν τη συμμετοχική μίμηση προτύπου (participant modeling) (Bandura, 1977, Bandura & συν., 1969) στην οποία ο θεραπευτής λειτουργεί ως μοντέλο για τον ασθενή, δείχνοντάς του πώς να αλληλεπιδρά με το φοβογόνο αντικείμενο με ελεγχόμενο και μη φοβικό τρόπο, ενώ στη συνέχεια τον ενθαρρύνει να μιμηθεί τις πράξεις του με σκοπό τη διορθωτική εμπειρία μάθησης.

Λόγω της φύσης των ειδικών φοβιών, που χαρακτηρίζονται από φόβους συγκεκριμένους και καλά περιγεγραμμένους, έχει ελεγχθεί η σύντομη θεραπεία τους μέσα σε λίγες συνεδρίες. Καλά αποτελέσματα έχουν δείξει μέχρι στιγμής έρευνες σε φοβίες ζώων (Ost, 1989, 1991), οι οποίες θεραπεύτηκαν μετά από 2 ώρες έκθεσης και μίμηση προτύπου. Παρόμοια είναι και η πορεία φοβικών ασθενών με ερέθισμα τις οδοντιατρικές εξετάσεις, οι οποίοι απάντησαν καλά στη θεραπεία έκθεσης που χορηγήθηκε σε δύο ή τέσσερις συνεδρίες (Liddell & συν., 1994, Smith & συν., 1990). Πρόσφατα ελέγχθηκε η χρήση εικονικής πραγματικότητας σε φοβία αεροπλάνου (Rothbaum & συν., 1996, 1997), με ενθαρρυντικά αποτελέσματα, στην οποία η βελτίωση επετεύχθη μετά από 6 συνεδρίες έκθεσης σε εικονική πραγματικότητα που βοήθησαν στην πραγματοποίηση πραγματικού αεροπορικού ταξιδιού.

Ενδιαφέρον στη θεραπευτική της αντιμετώπιση παρουσιάζει η ειδική φοβία αίματος – τραύματος – ένεσεων, λόγω της ψυχοφυσιολογικής απάντησης αυτών των ασθενών όταν έρχονται σε επαφή με το φοβογόνο τους ερέθισμα που είναι το αίμα. Αυτή η ειδική φοβία είναι η μοναδική από τις Διαταραχές Άγχους στην οποία μπορεί να σημειωθεί βραδυκαρδία (σε όλες τις άλλες χαρακτηριστικό σωματικό σύμπτωμα άγχους είναι η ταχυκαρδία ως απάντηση στο αγχογόνο ερέθισμα), με αποτέλεσμα η κλινική εικόνα να εμπλουτίζεται από λιποθυμίες.

Σε μερικές περιπτώσεις, η βραδυκαρδία μπορεί να είναι τόσο ακραία ώστε να πάρει τη μορφή ασυστολίας και να οδηγήσει ακόμη και στην παύση της καρδιακής λειτουργίας (Marks, 1988). Ο Marks (1988), υπέθεσε ότι η αντίδραση της λιποθυμίας σ' αυτή την περίπτωση είναι μια ακραία μορφή της μείωσης της πίεσης του αίματος και των παλμών της καρδιάς που παρατηρείται ως μέρος της αντίδρασης παγώματος (freezing). Δηλαδή, αυτή η μείωση των παλμών της καρδιάς θα μπορούσε να είναι η απάντηση σε ένα επιβιωτικό αντανακλαστικό που αναπτύχθηκε στις καταστάσεις στις οποίες η ακινησία παράγει λιγότερο κίνδυνο περαιτέρω τραυματισμού από τη φυγή.

Εξαιτίας αυτού του μοναδικού χαρακτηριστικού οι Ost και συνεργάτες (1984, 1989, 1991), εκπαιδεύουν τους ασθενείς τους να αναγνωρίζουν τα πρώιμα σημάδια της επερχόμενης λιποθυμίας, δηλαδή την πτώση της αρτηριακής τους πίεσης και σε ένα δεύτερο επίπεδο εφαρμόζουν μια τεχνική αύξησης των παλμών της καρδιάς που ονόμασαν «εφαρμοσμένη ένταση μυών». Σε έρευνα που μελέτησε τη διαφορική επίδραση τριών θεραπευτικών συνθηκών, δηλαδή έκθεση στην πραγματικότητα σε συνδυασμό με την τεχνική της εφαρμοσμένης έντασης μυών, έκθεση στην πραγματικότητα μόνον και ένταση μυών μόνον, η αποτελεσματικότερη αποδείχθηκε η πρώτη δηλαδή ο συνδυασμός των δύο τεχνικών (Ost & συν., 1991).

Η **κοινωνική φοβία** είναι μια διαταραχή που απαντά καλά στην Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς, με κύριο ενεργό συστατικό της την έκθεση στην πραγματικότητα, χωρίς όμως να έχει τα εντυπωσιακά θετικά αποτελέσματα που σημειώνονται στη Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία. Οι μελετητές προσπαθώντας να αντιμετωπίσουν το παραπάνω εμπόδιο, προσπάθησαν να εμπλουτίσουν το πακέτο της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς εισάγοντας την τεχνική της γνωσιακής αναδόμησης. Αρκετές έρευνες έχουν μελετήσει τις δύο συνθήκες, δηλαδή έκθεση μόνον στην αντιμετώπιση της κοινωνικής φοβίας ή έκθεση σε συνδυασμό με γνωσιακή αναδόμηση με αντικρουόμενα μέχρις στιγμής αποτελέσματα.

Σε έρευνα που μελέτησε την έκθεση στην πραγματικότητα με τη βοήθεια του θεραπευτή και της γνωσιακής αναδόμησης (Mattick & Peters, 1988), βρέθηκε ότι ο συνδυασμός των δύο συνθηκών ήταν η πιο αποτελεσματική θεραπευτική κατάσταση, ενώ επόμενη μελέτη της ίδιας ομάδας (Mattick & συν., 1989) κατέληξε ότι τόσο η έκθεση μόνον, όσο και ο συνδυασμός με τη γνωσιακή αναδόμηση υπήρξε αποτελεσματικότερη από τη συνθήκη που χορηγήθηκε θεραπευτικά μόνον η γνωσιακή αναδόμηση. Σε κατά τι διαφορετικά συμπεράσματα καταλήγουν οι νεότερες ερευνητικές προσπάθειες.

Συγκεκριμένα, ισοδύναμες αποδείχθηκαν οι δύο συνθήκες, ενώ η κάθε μια υπήρξε σαφώς ανώτερη σε σύγκριση με το συνδυασμό τους (Scholing & Emmelkamp, 1993), όταν συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα της έκθεσης στην πραγματικότητα, της γνωσιακής αναδόμησης και του ταυτόχρονου συνδυασμού τους σε κλινικό δείγμα 73 κοινωνικά φοβικών, μέσα σε χρονικό διάστημα 16 συνεδριών. Στη μικρής διάρκειας επανεξέταση τη μεγαλύτερη πρόοδο σημείωσε η ομάδα που έκανε θεραπεία με γνωσιακή αναδόμηση που ακολουθήθηκε από έκθεση, ενώ σε μεταγενέστερη μελέτη των ίδιων ερευνητών (Scholing & Emmelkamp, 1996), στους 18 μήνες μετά το τέλος

της ενεργούς θεραπείας καλύτερα αποτελέσματα φάνηκε να έχει η ομάδα των ατόμων που ακολούθησαν την ομαδική θεραπεία της έκθεσης στην πραγματικότητα μόνον.

Σε μια μετα-αναλυτική μελέτη (Taylor, 1996) η οποία περιλάμβανε 42 κλινικές έρευνες, έγινε σύγκριση μεταξύ πολλών διαφορετικών θεραπειών (π.χ. ψευδοφάρμακα, έκθεση, γνωσιακή αναδόμηση, συνδυασμός γνωσιακής αναδόμησης και έκθεσης, και εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο συνδυασμός έκθεσης και γνωσιακής αναδόμησης ήταν η μόνη θεραπεία που ήταν αποτελεσματικότερη από τα ψευδοφάρμακα. Τα θετικά αποτελέσματα φαίνεται να διατηρούνται στο χρόνο, όπως υποδεικνύουν μελέτες που περιλάμβαναν επανεξέταση 1 ως 5 χρόνια μετά την ολοκλήρωση της Γνωσιακής - Συμπεριφοριστικής Ψυχοθεραπείας (ΓΣΨ) θεραπείας (Clark & συν., 2003, Haug & συν., 2003, Heimberg & συν., 1993b, Hunt & Andrews, 1998, Scholing & Emmelkamp, 1996). Χαρακτηριστικό είναι ότι η ΓΣΨ για την κοινωνική φοβία είναι σχετικά βραχεία. Κλινικές μελέτες ανέφεραν ικανοποιητικά αποτελέσματα μετά από μόλις 8 (Gruber και συν., 2001), 6 (Al-Kubaisy & συν., 1992, Wells & Papageorgiou, 2001) ή και 4 συνεδρίες (Wlazlo & συν., 1990).

Ειδικά στην κοινωνική φοβία εφαρμόζεται η ομαδική ψυχοθεραπεία που φαίνεται να είναι βοηθητική γι'αυτή την ομάδα των ασθενών δεδομένης της ψυχοπαθολογίας τους που εστιάζεται στο υπερβολικό άγχος κυρίως στις κοινωνικές συναναστροφές. Η θεραπεία σε ομάδες ευοδώνει την κοινωνική έκθεση και το παίξιμο ρόλων με θετικά αποτελέσματα στη συμπτωματολογία του ασθενούς. Προκαταρκτικά αποτελέσματα για την αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας στην κοινωνική φοβία έχουν παρουσιαστεί (Heimberg & συν., 1985). Μετά τη θεραπεία οι ασθενείς που συμμετείχαν, σημείωσαν σημαντικές μειώσεις στις μετρήσεις άγχους, σε συμπεριφορικά, φυσιολογικά και υποκειμενικά

ερωτηματολόγια, ενώ τα οφέλη της θεραπείας διατηρήθηκαν στην εξάμηνη επανεξέταση για τους έξι από τους 7 ασθενείς.

Σε επόμενη έρευνα, (Heimberg & συν., 1990), η ομαδική ΓΣΨ συγκρίθηκε με ένα θεραπευτικό πακέτο που βασίστηκε στην εκπαίδευση και την ομαδική υποστήριξη. Και οι δύο ομάδες βελτιώθηκαν στις συγκριτικές αξιολογήσεις πριν και μετά τη θεραπεία. Διαφορά προς όφελος της πρώτης ομάδας υπήρξε μόνον στις μετρήσεις του ανεξάρτητου αξιολογητή και στο συμπεριφορικό τεστ. Στην επανεξέταση των έξι μηνών, η πρώτη ομάδα διατήρησε τη βελτίωση σε αντίθεση με τη δεύτερη.

Οι Roth και Fonagy (1996), στην εκτεταμένη αναδρομή τους για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών συνθηκών για την κοινωνική φοβία καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το μέγεθος θεραπευτικής επίδρασης για τις γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές στις μετα-αναλυτικές μελέτες κυμαίνεται μεταξύ μέτριου και ισχυρού. Οι περισσότεροι γενικές αναδρομές σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς καταλήγουν ότι υπάρχουν σημαντικά οφέλη από τη χρήση της έκθεσης στην πραγματικότητα, ενώ υπάρχουν επίσης περιορισμένες ενδείξεις ότι η γνωσιακή αναδόμηση προσθέτει στην αποτελεσματικότητα της έκθεσης. Είναι παρόλ' αυτά σαφές ότι απαιτείται η ύπαρξη του συστατικού της τεχνικής της έκθεσης είτε χορηγούμενη μόνη της είτε με γνωσιακή αναδόμηση για να σημειωθεί επαρκές θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η γνωσιακή αναδόμηση μόνη, αν αφαιρεθεί δηλαδή το συστατικό της έκθεσης, δεν έχει δείξει να επιφέρει σημαντική κλινική βελτίωση σ' αυτή την ομάδα των ασθενών.

Στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών που υποφέρουν από *Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους*, η Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς με ενεργό συστατικό την έκθεση είναι αποτελεσματική. Μια σημαντική διαφορά σε σχέση με τη

χρήση της έκθεσης σ' αυτή τη διαταραχή, είναι ότι η έκθεση στην πραγματικότητα που καταπολεμά κυρίως τα συμπτώματα φανερών αποφυγών που συνδέονται με το τραύμα, συνδυάζεται πολλές φορές με την έκθεση στη φαντασία. Ζητείται δηλαδή συχνά από τους ασθενείς να αφηγηθούν το τραυματικό γεγονός σε χρόνο ενεστώτα, με σκοπό να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα της επαναβίωσης που αφορούν στις παρεισφρυτικές εικόνες και αναμνήσεις του γεγονότος ή επεισόδια flashbacks.

Δεν έχει αποδειχθεί ότι ο ένας από τους δύο τύπους έκθεσης είναι περισσότερο αποτελεσματικός από τον άλλον. Το παραπάνω ελέγχθηκε σε έρευνα διασταύρωσης των δύο θεραπευτικών συνθηκών (Richards & συν., 1994). Συγκεκριμένα, ο σχεδιασμός αφορούσε δύο ομάδες στις οποίες συμμετείχαν 14 ασθενείς με ΜΔΑ. Οι ασθενείς χωρίστηκαν τυχαία στις δύο ομάδες και έλαβαν 8 συνεδρίες έκθεσης. Η πρώτη ομάδα έλαβε 4 συνεδρίες έκθεσης στη φαντασία, ακολουθούμενες από 4 έκθεσης στην πραγματικότητα, ενώ η δεύτερη έλαβε τον ίδιο αριθμό συνεδριών με την αντίστροφη σειρά. Ενώ και οι δύο ομάδες σημείωσαν σημαντική μείωση στις κλινικές μετρήσεις, δε βρέθηκε καμιά επιρροή της σειράς εμφάνισης των θεραπευτικών στοιχείων στο κλινικό αποτέλεσμα. Τα θεραπευτικά οφέλη δε, διατηρήθηκαν στον ένα χρόνο επαναξιολόγησης.

Υπάρχουν αρκετές μη ελεγχόμενες μελέτες που αναφέρουν ότι η έκθεση μόνον (στη φαντασία ή/και στην πραγματικότητα) είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της ΜΔΑ (Mc Millan, 1991, Richards & Rose, 1991, Vaughan & Tartier, 1992), αλλά περισσότερο αξιόπιστα αποτελέσματα προσφέρουν οι ελεγχόμενες κλινικές μελέτες που συγκρίνουν την Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς με ομάδα ελέγχου ή άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις και τα τελευταία δέκα χρόνια έχουν πληθύνει στη βιβλιογραφία της ΜΔΑ.

Η κατακλυσμική θεραπεία (flooding) συγκρίθηκε με ομάδα ελέγχου σε ελεγχόμενη τυχαιοποιημένη μελέτη (Keane και συν., 1989). Το δείγμα αποτελείτο από 24 βετεράνους του Βιετνάμ που βρέθηκαν να νοσούν από ΜΔΑ κατά DSM-III. Η διάρκεια της θεραπείας της πειραματικής ομάδας ήταν 12-14 συνεδρίες στις οποίες εκτός από την τεχνική της κατακλυσμικής θεραπείας, χορηγήθηκε και η τεχνική της χαλάρωσης πριν την έναρξη και μετά τη λήξη της κάθε συνεδρίας. Τα αποτελέσματα στηριγμένα σε έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία μέτρησης υπέδειξαν την υπεροχή της κατακλυσμικής θεραπείας στη φαντασία. Συγκεκριμένα, σημειώθηκε βελτίωση των συμπτωμάτων επαναβίωσης, άγχους και κατάθλιψης, ενώ δεν επήλθε βελτίωση στο συναισθηματικό μούδιασμα και τις κοινωνικές αποφυγές. Στην εξάμηνη επανεξέταση τα θεραπευτικά οφέλη παρέμειναν. Παρά το γεγονός ότι τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η κατακλυσμική θεραπεία είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση της ΜΔΑ, η εισαγωγή στις θεραπευτικές συνεδρίες της τεχνικής της χαλάρωσης δε βοηθά στη διάκριση της επίδρασης των δύο τεχνικών στο τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Σε άλλη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμασία (Targier και συν., 1999α), 72 επιζώντες διαφόρων ειδών τραύματος έλαβαν 16 συνεδρίες έκθεσης στη φαντασία ή γνωσιακής θεραπείας (χωρίς έκθεση). Στο τέλος της θεραπείας και οι δύο συνθήκες οδήγησαν σε σημαντική μείωση των συμπτωμάτων. Παρόλα τα μεθοδολογικά πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης μελέτης, η έλλειψη ομάδας ελέγχου αποτέλεσε την κυριότερη αδυναμία της. Ένα χρόνο μετά και ανεξαρτήτως θεραπευτικής προσέγγισης το 87% των αρχικών συμμετεχόντων που επανεξετάστηκαν, διατηρούσαν τα κέρδη τους. (Targier και συν., 1999β).

Τέλος, σε επόμενη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη έρευνα (Marks και συν., 1998), συγκρίθηκαν: 10 εβδομαδιαίες συνεδρίες έκθεσης (5 στη φαντασία ακολουθούμενες από 5 στην πραγματικότητα) ή γνωσιακή αναδόμηση μόνο ή

συνδυασμός και των δύο ή ομάδα ελέγχου που έλαβε χαλάρωση, σε 87 πάσχοντες από ΜΔΑ, που υπέστησαν διαφόρων ειδών τραύματα. Επαναλαμβανόμενες αξιολογήσεις διεξήχθησαν στον 1 μήνα, στους 3, 6 και 12 μήνες μετά τη λήξη της θεραπείας. Οι συνθήκες της έκθεσης και της γνωσιακής αναδόμησης μόνες ή σε συνδυασμό, βελτίωσαν σημαντικά τα συμπτώματα της ΜΔΑ και της κατάθλιψης, αλλά δεν αποδείχθηκε αποτελεσματικότερος ο συνδυασμός τους. Συνοδά συμπτώματα όπως ο θυμός και οι ενοχές βελτιώθηκαν όσο και το άγχος. Στους έξι μήνες των επαναληπτικών μετρήσεων η ομάδα που έλαβε μόνο θεραπεία έκθεσης έδειξε να διατηρεί τα κέρδη της καλύτερα από την ομάδα της καθαρής γνωσιακής θεραπείας, η διαφορά ωστόσο δεν ήταν στατιστικά σημαντική, ενώ και οι 3 συνθήκες αποδείχθηκαν ανώτερες από την ομάδα ελέγχου (συνθήκη χαλάρωσης).

Η εφαρμογή της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς στη Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους αποδεικνύεται αποτελεσματική ακόμη και με μικρό αριθμό θεραπευτικών συνεδριών. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες 70% βελτίωση μπορεί να επιτευχθεί με μόλις 1 ή 2 συνεδρίες έκθεσης (χωρίς συστηματικές γνωσιακές παρεμβάσεις) (Başoğlu & συν., 2003a, 2003b, Başoğlu & συν., 2005).

Για την αντιμετώπιση της *Γενικευμένης Διαταραχής Άγχους* (ΓΔΑ) η Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς και ιδιαίτερα η τεχνική της έκθεσης μπορεί να αποδειχτεί βοηθητική στην αντιμετώπιση της αποφευκτικής συμπεριφοράς που παρατηρείται συχνά και σ' αυτούς τους ασθενείς. Παρόλ'αυτά η βελτίωση που σημειώνεται με τη χορήγηση συμπεριφορικών τεχνικών μπορεί να χαρακτηριστεί μόνο μέτρια και γι' αυτό το λόγο οι ερευνητές στράφηκαν στον εμπλουτισμό της θεραπευτικής πρακτικής με γνωσιακές τεχνικές. Πράγματι, μελέτες που σύγκριναν τα δύο θεραπευτικά πακέτα, θεραπεία συμπεριφοράς και γνωσιακή – συμπεριφορική

θεραπεία, δείχνουν ότι η δεύτερη επιλογή φαίνεται να έχει περισσότερα ικανοποιητικά αποτελέσματα (Hollon & Beck, 1994).

Μια σχετικά πρόσφατη έρευνα (Butler & συν., 1991) που ξεχωρίζει για τη μεθοδολογική της πληρότητα σε ότι αφορά την αξιολόγηση της θεραπευτικής εγκυρότητας, συμπεριέλαβε δείγμα 57 ασθενών με ΓΔΑ, οι οποίοι χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες – ομάδα με θεραπεία συμπεριφοράς, ομάδα με γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και τέλος ομάδα ελέγχου σε λίστα αναμονής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι δύο ενεργές ψυχοθεραπευτικές συνθήκες στάθηκαν ανώτερες από την ομάδα ελέγχου, αλλά η ομάδα που πήρε ΓΣΘ σημείωσε μεγαλύτερη βελτίωση από την ομάδα της ψυχοθεραπείας συμπεριφοράς και ιδιαίτερα στην εξάμηνη αξιολόγηση. Σε παρόμοια συμπεράσματα για καλύτερη αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ σε σύγκριση με την ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς κατέληξε και προγενέστερη μελέτη (Durham & Turvey, 1987).

Μετα-αναλυτική μελέτη (Chambless & Gillis, 1993), που εξέτασε εφτά έρευνες κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ΓΣΘ είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της ΓΔΑ, παρά το γεγονός ότι δεδομένα επαναξιολογήσεων ήταν σπάνια και οι ομάδες ελέγχου που συμμετείχαν στις διάφορες έρευνες διέφεραν σημαντικά. Επομένως, για την αντιμετώπιση της ΓΔΑ η ΓΣΘ φαίνεται να είναι η πιο αποδεκτή ψυχοθεραπεία, σε ότι αφορά την αποτελεσματικότητα και τη διατήρηση των θεραπευτικών οφελών (Roth & Fonagy, 1996).

Η *Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή Άγχους* (ΙΠΔ) είναι μια από τις διαταραχές άγχους που χαρακτηρίζονται από το γεγονός ότι σε περιπτώσεις χρόνιας εμφάνισης της ασθένειας, η βαρύτητα είναι συνήθως σημαντική και επιφέρει εξαιρετικά μεγάλη επιβάρυνση τόσο στη ζωή των πασχόντων όσο και των οικογενειών τους. Η Ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς (ιδιαίτερα οι τεχνικές της έκθεσης

και του εμποδισμού απάντησης), έχει παραθέσει στοιχεία αποτελεσματικότητας συγκρινόμενη με μη ειδικές ψυχοθεραπευτικές τεχνικές όπως η χαλάρωση (Christensen & συν., 1987).

Σε μετα-ανάλυση που εξέτασε 86 μελέτες εκ των οποίων οι 58 είχαν ομάδα ελέγχου (Van Balkom & συν., 1994), με την πλειονότητα των μελετών να εστιάζονται σε χρήση αντικαταθλιπτικών, ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς και γνωσιακή θεραπεία, η ΨΣ είχε το μεγαλύτερο θεραπευτικό μέγεθος επίδρασης. Σημαντικά θεραπευτικά οφέλη φαίνεται ότι δίνουν και τα αντικαταθλιπτικά (π.χ. τρικυκλικά όπως η χλωριμιπραμίνη και εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης – φλουοξετίνη, φλουβοξαμίνη).

Στην ΙΨΔ, η έκθεση στη φαντασία ή η έκθεση στην πραγματικότητα και ο εμποδισμός απάντησης είναι βοηθητικές τεχνικές στο 75% των περιπτώσεων και ανώτερες σε αποτελεσματικότητα από οποιαδήποτε άλλη, ενώ τα θετικά οφέλη διατηρούνται μακροπρόθεσμα (Roth & Fonagy, 1996). Σημειώνεται βέβαια, ότι η πλήρης αποδρομή των συμπτωμάτων της ασθένειας είναι σχετικά σπάνια κλινική κατάσταση.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να καταλήξουμε ασφαλώς ότι σε ότι αφορά τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση των Διαταραχών Άγχους η Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς φαίνεται ότι βοηθά την πλειονότητα αυτών των ασθενών.

1.3 Κλινικές άγχους στη διεθνή βιβλιογραφία

Είναι κατανοητό ότι η κλινική πρακτική σε εξειδικευμένες μονάδες που παρέχουν ψυχοθεραπεία σε ασθενείς με Διαταραχές Άγχους διαφέρει σε πολλά επίπεδα από το πειραματικό περιβάλλον των ερευνών. Κρίθηκε λοιπόν, σκόπιμο να

μελετηθεί η βιβλιογραφία για περιγραφές λειτουργίας κλινικών άγχους. Βρέθηκαν λίγες έρευνες, οι οποίες επιλέχθηκαν με βάση το είδος της ψυχοθεραπείας που παρέχουν (ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς χωρίς ή με προσθήκη γνωσιακών τεχνικών). Κάποιες δίνουν μόνο λίγα δεδομένα σε ότι αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που προσήλθαν (Issakidis & Andrews, 2003, Wagner & συν., 2002), άλλες απομονώνουν την ανάλυσή τους σε μία διαταραχή (κυρίως Διαταραχή Πανικού) και γίνεται αναφορά στα αποτελέσματα (Martinsen & συν., 1998, Starcevic & συν., 2004), λίγες αναφέρουν αποτελέσματα για περισσότερες από μία διαταραχές άγχους (McKenzie & συν., 1995, Mc Kenzie & Marks, 2003, Kasvikis & συν., 1989, Thornicroft & συν., 1991), ενώ καμία δεν παραθέτει συγκριτικά στοιχεία για την ομάδα των ατόμων που ολοκλήρωσαν ή διέκοψαν τη θεραπεία στο βάθος του χρόνου.

Σε έρευνα αυστραλιανής προέλευσης (Wagner & συν., 2002), παρουσιάστηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των 1000 πρώτων ασθενών με διαταραχές άγχους μέσα σε χρονικό διάστημα 3,5 πρώτων χρόνων λειτουργίας μονάδας αντιμετώπισης διαταραχών άγχους. Δημοσιοποίηση των υπηρεσιών της νέας μονάδας έγινε μέσω διαφήμισης στον τοπικό τύπο, και ενημέρωσης των γενικών ιατρών και νοσοκομειακών παραρτημάτων. Ταυτόχρονα, ένα ειδικά διαμορφωμένο φυλλάδιο με σημειωμένα τα βασικά συμπτώματα άγχους μοιράστηκε σε κοινοτικά κέντρα υγείας, το τοπικό νοσοκομείο και τοπικούς γενικούς ιατρούς.

Η ροή των ασθενών ανά χρόνο στη συγκεκριμένη κλινική άγχους είναι σχετικά σταθερή και ανέρχεται στους 300 περίπου ασθενείς το χρόνο. Ο χρόνος αναμονής για το πρώτο ραντεβού αξιολόγησης υπολογίστηκε σε δύο εβδομάδες, ενώ χρησιμοποιήθηκαν ομαδικές θεραπευτικές συνεδρίες για τους αρρώστους με Κοινωνική Φοβία και Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία, για να απορροφηθεί μεγαλύτερος αριθμός πασχόντων σε λιγότερο χρόνο. Οι παραπομπές

προέρχονται κυρίως από το γενικό ιατρό των ασθενών σε ποσοστό 50%, και οι υπόλοιποι παραπέμπονται από τα κοινοτικά κέντρα υγείας, ιδιώτες ψυχιάτρους ή ψυχολόγους. Η ανάλυση του κλινικού έργου έδειξε ότι οι εκπαιδευμένοι που υπάρχουν και σ' αυτή τη μονάδα συνεισφέρουν στη διεκπεραίωση του 30% των περιστατικών.

Σε ότι αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τα 2/3 των ασθενών είναι γυναίκες, με μέση ηλικία τα 41 έτη, ενώ λιγότεροι από τους μισούς είχαν εργασία με αποδοχές. Τα 2/3 του συνόλου των ασθενών βρέθηκαν να νοσούν από πρωτογενείς Διαταραχές Άγχους, ενώ οι υπόλοιποι με άλλες διαταραχές παραπέμφθηκαν σε άλλες υπηρεσίες. Οι αξιολογήσεις που έγιναν με δομημένες συνεντεύξεις κατέγραψαν ότι το 40% νοσούσε από Διαταραχή πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία, 25% είχαν Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους, 9% Μετατραυματική Διαταραχή άγχους και 9% Κοινωνική φοβία. Το 65% του δείγματος ανέφερε από μέτρια ως σοβαρή δυσλειτουργία στη ζωή τους εξαιτίας της διαταραχής. Προκαταρκτικά αποτελέσματα από τις πρώτες 257 περιπτώσεις έδειξαν ότι το 19% των ασθενών που συμμετείχαν σε ομαδικά προγράμματα δεν ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους.

Σε επόμενη αυστραλιανή έρευνα (Issakidis & Andrews, 2003), παρέχονται τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών που κατέφυγαν σε κλινική άγχους για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Η έρευνα στόχο έχει να υποδείξει τί προβλέπει τις κλινικές αποφάσεις που λαμβάνονται από τους ειδικούς όταν αντιμετωπίζουν συγκεκριμένους αρρώστους. Αναφέρεται ότι ετησίως η κλινική αξιολογεί 600-700 ασθενείς και θεραπεία προσφέρεται στο 65% των παραπομπών, ενώ και εδώ χρησιμοποιείται η ομαδική ψυχοθεραπεία, εκτός από τις περιπτώσεις των ιδεοψυχαναγκαστικών ασθενών που αντιμετωπίζονται σε ατομικές συνεδρίες. Ποσοστό 68% του δείγματος έλαβε διάγνωση πρωτογενούς αγχώδους διαταραχής.

Από αυτούς 41% ήταν άντρες, 13.5% μόνοι, χωρισμένοι ή χήροι, 46% δεν είχαν παντρευτεί ποτέ, 37% είχαν εκπαίδευση μόνον γυμνασίου. Οι παραπομπές προήλθαν σε ποσοστό 60% από τους γενικούς ιατρούς ή ειδικό ιατρό και 40% των παραπομπών έγιναν από κλινικό ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 35 έτη. Ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας προσφοράς θεραπείας ήταν η ύπαρξη πρωτογενούς αγχώδους διαταραχής, χωρίς στοιχεία διαταραχής προσωπικότητας. Ακόμη, το γυναικείο φύλο και μεγαλύτερος βαθμός δυσλειτουργίας ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες προσφοράς θεραπείας.

Νατουραλιστική έρευνα με ένα χρόνο επαναξιολόγηση σε ασθενείς με Διαταραχή Πανικού διενεργήθηκε για να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα ομαδικού γνωσιακού / συμπεριφοριστικού θεραπευτικού προγράμματος (6-10 ατόμων) σε κλινική άγχους (Martinsen & συν., 1998). Αρχικά η θεραπεία ήταν συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης, αλλά όσο περνούσε ο χρόνος προστέθηκαν και γνωσιακές τεχνικές, ενώ οι θεραπευτές είχαν μικρή εμπειρία. Συνολικά συμμετείχαν 83 ασθενείς (56 γυναίκες και 27 άνδρες) που παραπέμφθηκαν στην κλινική από γιατρούς μέσα σε 6 χρόνια (1988-1994). Ο μέσος όρος διάρκειας της διαταραχής έφτανε τα 7.5 χρόνια, ενώ σχεδόν οι μισοί από τους ασθενείς δεν είχαν προηγούμενη ψυχιατρική θεραπεία. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς χρησιμοποιούσαν αντικαταθλιπτικά και 36% βενζοδιαζεπίνες στην αρχή της μελέτης.

71 από τους 83 ασθενείς ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους. Στη βάση του κριτηρίου της βελτίωσης σε ποσοστό 50%, 89% των ασθενών σημείωσαν την προαναφερθείσα βελτίωση όταν συγκρίθηκαν οι τιμές πριν τη θεραπεία και της επαναξιολόγησης του ενός έτους. Υψηλότερα σκορ στο ερωτηματολόγιο μέτρησης κατάθλιψης στο τέλος της θεραπείας, προέβλεψε υψηλότερα σκορ στο ερωτηματολόγιο μέτρησης φοβικών αποφυγών, στον έναν χρόνο επαναξιολόγησης.

Ακόμη, διατηρούμενη εξάρτηση ή κατάχρηση ουσιών και η παρουσία σοβαρών διαταραχών προσωπικότητας σχετίστηκε με κακή αποτελεσματικότητα. Οι 12 ασθενείς που δεν ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους, ήταν κυρίως οι νεότεροι ή οι γηραιότεροι του δείγματος, ενώ η διακοπή συνήθως γίνονταν στα αρχικά στάδια της θεραπείας.

Πρόσφατη έρευνα (Starcevic & συν., 2004), μελέτησε όπως και η παραπάνω τη θεραπεία συγκεκριμένης διαταραχής (Διαταραχής πανικού με Αγοραφοβία) σε κλινική άγχους. Οι θεραπευτικές συνθήκες ήταν Γνωσιακή / Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία (ΓΣΨ), ΓΣΨ με βενζοδιαζεπίνες και ΓΣΨ με βενζοδιαζεπίνες και αντικαταθλιπτικά. Σκοπός ήταν να μελετηθούν οι λόγοι που ωθούν τους κλινικούς να προτείνουν διαφορετικές θεραπείες σε ασθενείς με την ίδια διαταραχή. Οι ασθενείς ήταν 102 διαδοχικές παραπομπές στην κλινική άγχους του Βελιγραδίου, εκ των οποίων το 73% ήταν γυναίκες, η μέση ηλικία ήταν τα 34 έτη, 62% ήταν παντρεμένοι ή σε σταθερή σχέση, 22.5% δεν υπήρξαν ποτέ παντρεμένοι, 16% ήταν διαζευγμένοι ή χωρισμένοι. Το 70% του δείγματος είχε δευτεροβάθμια εκπαίδευση, 61% είχαν εργασία, και οι υπόλοιποι ήταν άνεργοι (19%), μαθητές – φοιτητές (11%) και ασχολούμενοι με τα οικιακά (10%).

Η θεραπεία ήταν ομαδική σε γκρουπ ασθενών 6-10 ατόμων. Η διάρκεια της θεραπείας κυμαίνονταν από 57-86 ημέρες και εντυπωσιακό είναι ότι δεν υπήρχε κανένα περιστατικό διακοπής, που αποδίδεται από τους συγγραφείς στο υψηλό κίνητρο των θεραπευόμενων. Σε ότι αφορά την επιλογή της θεραπευτικής συνθήκης, υπήρξε μια γενική τάση οι ασθενείς με υψηλότερα σκορ στα ψυχομετρικά εργαλεία να λαμβάνουν θεραπεία με περισσότερα συστατικά. Δεν υπήρξε διαφορική επίδραση στα σκορ στο τέλος της θεραπείας ανάμεσα στις θεραπευτικές συνθήκες, αλλά οι μεγαλύτερες μειώσεις σημειώθηκαν στην ομάδα των ατόμων με τα περισσότερα

θεραπευτικά στοιχεία, γεγονός που εξηγείται από τους συγγραφείς ως αναμενόμενο, δεδομένου ότι οι περισσότεροι βαριά ασθενείς έχουν περισσότερα περιθώρια βελτίωσης λόγω της αρχικής τους σοβαρής συμπτωματολογίας. Ακόμη, η διάρκεια της θεραπείας αυξήθηκε, όσο αυξάνονταν τα συστατικά της στοιχεία. Η απουσία επαναξιολόγησης δεν επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων για τη μακρόχρονη κλινική πορεία των ασθενών στις τρεις συνθήκες.

Οι Thomicroft και συνεργάτες (1991) μελέτησαν έναν χρόνο λειτουργίας μιας μονάδας ψυχοθεραπείας συμπεριφοράς που ιδρύθηκε το 1969 και ενώ αρχικά αφορούσε κυρίως αγοραφοβικούς ασθενείς και σεξουαλικές δυσλειτουργίες, με τον καιρό, δεδομένου ότι ο χαρακτήρας της αφορούσε νοσηλεία σε ειδικά διαμορφωμένο ξενώνα, οι πάσχοντες που φιλοξενούνταν νοσούσαν από Ιδιοψυχχαναγκαστική Διαταραχή και οι υπόλοιποι ασθενείς με Διαταραχές άγχους αντιμετωπίζονταν σε εξωτερικά ιατρεία. Το προσωπικό της μονάδας απαρτιζόταν από 6 νοσοκόμους, 2 ψυχιάτρους και έναν εποπτευόμενα ψυχίατρο, ενώ δεν υπήρχε θέση ψυχολόγου.

Ταυτόχρονα, εκτός από το κλινικό έργο, εκπαιδεύονταν στη μονάδα νοσοκόμοι και ψυχίατροι. Ο ξενώνας αποτελούνταν από 10 κρεβάτια για ασθενείς, ενώ υπήρχε πρόβλεψη για διαμερίσματα στα οποία μπορούσαν να μείνουν συγγενείς αν κρίνονταν απαραίτητο. Μετά από κάποια χρόνια λειτουργίας, περικόπηκαν οι νυχτερινές βάρδιες εργαζομένων με αποτέλεσμα σημαντική μείωση της δαπάνης λειτουργίας που υπολογίστηκε σε 60.000 λίρες ετησίως, που όμως δεν μεταφράστηκε σε μείωση του αριθμού των περιστατικών που αναλαμβάνονταν.

Οι παραπομπές γίνονταν κυρίως από τον τοπικό γενικό ιατρό, ενώ υπήρξαν και περιπτώσεις παραπομπών των ασθενών από ψυχιάτρους, ψυχολόγους ή νοσοκόμους-θεραπευτές και κάποιοι ασθενείς αυτο-παραπέμφθηκαν μαθαίνοντας τη λειτουργία της μονάδας. Στο χρονικό διάστημα ενός έτους έγιναν 68 συνολικά

παραπομπές, αξιολογήθηκαν 52 ασθενείς και 34 έγιναν δεκτοί, ενώ σε 6 προσφέρθηκε εισαγωγή στο πρόγραμμα μόλις διέκοπταν τη φαρμακοθεραπεία τους. Οι λόγοι για τους οποίους δεν έγιναν δεκτοί οι υπόλοιποι 12 είναι γιατί 1 κρίθηκε ακατάλληλος, 6 αρνήθηκαν να εμπλακούν στη θεραπεία, και σε 5 προσφέρθηκε θεραπεία σε εξωτερικά ιατρεία. Συνολικά 45 ασθενείς ακολούθησαν το πρόγραμμα και παρακολουθήθηκαν σε επαναξιολογήσεις. Οι ασθενείς ήταν κυρίως νέοι (18-50), γυναίκες σε ποσοστό 60%, είχαν μέσο χρόνο διάρκειας της διαταραχής περίπου 11 χρόνια και η πλειονότητα τους (81%) ήταν άνεργοι.

Ο μέσος χρόνος φιλοξενίας έφτασε τις 9 εβδομάδες, με μέσο όρο θεραπευτικής επένδυσης από τους επαγγελματίες 16 ώρες ανά ασθενή, οι 5 από τις οποίες αφορούσαν εποπτεία σε ασκήσεις έκθεσης και οι υπόλοιπες 11 καταναλώθηκαν σε διοικητικές εργασίες. Από τους ασθενείς που συμπλήρωσαν το πρόγραμμα, μόνον 15 επαναξιολογήθηκαν έναν μήνα μετά και 29 έξι μήνες μετά. Με 15 από τους 23 που δεν προσήλθαν για επαναξιολόγηση, υπήρξε τηλεφωνική επικοινωνία, στην οποία οι 7 ανέφεραν βελτίωση, 2 καμιά αλλαγή στην κλινική κατάσταση από το τέλος του προγράμματος, 4 επιδείνωση και 2 αρνήθηκαν να δώσουν στοιχεία.

Σε επόμενη μελέτη (McKenzie & συν., 1995), η ίδια μονάδα αξιολογήθηκε ως προς το κόστος, ενώ δόθηκαν και περισσότερα στοιχεία για το συνολικό χρόνο που απορροφήθηκε και την ικανοποίηση των ασθενών. Ενδιαφέρον είναι ότι οι ψυχίατροι ως ομάδα, υπολογίστηκε ότι σημείωσαν μεγαλύτερη βελτίωση στους ασθενείς τους από ότι οι νοσοκόμοι-θεραπευτές, ενώ υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση εξετάζοντας τον κάθε θεραπευτή ξεχωριστά. Οι πιο έμπειροι νοσοκόμοι σημείωσαν περίπου τρεις φορές μεγαλύτερο ποσοστό βελτίωσης ανά ώρα. Οι περισσότεροι θεραπευόμενοι δήλωσαν σημαντική ικανοποίηση, και όσο περισσότερη βελτίωση

είχαν σημειώσει τόσο μεγαλύτερη ικανοποίηση δήλωναν. Χαρακτηριστικό είναι ότι το ποσοστό βελτίωσης ανά ώρα που σημειώνονταν σε θεραπεία με θεραπευτή ήταν ανάλογο της δηλωμένης ικανοποίησης των ασθενών.

Σε ότι αφορά τον υπολογισμό τους κόστους, φαίνεται ότι η δαπάνη για τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες της μονάδας ανήλθε σε 3920 λίρες ανά ασθενή για μέσο όρο διαμονής 48 ημερών, ενώ το κόστος για τις θεραπευτικές υπηρεσίες ανήλθε σε 506 λίρες.

Τέλος, σε νεότερη μελέτη (McKenzie & Marks, 2003), επιχειρήθηκε η συνολική καταγραφή 11 χρόνων λειτουργίας μιας μονάδας Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς, τόσο με εσωτερικούς ασθενείς (πλην όμως μειονότητα), όσο και εξωτερικούς. Επιλέχθηκαν 4 αντιπροσωπευτικά χρόνια για τη συλλογή των στοιχείων και τη μελέτη της αποτελεσματικότητας. Η μονάδα με έδρα το Λονδίνο υποδέχονταν ασθενείς από όλη τη Μεγάλη Βρετανία, και το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών ήταν ιδεοψυχαναγκαστικοί που είχαν αποτύχει να βελτιωθούν σε άλλα θεραπευτικά προγράμματα. Οι παραπομπές κυμαίνονταν από 56-65 ετησίως. Οι ασθενείς ήταν κυρίως γυναίκες, στην πλειονότητά τους άνεργοι, με ηλικιακό εύρος 18-50, και νοσούσαν από χρόνιες Διαταραχές Άγχους.

Ποσοστό 75% των ασθενών ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό τους πρόγραμμα. Σε ότι αφορά τις επαναξιολογήσεις, αυτές γίνονταν 3, 6 και 12 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας, με σημαντικές μειώσεις στις κλινικές μετρήσεις. Παρόλ' αυτά το γεγονός ότι λιγότεροι από τους μισούς προσήλθαν σ' αυτές σε συνδυασμό με το ότι οι λιγότερο άρρωστοι είχαν την τάση να εμφανίζονται για επαναξιολόγηση, θέτει εύλογους περιορισμούς στα αποτελέσματα.

Στη συνέχεια της βιβλιογραφικής αυτής αναδρομής παρατίθενται τα αποτελέσματα των προαναφερθεισών ερευνών ανά τομείς ενδιαφερόντων που επιτρέπει να γίνει μια πιο συγκεντρωτική παρουσίαση των στοιχείων που αναφέρονται σ' αυτές. Σημειώνεται ότι προστέθηκαν και κάποιες μελέτες που δεν αναφέρονται αναλυτικά παραπάνω, αλλά παραθέτουν στοιχεία διαφωτιστικά και σημαντικά για τη μεγαλύτερη κατανόηση της λειτουργίας των κλινικών άγχους.

Ειδικότερα, σε ότι αφορά τα *δημογραφικά χαρακτηριστικά* των ανθρώπων που ζητούν θεραπεία σε τέτοιου είδους υπηρεσίες φαίνεται ότι η πλειονότητα είναι νέοι (μέχρι 40 έτη) (Issakidis & Andrews, 2003, Wagner & συν., 2002), γυναίκες σε ποσοστό που κυμαίνεται από 50-75% (Issakidis & Andrews, 2003, Kasvikis & συν., 1989, Martinsen & συν., 1998, McCrusher & συν., 2000, McKenzie & Marks, 2003, Starcevic & συν., 2004, Wagner & συν., 2002), παντρεμένοι 40-70% (Issakidis & Andrews, 2003, McCrusher & συν., 2000, Starcevic & συν., 2004), οι περισσότεροι έχουν τελειώσει το δευτεροβάθμιο επίπεδο του σχολείου (Issakidis & Andrews, 2003, McCrusher & συν., 2000, Starcevic & συν., 2004), παραπέμπονται στις κλινικές άγχους κυρίως από τον γενικό ιατρό (Issakidis & Andrews, 2003, Martinsen & συν., 1998, McCrusher & συν., 2000, Wagner & συν., 2002), ενώ για το ποσοστό των εργαζομένων τα ευρήματα είναι αντιφατικά με μία έρευνα να δείχνουν ότι η πλειονότητα των ασθενών εργάζεται (Starcevic & συν., 2004), ενώ άλλη ότι δεν εργάζεται (Wagner & συν., 2002).

Τα *ποσοστά διακοπής ή άρνησης της θεραπείας* στις κλινικές άγχους που χρησιμοποιούν ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς, ποικίλουν. Έχουν αναφερθεί ποσοστά της τάξης του 0% (Starcevic & συν., 2004), 6% (Otto & συν., 2000), 11% (Kasvikis & συν., 1989), 14% (Martinsen & συν., 1998) και 19% (Wagner & συν., 2002). Τα υψηλότερα ποσοστά αναφέρονται στις μελέτες που αναλύουν τη λειτουργία μονάδων

θεραπείας συμπεριφοράς ενδονοσοκομειακού τύπου (McKenzie & Marks, 2003, Thonicroft & συν., 1991) στις οποίες αντιμετωπίζονται περισσότερο χρόνια και βαριά περιστατικά (π.χ. Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή). Οι έρευνες που εξετάζουν τους προβλεπτικούς παράγοντες διακοπής της ΨΣ δεν παρουσιάζουν ομόφωνα αποτελέσματα. Γενικά, παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για πρόωρη διακοπή θεραπείας περιλαμβάνουν τη νεαρή ηλικία, το άρρεν φύλο, τη χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την προβληματική χρήση ουσιών, προηγούμενες διακοπές θεραπείας και λιγότερο συχνές συνεδρίες (Axelrod & Wetzler, 1989, Centorrino & συν., 2001, Nicholson, 1994, Paollino & Moore, 1984, Tehrani & συν., 1996).

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών προσθέτει μια διάσταση για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών που δεν προσφέρουν άλλες μετρήσεις όπως η καταγραφή του χρόνου αναμονής για θεραπεία ή η ταχύτητα επικοινωνίας. Φαίνεται ότι μεγαλύτερη ικανοποίηση των υπηρεσιών καταδεικνύει καλύτερη ποιότητα υγείας (Shipley & συν., 2000). Παρόλ' αυτά, άλλη μελέτη υποστηρίζει ότι ο βαθμός ικανοποίησης των θεραπευόμενων, πιθανά δε συνδέεται άμεσα για τους ίδιους με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας που έλαβαν, έτσι η ικανοποίηση πιθανά να αποτελεί αναξιόπιστο δείκτη της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης. Σ' αυτό το συμπέρασμα κατέληξαν οι ερευνητές όταν παρά το γεγονός ότι οι θεραπευόμενοι που έκαναν χαλάρωση εμφανίστηκαν ικανοποιημένοι, η κλινική βελτίωσή τους δεν ήταν αντιστοίχως μεγάλη (Park & συν., 2001). Οι άπειροι θεραπευτές συγκεντρώνουν μικρότερα ποσά ικανοποίησης από τους θεραπευόμενους τους, παρά το γεγονός ότι δε διαφέρουν σε αποτελεσματικότητα από τους έμπειρους συναδέλφους τους (Boulougouris & συν., 1982). Σε άλλη έρευνα η ικανοποίηση των θεραπευόμενων από τη θεραπεία ήταν ανάλογη του ποσού της βελτίωσης που είχε επιτευχθεί, δηλαδή

όσο μεγαλύτερη βελτίωση τόσο περισσότερη ικανοποίηση, ενώ είναι ενδιαφέρον το εύρημα ότι όσο πιο ραγδαία σημειώθηκε η βελτίωση τόσο μικρότερη ήταν η ικανοποίηση (McKenzie & συν., 1995).

Η Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των Διαταραχών Άγχους και *τα θετικά αποτελέσματα διατηρούνται στο χρόνο* (βλ. παραπάνω). Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και σε ότι αφορά την εφαρμογή της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς στα πλαίσια κλινικών άγχους. Έτσι, υπάρχουν βελτιώσεις στην κλινική κατάσταση των ασθενών πριν και μετά την Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς (Kasvikis & συν., 1989, Martinsen & συν., 1998, McKenzie & συν., 1995, McKenzie & Marks, 2003, Otto & συν., 2000, Starcevic & συν., 2004, Thornicroft & συν., 1991), ενώ όσες δομές εξέτασαν την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας στο βάθος του χρόνου βρήκαν ότι τα αποτελέσματα διατηρούνται μήνες (McKenzie & Marks, 2003, Thornicroft & συν., 1991) ή ακόμη και έναν χρόνο μετά (Martinsen & συν., 1998) για την ομάδα των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους.

Το *χρονικό διάστημα* που απαιτείται για να επέλθει σημαντική κλινική βελτίωση στις περισσότερες περιπτώσεις δεν ξεπερνά τις 12 συνεδρίες για τη διαταραχή πανικού και άλλες φοβίες, αριθμός συχνά εκ των προτέρων καθορισμένος (Martinsen & συν., 1998, Starcevic & συν., 2004, Zane & Powell, 1985), ενώ για την Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή απαιτούνται περισσότερες (16) για να επιτευχθεί ικανή κλινική βελτίωση (Thornicroft & συν., 1991).

Ο *υπολογισμός του κόστους* αυτών των υπηρεσιών είναι μια επίπονη και πολύπλοκη διαδικασία, δεδομένου ότι οι εργαζόμενοι είναι επιφορτισμένοι με τη διεκπεραίωση του κλινικού έργου, τη συγγραφή ιστορικών, παραπεμπτικών σημειωμάτων και το σύνηθες είναι ότι δεν υπάρχει ελεύθερος χρόνος για την

καταγραφή του οικονομικού παράγοντα της λειτουργίας αυτών των δομών. Μια προσπάθεια αναφέρεται στη βιβλιογραφία (McKenzie & συν., 1995) που όμως αφορά μια μονάδα θεραπείας συμπεριφοράς για εσωτερικούς ασθενείς με κύρια διάγνωση την Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή. Οι συγγραφείς ανέφεραν μέσο κόστος για τον κάθε ασθενή 3645 αγγλικές λίρες για το χρονικό διάστημα 1993/4 που επιμερίζεται σε 285 αγγλικές λίρες κόστους συνολικής θεραπευτικής επένδυσης και 3360 αγγλικές λίρες για την ξενοδοχειακή παροχή υπηρεσιών. Τα ποσά που χρεώθηκαν στους ασθενείς είναι 506 και 3920 λίρες αντιστοίχως.

1.4 Αξιολόγηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων και των δομών παροχής τους στη βάση οικονομικών κριτηρίων

Τα τελευταία χρόνια σημειώνεται μια συνεχώς αυξανόμενη τάση οικονομικής αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα τους είναι χρήσιμο να περνούν από ένα φίλτρο οργανωμένου προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού, του χρόνου, των εγκαταστάσεων, του εξοπλισμού και της γνώσης που απαιτούνται πριν εφαρμοστούν για να αποφέρουν τα μέγιστα αποτελέσματα. Υπάρχουν διάφορα επίπεδα μελετών κόστους και αποτελέσματος – αναλύσεις κόστους, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας, κόστους-ωφέλειας (Drummond & συν., 1997) και όλο και περισσότερες έρευνες απευθύνουν ερωτήματα για τη χρησιμότητα συγκεκριμένων δομών παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών (Ferguson & συν., 1992, Goldberg & συν., 1996, Jackson & συν., 1993).

Παρόλ'αυτά, μέχρι το 1997 είχαν καταγραφεί μόνον 127 δημοσιευμένες μελέτες με θέμα την οικονομική αξιολόγηση των ψυχιατρικών παρεμβάσεων (Κωστόπουλος & συν., 2003), με την πλειονότητα των μελετών (62%) να

προέρχονται από τις ΗΠΑ, 11% από τη Μεγάλη Βρετανία και 7% από τον Καναδά. Η παρατηρούμενη έλλειψη πιθανά να σχετίζεται με το γεγονός ότι παλαιότερα αρκούσε η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας μιας μεθόδου. Αντιθέτως, τα τελευταία χρόνια, ο περιορισμός των πόρων ωθεί επιτακτικά και προς τη διερεύνηση του κόστους (Κωστόπουλος & συν., 2003).

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν γίνει προσπάθειες αξιολόγησης μονάδων που λειτουργούν σε κοινοτικό πλαίσιο με τη μορφή εξωτερικών ιατρείων σε σύγκριση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες των νοσοκομείων (Ferguson & συν., 1992, Goldberg & συν., 1996, Jackson & συν., 1993, Muijen & συν., 1992,). Απ' αυτές οι περισσότερες αφορούν παροχή θεραπείας σε όλο το φάσμα των ψυχιατρικών διαταραχών. Μια πρώτη ανάλυση των αποτελεσμάτων δείχνει ότι σε γενικές γραμμές η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών δε διαφέρει σε κλινικό επίπεδο, αλλά έχει παρατηρηθεί μείωση των εισαγωγών σε νοσοκομεία όταν χρησιμοποιούνται οι κοινοτικές υπηρεσίες, άρα το κόστος είναι μικρότερο όταν γίνεται χρήση των κοινοτικών υπηρεσιών σε σχέση με τις υπηρεσίες των νοσοκομείων (Tytge & συν., 1984).

Σε ότι αφορά τις μονάδες θεραπείας Διαταραχών Άγχους ειδικά, η διεθνής βιβλιογραφία είναι εξαιρετικά φτωχή. Σε μία έρευνα (Goldberg & συν., 1996), αναλύθηκαν οι υπηρεσίες μιας κοινοτικής ομάδας στη θεραπεία 30 αρρώστων με Διαταραχές Άγχους ή Κατάθλιψης σε σύγκριση με άλλους 30 που παρακολουθήθηκαν από νοσοκομεία. Βρέθηκαν μικρές διαφορές σε ότι αφορά την κλινική αποτελεσματικότητα ανάμεσα στις δύο δομές, αλλά οι άρρωστοι που παρακολουθήθηκαν από την κοινοτική ομάδα είχαν λιγότερο χρόνο αναμονής, ανέφεραν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και είχαν λιγότερες αλλαγές θεραπόντων κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας.

Υπάρχουν αντιφατικά συμπεράσματα για το κόστος θεραπείας αυτών των διαταραχών που ενισχύει την ανάγκη περαιτέρω μελέτης του θέματος.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν μέχρι στιγμής τέτοιες μελέτες παρά το γεγονός ότι η μέτρηση των δαπανών υγείας με αξιόπιστα και αντικειμενικά κριτήρια μπορεί να βοηθήσει σημαντικά την άσκηση πολιτικής υγείας, ιδιαίτερα στις μέρες μας όπου το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, επιδέχεται μια σειρά από παρεμβάσεις για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητάς του (Σουλιώτης, 2002). Μοναδική φωτεινή εξαίρεση αποτελεί η προσπάθεια καταγραφής του κόστους υπηρεσιών μιας ημερήσιας ψυχοθεραπευτικής μονάδας (Κωστόπουλος & συν., 2003; Πολύζος & συν., 2004), χωρίς όμως να παρατίθενται στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ή να προβαίνει σε σύγκριση των αποτελεσμάτων της με κάποια άλλη παρόμοια δομή ψυχοθεραπευτικών υπηρεσιών.

Οι ψυχοθεραπευτικές πρακτικές που ακολουθούνται στο Ανοικτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο (ΑΨΚ), περιλαμβάνουν ομαδική ανάλυση, ψυχόδραμα-κοινωνικοθεραπεία και θεραπεία οικογένειας. Οι ασθενείς που ζήτησαν θεραπεία κατά το χρονικό διάστημα ενός έτους (1999), είχαν σε ποσοστό 37% διαταραχές συναισθήματος, 28,5% σχιζοφρένεια ή άλλες ψυχώσεις, 11,5% αγχώδεις διαταραχές, 5% λουπές διαταραχές, ενώ 18% δεν είχαν διάγνωση στον άξονα I του DSM-IV. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, το τελικό προϊόν του ΑΨΚ είναι η θεραπευτική ώρα και επομένως επελέγη να καθοριστεί αυτή ως μονάδα μέτρησης. Βάσει αυτού του σκεπτικού, η μέθοδος καταλήγει στην εξίσωση :

$$X (\text{κόστος}) = \Psi (\text{κόστος σε δραχμές}) : \Omega (\text{αριθμός παραγόμενων ωρών}).$$

Δηλαδή, σε ετήσια βάση, X είναι η μετρούμενη δραστηριότητα, Ψ το κόστος της δραστηριότητας και Ω ο αριθμός των ωρών που διαρκεί. Στον τομέα του κόστους καταγράφηκαν οι λειτουργίες του ΑΨΚ στο θεραπευτικό τομέα, στον εκπαιδευτικό-

ερευνητικό τομέα, στον διοικητικό τομέα και στα χρηματοοικονομικά (δηλ. το κόστος του χρήματος σε σχέση με το χρόνο, δηλαδή ο τόκος κ.α.). Τα σημαντικότερα έσοδα για το ΑΨΚ προέρχονται από τη διοργάνωση εκπαιδευτικών σεμιναρίων, ενώ τα μεγαλύτερα έξοδα αφορούν στις αμοιβές των εργαζομένων. Σε ότι αφορά το θεραπευτικό τομέα τα κυριότερα έσοδα προέρχονται από τη λειτουργία της ομαδικής ανάλυσης και της θεραπευτικής κοινότητας. Συνολικά, καταγράφηκαν 11.173 ώρες παραγματοποιηθεισών θεραπειών κατά το υπό διερεύνηση έτος, που αντιστοιχούν σε μέσο μηνιαίο όρο 430-460 ατόμων που συμμετείχαν στις προαναφερθείσες θεραπευτικές δραστηριότητες. Ποσοστό 66% των αρρώστων ανήκαν στις λεγόμενες σοβαρές ψυχικές διαταραχές (ψυχώσεις, διαταραχές προσωπικότητας). Το κόστος μιας θεραπευτικής ώρας, κατά μέσον όρο για τον ασθενή, υπολογίστηκε στις 8.554 δραχμές (περίπου 25 Ευρώ), ενώ το αντίστοιχο κόστος για το ΑΨΚ υπολογίστηκε στις 8.145 δραχμές (περίπου 24 Ευρώ).

Η στενότητα των οικονομικών πόρων και παράλληλα η ανάγκη για βελτίωση και εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, καθιστά σαφές ότι οι προσπάθειες των αναλυτών να έχουν διαρκώς μια πραγματική εικόνα για το ύψος των δαπανών υγείας στη χώρα μας, είναι πάντα επίκαιρη και συνδέεται με τον καθορισμό των υγειονομικών προτεραιοτήτων (Σουλιώτης, 2002).

Συχνά, σε επίπεδο επιστημονικής έρευνας, καθώς επίσης και σε επίπεδο πολιτικής παρέμβασης, η αντιμετώπιση του συστήματος υγείας της χώρας μας χαρακτηρίζεται από την παράβλεψη των οικονομικών γεγονότων που συντελούνται σ' αυτό. Πολλοί θεωρούν ότι ο υγειονομικός τομέας ρυθμίζεται από κρατικές και διοικητικές παρεμβάσεις και δεν υπάρχουν τιμές -ανεξάρτητα από το ποιος πληρώνει- αλλά στην πραγματικότητα η αγορά ρυθμίζεται από ένα ανεπίσημο σύστημα τιμών και η κατάσταση αυτή δυσχεραίνει το έργο του σχεδιασμού για τη

μεγιστοποίηση του κοινωνικού οφέλους που προκύπτει από τη διαδικασία αυτή (Κυριόπουλος, 2002).

Στην Ελλάδα, είναι ενδεικτικό πως όλες οι σχετικές προσπάθειες προσδιορισμού του ακριβούς ύψους των δαπανών υγείας, έχουν επισημάνει την ύπαρξη μιας σειράς από μεθοδολογικά προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με τον υπολογισμό της παραοικονομίας, των επενδύσεων για την υγεία, των τρεχουσών μεταβιβάσεων του δημοσίου προς τους ιδιώτες κ.λ.π. Αξίζει δε να αναφερθεί ότι τα τελευταία χρόνια το πρόβλημα γίνεται ακόμη πιο έντονο, λόγω της εκδήλωσης φαινομένων όπως η αυξανόμενη παραοικονομία (Τσάτσος, 2001), οι παράλληλες εξαγωγές φαρμάκων και η προσφορά υπηρεσιών υγείας που ξεφεύγει των επίσημων καταγραφών, όπως για παράδειγμα σε μετανάστες που διαμένουν παράνομα στη χώρα (Σουλιώτης, 2002).

Τα ερωτήματα τα οποία τίθενται σχετικά με την αποδοτική ή μη χρήση των πόρων ή για την προαγωγή της ισότητας και της δίκαιης κατανομής των χρηματοδοτικών βαρών, παραμένουν σχετικά αναπάντητα στο βαθμό που δεν υπάρχουν ασφαλείς και αξιόπιστες μετρήσεις με αποτέλεσμα οι παρεμβάσεις και ο έλεγχος αυτών να είναι εξαιρετικά δυσχερείς. Για να έχουμε ένα σύστημα αποδοτικό πρέπει πάνω απ' όλα να είναι αποτελεσματικό. Είναι απαραίτητη η εκπόνηση πρωτογενών μελετών τόσο για την αποτύπωση των αναγκών του πληθυσμού όσο και την αξιολόγηση της κατανομής και αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων υγείας. Η ευθύνη μάλιστα της συλλογής των πρωτογενών στοιχείων, πρέπει να μετατεθεί στο επίπεδο των ίδιων των μονάδων υγείας (νοσοκομεία, κέντρα υγείας ιδιωτικός τομέας κ.λ.π.), οι οποίες θα συντάσσουν προϋπολογισμούς και απολογισμούς που θα αποτυπώνουν αναλυτικά τη λειτουργία και τη συνεισφορά τους στην κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών (Κυριόπουλος, 2002).

Ένα πρώτο συμπέρασμα που προκύπτει από τη μελέτη της διάρθρωσης των δημοσίων δαπανών υγείας, συνίσταται στην διατήρηση του νοσοκομειακοκεντρικού χαρακτήρα του ελληνικού συστήματος υγείας και στην υποχρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η οποία καλύπτεται από ιδιωτικές δαπάνες και κατά κύριο λόγο από ίδιες πληρωμές. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι ο ιδιωτικός χώρος έχει αναπτύξει ένα ευρύ δίκτυο από μονάδες παροχής εξανοσοκομειακής περίθαλψης και επιπλέον ότι η δυσκαμψία του συστήματος της δημόσιας χρηματοδότησης οδηγεί τους χρήστες σε επιβάρυνση των ατομικών τους εισοδημάτων, τόσο για την κατανάλωση υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, όσο και για την ταχύτερη πρόσβαση σ' αυτές (Σουλιώτης, 2002).

1.5 Αποδόσεις ελέγχου ψυχικής υγείας

Είναι γνωστό ότι το αίσθημα ελέγχου μεταβάλλεται ανάλογα με τις ειδικές, κοινωνικές, χρονικές συνθήκες (Litt, 1988). Η Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς, ιδιαίτερα μέσω της τεχνικής της έκθεσης απαιτεί από τους θεραπευόμενους έναν ενεργητικό ρόλο που συνιστά η προσέγγιση των φοβογόνων ερεθισμάτων ούτως ώστε να εξαλειφθεί η ανεπιθύμητη συμπεριφορά. Το αποτέλεσμα όπως είδαμε είναι η υιοθέτηση καινούριας συμπεριφοράς και η διατήρησή της και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Επομένως, είναι πιθανό αυτή η διαδικασία να προκαλεί μείωση της απόδοσης ελέγχου σε εξωτερικούς παράγοντες και αύξηση του εσωτερικού. Αυτό το γεγονός φαίνεται να είναι ιδιαίτερης σημασίας αφού τείνει να αποδειχθεί σε σημαντικό προγνωστικό παράγοντα ανάπτυξης μιας διαταραχής. Η εξέταση επομένως, της ενδεχόμενης αλλαγής των κέντρων ελέγχου υγείας για το σύνολο των Διαταραχών Άγχους, χωρίς δομημένες γνωσιακές παρεμβάσεις, τόσο για τους ασθενείς που ολοκλήρωσαν όσο και για τους ασθενείς που διέκοψαν ή αρνήθηκαν τη θεραπεία,

έχει κλινικό και προγνωστικό ενδιαφέρον. Τα τελευταία χρόνια έχει επεκταθεί ιδιαίτερα η έρευνα της σχέσης των γνωσιακών κατασκευών με την πορεία της θεραπείας και τη φαινομενολογία των διαταραχών άγχους.

Οι πρώτες αναφορές στις αποδόσεις ελέγχου ξεκίνησαν το 1954 όταν ο Julian Rotter περιέγραψε μερικές από τις λεγόμενες γενικές προσδοκίες ιδιαίτερης σημασίας στην ψυχοθεραπευτική πρακτική και στην επίλυση προβλημάτων. Μια από αυτές είναι το κέντρο ελέγχου υγείας (health locus of control), το οποίο ορίζεται ως ο βαθμός πίστης ενός ατόμου ότι τα διαδραματιζόμενα –καλά ή κακά– είναι κάτω από το δικό του έλεγχο (εσωτερικό κέντρο ελέγχου) ή όχι (εξωτερικό κέντρο ελέγχου).

Συγκεκριμένα, ενδο-προσωπικός έλεγχος είναι η στάση του ατόμου να θεωρεί ότι η πορεία της ζωής του καθορίζεται από τον ίδιο-ότι έχει άμεσο και αποτελεσματικό έλεγχο πάνω σε όσα του συμβαίνουν και πρόκειται να του συμβούν. Ο αντίποδας του χαρακτηριστικού αυτού είναι ο εξω-προσωπικός έλεγχος, που υποδηλώνει την τάση του ατόμου να θεωρεί ότι η πορεία της ζωής του, ελέγχεται από εξω-προσωπικούς παράγοντες όπως η τύχη, η μοίρα, ο Θεός, τα σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντός του, και ότι ο ίδιος δεν μπορεί να κάνει τίποτα σημαντικό για να αλλάξει την πορεία αυτή (Γιαννίτσας, 1989).

Ο Lazarus (1966) υποστηρίζει πως όσο λιγότερο προσωπικό έλεγχο θεωρεί ένα άτομο ότι ασκεί πάνω σε μια απειλητική γι' αυτό κατάσταση, τόσο μεγαλύτερο άγχος βιώνει. Έρευνες έχουν ενδιαφερθεί για τη σχέση μεταξύ προσωπικού ελέγχου και επίδοσης του ατόμου σε καταστάσεις υψηλού βαθμού δυσκολίας. Παρατηρήθηκε ότι η επίδοση του σε συγκεκριμένη κατάσταση συμφωνεί με την πεποίθηση του για τον έλεγχο που ασκεί γενικότερα στη ζωή του. Τότε το άτομο αυτοεπιβεβαιώνεται και επανατροφοδοτείται θετικά (Rotter & Mulry, 1965).

Ακόμη, η έννοια του κέντρου ελέγχου έχει προσελκύσει το ερευνητικό ενδιαφέρον αναφορικά με την πιθανή επίδρασή της στο ψυχοθεραπευτικό αποτέλεσμα. Συγκεκριμένα, έχει υποστηριχθεί και υπάρχουν βάσιμες ενδείξεις που συνηγορούν σ' αυτό, ότι μια στάση που τοποθετεί εσωτερικά το κέντρο ελέγχου συνδυάζεται με ευνοϊκή ψυχοθεραπευτική έκβαση (Foon, 1987).

Υπάρχουν αρκετές μελέτες που εξέτασαν το αίσθημα ελέγχου στη Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία. Ερευνητές υπέθεσαν ότι οι αγοραφοβικοί ασθενείς έχουν ένα ιδιαίτερο γνωσιακό προφίλ, καθώς αποδίδουν το άγχος τους σε εξωτερικά ερεθίσματα, γεγονός που ενισχύει την αποφευκτική συμπεριφορά τους (Emmelkamp, 1982, Goldstein & Chambless, 1978, Mathews & συν., 1981). Η απόδοση ελέγχου της υγείας σε εξωτερικούς παράγοντες έχει συνδεθεί με την έναρξη της αγοραφοβίας (Emmelkamp, 1982, Emmelkamp & Cohen-Kattenis, 1975). Επόμενες έρευνες (Adler & Price, 1895, Broadbeck & Michelson 1987) βρήκαν ότι οι αγοραφοβικοί έτειναν να εσωτερικοποιούν λιγότερο τον έλεγχο της υγείας τους και να την αποδίδουν περισσότερο στην τύχη σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου με βάση το ΠΕΑΕΥ-Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Questionnaire (Wallston & Wallston, 1978). Σε έρευνα των Hoffart & Martinsen (1990) βρέθηκε ότι οι αγοραφοβικοί ασθενείς με συνοδή κατάθλιψη απέδιδαν περισσότερο τον έλεγχο της υγείας τους στην τύχη από τους ασθενείς χωρίς κατάθλιψη, εύρημα που ενισχύει την άποψη ότι τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους σχετίζονται με την εξωτερική απόδοση ελέγχου της υγείας.

Σε μια πιο πρόσφατη μελέτη, οι αγοραφοβικοί ασθενείς που στο τέλος της θεραπείας τους απέδιδαν την βελτίωσή τους σε εξωτερικούς παράγοντες, φάρμακα ή τον θεραπευτή τους, είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποτροπιάσουν μέσα στο χρονικό διάστημα των 10 μηνών που μεσολαβούσε έως ότου γίνει η επαναξιολόγησή

τους, σε αντίθεση με όσους απέδιδαν την βελτίωσή τους σε εσωτερικούς παράγοντες, όπως οι δικές τους προσπάθειες ή οι ικανότητες που απέκτησαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους, οι οποίοι διατηρούσαν τα κέρδη τους και μετά την επανεξέτασή τους (Başoğlu & συν., 1994). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν σε ασθενείς με προβληματική χρήση ουσιών (Brandley & συν., 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Πιλοτική έρευνα

Πριν επιχειρηθεί η περιγραφή της παρούσας έρευνας κρίθηκε σκόπιμο να δοθούν κάποιες απαραίτητες πληροφορίες για το περιβάλλον διεξαγωγής της, δηλαδή το φορέα που φιλοξένησε αυτή την ερευνητική προσπάθεια, την υπηρεσία που αξιολογήθηκε και τη θεραπεία που ακολουθήθηκε για την αντιμετώπιση των ασθενών με Διαταραχές Άγχους. Στόχος της παρουσίασης είναι ο όσο το δυνατό καλύτερος προσανατολισμός του αναγνώστη στο πλαίσιο και το χαρακτήρα της εν λόγω μελέτης.

2.1 Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών είναι κοινωφελές ίδρυμα που επιχορηγείται και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Ιδρύθηκε το 1956 ως Τομέας Ψυχικής Υγείας του Βασιλικού Εθνικού Ιδρύματος και λειτούργησε ως τμήμα του Ιδρύματος αυτού μέχρι το 1964. Τότε με νομοθετικό διάταγμα έγινε ανεξάρτητος κοινωφελής οργανισμός ιδιωτικού δικαίου με έδρα την Αθήνα, λειτουργώντας υπό τον έλεγχο του κράτους (Υπουργείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων) (Χριστοδούλου & συν., 1994).

Αποτέλεσε τον πρώτο εξωνοσοκομειακό φορέας παροχής ψυχικής περίθαλψης στην Ελλάδα, μέσα σε ένα κλίμα ασυλιακού αποκλεισμού των πάσης φύσεως ψυχικά και νοητικά μειονεκτούντων ατόμων. Δεδομένου ότι η πρώτη αποικία ψυχασθενών στη Λέρο δημιουργήθηκε το 1968, η ίδρυση του ΚΨΥ αποτέλεσε μια ρηξικέλευθη προσπάθεια μερικών εμπνευσμένων ανθρώπων με πρωτοπόρο την Άννα Ποταμιάνου, η οποία με μια μικρή ομάδα συνεργατών, όπως τους Παπανούτσο, Καλούτση, Σακελλαρόπουλο, Καραπάνου, Τασλαρίδου Καλούτση, και άλλους,

προσπάθησαν να προσαρμόσουν και να περάσουν στην Ελλάδα την τότε ευρωπαϊκή ψυχιατρική εμπειρία, προτείνοντας προγράμματα εξωνοσοκομειακής ψυχιατρικής περίθαλψης και αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες (Βλαχάκη, 1999).

Ο στόχος δημιουργίας του ΚΨΥ δεν ήταν η αποασυλοποίηση, αλλά η δημιουργία πρότυπων υπηρεσιών, υπηρεσιών πιλότων στην κοινότητα, για την πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών πασχόντων, οι οποίες θα ήταν συγχρόνως ανάχωμα στο μονόδρομο του ψυχιατρείου και της ασυλοποίησης. Η ψυχιατρική ομάδα ήταν καινοτομία στην αντίληψη της ψυχιατρικής περίθαλψης εκείνη την εποχή για τα ελληνικά δεδομένα, λόγω του ότι συνιστούσε μια πολυδιάστατη πρόταση στο χώρο της ψυχικής υγείας, αφού αποδεχόταν την πολυπλοκότητα και πολυπαραγοντική φύση της ψυχικής ασθένειας, διευρύνοντας έτσι τη μονομερή φαρμακευτική αγωγή και νοσηλεία (Βλαχάκη, 1999).

Στην πρώτη φάση λειτουργίας του Κέντρου δόθηκε έμφαση στην αντιμετώπιση προνοιακών προβλημάτων με την Ίδρυση Σταθμών Κοινωνικών Βοηθειών (Αθήνα, Πειραιάς, Θεσσαλονίκη, Πάτρα) με κοινωνικοψυχιατρικό προσανατολισμό που σύντομα μετεξελίχθηκαν σε Υπηρεσίες Κοινωνικής Ψυχιατρικής με στόχο τη διάγνωση, θεραπεία, ημερήσια περίθαλψη και κοινοτική δράση. Προοδευτικά αναπτύχθηκαν ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες, η ψυχοθεραπευτική μονάδα Αθήνας, η θεραπευτική μονάδα για παιδιά (Αγ. Παρασκευή), η υπηρεσία ειδικής παιδαγωγικής (Χαλάνδρι), η υπηρεσία εκπαιδευτικών προγραμμάτων και η υπηρεσία ερευνών (Αθήνα) (Χριστοδούλου & συν., 1994).

Στις αρχές της δεκαετίας του '80 και στα πλαίσια της «Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης» που άρχισε να υλοποιείται στη χώρα μας, αναπτύχθηκαν κυρίως Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης ατόμων με ψυχικές

διαταραχές σε διάφορες περιοχές της Αθήνας, αλλά και σε άλλες πόλεις της Ελλάδας, όπως στο Ηράκλειο, το Βόλο και τη Ζάκυνθο. Ακόμη, άρχισε να λειτουργεί και η πρώτη υπηρεσία επείγουσας τηλεφωνικής βοήθειας – SOS. Η αρχή της δεκαετίας του '90, βρήκε το ΚΨΥ σε μια φάση επαναπροσδιορισμού των στόχων του, βελτίωσης της οργανικής του υποδομής, αλλά και ανταπόκρισης για κάλυψη επιτακτικών αναγκών της εποχής (Χριστοδούλου & συν., 1999).

Με τον καιρό αναπτύχθηκαν συναλλακτικές σχέσεις με άλλους φορείς της πόλης, αλλά και με αντίστοιχους ευρωπαϊκούς, καθώς και με την κοινότητα των λειτουργών ψυχικής υγείας γενικότερα, προς την οποία προσέφερε σημαντική εκπαιδευτική βοήθεια και έμπνευση, ανοίγοντας ορίζοντες γνώσης από τη διεθνή εμπειρία και προβληματισμό. Το ΚΨΥ, παραμένει ένας μεγάλος εξωνοσοκομειακός φορέας παροχής ψυχικής περίθαλψης στην Ελλάδα με ένα δίκτυο συναρθρωμένων υπηρεσιών που καλύπτει όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες (Βλαχάκη, 1999).

Οι στόχοι του του ΚΨΥ όπως έχουν διαμορφωθεί με το πέρασμα των χρόνων είναι :

1. η πρόληψη και αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων και ψυχικών διαταραχών παιδιών, εφήβων και ενηλίκων,
2. η ενημέρωση του κοινού και ειδικών επαγγελματικών ομάδων στις σύγχρονες αντιλήψεις για την ψυχική υγιεινή,
3. η εξειδίκευση και επιμόρφωση στελεχών ψυχικής υγείας,
4. η έρευνα και η μελέτη ψυχοκοινωνικών παραγόντων και φαινομένων που συνδέονται με την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών,
5. η εφαρμογή προτύπων θεραπευτικών προγραμμάτων,

6. η οργάνωση και λειτουργία ενδιάμεσων δομών θεραπευτικής αντιμετώπισης
· και αποκατάστασης ψυχικών διαταραχών στο επίπεδο της Κοινότητας
(Χριστοδούλου & συν., 1994).

2.2 Η Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς

Η Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς (ΜΘΣ), ιδρύθηκε το 1988 ως παράρτημα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, επί προεδρίας Γιάννη Παπαδάτου. Το πλαίσιο λειτουργίας της αφορά την εφαρμογή της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς στην αντιμετώπιση των Διαταραχών Άγχους ενηλίκων ασθενών, ενώ παράλληλα επιχειρείται ερευνητική και εκπαιδευτική δραστηριότητα. Τα τελευταία 16 χρόνια η ΜΘΣ εξυπηρέτησε συνολικά 900 ασθενείς που απευθύνθηκαν για θεραπεία.

Σε ότι αφορά το ερευνητικό έργο η ΜΘΣ προσμετρά τέσσερις δημοσιευμένες εργασίες (Κασβίκης & συν., 2003, Κουμαντάνου & συν., 2004, Κασβίκης & συν., υπεβλήθη, Livanou & συν., 2005), 2 διδακτορικές διατριβές (η παρούσα και μία σε εξέλιξη), 3 διπλωματικές εργασίες (Κουμαντάνου, 2001, Μυτσκίδου, 1999, Πούλου, 2001), καθώς και προφορικές και αναρτημένες ανακοινώσεις σε συνέδρια. Σε εκπαιδευτικό επίπεδο η ΜΘΣ οργανώνει κάθε χρόνο εκπαιδευτικά σεμινάρια που απευθύνονται σε φοιτητές ψυχολογίας και ψυχιατρικής με αντικείμενο την Εισαγωγή στην Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς για τις Διαταραχές Άγχους.

Η διοικητική δραστηριότητα της ΜΘΣ αφορά στις διοικητικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες της Ελληνικής Εταιρίας Έρευνας της Συμπεριφοράς για το χρονικό διάστημα 5 ετών και εξασφάλισε την οργανωτική βάση ανάληψης και προγραμματισμού του 24^{ου} Ευρωπαϊκού Συνεδρίου της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Συμπεριφοριστικών και Γνωσιακών Θεραπειών (European Association of Behavioral

and Cognitive Therapies (EABCT)) στην Κέρκυρα το 1994, ενώ υποστήριξε την προεδρία της EABCT από το 1993 μέχρι το 1995.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η φυσιογνωμία της, με την έννοια ότι ένας από τους πρωταρχικούς στόχους από την αρχή της λειτουργίας της αποτέλεσε η σταδιακή ανάληψη κλινικών, ερευνητικών και εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων από τους εκπαιδευόμενους (εθελοντές), οι οποίοι προσέρχονταν στη ΜΘΣ για να εκπαιδευτούν στην εφαρμογή της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς στις Διαταραχές Άγχους. Συνολικά, εκπαιδεύτηκαν στην εφαρμογή της Ψυχοθεραπείας συμπεριφοράς, περίπου 25 ψυχολόγοι και ψυχίατροι. Η μοναδική, μακρόχρονη και ατεκμηρίωτη από ακαδημαϊκούς τίτλους, συμβατική υποχρέωση της ΜΘΣ απέναντί τους, είναι η κατάκτηση της θεραπευτικής τους επάρκειας.

Το παραπάνω εξασφάλισε μεγαλύτερη αυτονομία από τη συνηθισμένη εξάρτηση μιας δημόσιας υπηρεσίας από προσλήψεις και μεταθέσεις προσωπικού του δημόσιου τομέα. Στην αρχή της λειτουργίας της, η αναλογία μισθωτών προς εθελοντές ήταν 4 προς 3 ενώ κατά την εποχή της διεξαγωγής της παρούσας έρευνας η αναλογία αυτή διαμορφώθηκε σε 2 προς 6.

Οι στόχοι της ΜΘΣ είναι :

1. η τεκμηρίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς στη βάση προϋπαρχόντων ψυχομετρικών εργαλείων εγνωσμένης εγκυρότητας στην ελληνική τους μετάφραση, πολλά από τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στη παρούσα μελέτη,
2. η ανάληψη ερευνητικών έργων πεδίου από τη θεραπευτική ομάδα, στην οποία συμμετέχει και επιβλέπει ο υπεύθυνος της ΜΘΣ, εκπαιδευμένος στην Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς από την έδρα της Πειραματικής

Ψυχοπαθολογίας του Ινστιτούτου Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου του Λονδίνου,

3. η αύξηση της παραγωγικότητας με διατήρηση ικανοποιητικών κλινικών αποτελεσμάτων (έλεγχος κόστους / αποτελεσματικότητας).

Τα συμπεράσματα από την εξέταση του πρώτου χρόνου λειτουργίας της ΜΘΣ (Kasvikis & συν., 1989) ήταν ενισχυτικά για τη συνέχιση της λειτουργίας της, χωρίς όμως να εξετάζονται λεπτομερώς και σε βάθος χρόνου πολλές παράμετροι κλινικής λειτουργίας. Οι προσπάθειες εξέτασης της κλινικής αποτελεσματικότητας, των προβλημάτων που ανακύπτουν κατά τη λειτουργία και οι πιθανές κριτικές και απόψεις που εκφράζονται από τους πελάτες, είναι δύσκολο να ελεγχθούν στην καθημερινή κλινική πράξη. Το προσωπικό που απαρτίζει τις υπηρεσίες είναι επιφορτισμένο με το βάρος του κλινικού έργου, έτσι είναι δύσκολο να επιτευχθεί η κατάλληλη αποστασιοποίηση που απαιτείται για την αντικειμενική εξέταση, ενώ δεν είναι σύνηθες να παρακολουθούνται σε επαναξιολογήσεις όσοι δεν ενεπλάκησαν σε θεραπεία, ώστε να υπάρχουν συγκριτικά αποτελέσματα. Οι παραπάνω προβληματισμοί αποτέλεσαν την αφορμή για την έναρξη της παρούσας έρευνας.

2.3 Η Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς για τις Διαταραχές Άγχους (Το Θεωρητικό υπόβαθρο – Θεωρίες Μάθησης – Η εξέλιξη)

Κάθε άνθρωπος έχει νιώσει το συναίσθημα του φόβου, που ορίζεται ως η φυσιολογική αντίδραση όταν κάποιος αντιμετωπίζει κίνδυνο. Ενώ ο φόβος είναι το συναίσθημα της ανησυχίας που προκαλείται από την ύπαρξη επικείμενου κινδύνου, η φοβία είναι ο επίμονος, υπερβολικός φόβος που συνδέεται με ένα αντικείμενο ή κατάσταση, που αντικειμενικά δεν είναι σπουδαία πηγή κινδύνου. Όταν ο φόβος δεν αφορά σε συγκεκριμένη κατάσταση ή αντικείμενο και δεν μπορούμε να

προσδιορίσουμε γιατί ή τι φοβάται κανείς, αναφερόμαστε στο άγχος. Τόσο η φοβία όσο και ο πανικός (ποσοτική διαβάθμιση του άγχους), είναι κυρίαρχες συναισθηματικές αντιδράσεις του ανθρώπου.

Οι δύο θεωρίες που σύμφωνα με το συμπεριφοριστικό μοντέλο, εξηγούν κατά ένα μεγάλο μέρος την απόκτηση των φοβιών είναι η κλασική εξαρτημένη μάθηση (classical conditioning), η συντελεστική μάθηση (operant conditioning) και συχνά ο συνδυασμός των δύο.

Σύμφωνα με την «**κλασική εξαρτημένη μάθηση**» (Pavlov, 1927) ουδέτερα και απλά ερεθίσματα, όταν συνδέονται με ερεθίσματα που προκαλούν φόβο ή πόνο, μπορούν με την εξάσκηση να αναπτύξουν φοβογόνες ιδιότητες, δηλαδή να μετατραπούν από ουδέτερα σε φοβογόνα. Απαραίτητη προϋπόθεση για να συμβεί αυτό είναι η εμφάνιση του ουδέτερου ερεθίσματος να γίνεται σε χρονική και λειτουργική συνάφεια με το φοβογόνο. Η παραπάνω προϋπόθεση, δηλαδή η σύνδεση των δύο ερεθισμάτων και η εξάρτηση του ενός από το άλλο, ονομάζεται νόμος της «χρονικής συνάφειας». Η σχεδόν ταυτόχρονη παρουσίαση των δύο αυτών ειδών ερεθισμάτων θα πρέπει να επαναληφθεί μερικές φορές, για να πάρει το ουδέτερο ερέθισμα τις ιδιότητες του φοβογόνου ερεθίσματος.

Μέσα από τη διαδικασία της κλασικής εξαρτημένης μάθησης, συγκεκριμένα ερεθίσματα συνδέονται με αντιδράσεις άγχους, και μέσω της γενίκευσης ερεθίσματος (stimulus generalisation), ένας μεγαλύτερος αριθμός ερεθισμάτων που σχετίζονται με παρόμοιες καταστάσεις ενδέχεται να συνδεθούν με άγχος.

Σύμφωνα με τις «**αρχές της συντελεστικής μάθησης**», (Skinner, 1938), η απάντηση που δίνει ο οργανισμός σε κάποιο ερέθισμα, εξαρτάται από τις συνέπειες αυτής, και επειδή η απάντηση παίρνει ιδιότητες ενισχυτικού ερεθίσματος, η εξαρτημένη απάντηση του οργανισμού διατηρείται. Στη «**συντελεστική μάθηση**» η

εξαρτημένη αντίδραση που εγκαθίσταται έχει ιδιότητες ορμής, κινητοποιεί τον οργανισμό, και για το λόγο αυτό, υποστηρίζουν μερικοί ότι είναι πολύ δύσκολο να εξαλειφθεί. Η συντελεστική μάθηση είναι γνωστή και ως «νόμος του αποτελέσματος», υποδηλώνοντας έτσι ότι μια συμπεριφορά επαναλαμβάνεται όταν ακολουθείται από ικανοποιητικές συνέπειες και μειώνεται όταν ακολουθείται από δυσάρεστες. Ο Skinner επέκτεινε το νόμο αυτό ορίζοντας τις ενισχύσεις από τις αντιδράσεις που έχουν πάνω στη συμπεριφορά του ατόμου και όχι από το γεγονός του εάν αυτές εμφανίζονται ως αμοιβές ή τιμωρίες. Επομένως, “θετικές ενισχύσεις ή αμοιβές” είναι όλες εκείνες οι καταστάσεις και τα γεγονότα που, όταν λαμβάνουν χώρα, μια συγκεκριμένη συμπεριφορά του οργανισμού αυξάνεται σε συχνότητα και ένταση. Ενώ, ως «αρνητικές» περιγράφονται οι καταστάσεις εκείνες που μειώνουν την πιθανότητα εκδήλωσης αυτής της συμπεριφοράς.

Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '60, η πιο ικανοποιητική θεωρία που εξηγούσε την εγκατάσταση φόβου και της αποφυγής ήταν η *«θεωρία των δύο σταδίων»* (Mowrer, 1947, McAllister & McAllister, 1995). Η θεωρία αυτή ονομάζεται έτσι γιατί ενσωματώνει την κλασική εξάρτηση, ως τον πρώτο παράγοντα ερμηνείας για την εγκατάσταση του φόβου, και τη συντελεστική μάθηση, ως το δεύτερο παράγοντα ερμηνείας για τη διατήρηση της αποφυγής. Μέσα από τη διαδικασία της κλασικής εξαρτημένης μάθησης, συγκεκριμένα ερεθίσματα συνδέονται με αντιδράσεις άγχους, και μέσω της γενίκευσης ερεθίσματος (stimulus generalisation) ένας μεγαλύτερος αριθμός ερεθισμάτων που σχετίζονται με συγκεκριμένες καταστάσεις ενδέχεται να συνδεθούν με άγχος. Τέλος, μέσω της συντελεστικής μάθησης, ο άνθρωπος (α) αποφεύγει αγγογόνα ερεθίσματα, ή (β) διακόπτει την έκθεσή του σε καταστάσεις για να μειώσει το άγχος που αυτές του προκαλούν. Οι συμπεριφορές αποφυγής ενισχύονται από την παροδική μείωση του

άγχους και με την επανάληψη εδραιώνονται και εξελίσσονται σε πρότυπο μοντέλο φοβικής συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, όλα τα ερεθίσματα μπορούν να γίνουν φοβογόνα, κάτι που είναι γνωστό ως «νόμος της ισοδυναμίας».

Νεότερα ερευνητικά δεδομένα θέτουν υπό αμφισβήτηση τόσο το νόμο της χρονικής συνάφειας όσο και το νόμο της ισοδυναμίας. Τα κενά που δημιουργήθηκαν από τις προαναφερθείσες θεωρίες καλύφθηκαν εν μέρει από τη *«θεωρία της ετοιμότητας»* (Seligman, 1971) και τη *«θεωρία κοινωνικής μάθησης»* (Bandura, 1977). Σύμφωνα με την πρώτη, υπάρχουν κάποια ερεθίσματα που είναι βιολογικά επικρατέστερα έναντι άλλων για την εγκατάσταση της φοβίας. Ο βαθμός ετοιμότητας για εξάρτηση ποικίλλει ανάμεσα στα διάφορα είδη του ζωικού βασιλείου, διαφέρει από άτομο σε άτομο, και ίσως και στο ίδιο άτομο κατά τις διάφορες περιόδους της ζωής του. Έχει υποστηριχθεί, ότι το επίπεδο ετοιμότητας για την εγκατάσταση φόβου έχει σχέση με την αυξημένη εγρήγορση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, και ακόμη, ότι υπάρχουν προφανώς «κρίσιμες» περίοδοι της ζωής του ατόμου στις οποίες είναι πιο ευαισθητοποιημένο και, επομένως, μπορεί πιο εύκολα να εξαρτηθεί από φοβίες. Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης υποστηρίζει ότι παράλογοι φόβοι μπορούν να δημιουργηθούν μέσω παρατήρησης φοβογόνων συμπεριφορών σε συγκεκριμένα ερεθίσματα άλλων ανθρώπων π.χ. γονείς.

Συνοψίζοντας τις σημερινές απόψεις για τους μηχανισμούς εγκατάστασης και συντήρησης των φοβιών, μπορούμε να πούμε ότι υπάρχουν τρεις δρόμοι, με πολλές ενδιάμεσες μεταβλητές (μνήμη, γενετικό υλικό, γεγονότα ζωής, γνωσίες κ.λ.π.), που οδηγούν στη απόκτηση φοβιών:

- άμεση εγκατάσταση διαμέσου των διαδικασιών της εξάρτησης, που καλύπτει μόνο ένα μέρος των παράλογων φόβων μας, δηλαδή εκείνων που είναι πολύ καλά προετοιμασμένοι, έντονοι και μπορούν να εξαλειφθούν δύσκολα.

Αφορούν ερεθίσματα που στο απώτερο παρελθόν ήταν σημαντικά για τη βιολογική επιβίωση (π.χ. ύψη, φίδια κ.λ.π.).

- έμμεση εγκατάσταση δι' αντιπροσώπου ή μίμησης προτύπου. Γίνεται βάσει των υποθέσεων της κοινωνικής θεωρίας της μάθησης (Μπουλουγούρης 1992), όπου οι προσδοκίες, τα χαρακτηριστικά του μοντέλου, η προσοχή και η μνημονική κωδικοποίηση παίζουν σημαντικό ρόλο (Bandura, 1977).
- έμμεση εγκατάσταση δια της μεταβίβασης πληροφοριών ή οδηγιών του τι πρέπει να φοβάται κανείς και τι όχι, που παρέχονται από τα πρώτα χρόνια της ζωής μας και δεν έχουν μελετηθεί συστηματικά.

Συμπερασματικά, τα διάφορα μονοδιάστατα μοντέλα που προτάθηκαν είναι ανεπαρκή. Μια πολυδιάστατη θεώρηση που λαμβάνει υπόψη βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες εξηγεί πληρέστερα τους μηχανισμούς εγκατάστασης, διατήρησης και θεραπείας του φόβου και του άγχους (Μπουλουγούρης, 1992).

2.4 Ανάλυση και Περιγραφή της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς για τις Διαταραχές Άγχους

Η Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς αποτελεί ένα θεραπευτικό πακέτο με μια πλειάδα τεχνικών που χρησιμοποιούνται κατά περίπτωση από τους θεραπευτές. Ο θεμέλιος όμως, λίθος της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς για τις Διαταραχές Άγχους είναι η «έκθεση» στο φοβογόνο ερέθισμα (cue exposure), η οποία συνίσταται στην επαναλαμβανόμενη και παρατεταμένη αντιμετώπιση των αγχογόνων ερεθισμάτων έως ότου, μέσω των διεργασιών της εξοικείωσης και της απόσβεσης (habituation, extinction) (Marks, 1987), μειωθεί σταδιακά το άγχος που αυτά προκαλούν. Κατά τη διεργασία της εξοικείωσης το μέγεθος μιας αντίδρασης μειώνεται κατά την

επαναλαμβανόμενη πρόκλησή της, ενώ κατά την απόσβεση ενός εξαρτημένου αντανακλαστικού, το εξαρτημένα προκλητικό ερέθισμα χάνει δύναμη λόγω του χωροχρονικού διαχωρισμού εξαρτημένων και ανεξάρτητων ερεθισμάτων.

Η θεραπευτική τεχνική της «έκθεσης» είναι γνωστή και χρησιμοποιείται από διαφορετικών κατευθύνσεων ψυχοθεραπευτικές σχολές. Σε ένα παραμελημένο κείμενο του Freud αναφέρεται πως «κανείς δεν μπορεί να ελέγξει μια φοβία αν περιμένει να επηρεαστεί από τον αναλυτή. Η επιτυχία είναι πιθανότερη αν κανείς πεισθεί, μέσω της ανάλυσης, να παλέψει με το άγχος, μόνος». Ο Fenichel ακολουθώντας τις ίδιες προτροπές τονίζει: «Ο αναλυτής πρέπει ενεργά να επέμβει έτσι ώστε να πείσει το θεραπευόμενο να κάνει την πρώτη προσπάθεια να ξεπεράσει τη φοβία, πείθοντάς τον να εκτεθεί στις καταστάσεις που φοβάται». Τέλος, ένα παράδειγμα έκθεσης στην πραγματικότητα μιας τραγουδίστριας με φοβία σκηνής περιγράφεται και από τον Ferenzi, αλλά και από μεταγενέστερους θεραπευτές.

Η έκθεση μπορεί να εξασκηθεί στη φαντασία (imaginal exposure) ή στην πραγματικότητα (exposure in vivo) και μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές τεχνικές (π.χ. τεχνικές χαλάρωσης, γνωσιακή αναδόμηση, κ.λ.π). Μπορεί, επίσης, να πραγματοποιηθεί με τη συμβολή του θεραπευτή ή να εφαρμοστεί από τον ίδιο το θεραπευόμενο στον εαυτό του (αυτοέκθεση).

Η έκθεση στην πραγματικότητα (exposure in vivo), περιλαμβάνει καθημερινή αντιμετώπιση των καταστάσεων που προκαλούν άγχος με τρόπο σταδιακό, παρατεταμένο, και επαναλαμβανόμενο. Με τη βοήθεια του θεραπευτή, ο ασθενής ενθαρρύνεται να συντάξει μια λίστα από όλες τις δραστηριότητες που αποφεύγει επειδή του προκαλούν άγχος. Κατόπιν, οι καταστάσεις αυτές ιεραρχούνται, θέτοντας στην κορυφή της λίστας εκείνες που πυροδοτούν τα υψηλότερα επίπεδα άγχους και

στο τέλος της λίστας εκείνες που προκαλούν σχετικά λιγότερο άγχος. Στη συνέχεια, ο θεραπευτής δίνει στο θεραπευόμενο οδηγίες για καθημερινή αυτοέκθεση στις καταστάσεις που εμφανίζονται στο τέλος της λίστας (δηλ. εκείνες που προκαλούν σχετικά λιγότερο άγχος).

Κατά τη διάρκεια της αυτοέκθεσης ο θεραπευόμενος καταγράφει τα επίπεδα του άγχους του. Στις θεραπευτικές συνεδρίες η καταγραφή αυτή των επιπέδων άγχους επανεξετάζεται και όταν σημειωθεί σημαντική μείωση ο θεραπευόμενος καθοδηγείται να προχωρήσει πιο πάνω στην κλίμακα ιεραρχίας (δηλ. να αρχίσει να εξασκείται σε καταστάσεις που του / της προκαλούν περισσότερο άγχος). Μ' αυτόν τον τρόπο η έκθεση είναι σταδιακή και επαναλαμβανόμενη. Συνήθως ο θεραπευτής συμβουλεύει το θεραπευόμενο να αντιμετωπίζει τις καταστάσεις που του προκαλούν άγχος για παρατεταμένο χρονικό διάστημα, δηλαδή τόσο όσο χρειάζεται μέχρι να επέλθει η εξοικείωση και η αναμενόμενη μείωση του άγχους.

Οι οδηγίες αυτοέκθεσης γίνονται αποδεκτές από τους περισσότερους ασθενείς. Παρόλα αυτά, σε περίπτωση που κάποιος νιώθει τόσο έντονο άγχος που φοβάται ακόμα και να αποπειραθεί αυτοέκθεση, ο θεραπευτής μπορεί να τον συνοδεύσει κατά τις πρώτες του προσπάθειες. Αν και η έκθεση που συνοδεύεται από το θεραπευτή ενδέχεται να είναι απαραίτητη σε ορισμένες περιπτώσεις, οι περισσότερες μελέτες που εξέτασαν τη σχετική αποτελεσματικότητα της αυτοέκθεσης σε σχέση με την συνοδευόμενη από θεραπευτή έκθεση δεν βρήκαν διαφορές μεταξύ των δυο μεθόδων (Marks, 1987).

Στην ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς όσα συμβαίνουν στα διαστήματα που μεσολαβούν ανάμεσα στις θεραπευτικές συνεδρίες τείνουν να είναι σημαντικότερα από όσα συμβαίνουν κατά τη διάρκεια των συνεδριών, πρωτίστως γιατί η βελτίωση (δηλ. η εξοικείωση) σχετίζεται με τη συμμετοχή του ατόμου στις ασκήσεις έκθεσης

και της ανατροφοδότησης που λαμβάνει από αυτές. Το επιθυμητό αποτέλεσμα έρχεται όταν αρχίσει ο θεραπευόμενος να αντιμετωπίζει τις αγχογόνες καταστάσεις που απέφευγε και σταδιακά να εξοικειώνεται με τα ερεθίσματα που αρχικά του/της προκαλούσαν άγχος.

Εκτός από την απαραίτητη εφαρμογή της τεχνικής της έκθεσης στην αντιμετώπιση των Διαταραχών άγχους με Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς, συχνά χρησιμοποιούνται κάποιες από τις τεχνικές που παρατίθενται παρακάτω, ανάλογα με το είδος της διαταραχής και τις ανάγκες του κάθε θεραπευόμενου*.

1. Εμποδισμός απάντησης (Response prevention): Μια μέθοδος που εφαρμόζεται κυρίως στην περίπτωση της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής. Συνδυάζεται με μεγάλη χρονικά έκθεση σε ερεθίσματα που πυροδοτούν τελετουργίες και αφορά στον εμποδισμό τέλεσης των τελετουργιών που συνήθως γίνονταν, μέχρι η επιθυμία για τελετουργία να μειωθεί.
2. Κορεσμός (Satiation) : Συνεχής, χωρίς νόημα διαθεσιμότητα μιας αμοιβής, ή επαναλαμβανόμενη εφαρμογή της συμπεριφοράς ή της ιδεοληψίας μέχρι να επέλθει ανία και άρα η συμπεριφορά να σταματήσει.
3. Διαχείριση άγχους (Γνωσιακή)(Anxiety management – cognitive) : Ο ασθενής εκπαιδεύεται να αλλάζει εσκεμμένα αυτά που λέει στον εαυτό του πριν ή κατά τη διάρκεια του άγχους. Επιλέγονται και προβάρονται καινούργιες διατυπώσεις. Αυτές μπορεί να αφορούν απόσπαση προσοχής (π.χ. 'τόρα θα σχεδιάσω τις διακοπές του επόμενου χρόνου'), ή τη χρήση του παράδοξου (π.χ. «πρέπει να κάνω αυτό που μου προκαλεί μεγαλύτερο άγχος»), ή τη

* Οι παρακάτω τεχνικές μεταφράστηκαν και προσαρμόστηκαν από το : McCaffery F., Brown M., Marks IM., Millar E. & Samarasinghe D. (1983) Handbook of Clinical Administration (for Joint Board of clinical nursing studies – Course 650), London, Maudsley Hospital.

χρήση διαφόρων στρατηγικών αντιμετώπισης (π.χ. 'θα το ξεπεράσω, ακόμη κι αν μου είναι τόσο δυσάρεστο', 'είναι απίθανο να καταρρεύσω, αλλά ακόμη κι αν γίνει αυτό και τι έγινε!'). Βοηθητικές μπορεί να είναι και οι επιβραβεύσεις μετά από ένα κατόρθωμα (όχι μόνο για προβλήματα που αφορούν άγχος).

4. Εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων (Social skills training) : Εκπαίδευση σε βήματα για το πώς να δείχνει κάποιος θετική συμπεριφορά (assertion), ενδιαφέρον, ζεστασιά, κ.λ.π., με τη χρήση της φωνής, των ματιών, της στάσης του σώματος, των χειρονομιών, και των φράσεων κλειδιών. Το περιεχόμενο των συνεδριών αφορά παίξιμο ρόλων (role-playing) και σταδιακά αυτό επεκτείνεται στην εφαρμογή των τεχνικών στη ζωή.
5. Αποστροφή (Aversion) : Τα ερεθίσματα που πυροδοτούν ανεπιθύμητες απαντήσεις οργανώνονται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να ακολουθούνται από δυσάρεστα γεγονότα με στόχο την αποδυνάμωση της συμπεριφοράς.
6. Συμβόλαιο (Contracting) : Ο ασθενής διαπραγματεύεται μια επίσημη συμφωνία με κάποιον άλλον (π.χ. το/τη σύζυγο), όπου το κάθε μέλος συναινεί να αλλάξει συγκεκριμένα πράγματα στην συμπεριφορά του σύμφωνα με τις επιθυμίες του άλλου μέλους. Αυτές οι συμπεριφορές οφείλουν να είναι απλές, θετικές, και συχνές.
7. Καθοδηγούμενη φαντασία (Guided fantasy) : Είναι οι διάφοροι τρόποι με τους οποίους ο θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να επιλέξει και να 'χτίσει' μια εικόνα στη φαντασία του, όσο περισσότερο ζωντανή γίνεται. Αυτοί οι τρόποι περιλαμβάνουν την συζήτηση επί του θέματος, την κινητοποίηση του ασθενή με λέξεις κλειδιά και την πυροδότηση της φαντασίας με πραγματικά αντικείμενα, π.χ. φωτογραφίες ή με το να επιλέξει κανείς έναν χώρο που πυροδοτεί εικόνες για τη συνεδρία.

8. Καθοδηγούμενο πένθος (Guided mourning) : Μείωση του πόνου του πένθους με το να φέρνουμε τον ασθενή σε επαναλαμβανόμενη επαφή με ερεθίσματα που αφορούν το άτομο που πέθανε, τόσο στη φαντασία όσο και στην πραγματικότητα. Στην πραγματικότητα αποτελεί μια παραλλαγή της έκθεσης.
9. Έλεγχος συνήθειας (Habit Control) : Μέθοδος που αποσκοπεί στη διακοπή ανεπιθύμητων ή τη δημιουργία επιθυμητών συνηθειών με εφαρμογή σε προβλήματα όπως τραυλισμός, τικ, κράμπες, ενούρηση, κ.λ.π. Οι τεχνικές αυτές είναι εφαρμοσμένη χαλάρωση που αποσκοπεί στον έλεγχο των σωματικών συμπτωμάτων, μαζική εξάσκηση (massed practice) (δηλ. εσκεμμένη επανάληψη μέχρι να επέλθει απόσβεση), αντιστροφή συνήθειας (habit reversal) (δηλ. εσκεμμένη εφαρμογή της αντίθετης κίνησης πριν και μετά της πράξης που συνηθίζεται, ανατροφοδότηση (feedback) (π.χ. κουνούνι και στρώμα στην ενούρηση), αναδόμηση (restructuring) (π.χ. νέοι ρυθμοί για την ομιλία και την αναπνοή των τραυλών). Το πλαίσιο μέσα στο οποίο κάθε συνήθεια υπάρχει απαιτεί την ίδια προσοχή και διαφορετικές τεχνικές (π.χ. σταδιακή κοινωνική έκθεση των ανθρώπων που τραυλίζουν ενώ εξασκούν την ομιλία τους, ενίσχυση στους ενουρητικούς τα πρωινά που διαπιστώνεται ότι δεν έβρεξαν το στρώμα τους).
10. Επεμβατική εξάρτηση (Operant conditioning – shaping – token economy) : Οργάνωση των συνεπειών μιας συμπεριφοράς έτσι ώστε η επιθυμητή συμπεριφορά ενισχύεται και άρα αυξάνεται, ενώ η ανεπιθύμητη συμπεριφορά δεν ενισχύεται ή τιμωρείται, οπότε μειώνεται. Συνεπώς, η συμπεριφορά του ασθενή οργανώνεται να προκαλεί αμοιβές ή τιμωρίες. Αλλιώς γνωστή ως Σκινερική εξάρτηση, ή για τους φοβικούς, ενισχυόμενη εξάσκηση ή επιτυχής προσέγγιση (successful approximation).

11. Παράδοξη πρόθεση (Paradoxical intention) : Μείωση άγχους με ενθάρρυνση του ασθενή να προσπαθεί επίτηδες να προκαλέσει τη συνέπεια που φοβάται, π.χ. όταν ένας ασθενής φοβάται μήπως κοκκινίσει ή λιποθυμήσει μπροστά σε άλλους ανθρώπους του ζητείται να προσπαθήσει να επιτύχει ακριβώς αυτό.
12. Ανακούφιση μέσω πρόβας (rehearsal relief) : Μία μέθοδος έκθεσης που μειώνει τους εφιάλτες με το να μιλάει κανείς γι' αυτούς συνέχεια ή με το να τους καταγράφει και να τους δίνει ένα θριαμβευτικό τέλος.
13. Κόστος απάντησης (Response cost) : Μία μορφή αποστροφής (ή / και μια μορφή εκπαίδευσης στον αυτο-έλεγχο) κατά την οποία ο ασθενής συναινεί να πληρώνει ένα κόστος για κάθε αποτυχία να εκτελέσει μια προαποφασισμένη συμπεριφορά, π.χ. κάθε φορά που καπνίζει ένα τσιγάρο, ένα συμφωνημένο ποσό χρημάτων αποστέλλεται σε μια οργάνωση η οποία είναι η λιγότερο επιθυμητή από τον ασθενή. Δεν είναι βέβαια, απαραίτητο το κόστος να είναι αποκλειστικά χρηματικό.
14. Αυτο-ρύθμιση (Self-regulation) : Ο ασθενής διδάσκεται να παρατηρεί, να καταγράφει, να αξιολογεί, να ενισχύει ή να τιμωρεί τη συμπεριφορά του και να πειραματίζεται με νέες εναλλακτικές. Μαθαίνει δηλαδή, να είναι ο θεραπευτής του εαυτού του.

2.5 Η πιλοτική έρευνα

Πριν την έναρξη της κυρίως έρευνας προηγήθηκε μια προπαρασκευαστική χρονική περίοδος πέντε περίπου μηνών για να διενεργηθούν τα ακόλουθα:

1. η βιβλιογραφική αναδρομή που θα έκανε εφικτή τη διατύπωση των ερευνητικών υποθέσεων,

2. η αξιολόγηση του ρυθμού των παραπομπών και του χρόνου που μεσολαβεί από την αίτηση του πελάτη για θεραπεία μέχρι την ανάληψη της ευθύνης του από τη ΜΘΣ,
3. η επιλογή των κατάλληλων ψυχομετρικών εργαλείων και η συμβατότητά τους με τους σκοπούς της μελέτης,
4. η δημιουργία της βάσης δεδομένων και
5. ο εντοπισμός πιθανών προβλημάτων και δυσκολιών στη διεξαγωγή της κυρίως μελέτης με σκοπό την εξεύρεση λύσεων.

Οι παραπάνω τομείς αναλύονται παρακάτω. Συγκεκριμένα, σε ότι αφορά τη **βιβλιογραφική ανασκόπηση**, δεν αντιμετωπίστηκαν σοβαρές δυσκολίες στην ανεύρεση άρθρων που αφορούν στην κλινική αποτελεσματικότητα της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς, δεδομένου ότι η διεθνής βιβλιογραφία βρίσκεται από δημοσιεύσεις που μελετούν την εφαρμογή της συγκεκριμένης ψυχοθεραπείας στις Διαταραχές Άγχους. Φτωχότερη είναι σε ότι αφορά τις έρευνες πεδίου και την αξιολόγηση της καθημερινής κλινικής πρακτικής, ενώ είναι εξαιρετικά λίγες οι δημοσιεύσεις που συνεκτιμούν κόστος και αποτελεσματικότητα γενικά και λειτουργία δημόσιων μονάδων Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς ειδικότερα.

Για την εύρεση των κατάλληλων δημοσιεύσεων έγινε αναζήτηση μέσω διαδικτύου, εισάγοντας λέξεις – κλειδιά που κατόπιν καταχωρούνταν σε ειδικό κατάλογο για την αποφυγή επανάληψης. Η πρόσβαση στα άρθρα προσέκρουσε στην περιορισμένη διαθεσιμότητα τους στις ελληνικές βιβλιοθήκες. Γι' αυτό το λόγο χρειάστηκε να γίνει παραγγελία αρκετά μεγάλου αριθμού άρθρων σε βιβλιοθήκες του εξωτερικού, μέσω του εθνικού κέντρου τεκμηρίωσης με σημαντικό κόστος. Όταν η

εξετάση και μελέτη της βιβλιογραφίας κρίθηκε επαρκής, διατυπώθηκαν οι ερευνητικές ερωτήσεις.

Στη διάθεση της ερευνήτριας τέθηκαν τα βιβλία προσέλευσης όλων των παλαιότερων ασθενών της ΜΘΣ, δηλαδή της συνολικής κλινικής εργασίας που πραγματοποιήθηκε τα 14 χρόνια μέχρι το χρονικό διάστημα έναρξης της παρούσας έρευνας, γεγονός που έκανε εφικτή τη συγκέντρωση ποικίλων πληροφοριών που χρησιμοποιήθηκαν αργότερα για το σχεδιασμό της. Συγκεκριμένα, εξετάστηκε *ο ετήσιος ρυθμός των παραπομπών* και βρέθηκε ότι για τα τελευταία 5 έτη, ο μέσος αριθμός των νέων περιπτώσεων που αναλαμβάνονταν από τη ΜΘΣ ανέρχονταν στους 45-50 ασθενείς το χρόνο. Ταυτόχρονα βέβαια, παρακολουθούνταν και οι ασθενείς που βρίσκονταν σε διάφορα στάδια της θεραπείας τους από προηγούμενα έτη.

Η αναμονή των θεραπευόμενων μέχρι να οριστεί το πρώτο ραντεβού αξιολόγησης με κάποιον από τους συνεργάτες της ΜΘΣ, δεν υπήρχε καταγεγραμμένος για τα παρελθόντα έτη, οπότε επιστρατεύτηκε η εμπειρία κυρίως των παλαιότερων συναδέλφων, που ανέφεραν *μέσο χρόνο αναμονής* 15 περίπου μέρες.

Η *επιλογή και αξιολόγηση ψυχομετρικών εργαλείων* απαιτήσε όπως είναι αναμενόμενο ιδιαίτερη φροντίδα καθώς αυτά αποτελούν τον οδηγό για τη συγκέντρωση των δεδομένων και τη διατύπωση των συμπερασμάτων. Εξάλλου, η επιλογή των ερωτηματολογίων που θα απαντήσουν στις ερευνητικές ερωτήσεις είναι καθοριστική για την ποιότητα των πληροφοριών που θα προκύψουν από την ανάλυση των δεδομένων. Αναλυτική περιγραφή των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν γίνεται στο επόμενο κεφάλαιο (Μέθοδος). Εδώ απλώς καταγράφεται ο τρόπος με τον οποίο έγινε η επιλογή τους.

Υπάρχει πληθώρα ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται για παρόμοιους σκοπούς στην αγγλική γλώσσα, παρόλ'αυτά ο αριθμός των ερωτηματολογίων που είναι μεταφρασμένα και σταθμισμένα στην ελληνική γλώσσα δεν είναι μεγάλος. Η επιλογή τους έγινε βάσει των παρακάτω κριτηρίων :

1. τις κατευθυντήριες γραμμές της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρείας για το ποιες παράμετροι οφείλουν να διερευνώνται όταν αξιολογείται μια συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση,
2. τη χρήση των ίδιων ψυχομετρικών εργαλείων σε άλλες διεθνείς έρευνες, έτσι ώστε τα αποτελέσματά μας να είναι συγκρίσιμα με άλλα και
3. την επαρκή διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων των κλινικών μετρήσεων που θεωρήθηκαν κατάλληλες στην ελληνική γλώσσα.

Δεδομένης της κλινικής εικόνας των συμμετεχόντων στην έρευνα (που αφορά κυρίως αγχώδεις, αποφευκτικές και καταθλιπτικές εκδηλώσεις), αναζητήθηκαν ερωτηματολόγια που μετρούν τις τρεις αυτές παραμέτρους. Κατάλληλα κρίθηκαν α) το Ερωτηματολόγιο Φόβου των Marks και Mathews, β) το Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger και γ) η σύντομη έκδοση του Ερωτηματολογίου Κατάθλιψης του Beck των 21 λημμάτων. Ακόμη, απαιτήθηκε η ύπαρξη ενός ερωτηματολογίου που να διερευνά πιθανές γνωσιακές αλλαγές σε σχέση με πιθανές αλλαγές στην συμπτωματολογία τους, και γι'αυτό το σκοπό επιλέχθηκε το Ερωτηματολόγιο Απόδοσης Ελέγχου Υγείας των Wallston και Wallston. Από τις παραπάνω κύριες κλίμακες το Ερωτηματολόγιο Φόβου, το Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger και το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης έχουν ελεγχθεί για τη χρήση τους σε ελληνικό πληθυσμό με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Για το Ερωτηματολόγιο Απόδοσης Ελέγχου Ψυχικής Υγείας δεν υπάρχει αντίστοιχη ελληνική μελέτη και θεωρήθηκε

σκόπιμο να ελεγχθεί ως προς τις ψυχομετρικές του ιδιότητες πριν χρησιμοποιηθεί (βλέπε κεφάλαιο 3 – Μέθοδος).

Εκμεταλλεόμενοι την κλινική εμπειρία των συνεργατών της ΜΘΣ εντάχθηκαν στο πακέτο ερωτηματολογίων διαβαθμιστικές κλίμακες που βαθμολογούνται από 0-8, για να αξιολογηθούν οι τελικοί στόχοι της θεραπείας, η βαρύτητα της διαταραχής, και στοιχεία όπως η κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή και τέλος η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του θεραπευτή και της ΜΘΣ.

Όλες οι προαναφερθείσες ψυχομετρικές κλίμακες με εξαίρεση το Δελτίο Ικανοποίησης (του θεραπευόμενου από το θεραπευτή και τις υπηρεσίες της ΜΘΣ), χρησιμοποιούνταν από τη ΜΘΣ 15 χρόνια πριν την έναρξη της παρούσας έρευνας χωρίς προβλήματα στην κατανόησή τους από τους θεραπευόμενους. Επομένως, κρίθηκε ότι θα μπορούσαν να αποτελέσουν πηγή δεδομένων. Το Δελτίο Ικανοποίησης κατασκευάστηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Περιέχονται σ' αυτό δύο απλές διατυπώσεις τις οποίες ο θεραπευόμενος καλείται να βαθμολογήσει σε διαβαθμιστική κλίμακα και δύο επίσης απλές ανοιχτές ερωτήσεις.

Η επιλογή των κατάλληλων ψυχομετρικών εργαλείων κατέστησε δυνατή τη δημιουργία στον υπολογιστή της *βάσης δεδομένων* με σκοπό την έγκαιρη καταχώρησή τους. Το στατιστικό πακέτο που επιλέχθηκε για την ανάλυση είναι το SPSS, έκδοση 11.

Στην *αναζήτηση πιθανών προβλημάτων* που θα μπορούσαν να ανακύψουν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας από τα προηγούμενα έτη η σημαντικότερη τροχοπέδη στη συλλογή δεδομένων στάθηκε η *επαρκής παρακολούθηση των ασθενών* στα διάφορα στάδια αξιολόγησης.

Οι χαμένες πληροφορίες είναι ο εχθρός κάθε έρευνας, περιορίζοντας την εγκυρότητα και ικανότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων της ανάλυσης. Η εμπειρία παρακολούθησης ασθενών σε μονάδες που είναι επιφορτισμένες με το καθημερινό κλινικό έργο, καταδεικνύει ότι υπάρχει πληθώρα χαμένων πληροφοριών (Κασβίκης, 2004) - (κενά στα ερωτηματολόγια που δεν εντοπίστηκαν εγκαίρως, απουσία συνολικών μετρήσεων, δυσκολία επικοινωνίας με θεραπευόμενους που διαμένουν εκτός Αθηνών κ.λ.π.). Αναμέναμε λοιπόν, προβλήματα σε ότι αφορά τη συλλογή των πληροφοριών από τους ανθρώπους που συμπλήρωσαν τη θεραπεία τους.

Μια καινούργια παράμετρος που εισάγαμε στη συνήθη κλινική παρακολούθηση, ήταν η αξιολόγηση όσων αρνήθηκαν ή διέκοψαν τη θεραπεία έξι μήνες και ένα χρόνο μετά την τελευταία επίσκεψή τους στη ΜΘΣ (αναλυτικές πληροφορίες για το σχεδιασμό αναφέρονται στο Κεφάλαιο 4, Μέθοδος). Κατά τεκμήριο οι ασθενείς αυτοί δεν έχουν τα αναμενόμενα οφέλη από τη συνεργασία με τη ΜΘΣ και δεν επισκέφθηκαν πολλές φορές το χώρο της ΜΘΣ ή τους θεραπευτές της. Σημειώνεται ότι οι άνθρωποι που αρνούνται τη θεραπεία συχνά προσέρχονται για ένα και μοναδικό ραντεβού, αυτό της αρχικής αξιολόγησης (κλινική εξέταση και συμπλήρωση ερωτηματολογίων) και για διάφορους λόγους δεν επανεμφανίζονται στην επόμενη καθορισμένη συνάντηση. Οι δυσκολίες λοιπόν, να έχουμε κλινική εξέταση και ερωτηματολόγια από αυτή την ομάδα των ασθενών διαγράφονταν πολλές.

Η ελαχιστοποίηση των παραπάνω προβλημάτων απαιτούσε αυστηρό σχεδιασμό και οργάνωση. Αποφασίστηκε ότι μια εβδομάδα πριν την καθορισμένη ημερομηνία της επανεξέτασης, η αξιολογήτρια θα τηλεφωνεί στον συγκεκριμένο ασθενή εκ μέρους της ΜΘΣ, εξηγώντας του ότι η ΜΘΣ φιλοδοξεί να παρακολουθεί τους ασθενείς που ζήτησαν βοήθεια για τα προβλήματά τους σε βάθος χρόνου, έτσι

ώστε σε περίπτωση που η κλινική εξέταση αναδείξει την επανεμφάνιση ή τη διατήρηση των αρχικών προβλημάτων να υπάρξει άμεση αντιμετώπιση. Αναφέρονταν επίσης, ότι για ερευνητικούς λόγους θα ήταν βοηθητικό ο θεραπευόμενος να συμπληρώσει το γνωστό πακέτο ερωτηματολογίων.

Όταν αυτό δεν ήταν εφικτό, προσφέρονταν η εναλλακτική λύση της επίσκεψης της αξιολογήτριας στο σπίτι του πάσχοντος. Σε περίπτωση που και οι δυο λύσεις δεν ήταν αποδεκτές, προτεινόνταν η ταχυδρομική αποστολή των ερωτηματολογίων σε συνδυασμό τηλεφωνικής εξέτασης της κλινικής κατάστασης του πάσχοντος, προκειμένου να διευκρινιστεί αν εξακολουθεί να υποφέρει από τα προβλήματα για τα οποία προσήλθε στην ΜΘΣ. Σε όλους τους ασθενείς που απέτυχαν να ολοκληρώσουν τη θεραπεία τους και με τους οποίους θα έρχονταν σε επαφή η αξιολογήτρια, προτεινόνταν εκ νέου συνεργασία με τη ΜΘΣ για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Αναμέναμε επίσης, ότι στην ομάδα των ατόμων που αρνήθηκαν ή διέκοψαν τη θεραπεία τους, χωρίς να επανέλθουν σ' αυτήν μετά από ένα εύλογο χρονικό διάστημα (έξι μήνες) θα είχαμε αρκετές δυσκολίες να έχουμε πρόσβαση στις απαραίτητες πληροφορίες ένα χρόνο μετά τη διακοπή ή την άρνηση της θεραπείας, ειδικά αν είχε προηγηθεί εξάμηνη αξιολόγηση.

Μια σημαντική παράμετρος της παρούσας έρευνας αποτέλεσε η προσπάθεια *διερεύνησης του κόστους*, της λειτουργίας της ΜΘΣ για το χρονικό διάστημα μελέτης (ένα έτος).

Στην οικονομική αξιολόγηση κάποιας υπηρεσίας* οι συνήθεις ερωτήσεις που χρειάζεται να απαντηθούν είναι:

1. αξίζει να λειτουργεί το συγκεκριμένο πρόγραμμα ή υπηρεσία συγκρινόμενο με άλλα προγράμματα που θα μπορούσαμε να έχουμε με τις ίδιες οικονομικές συνθήκες;
2. το οικονομικό κόστος που απαιτείται για να λειτουργήσει το συγκεκριμένο πρόγραμμα ή υπηρεσία είναι προτιμότερο να απορροφάται από το συγκεκριμένο πρόγραμμα ή από κάποιο άλλο;

Η οικονομική αξιολόγηση είναι πιο χρήσιμη όταν προηγείται τριών άλλων τύπων αξιολογήσεων που η κάθε μια θέτει τις παρακάτω ερωτήσεις :

1. Μπορεί να δουλέψει; Μπορεί δηλαδή το πρόγραμμα, ή υπηρεσία να ωφελήσουν περισσότερο από ότι να βλάψουν τους ανθρώπους που συναινούν πλήρως στις θεραπευτικές οδηγίες; Αυτός ο τύπος αξιολόγησης αφορά το αποτέλεσμα (efficacy).
2. Είναι αποτελεσματικό; Το πρόγραμμα ή υπηρεσία ωφελεί περισσότερο από ότι βλάπτει τους ανθρώπους στους οποίους προσφέρεται; Αυτός ο τύπος αξιολόγησης που περιλαμβάνει το αποτέλεσμα της παρέμβασης αλλά και την αποδοχή που έχει από τους ανθρώπους στους οποίους προσφέρεται είναι μελέτη αποτελεσματικότητας ή χρησιμότητας
3. Φτάνει σ' αυτούς που το χρειάζονται; Είναι το πρόγραμμα ή η υπηρεσία προσβάσιμη σε όλους τους ανθρώπους που θα μπορούσαν να ωφεληθούν από αυτή; Η αξιολόγηση αυτού του είδους ονομάζεται διαθεσιμότητα.

* Η πηγή για τα στοιχεία που παρατίθενται παρακάτω ανήκουν : Drummond MF., O' Brien B., Stoddart GL. & Torrance GW. (1997). Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 2nd edition. Oxford Medical Publications.

Οι βασικοί στόχοι μιας οικονομικής αξιολόγησης είναι να ταυτοποιήσει, να μετρήσει, να εξετάσει και να συγκρίνει το κόστος και τις συνέπειες των εναλλακτικών προτάσεων που μελετώνται. Αυτό προϋποθέτει δύο ή περισσότερες συγκρίσιμες καταστάσεις. Όταν εξελίσσονται μελέτες χωρίς να εμπεριέχουν στην ανάλυσή τους πλήρως τα παραπάνω δύο στοιχεία, τότε αυτές μπορούν να θεωρηθούν ως «μερικές αξιολογήσεις». Αυτό δεν υπονοεί ότι οι προαναφερθείσες μελέτες είναι ασήμαντες, γιατί μπορεί να αντιπροσωπεύουν σημαντικά ενδιάμεσα στάδια προς την κατανόηση του κόστους και των συνεπειών υπηρεσιών ή προγραμμάτων υγείας. Οι πλήρεις οικονομικές αξιολογήσεις που επιτρέπουν απαντήσεις σε ερωτήσεις αποδοτικότητας, μπορούν να είναι τεσσάρων ειδών :

1. Μελέτες ελαχιστοποίησης κόστους (cost-minimization)
2. Μελέτες κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness)
3. Μελέτες κόστους-ωφέλειας (cost-benefit)
4. Μελέτες κόστους-χρησιμότητας (cost-utility)

Για τη διενέργεια των παραπάνω μελετών απαιτούνται αναλυτικές καταγραφές μεταβλητών κόστους (άμεσο και έμμεσο) και οφέλους (άμεσο και έμμεσο). Ακόμη υπάρχει κόστος ή όφελος που δεν μπορούν σαφώς να καταγραφούν και να αξιολογηθούν, όπως ο πόνος και η δυσφορία της θεραπείας ή η χαρά που συνοδεύει την αποθεραπεία.

Η αρχική πρόθεση της ερευνήτριας ήταν η πλήρης οικονομική αξιολόγηση, σύμφωνα με τη χρήση των παραπάνω μεθοδολογικών κανόνων. Σύντομα όμως, έγινε αντιληπτό ότι αυτό προϋπόθετε πρόσβαση σε πληθώρα πληροφοριών που δύσκολα θα μπορούσαμε να έχουμε, όπως καταγραφή εξόδων μετακίνησης των ασθενών μέχρι τη ΜΘΣ, καταγραφή ημερών άδειας ασθενείας, έξοδα φαρμάκων και ιατρικών επισκέψεων, οικονομικό υπολογισμό του οφέλους από τη θεραπεία για τους

ανθρώπους που την ολοκλήρωσαν σε σύγκριση με όσους την αρνήθηκαν ή τη διέκοψαν κ.α. Για όλα τα παραπάνω απαιτούνταν συμμετοχή και άλλων ατόμων στη συλλογή των δεδομένων, πράγμα το οποίο δεν ήταν εφικτό κατά το διάστημα διεξαγωγής της. Έτσι, περιορίστηκε η συλλογή δεδομένων στις οικονομικές μεταβλητές που μπορούσαμε να έχουμε στη διάθεσή μας, μέσω του λογιστήριου του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών και που αφορούν στα οικονομικά δεδομένα της πλήρους λειτουργίας της ΜΘΣ για το χρονικό διάστημα ενός έτους.

Τα αποτελέσματα της πεντάμηνης πιλοτικής περιόδου δεν ανέδειξαν κάποια ανυπέρβλητη δυσκολία και γι' αυτό το λόγο προχωρήσαμε στο επόμενο στάδιο, της διεξαγωγής δηλαδή της κυρίως μελέτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΜΕΘΟΔΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΜΕΘΟΔΟΣ

3.1 Σκοπός της παρούσας μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η κατά το δυνατόν σφαιρικότερη καταγραφή και αξιολόγηση των λειτουργιών της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών για το χρονικό διάστημα ενός έτους (Μάιος 2002 – Μάιος 2003), τόσο από την μεριά των θεραπόντων (κλινικό έργο), όσο και των θεραπευομένων. Συγκεκριμένα, αξιολογείται το παρεχόμενο κλινικό έργο της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς, συγκρίνοντας τα θεραπευτικά κέρδη όσων ολοκληρώσαν τη θεραπεία τους με όσους την αρνήθηκαν ή/και τη διέκοψαν. Επιπρόσθετα καταγράφεται η ικανοποίηση των ασθενών τόσο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της ΜΘΣ όσο και από το θεραπευτή τους, μελετάται η αποτελεσματικότητα έμπειρων και άπειρων θεραπειών και εξετάζονται οι πιθανές αλλαγές στην απόδοση ελέγχου ψυχικής υγείας πριν και μετά τη θεραπεία για τις δύο υπό μελέτη ομάδες. Παράλληλα, καταγράφεται η ερευνητική και εκπαιδευτική δραστηριότητα της ΜΘΣ. Τέλος, διερευνάται το κόστος λειτουργίας της για το προαναφερόμενο διάστημα.

Οι έρευνες πεδίου έχουν περιορισμούς στη γενίκευση των αποτελεσμάτων τους, ελλείπει διπλής τυφλής αξιολόγησης, αλλά προσφέρουν περισσότερες πληροφορίες για τις πραγματικές συνθήκες εφαρμογής της θεραπευτικής παρέμβασης στο φυσικό περιβάλλον. Δεδομένης της έλλειψης παρόμοιων ερευνών στη χώρα μας, μια τέτοιου είδους μελέτη αξιολόγησης ελπίζουμε να συμβάλει στη διατύπωση προτάσεων για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών σ' αυτή την ομάδα των ψυχιατρικών διαταραχών και στην εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τη βελτίωση της συνεργασιμότητας των θεραπειών με τους ασθενείς.

3.2 Υπό εξέταση ασθενείς και διαδικασία εισαγωγής στη θεραπεία

• Οι πάσχοντες που αποτελούν το εξεταζόμενο δείγμα είναι όσοι ήρθαν σε επαφή με τη τη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς (ΜΘΣ) ζητώντας θεραπεία για κάποια Διαταραχή Άγχους κατά το χρονικό διάστημα ενός έτους (Μάιος 2002-Μάιος 2003).

Η εισαγωγή στη θεραπευτική διαδικασία απαιτεί την τηλεφωνική επικοινωνία του πάσχοντος με τη ΜΘΣ, κατά την οποία συλλέγονται κάποιες γενικές πληροφορίες για τη φύση του προβλήματος, τη λήψη φαρμάκων και σημειώνεται ο αριθμός τηλεφώνου με τον οποίο μπορεί κάποιος από τη ΜΘΣ να επικοινωνήσει μαζί του. Στην περίπτωση που από το τηλέφωνο γίνεται αντιληπτό από τον ειδικό ότι δεν αντιμετωπίζει ο πάσχων πρόβλημα παθολογικού άγχους, γίνεται απευθείας παραπομπή στην κατάλληλη υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής. Οι υπόλοιποι που κρίνονται ότι πιθανώς πληρούν κριτήρια αγχώδους διαταραχής μπαίνουν με σειρά προτεραιότητας σε λίστα αναμονής που καθορίζεται από την ημερομηνία της τηλεφωνικής τους επικοινωνίας, και όταν υπάρξει διαθέσιμος θεραπευτής ειδοποιείται για τη μέρα και ώρα προσέλευσής του από την αξιολογήτρια.

3.3 Θεραπευτικό πρωτόκολλο της ΜΘΣ, αξιολογήσεις και θεραπευτές

Η ΜΘΣ βασιζόταν πάντα σε μεγάλο βαθμό στην εθελοντική εργασία (ψυχολόγων ή ψυχιάτρων), σε αντάλλαγμα με την εκπαίδευσή τους στην Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς. Για το χρονικό διάστημα του ενός έτους η ΜΘΣ απασχολούσε δύο μόνιμους εργαζόμενους (έναν ψυχίατρο και μια ψυχολόγο) και 9 εθελοντές, ενώ εκπαιδεύονταν σ' αυτήν παρακολουθώντας τις εργασίες της (πρακτική άσκηση) 4 φοιτητές ψυχολογίας από το Πανεπιστήμιο Αθηνών και το Πάντειο Πανεπιστήμιο.

Οι αρχικές αξιολογήσεις (ψυχιατρικό ιστορικό, διάγνωση και χορήγηση ερωτηματολογίων), διενεργήθηκαν όλες από την ίδια αξιολογήτρια (ψυχολόγος με κλινική εμπειρία 6 ετών) και οι διαγνώσεις επιβεβαιώθηκαν από την κλινική ομάδα της ΜΘΣ και τον επιβλέποντα ψυχίατρο. Η αξιολογήτρια δεν είχε ανάμειξη στη θεραπεία κανενός από τους συμμετέχοντες. Οι ασθενείς που κρίθηκαν ακατάλληλοι παραπέμφθηκαν σε άλλες υπηρεσίες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Μετά την αρχική αξιολόγηση τίθεται επόμενη συνάντηση στην οποία ο υποψήφιος θεραπευόμενος συναντά τον θεραπευτή του. Η ανάθεση των περιστατικών γίνεται από τον υπεύθυνο της ΜΘΣ, (ψυχίατρος, Γιάννης Κασβίκης) και έχει ως κριτήριο τη διαθεσιμότητα χρόνου του κάθε θεραπευτή. Στις πρώτες συναντήσεις (1-3) γίνεται η συμπεριφοριστική ανάλυση των κυρίων προβλημάτων, εμπλουτίζεται το ιστορικό με πληροφορίες που δεν ελήφθησαν κατά την αρχική αξιολόγηση και οργανώνεται ο θεραπευτικός σχεδιασμός. Ο θεραπευόμενος σε όλα τα στάδια είναι ενήμερος της διαδικασίας.

Από την αρχή της συνεργασίας με τους θεραπευόμενους γίνεται σαφές ότι η ΜΘΣ αναλαμβάνει την πλήρη βιο-ψυχο-κοινωνική ευθύνη για το θεραπευτικό τους χειρισμό, γεγονός που σημαίνει ότι δεν γίνονται δεκτοί οι ασθενείς που παράλληλα παρακολουθούνται από εξωτερικούς για τη μονάδα θεραπευτές ή γιατρούς. Έτσι, αποφεύγονται οι πολλαπλές θεραπευτικές κατευθύνσεις που αποβαίνουν εις βάρος της υγείας τους. Η φαρμακοθεραπεία, συνήθως διακόπτεται πριν το τέλος της θεραπείας για να αποφευχθούν φαινόμενα «μάθησης εξαρτώμενης από συγκεκριμένη κατάσταση» (state dependent learning (Barchas & συν., 1977), εκτός αν κρίνεται απαραίτητη η συνέχισή της.

Με την ολοκλήρωση των παραπάνω εξηγούνται οι λόγοι για τους οποίους ο ασθενής απέκτησε τη διαταραχή, οι λόγοι για τους οποίους η διαταραχή διατηρείται

και τέλος η θεραπεία που θα ακολουθηθεί. Για την καλύτερη κατανόηση των παραπάνω δίνεται ένα φυλλάδιο που περιγράφει τη φυσιολογική λειτουργία του άγχους και διευκρινίζει σε απλή γλώσσα τί είναι φοβία, άγχος και πανικός. Συχνά, δίνεται ένα βιβλίο αυτο-βοήθειας (Marks, 2001) στο οποίο αναφέρονται περιστατικά αγχωδών διαταραχών και η αντιμετώπισή τους με Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς.

Σε επόμενη συνάντηση τίθενται οι τελικοί στόχοι. Οι τελευταίοι είναι προϊόν συνεργασίας των δύο συμβαλλόμενων (θεραπευτή και θεραπευόμενου) και για την καταγραφή τους αποτελεί προϋπόθεση ο ασθενής να έχει κατανοήσει τη θεραπεία που του προτείνεται και συναινεί να την ακολουθήσει. Η αμοιβαία συμφωνία και συναξιολόγηση των θεραπευτικών στόχων, επιτρέπει τόσο τη διαρκή ανατροφοδότηση των ασθενών για την πορεία της θεραπευτικής τους προσπάθειας, όσο και την εστίαση της προσοχής τους στο τελικό αποτέλεσμα, ενώ γεγονότα ζωής και προηγούμενοι φαύλοι κύκλοι ψυχοπαθολογίας εξακολουθούν να επηρεάζουν την καθημερινότητά τους. Οι αμοιβαίες υποχρεώσεις των θεραπειών και των θεραπευομένων είναι καταγραμμένες σε ένα θεραπευτικό συμβόλαιο (βλέπε παράρτημα), το οποίο συνυπογράφουν.

Το επόμενο βήμα είναι ο σχεδιασμός θεραπευτικών ασκήσεων έκθεσης στις φοβογόνες καταστάσεις, τις οποίες ο θεραπευόμενος συνήθως εκτελεί σε καθημερινή βάση, σε συγκεκριμένο χρόνο και τόπο. Κάθε θεραπευτικός στόχος, σκοπό έχει να φέρει πιο κοντά το θεραπευόμενο στην επίτευξη των τελικών του στόχων. Στη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς δεν καθορίζεται εκ των προτέρων η διάρκεια της θεραπείας, πλην όμως είναι προδιαγεγραμμένη η πορεία της και το τέλος της σηματοδοτείται από την επίτευξη των τελικών στόχων του θεραπευόμενου με τελικό άγχος και αποφυγή από 2 και κάτω στην κλίμακα βαθμολόγησης (όπου το 2 αντιπροσωπεύει «λίγο άγχος» ή «θα απέφυγα τη δραστηριότητα λίγες φορές»).

Έμφαση δίδεται στην εξάλειψη όλων των αποφυγών του ασθενούς, δεδομένου ότι οι αποφυγές που παραμένουν μετά το τέλος της θεραπείας μπορούν να προκαλέσουν υποτροπή στο μέλλον (Fava & συν., 1995, Park & συν., 2001). Γι' αυτό το λόγο όσο η θεραπεία πλησιάζει προς την ολοκλήρωσή της, η έμφαση μετατοπίζεται προς την πρόληψη υποτροπής για την αποφυγή επανεμφάνισης προβλημάτων όπως τα ανωτέρω.

Η πρόοδος των θεραπειών αξιολογείται στην κλινική επίσκεψη κάθε εβδομάδα, στην οποία συμμετέχει όλη η ομάδα της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς (θεραπευτές, αξιολογήτρια) και συζητούνται πιθανά προβλήματα, δυσκολίες που αντιμετωπίζονται και λύσεις αυτών. Συχνά είναι απαραίτητη η ενημέρωση σημαντικών ανθρώπων στη ζωή των θεραπευόμενων για την κλινική κατάσταση του πάσχοντος και η συνεργασία τους για την επίτευξη ή μεγιστοποίηση της επιθυμητής βελτίωσης.

Η ομάδα των θεραπευόμενων που ολοκληρώνει τη θεραπεία αποτελείται από αυτούς που αξιολογήθηκαν, έλαβαν διάγνωση μιας από τις Διαταραχές Άγχους και στη συνέχεια δέχτηκαν να ακολουθήσουν τις οδηγίες του θεραπευτή τους για το χρόνο που απαιτείται, έτσι ώστε να υπάρξει ικανοποιητική ύφεση ή αποδρομή της κλινικής συμπτωματολογίας.

Η ομάδα των ασθενών που αρνήθηκαν τη θεραπεία αποτελείται από αυτούς που αξιολογήθηκαν, έλαβαν διάγνωση μιας από τις Διαταραχές Άγχους και στη συνέχεια τους εξηγήθηκε η θεραπευτική διαδικασία που θα ακολουθηθεί, την οποία αρνήθηκαν για λόγους αντικειμενικούς ή υποκειμενικούς. Οι λόγοι δηλαδή, περιλαμβάνουν τόσο δυσκολίες στο χρόνο των θεραπευόμενων (π.χ. αδυναμία να προσέλθουν στα ραντεβού λόγω αυξημένων επαγγελματικών υποχρεώσεων), όσο και αντίρρηση στη λογική της θεραπείας (π.χ. αδυναμία διακοπής φαρμάκων ή μεγάλη

δυσκολία να πιστέψουν ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν κατά πρόσωπο τον παράλογο φόβο τους, όπως η τεχνική της έκθεσης επιτάσσει). Εν συντομία, η ομάδα αυτή αποτελείται από αυτούς που αρνήθηκαν τη θεραπεία χωρίς να δοκιμάσουν την εφαρμογή της.

Τέλος, η ομάδα των ασθενών που διέκοψαν τη θεραπεία τους, αποτελείται από αυτούς που αξιολογήθηκαν, κρίθηκαν κατάλληλοι δηλαδή έλαβαν διάγνωση Διαταραχής Άγχους και όταν τους εξηγήθηκε η θεραπεία που θα ακολουθούσαν δέχτηκαν να την δοκιμάσουν, πλην όμως συνηθέστερα εξαιτίας μη ικανοποιητικής συνεργασιμότητας με το θεραπευτή τους, αποφασίστηκε η πρόωρη διακοπή της θεραπείας τους είτε από τους ίδιους είτε από τον υπεύθυνο θεραπευτή. Σ' αυτή την ομάδα ανήκουν αυτοί που είχαν δυσκολίες να κρατήσουν τα εβδομαδιαία ραντεβού τους, δεν ακολουθούσαν τις οδηγίες του θεραπευτή για καθημερινές ασκήσεις έκθεσης στα φοβογόνα ερεθίσματα ή δεν μπορούσαν να διακόψουν τη φαρμακοθεραπεία τους, όταν συναποφασίστηκε ότι έπρεπε να γίνει αυτό.

Οι αξιολογήσεις όσων υπέφεραν από κάποια από τις Διαταραχές Άγχους, έγιναν σε τέσσερα χρονικά σημεία γι' αυτούς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους (αρχική αξιολόγηση – τέλος θεραπείας – 6μηνη επαναξιολόγηση – ετήσια επαναξιολόγηση) και σε τρία χρονικά σημεία για εκείνους που αρνήθηκαν ή διέκοψαν τη θεραπεία (αρχική αξιολόγηση – 6 μήνες μετά την αρχική αξιολόγηση – ετήσια επαναξιολόγηση) (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Χρονικά σημεία αξιολογήσεων για τους ασθενείς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους και για τους ασθενείς που αρνήθηκαν ή διέκοψαν τη θεραπεία

	Κατάσταση θεραπείας	
	1. Ολοκληρωμένη θεραπεία	2. Διακοπή ή άρνηση θεραπείας
Αρχική αξιολόγηση	√	√
Τέλος θεραπείας	√	
Εξάμηνη επαναξιολόγηση	√	√
Ετήσια επαναξιολόγηση	√	√

3.4 Ψυχομετρικά εργαλεία

Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας σε όσους κρίθηκαν κατάλληλοι για Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς είναι :

1. Το ερωτηματολόγιο φόβου – The Fear Questionnaire (Marks & Mathews, 1979), (Κασβίκης & συν., υπεβλήθη, Πούλου, 2001).

Το Ερωτηματολόγιο Φόβου είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα που αποτελείται από 15 λήμματα καθημερινών δραστηριοτήτων. Οι δραστηριότητες βαθμολογούνται σύμφωνα με το κατά πόσο αποφεύγονται λόγω φόβου ή άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων στη βάση μιας κλίμακας αποφυγής (από 0 – 8, όπου 0 = δε θα την απέφευγα ποτέ, 2= θα την απέφευγα λίγες φορές, 4 = θα την απέφευγα αρκετές φορές, 6 = θα την απέφευγα τις περισσότερες φορές και 8 = θα την απέφευγα πάντα). Τα λήμματα αφορούν τρεις διαγνωστικές κατηγορίες: την αγοραφοβία, την ειδική φοβία αίματος- ένεσης – τραυματισμού και την κοινωνική φοβία. Η αγοραφοβία αντιπροσωπεύεται από τα λήμματα 5, 6, 8, 12, 15, η κοινωνική φοβία από τα λήμματα 3, 7, 9, 11, 14 και η φοβία αίματος – ένεσης – τραυματισμού από τα λήμματα 2, 4, 10, 13, 16. Η μέγιστη βαθμολογία που μπορεί να σημειωθεί ανά διαταραχή είναι 40. Το ερωτηματολόγιο φόβου μεταφράστηκε

στα ελληνικά και ξαναμεταφράστηκε στα αγγλικά από μεταφράστρια με μητρική γλώσσα τα αγγλικά. Προκαταρκτική μελέτη διερεύνησε τις ψυχομετρικές του ιδιότητες με ικανοποιητικά αποτελέσματα (Πούλου, 2001), γεγονός που δημιουργεί τη βάση για τη στάθμισή του στον ελληνικό πληθυσμό (Κασβίκης & συν., υπεβλήθη).

2. Το ερωτηματολόγιο συναισθήματος – Beck Depression Inventory (Beck & Beamesderfer, 1974), (Τζέμος, 1987).

Είναι αυτο-συμπληρούμενη κλίμακα και χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της έντασης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Αποτελείται από 21 λήμματα που το καθένα αναφέρεται σε μια εκδήλωση ή σύμπτωμα της κατάθλιψης και περιέχει 4-5 προτάσεις. Κάθε πρόταση βαθμολογείται από 0-3 ανάλογα με τη βαρύτητα που δηλώνει. Σε μερικά λήμματα δύο ή και τρεις προτάσεις που θεωρήθηκε ότι δηλώνουν την ίδια βαρύτητα, βαθμολογήθηκαν με τον ίδιο αριθμό. Η βαθμολογία μπορεί να διακυμανθεί από 0-62. Η προτεινόμενη βαθμολογία για επισήμανση καταθλιπτικών μέσα σε μια ευρύτερη ομάδα είναι το 13, αλλά αν ο σκοπός είναι η συγκρότηση μιας αμιγούς ομάδας καταθλιπτικών για ερευνητικούς σκοπούς η προτεινόμενη διαχωριστική βαθμολογία είναι το 21 (Beck & Beamesderfer, 1974). Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από την αγγλική γλώσσα και οι ψυχομετρικές του ιδιότητες έχουν ελεγχθεί σε ελληνικό πληθυσμό (Τζέμος, 1987).

3. Το ερωτηματολόγιο άγχους (καταστάσεων και προσωπικότητας) – State – Trait Anxiety Inventory (Spielberger & συν., 1970, 1980), (Λιάκος & Γιαννίση, 1984).

Η κλίμακα είναι αυτοσυμπληρούμενη και διαχωρίζει το άγχος ως κατάσταση (state) από το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait). Αποτελείται από 40 λήμματα συνολικά (20 για το άγχος ως κατάσταση και 20 για το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας) που βαθμολογούνται το καθένα από 1-4.

Υπάρχουν λήμματα τα οποία χρειάζεται να αντιστραφούν για τη σωστή βαθμολόγησή τους. Το συνολικό σκορ είναι η άθροιση των επιμέρους και η αύξηση του σκορ υποδηλώνει αυξημένο άγχος. Στην ελληνική γλώσσα έχει μεταφραστεί από την αγγλική από δύο μεταφραστές, γνώστες της θεωρίας της δοκιμασίας και ελέγχθηκε ως προς την αξιοπιστία του (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984).

4. Το ερωτηματολόγιο απόδοσης ελέγχου υγείας – The Multidimensional Health Locus of Control (Wallston & Wallston, 1978)

Το Ερωτηματολόγιο Απόδοσης Ελέγχου Ψυχικής Υγείας προήλθε από το αυθεντικό ερωτηματολόγιο απόδοσης ελέγχου υγείας δύο πόλων εσωτερικού και εξωτερικού (Rotter, 1966), και η διάσταση της εξωτερικής απόδοσης διαχωρίστηκε στην τύχη και στους σημαντικούς άλλους, ακολουθώντας τις υποδείξεις του Levenson (1973, 1974, 1981) ότι η εξωτερική απόδοση δεν είναι μια μονοδιάστατη έννοια. Είναι αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 18 λήμματα, που χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες.

Έξι λήμματα ελέγχουν την εσωτερική απόδοση στον εαυτό για τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία («αν αρρωστήσω, η δική μου συμπεριφορά είναι που θα καθορίσει πόσο γρήγορα θα γίνω πάλι καλά, έχω τον έλεγχο της υγείας μου, όταν αρρωστήσω εγώ είμαι ο φταίχτης, το κυριότερο πράγμα που επηρεάζει την υγεία μου είναι το τι κάνω εγώ» κ.ά.). Έξι λήμματα ελέγχουν το ρόλο της τύχης («ότι και αν κάνω αν είναι να αρρωστήσω θα αρρωστήσω, τα περισσότερα πράγματα που επηρεάζουν την υγεία μου μου συμβαίνουν από ατυχία, η καλή μου υγεία είναι ως επί το πλείστον ζήτημα καλής τύχης, θα μείνω υγιής αν είναι γραφτό μου» κ.ά.) και τα υπόλοιπα έξι ελέγχουν το ρόλο των σημαντικών άλλων («η τακτική επαφή με τον γιατρό μου είναι για μένα ο καλύτερος τρόπος να αποφεύγω τις αρρώστιες, όποτε δεν αισθάνομαι καλά θα πρέπει να συμβουλευόμαι έναν γιατρό, όταν αναρρώσω από μια

απρώστια, είναι συνήθως επειδή οι άλλοι (π.χ. γιατροί, νοσοκόμοι, οικογένεια, φίλοι) με έχουν περιποιηθεί καλά» κ.ά).

Η βαθμολογία στηρίζεται σε διαβαθμιστική κλίμακα, όπου 1 = διαφωνώ απόλυτα, 2 = διαφωνώ σχετικά, 3 = διαφωνώ λίγο, 4 = συμφωνώ λίγο, 5 = συμφωνώ σχετικά και 6 = συμφωνώ απόλυτα. Η ολική βαθμολογία προκύπτει από την πρόσθεση των βαθμών της κάθε ερώτησης. Το ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκε για να δίδεται σε ανθρώπους που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά ή ψυχιατρικά προβλήματα, προσθέτοντας την οδηγία ότι οι προτάσεις που θα διαβάσουν αναφέρονται στην ψυχική υγεία ή ασθένεια.

Η ελληνική απόδοση του Ερωτηματολογίου Απόδοσης Ελέγχου της Ψυχικής Υγείας δημιουργήθηκε από την εξής διαδικασία. Το αρχικό ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε πιστά από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα και ξαναμεταφράστηκε από δίγλωσσο μεταφραστή. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ελέγχθηκε σε εθελοντές (ομάδα μαρτύρων) ίδιας ηλικίας και φύλου με το δείγμα των αγοραφοβικών (κλινικό δείγμα) και τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η μετάφραση του ερωτηματολογίου είναι αξιόπιστη και έγκυρη (Κασβίκης & συν., 2003).

Εσωτερική συνέπεια και παραγοντική δομή του Ερωτηματολογίου Απόδοσης Ελέγχου Ψυχικής Υγείας

Δεδομένου ότι τα αρχεία της ΜΘΣ όλων των τελευταίων ετών ήταν διαθέσιμα στην ερευνήτρια, καταχωρήθηκαν σε βάση δεδομένων οι απαντήσεις των πιο πρόσφατων 180 ασθενών στο εν λόγω ερωτηματολόγιο στα διάφορα στάδια της θεραπείας τους, για να γίνει έλεγχος της εσωτερικής συνοχής και παραγοντικής δομής του. (Το ερωτηματολόγιο έχει 18 λήμματα, άρα ο ικανοποιητικός αριθμός ατόμων ήταν 180 (18 x 10) (Pallant, 2001). Πληροφορίες για τη θεωρητική βάση και εξέλιξη της κλίμακας αυτής ξεπερνούν τα όρια αυτής της παρουσίασης, αλλά μπορούν να

αναζητηθούν σε ήδη δημοσιευμένες εργασίες (Μυτσκίδου, 1999, Κασβίκης & συν., 2003).

Αναλύσεις αξιοπιστίας διεξήχθησαν σε τέσσερα υποσύνολα των λημμάτων: (α) σε όλα τα 18 λήμματα, (β) στο υποσύνολο 6 λημμάτων που αφορούν στην απόδοση ελέγχου υγείας στον εαυτό (εσωτερικό κέντρο ελέγχου), (γ) στα 6 λήμματα που αφορούν στην απόδοση ελέγχου υγείας στους σημαντικούς άλλους (εξωτερικό κέντρο ελέγχου) και (δ) στα 6 λήμματα που αφορούν στην απόδοση ελέγχου υγείας στην τύχη (εξωτερικό κέντρο ελέγχου). Οι τέσσερις αναλύσεις έδωσαν τιμές α .69, .59, .74 και .72 αντιστοίχως. Οι τιμές α είναι ικανοποιητικές για τα σύνολα των λημμάτων που αφορούν τους σημαντικούς άλλους και την τύχη, επαρκής για το σύνολο του ερωτηματολογίου και χαμηλή για τα λήμματα που αφορούν την απόδοση ελέγχου στον εαυτό. Κρίνεται όμως, επαρκής δεδομένου ότι για κλίμακες με λίγα λήμματα η τιμή α μπορεί να είναι χαμηλότερη από το σύνηθες όριο του .70 (Pallant, 2001).

Ο μέσος όρος της συνάφειας λήμμα – συνολικό στις τέσσερις αναλύσεις ήταν αντιστοίχως, .27 (εύρος από -.003 έως .49), .34 (εύρος από .24 έως .47), .49 (εύρος από .25 έως .64) και .46 (εύρος από .27 έως .56). Και στις τέσσερις, δεν υπήρχε λήμμα η απάλειψη του οποίου να επέφερε σημαντική επιπλέον αύξηση της τιμής α . Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια με προγενέστερη έρευνα εγκυρότητας του ερωτηματολογίου του από τους δημιουργούς τους (Wallston & Wallston, 1978).

Η ανάλυση κυρίων παραγόντων (Principal components analysis, PCA) χρησιμοποιήθηκε για να ερευνηθεί η παραγοντική δομή της κλίμακας. Οι πίνακες συσχετίσεων στις οποίες βασίστηκε η PCA ήταν κατάλληλοι για ανάλυση ($KMO = .74$, κριτήριο σφαιρικότητας του Bartlett $< .0005$). Η διερευνητική ανάλυση αρχικά ανέδειξε πέντε συνιστώσες με ιδιοτιμές μεγαλύτερες του 1 (όλες μαζί ερμηνεύουν το

58% της διακύμανσης). Πάρα ταύτα, εξέταση της γραφικής παράστασης απότομης κλιτύος (scree plot) υπέδειξε ότι η εξαγωγή παραγόντων θα μπορούσε να περιοριστεί σε τρεις. Αυτοί οι τρεις παράγοντες (Πίνακας 1) είναι παρόμοιοι με αυτούς που προέκυψαν από την προαναφερθείσα έρευνα και εξηγούν το 44% της διακύμανσης.

Ο παράγοντας 1 (ιδιοτιμή 4, εξηγεί το 21% της διακύμανσης) αφορά στην απόδοση ελέγχου υγείας στους σημαντικούς άλλους, ο παράγοντας 2 (ιδιοτιμή 2, εξηγεί το 13% της διακύμανσης) αφορά στην απόδοση ελέγχου υγείας στην τύχη και ο παράγοντας 3 (ιδιοτιμή 2, διακύμανση 10%) αφορά στην απόδοση ελέγχου υγείας στον εαυτό (Πίνακας 1). Από τον ίδιο πίνακα φαίνεται ευκρινώς ότι τρία λήμματα, ένα που αφορά στην απόδοση ελέγχου υγείας στην οικογένεια και δύο που αφορούν στην απόδοση ελέγχου υγείας στην τύχη, έχουν ιδιαίτερα χαμηλές φορτίσεις ($< .40$), επομένως κρίθηκε σκόπιμο να παραλειφθούν από τη στατιστική επεξεργασία του ερωτηματολογίου της παρούσας μελέτης. Με την παραπάνω τροποποίηση μόνο για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, συμπεράναμε ότι η παραγοντική δομή της κλίμακας ήταν παρόμοια με αυτή που προέκυψε από τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου και αποδεικνύεται ότι το Ερωτηματολόγιο Απόδοσης Ελέγχου Υγείας, μετά την αφαίρεση των τριών προαναφερθέντων λημμάτων, είναι ένα έγκυρο και χρήσιμο εργαλείο για τη διερεύνηση των κέντρων ελέγχου υγείας.

Πίνακας 1. Παραγοντική ανάλυση του Πολυδιάστατου Ερωτηματολογίου Απόδοσης Ελέγχου Υγείας

Παράγοντες			
	1. Έλεγχος στους σημαντικούς άλλους	2. Έλεγχος στην τύχη	3. Έλεγχος στον εαυτό
συμβουλή από γιατρό	,79		
γιατροί ελέγχουν την υγεία μου	,78		
συμβουλή γιατρού μου	,74		
περιποίηση άλλων	,64		
τακτική επαφή με γιατρό	,58		
ότι και να κάνω καλή τύχη	,33	,82	
τύχη		,79	
ατυχία		,71	
γραφτό		,65	
οτιδήποτε και να κάνω		,31	
φροντίδα εαυτού			,68
τι κάνω εγώ			,65
δική μου			,54
συμπεριφορά			
ενεργώ σωστά			,54
ελέγχω την υγεία μου			,53
εγώ φταίω		,32	,48
οικογένεια			,32

*Φορτίσεις πάνω από .30

5. Η κλίμακα επαγγελματικής και κοινωνικής προσαρμογής – The work and social adjustment scale (Mundt & συν., 2002)

Αποτελείται από 5 λήμματα στα οποία ο εξεταζόμενος βαθμολογεί σε διαβαθμιστική κλίμακα κατά πόσο οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει εξαιτίας της διαταραχής του, επηρεάζουν κύριους τομείς της λειτουργικότητάς του όπως το επάγγελμά του, τη φροντίδα του σπιτιού, την κοινωνική και ατομική του διασκέδαση, και την οικογενειακή του ζωή. Η κλίμακα βαθμολόγησης έχει εύρος από 0-8 (όπου 0 = καθόλου, 2 = ελαφρά, 4 = σίγουρα, 6 = έντονα και 8 = πολύ σοβαρά).

6. Βαθμολόγηση άγχους και αποφυγής των Τελικών Στόχων της θεραπείας

Οι Τελικοί Στόχοι είναι καταστάσεις ή δραστηριότητες οι οποίες αποφεύγονται στο μεγαλύτερο βαθμό από τον πάσχοντα εξαιτίας του άγχους και τίθενται στην αρχή της θεραπείας από τον ίδιο το ασθενή υπό την καθοδήγηση του θεραπευτή του. Βαθμολογούνται με βάση μια διαβαθμιστική κλίμακα από 0-8 (όπου 0 = καθόλου άγχος / δεν αποφεύγω, 2 = λίγο άγχος / αποφεύγω λίγες φορές, 4 = μέτριο άγχος / αποφεύγω αρκετές φορές, 6 = έντονο άγχος / αποφεύγω τις περισσότερες φορές και 8 = αβάσταχτο άγχος / αποφεύγω πάντα την εν λόγω δραστηριότητα). Η βαθμολογία είναι διπλή, δηλαδή διαφορετική για το άγχος και την αποφυγή. Τα βασικά χαρακτηριστικά των τελικών στόχων είναι ότι αφορούν συγκεκριμένες καταστάσεις που εντάσσονται στην καθημερινότητα του ασθενούς και αποτελούν ρεαλιστικά αιτήματα από την πλευρά του πάσχοντος - (παράδειγμα τελικού στόχου αγοραφοβικού ασθενούς : να χρησιμοποιώ το μετρό στο δρομολόγιο Εθνική Άμυνα – Μοναστηράκι κάθε μέρα στις 17.00 – Βαθμολογία άγχους στην αρχή της θεραπείας = 7, Βαθμολογία αποφυγής = 8).

Η επίτευξη των τελικών στόχων με τελικό άγχος και αποφυγή μικρότερα του δύο στην κλίμακα βαθμολόγησης σηματοδοτούν και για τους δύο συμβαλλόμενους

(θεραπευτή και θεραπευόμενο) το τέλος της θεραπείας, αν δεν έχουν προκύψει άλλα αιτήματα. Η βαθμολόγησή τους στην αρχή (πριν την έναρξη δηλαδή της θεραπείας) και στον τερματισμό της, αποτελούν σημαντική ανατροφοδότηση για τους ασθενείς που μπορούν να δουν εύκολα πώς η θεραπεία που ακολούθησαν, τούς ωφέλησε σε καθημερινές δραστηριότητες, τις οποίες αδυνατούσαν να πραγματοποιήσουν στο παρελθόν εξαιτίας της διαταραχής τους. Η απλότητά τους, σε αντίθεση με τις άλλες κλίμακες που χρησιμοποιούνται, συμβάλλει στη συγκριτική αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας τους πριν και μετά τη θεραπεία.

7. Η κλίμακα βαρύτητας της διαταραχής

Είναι μια απλή κλίμακα που συμπληρώνεται από το θεραπευόμενο, την αξιολογήτρια και το θεραπευτή. Βαθμολογείται η εκτιμώμενη βαρύτητα της διαταραχής κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα του εξεταζόμενου ατόμου. Κατά τη βαθμολόγηση δε λαμβάνεται υπόψη η λήψη φαρμάκων ή η εμπλοκή του θεραπευόμενου σε άλλου είδους θεραπεία. Οι τιμές της κλίμακας εκτείνονται από 0-8 (όπου 0 = καμιά φοβία., 2 = ελαφρά ενοχλητική / δεν επηρεάζει τη ζωή του / μου, 4 = σίγουρα ενοχλητική / επηρεάζει αρκετά τη ζωή του / μου, 6 = έντονα ενοχλητική / επηρεάζει πολύ τη ζωή του / μου και 8 = πολύ σοβαρή / επηρεάζει σοβαρά τη ζωή του / μου).

8. Το δελτίο ικανοποίησης

Οι εξεταζόμενοι βαθμολογούν σε διαβαθμιστική κλίμακα από 0-8 (όπου 0 = καθόλου, 2 = λίγο, 4 = αρκετά, 6 = πολύ, 8 = απόλυτα) το βαθμό ικανοποίησης από α) τις παρεχόμενες υπηρεσίες της ΜΘΣ και β) τη συνεργασία με το θεραπευτή. Οι δύο αυτές προτάσεις συνοδεύονται από δύο ανοιχτές ερωτήσεις, στις οποίες ο κάθε ασθενής καλείται να γράψει ποια αλλαγή θα πρότεινε στη ΜΘΣ που θα συνέβαλε

στην καλύτερη εξυπηρέτησή του και ποια αλλαγή θα πρότεινε στο θεραπευτή ή θεραπεύτρια που θα συνέβαλε στην καλύτερη μεταξύ τους συνεργασία.

3.5 Μεθοδολογία που αφορά στη μέτρηση του κόστους λειτουργίας

Για τον υπολογισμό του κόστους έγινε μια λεπτομερής καταγραφή των ωρών που καταναλώθηκαν σε κλινικό και εκπαιδευτικό έργο κατά τη διάρκεια του έτους. Αθροίστηκαν όλα τα έξοδα της ΜΘΣ, από τα οποία αφαιρέθηκαν τα έσοδα (από εκπαιδευτικά σεμινάρια), κατά το προαναφερθέν διάστημα. Το πηλίκο των δύο, θεωρήθηκε το μέσο ωριαίο κόστος παραγωγικής λειτουργίας της ΜΘΣ.

3.6 Στατιστική επεξεργασία

Στη στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων οι δύο ξεχωριστές ομάδες άρνησης και διακοπής θεραπείας συγχωνεύτηκαν προκειμένου να υπάρχουν δύο όσο το δυνατό ισοδύναμες διακριτές ομάδες σύγκρισης, δηλαδή αυτών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους και αυτών που δεν την ολοκλήρωσαν. Η παραπάνω απόφαση ελήφθη μετά από σύγκριση των ομάδων άρνησης και διακοπής στα αρχικά τους δημογραφικά (φύλο, ηλικία, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, κ.λ.π.) και κλινικά χαρακτηριστικά (όλες οι κλινικές μετρήσεις που προαναφέρθηκαν) και διαπιστώθηκε ότι δε διαφέρουν σε κανένα.

Οι στατιστικές αναλύσεις περιλαμβάνουν t-test για ανεξάρτητα δείγματα και χ^2 αναλύσεις (ανάμεσα στις δύο ομάδες μελέτης), για την εξέταση πιθανών διαφοροποιήσεων τους στις αρχικές μετρήσεις ή στα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά αντίστοιχα. Οι διαφορές στις μετρήσεις στα διαφορετικά χρονικά σημεία αξιολόγησης ελέγχθηκαν με t-test αναλύσεις για εξαρτημένα δείγματα για την

καθεμιά από τις δύο ομάδες και με ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης και επαναλαμβανόμενων μετρήσεων. Για τη στατιστική ανάλυση έγινε χρήση του Στατιστικού προγράμματος για τις κοινωνικές επιστήμες (SPSS), έκδοση 11.

Χειρισμός ελλিপών δεδομένων

Στις περιπτώσεις που υπήρξε ελλιπή συμπλήρωση λημμάτων των κλινικών μετρήσεων, έγινε αντικατάσταση αυτών χρησιμοποιώντας το μέσο όρο των υπολοίπων συμμετεχόντων. Σημειώνεται ότι σε καμία περίπτωση η αντικατάσταση δεν αφορά περισσότερες από δύο τιμές σε κάθε ερωτηματολόγιο ή αντικατάσταση συνολικού σκορ ερωτηματολογίου χωρίς την ύπαρξή του.

3.7 Ερευνητικές υποθέσεις

Η παρούσα μελέτη κατέγραψε λεπτομερώς τις κλινικές, εκπαιδευτικές και ερευνητικές εργασίες της ΜΘΣ κατά το χρονικό διάστημα ενός έτους (από το Μάιο 2002 – Μάιο 2003). Κλινικές πληροφορίες συλλέχθηκαν από όλους τους ασθενείς με Διαταραχές Άγχους που προσήλθαν στη ΜΘΣ, ανεξάρτητα από το αν ολοκλήρωσαν, αρνήθηκαν ή διέκοψαν τη θεραπεία τους. Καταγράφονται οι λόγοι διακοπής ή άρνησης της θεραπείας με στόχο τη βελτίωση της συνεργασιμότητας μεταξύ θεραπευόμενων και θεραπευτών, και γίνεται απόπειρα εμπειρικά τεκμηριωμένης διερεύνησης : α) της κλινικής αποτελεσματικότητας της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς συγκρίνοντας την ομάδα που ολοκλήρωσε τη θεραπεία με την ομάδα που αρνήθηκε ή διέκοψε πρόωρα τη θεραπεία, β) των αποδόσεων ελέγχου ψυχικής υγείας, γ) της συγκριτικής κλινικής αποτελεσματικότητας και αποδοχής από τους αρρώστους εμπείρων και απείρων θεραπευτών, και δ) του ετήσιου οικονομικού κόστους της λειτουργίας της ΜΘΣ.

Υποθέσαμε ότι:

1. οι θεραπευόμενοι θα είναι στην πλειονότητα τους γυναίκες, σε παραγωγική ηλικία και θα κάνουν χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους,
2. η κλινική αλλαγή θα σημειωθεί μέσα σε εύλογο χρόνο (περιορισμένος αριθμός συνεδριών),
3. το ποσοστό πρόωρης διακοπής της θεραπείας δε θα ξεπεράσει το 20%,
4. η ΨΣ θα αποδειχτεί αποτελεσματική (με κύρια κριτήρια αποτελεσματικότητας τη βελτίωση στα αρχικά ψυχομετρικά ερωτηματολόγια και την απώλεια της διάγνωσης) για την πλειονότητα των ασθενών που ενεπλάκησαν σε θεραπεία,
5. θα υπάρξει μακροχρόνια διατήρηση της κλινικής βελτίωσης για όσους ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους
6. η ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας θα έχει αύξηση του εσωτερικού κέντρου ελέγχου ψυχικής υγείας και μείωση του εξωτερικού κέντρου ελέγχου (τύχη και σημαντικοί άλλοι) μετά το τέλος της θεραπείας τους, αλλαγή που θα διατηρηθεί και στις δύο επαναξιολογήσεις (εξάμηνη και ετήσια),
7. η ομάδα της άρνησης ή διακοπής θεραπείας δε θα παρουσιάσει αλλαγές στις αποδόσεις ελέγχου ψυχικής υγείας,
8. οι πελάτες που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους θα είναι πιο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της ΜΘΣ σε σχέση μ' αυτούς που την αρνήθηκαν ή τη διέκοψαν και,
9. δε θα υπάρξει διαφορά στην ικανοποίηση και την κλινική αποτελεσματικότητα που εισέπραξαν οι ασθενείς από τη συνεργασία τους με έμμισθους ή εθελοντές θεραπευτές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κεφάλαιο 4^ο – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Περιγραφή του κλινικού έργου της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς

(ΜΘΣ) μέσα σε ένα χρόνο (Μάιος 2002 - Μάιος 2003)

Στο διάστημα ενός έτους επικοινωνήσαν με τη ΜΘΣ 116 ασθενείς από τους οποίους προσήλθαν στις αξιολογήσεις οι 87 και τελικά κρίθηκαν κατάλληλοι 62, που έλαβαν ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση του παθολογικού τους άγχους. Παράλληλα, βρίσκονταν σε διάφορα στάδια της θεραπείας τους (μέσον θεραπείας, εξάμηνη παρακολούθηση) άλλοι 47 άρρωστοι που όμως εξαιτίας του χρόνου έναρξης της θεραπείας τους (πριν από το υπό μελέτη διάστημα) δεν λαμβάνονται υπόψη στην κλινική αξιολόγηση της παρούσας μελέτης. Συνολικά 134 ασθενείς βρίσκονταν σε θεραπεία ή παρακολουθούνταν μέσα σε ένα χρόνο (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Κλινικό έργο ΜΘΣ κατά το χρονικό διάστημα ενός έτους

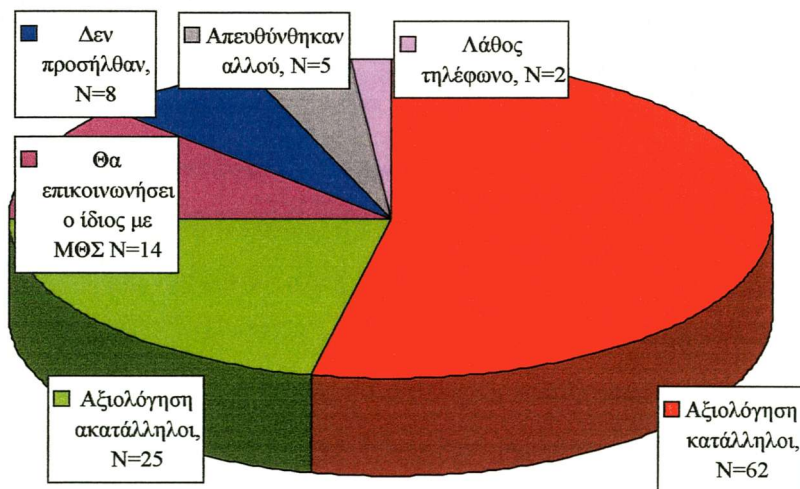
	Συχνότητες	Ποσοστό %
Ασθενείς που αξιολογήθηκαν και κρίθηκαν ακατάλληλοι	25	19
Ασθενείς που πληρούσαν κριτήρια αγχώδους διαταραχής και τους προσφέρθηκε θεραπεία	62	46
Ασθενείς που ήδη βρίσκονταν σε θεραπεία	47	35
Σύνολο	134	100

Οι διαγνώσεις όσων κρίθηκαν ακατάλληλοι για θεραπεία, περιελάμβαναν : Εξάρτηση από αλκοόλ, Διπολική Διαταραχή, Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Σχιζοφρένεια, Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας, Υπο-ουδικές Αγχώδεις Διαταραχές. Υπήρχαν και περιπτώσεις ατόμων που δε νοσούσαν. Οι λόγοι για τους

οποίους οι ασθενείς δεν προσήλθαν στο καθορισμένο ραντεβού της κλινικής αξιολόγησης ήταν ότι κατά τη διάρκεια της αναμονής τους αποφάσισαν να απευθυνθούν σε άλλη υπηρεσία, κάποιοι προτίμησαν να επικοινωνήσουν οι ίδιοι με τη ΜΘΣ στο μέλλον και αυτό δεν έγινε κατά το διάστημα καταγραφής, ενώ σε δύο περιπτώσεις δεν είχε σημειωθεί σωστά το τηλέφωνο επικοινωνίας. Οι εναπομείναντες οχτώ δεν προσήλθαν στο προκαθορισμένο ραντεβού τους (Γράφημα 1).

Οι ακατάλληλοι για Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς παραπέμφθηκαν σε άλλες υπηρεσίες, ενώ στην περίπτωση των υπο-οδικών Διαταραχών Άγχους υπήρξε συμβουλευτική αντιμετώπιση από την αξιολογήτρια με παράλληλη πρόταση να επικοινωνήσουν ξανά με τη ΜΘΣ αν συνεχιστούν ή ενταθούν τα προβλήματά τους.

Γράφημα 1. Συνολική αναπαράσταση όσων επικοινωνήσαν με τη ΜΘΣ κατά το χρονικό διάστημα ενός έτους



Το υπό εξέταση δείγμα αφορά σε όσους ζήτησαν θεραπεία από τη ΜΘΣ κατά τους 12 μήνες της έρευνας. Οι κατάλληλοι ασθενείς στους οποίους προσφέρθηκε

θεραπεία ανήκαν διαγνωστικά στην ευρύτερη ομάδα των αγχωδών διαταραχών με εξαίρεση μία ασθενή με Διαταραχή Παρόρμησης (τριχοτιλλομανία), στην οποία προσφέρθηκε Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς εξαιτίας της χρησιμότητάς της στην αντιμετώπιση της συγκεκριμένης διαταραχής. Οι διαγνώσεις των 62 κατάλληλων, νέων ασθενών παρουσιάζονται αναλυτικότερα στον Πίνακα 2. Χαρακτηριστικό είναι ότι η πλειοψηφία των ασθενών που ζήτησαν θεραπεία για τα προβλήματά τους νοσούσαν από Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία.

Πίνακας 2. Διαγνώσεις κατάλληλων περιστατικών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Διαταραχή πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία	38	61
Ειδική φοβία	7	11
Κοινωνική φοβία	4	6.5
ΓΔΑ	4	6.5
Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	3	5
Άλλες διαγνώσεις	6	10
Σύνολο	62	100

Οι ασθενείς που κρίθηκαν κατάλληλοι για θεραπεία ερωτήθηκαν για την πηγή παραπομπής τους στη ΜΘΣ (Πίνακας 3). Κάποιοι έφτασαν για θεραπεία μετά από προσωπική αναζήτηση, από πληροφοριοδότηση μέσω διαδικτύου, περιοδικών και τηλεόρασης ή και από παλαιότερους αρρώστους της ΜΘΣ. Ακόμη, αρκετές από τις παραπομπές έγιναν από ιδιώτες ψυχολόγους και ψυχιάτρους. Τέλος, φορείς όπως νοσοκομεία και δημόσιες υπηρεσίες υγείας, άλλα παραρτήματα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, ο Δήμος Αθηναίων γνώριζαν την ύπαρξη και το έργο της ΜΘΣ με αποτέλεσμα να παραπέμπουν ασθενείς για θεραπεία.

Πίνακας 3. Παραπεμπτικές πηγές

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Προσωπική αναζήτηση (διαδίκτυο, περιοδικά, τηλεόραση, τηλεφωνικές υπηρεσίες ενημέρωσης)	23	38
Ιδιώτες ψυχολόγοι ή ψυχίατροι	14	22
Νοσοκομεία και άλλες υπηρεσίες υγείας	10	16
Παλαιότεροι ασθενείς ΜΘΣ	10	16
Άλλες υπηρεσίες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής	3	5
Δήμος Αθηναίων	2	3
Σύνολο	62	100

Οι κατάλληλοι ασθενείς που επικοινωνούν με τη ΜΘΣ μπαίνουν σε λίστα αναμονής για το χρονικό διάστημα που απαιτείται μέχρι να υπάρξει διαθέσιμος θεραπευτής. Ο μέσος χρόνος που χρειάστηκε μέχρι η ΜΘΣ να επικοινωνήσει με τον πελάτη για να οριστεί το ραντεβού της αξιολόγησης ήταν 15 μέρες (M=15, TA=13,5). Ο μέσος χρόνος αναμονής του ασθενούς από τη στιγμή που ζητά τηλεφωνικά θεραπεία μέχρι να αξιολογηθεί ήταν 27 ημέρες (M=27, TA=16), και τέλος ο μέσος χρόνος θεραπείας (εδώ περιλαμβάνονται μόνο εκείνοι που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους ήταν 11 συνεδρίες (M=11, TA=6).

4.2 Δημογραφικά στοιχεία και χαρακτηριστικά του δείγματος

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (n=44, 71%) και διατηρούσαν σταθερή προσωπική σχέση (n=34, 55%). Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 35 έτη (TA=13) και ο μέσος όρος του χρόνου που μεσολάβησε μεταξύ της εμφάνισης της διαταραχής και της δικής μας αξιολόγησης ήταν 93 μήνες (περίπου 8 χρόνια) (T.A.=78 ή 6,5 χρόνια). Έξι άνθρωποι από το δείγμα μας (10%) είχαν πρωτοβάθμια εκπαίδευση, 5 (8%) είχαν γυμνασιακή εκπαίδευση, 19 (31%) είχαν λυκειακή, 22 (36%) φοιτούσαν σε πανεπιστήμιο, ΤΕΙ ή άλλη τεχνική σχολή,

ενώ 6 (10%) είχαν πανεπιστημιακό και 3 (5%) μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Συνοψίζοντας, το 51% (n=32) του δείγματος είχαν ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση. Είκοσι επτά ασθενείς (47%) είχαν ιστορικό ψυχιατρικής νόσου στην οικογένεια, ενώ σαράντα πέντε (73%) είχαν ακολουθήσει άλλες ψυχοθεραπευτικές προσπάθειες ή φαρμακοθεραπεία, που είχαν αποτύχει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Τέλος, οι μισοί (n=31, 50%), εργάζονταν κατά τη χρονική στιγμή της αξιολόγησης, ενώ οι υπόλοιποι ήταν άνεργοι, ασχολούνταν με οικιακά, φοιτούσαν σε σχολές ή ήταν συνταξιούχοι.

4.3 Διαχείριση ελλিপών δεδομένων

Οι χαμένες πληροφορίες είναι σημαντική τροχοπέδη στα ασφαλή συμπεράσματα και η γνώση αυτή μας οδήγησε στον υπολογισμό των ποσοστών ελλিপών δεδομένων που είχαμε σε όλα τα στάδια της μελέτης. Για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας στο τέλος της θεραπείας, δεν είχαμε ερωτηματολόγια από έναν ασθενή που δεν κατάφερε να προσέλθει σε εύλογο χρονικό διάστημα για την έγκαιρη συμπλήρωσή τους. Στην εξάμηνη παρακολούθηση, υπήρξαν 8 συνολικές απώλειες για όλο το δείγμα, ενώ στην ετήσια παρακολούθηση οι χαμένες πληροφορίες αφορούσαν περισσότερους, συνολικά 16 (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Ελλιπή δεδομένα

	Ολοκληρωμένη θεραπεία (Ποσοστό)	Άρνηση ή διακοπή θεραπείας (Ποσοστό)	Σύνολο (Ποσοστό)
Τέλος θεραπείας	1 (3%)	-	1 (3%)
Εξάμηνη παρακολούθηση	3 (8%)	5 (19%)	8 (13%)
Ετήσια παρακολούθηση	5 (14%)	11 (42%)	16 (23%)

Τα ελλιπή δεδομένα που σημειώθηκαν σε ερωτηματολόγια των ατόμων που προσήλθαν και εξετάστηκαν φτάνουν στο ποσοστό του 5% (και υπέστησαν την επεξεργασία που έχει ήδη αναφερθεί στο κεφάλαιο 3 – Μέθοδος, σελ. 124).

4.4 Κλινική αποτελεσματικότητα της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς

Από τους 62 κατάλληλους, οι 36 (58%) ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους, 7 (11%) διέκοψαν τη θεραπεία και 19 (31%) αρνήθηκαν να δοκιμάσουν τη θεραπεία και δεν προχώρησαν πέρα από την αξιολόγηση (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Κατάσταση θεραπείας όσων προσήλθαν

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ολοκλήρωσαν θεραπεία	36	58
Αρνήθηκαν θεραπεία	19	31
Διέκοψαν θεραπεία	7	11
Σύνολο	62	100

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι 43 πάσχοντες (69%) δέχτηκαν να δοκιμάσουν τη Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, ενώ οι 19 (31%) αρνήθηκαν να το κάνουν. Από αυτούς όμως, που τελικά ενεπλάκησαν στην ΨΣ (N=43), δηλαδή είδαν το θεραπευτή τους αρκετές φορές ώστε να τους εισάγει επαρκώς στη λογική της συγκεκριμένης θεραπείας, η συντριπτική πλειονότητά τους (84%) ολοκλήρωσαν τη θεραπεία και 7 (16%) τη διέκοψαν (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Κλινική πορεία όσων εφάρμοσαν τη θεραπεία

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ολοκλήρωσαν θεραπεία	36	84
Διέκοψαν θεραπεία	7	16
Σύνολο	43	100

Για τις αναλύσεις που ακολουθούν χωρίσαμε το δείγμα μας σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα αφορά αυτούς που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους και άρα αναμένουμε να έχουν βελτίωση στην κλινική εικόνα και τα ψυχομετρικά εργαλεία, ενώ η δεύτερη αφορά τους ασθενείς που διέκοψαν ή αρνήθηκαν να εμπλακούν στη θεραπεία, επομένως αναμένουμε ότι δε θα έχουν βελτίωση στις επαναξιολογήσεις.

Κατά την αρχική αξιολόγηση δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σε κανένα δημογραφικό χαρακτηριστικό (φύλο, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, λήψη φαρμάκων, προηγούμενες ψυχοθεραπείες για το πρόβλημα, ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού), καθώς και στις κλινικές μετρήσεις (ερωτηματολόγιο φόβου (ΕΦ), συναισθήματος (ΕΣ), ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger (Ss και St), τελικοί στόχοι (ΤΣ), κλίμακα κοινωνικής προσαρμογής (ΚΠ) και βαθμολόγηση της βαρύτητας της διαταραχής από τον ασθενή (ββασ), την αξιολογήτρια (ββα) και το θεραπευτή (ββθ).

Α) Ομάδα ολοκληρωμένης θεραπείας

Ο μέσος χρόνος θεραπείας ήταν 11 συνεδρίες ($M= 11$, $TA=6$). T-test αναλύσεις για εξαρτημένα δείγματα έγιναν για να εκτιμηθεί η επίδραση της θεραπείας στα προαναφερθέντα ερωτηματολόγια. Υπήρξαν στατιστικά σημαντικές μειώσεις στα σκορ από την αρχική αξιολόγηση μέχρι το τέλος της θεραπείας σε όλες τις κλινικές μετρήσεις (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Σύγκριση αρχικών και τελικών τιμών ερωτηματολογίων για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας

Ερωτηματολόγια	n	M	Αρχική αξιολόγηση		Τέλος θεραπείας		t	df	P
			(TA)	M	(TA)				
Ερωτηματολόγιο									
Φόβου	35	49	(26,8)	17,9	(6,8)	7,58	34	<,0001	
Ερωτηματολόγιο									
Συναισθήματος	35	17,1	(6,8)	5,1	(5,1)	10,8	34	<,0001	
STAI-state	35	49	(14)	34,4	(9,7)	5,9	34	<,0001	
STAI-trait	34	54,7	(10,5)	36	(10)	10,46	33	<,0001	
Τελικός Στόχος (άγχος)	27	7,3	(0,9)	1,3	(1,3)	18,25	26	<,0001	
Τελικός Στόχος									
(αποφυγή)	27	7,1	(1,8)	0,6	(1,1)	15,20	26	<,0001	
Κοινωνική									
Προσαρμογή	29	14,4	(9)	3,4	(4)	6,75	28	<,0001	
Βαθμολόγηση									
βαρύτητας διαταραχής	34	5,6	(1,9)	2,2	(1,2)	10,01	33	<,0001	
(ασθενής)									
Βαθμολόγηση									
βαρύτητας διαταραχής	34	5,7	(1,2)	1,5	(1,1)	18,25	33	<,0001	
(αξιολογήτρια)									
Βαθμολόγηση									
βαρύτητας διαταραχής	34	5,4	(1,4)	1,4	(0,9)	14,42	30	<,0001	
(θεραπευτής)									

Τα οφέλη της θεραπείας διατηρήθηκαν τόσο στην εξάμηνη όσο και στην ετήσια αξιολόγηση για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας (Πίνακες 8 και 9).

Πίνακας 8. Σύγκριση αρχικής και εξάμηνης αξιολόγησης για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας

Ερωτηματολόγιο	n	M	Αρχική αξιολόγηση		Εξάμηνη αξιολόγηση		t	df	P
			(TA)	M	(TA)				
Ερωτηματολόγιο									
Φόβου	32	49,8	(25,4)	17,6	(11,6)	7,49	31	<,0001	
Ερωτηματολόγιο									
Συναισθήματος	32	16,8	(6,7)	5	(5,3)	10,02	31	<,0001	
STAI-state	32	49,3	(14,4)	34	(11,5)	5,83	31	<,0001	
STAI-trait	32	55,2	(9,9)	37,2	(11,5)	8,09	31	<,0001	
Τελικός Στόχος (άγχος)	24	7,2	(0,9)	1,2	(1,2)	17,89	23	<,0001	
Τελικός Στόχος (αποφυγή)	24	7,3	(1,4)	0,9	(1,3)	16,87	23	<,0001	
Κοινωνική									
Προσαρμογή	28	14,2	(9)	2,9	(3,2)	6,54	27	<,0001	
Βαθμολόγηση									
βαρύτητας διαταραχής (ασθενής)	31	5,6	(1,9)	2	(1,2)	8,39	30	<,0001	
Βαθμολόγηση									
βαρύτητας διαταραχής (αξιολογήτρια)	32	5,7	(1,2)	1,6	(1,4)	12,98	31	<,0001	
Βαθμολόγηση									
βαρύτητας διαταραχής (θεραπευτής)	18	5,6	(1,3)	1,2	(1,3)	9,29	17	<,0001	

Πίνακας 9. Σύγκριση αρχικής και ετήσιας αξιολόγησης για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας

Ερωτηματολόγια	n	M	Αρχική αξιολόγηση		Ετήσια αξιολόγηση		df	P
			(TA)	M	(TA)	t		
Ερωτηματολόγιο								
Φόβου	30	48,5	(25,5)	14	(12,9)	7,19	29	<,0001
Ερωτηματολόγιο								
Συναισθήματος	28	16,6	(6,4)	3,7	(6,4)	7,88	27	<,0001
STAI-state	30	49,6	(14,7)	30,9	(10,8)	7,75	29	<,0001
STAI-trait	30	54,7	(9,9)	33,5	(8,9)	8,98	29	<,0001
Τελικός Στόχος (άγχος)	19	7,5	(0,8)	1,5	(1,7)	12,70	18	<,0001
Τελικός Στόχος (αποφυγή)	19	7,53	(1,1)	0,9	(1,8)	12,78	18	<,0001
Κοινωνική								
Προσαρμογή	25	13,6	(9)	0,6	(1,6)	7,17	24	<,0001
Βαθμολόγηση								
βαρύτητας διαταραχής (ασθενής)	30	5,6	(2)	1,4	(1)	10,86	29	<,0001
Βαθμολόγηση								
βαρύτητας διαταραχής (αξιολογήτρια)	27	5,8	(1,3)	1,2	(1,2)	13,86	26	<,0001
Βαθμολόγηση								
βαρύτητας διαταραχής (θεραπευτής)	9	5,8	(1,7)	1,1	(1,2)	6,79	8	<,0001

Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν και από ανάλυση διακύμανσης (μονής κατεύθυνσης και επαναλαμβανόμενων μετρήσεων) που διενεργήθηκε για να συγκριθούν οι τιμές των ερωτηματολογίων στις τέσσερις χρονικές στιγμές μέτρησης (αρχική αξιολόγηση, τέλος θεραπείας, εξάμηνη και ετήσια παρακολούθηση) (Πίνακας 10).

Πίνακας 10. Συνολικά αποτελέσματα των κλινικών μετρήσεων (με ανάλυση διακρίμανσης) για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας

	n	Αρχική	Τέλος	Εξάμηνη	Ετήσια	F	df	P	Eta squared	Wilk's Lambda
		αξιολόγηση	θεραπείας	αξιολόγηση	αξιολόγηση					
Ερωτηματολόγιο										
Φόβου	30	48,5 (25,5)	18,2 (16,5)	17 (11,7)	14 (12,9)	16,41	27	<,0001	0,65	0,35
Ερωτηματολόγιο κατάθλιψης	28	16,6 (6,4)	4,4 (5)	4,4 (4,5)	3,7 (6,4)	35,29	25	<,0001	0,81	0,19
STAI-state	30	49,6 (14,6)	33,4 (9,2)	34,1 (11,9)	30,9 (10,8)	18,80	27	<,0001	0,68	0,32
STAI-trait	29	54,9 (10,1)	34,6 (9,7)	36,2 (10,7)	33,3 (9)	42,97	26	<,0001	0,83	0,17
Τελικός στόχος (άγχος)	18	7,4 (0,7)	1,4 (1,5)	1,1 (1,2)	1,6 (1,7)	88,15	15	<,0001	0,95	0,05
Τελικός στόχος (αποφυγή)	18	7,5 (1,1)	0,6 (1,3)	0,9 (1,2)	1 (1,8)	88,50	15	<,0001	0,95	0,05
Κοινωνική										
Προσαρμογή	24	13,8 (9,1)	3,1 (4)	2,6 (3,2)	0,6 (1,3)	17,63	21	<,0001	0,72	0,28
Βαθμολόγηση										
Βαρύτητας διαταραχής	28	5,6(2)	2,4(1,2)	1,9(1,2)	1,5(1)	38,81	25	<,0001	0,82	0,17
(ββδ) - (ασθενής)										
(ββδ) - (αξιολογήτρια)	27	5,8(1,3)	1,4(1,1)	1,5(1,3)	1,2(1,4)	95,93	24	<,0001	0,92	0,08
(ββδ) - (θεραπευτής)	7	5,6 (1,9)	1,1 (1,1)	1,3 (1,6)	1,1 (1,5)	8,29	4	<,05	0,86	0,14

B) Ομάδα άρνησης ή διακοπής θεραπείας

T-test αναλύσεις για εξαρτημένα δείγματα στην ομάδα των ασθενών που διέκοψαν ή αρνήθηκαν τη θεραπεία δεν ανέδειξαν διαφορές στα περισσότερα ερωτηματολόγια μεταξύ των αρχικών μετρήσεων και της εξάμηνης ή ετήσιας αξιολόγησης. Παρόλα αυτά υπήρξαν κάποιες διαφορές που σημειώνονται στους Πίνακες 11 και 12. Δε συμπεριλήφθηκε η βαθμολόγηση βαρύτητας της διαταραχής από το θεραπευτή, γιατί οι περισσότερες αξιολογήσεις έγιναν στο σπίτι του εξεταζόμενου ή μέσω ταχυδρομίου οπότε μόνο η αξιολογήτρια είχε επαφή τηλεφωνική ή προσωπική μ' αυτή την ομάδα ασθενών.

Πίνακας 11. Σύγκριση αρχικής και εξάμηνης αξιολόγησης για την ομάδα της άρνησης ή διακοπής θεραπείας

Ερωτηματολόγια	n	M	Αρχική αξιολόγηση		Εξάμηνη αξιολόγηση		t	df	P
			(TA)	M	(TA)				
Ερωτηματολόγιο									
Φόβου	19	33,9	(17,5)	29,1	(17,1)	1,71	18	0,105	
Ερωτηματολόγιο									
Συναισθήματος	20	18	(8,4)	12,7	(9,0)	2,99	19	<,01	
STAI-state	20	49,4	(14,2)	42	(13,7)	1,95	19	0,066	
STAI-trait	20	53,1	(8,8)	48,5	(14,9)	1,66	19	0,113	
Τελικός Στόχος (άγχος)	9	7,4	(1,1)	5,8	(2,7)	1,77	8	0,115	
Τελικός Στόχος (αποφυγή)	9	7,9	(0,3)	6,4	(2,6)	1,66	8	0,135	
Κοινωνική									
Προσαρμογή	17	11,6	(8,7)	9,3	(7,1)	1,82	16	0,088	
Βαθμολόγηση									
βαρύτητας διαταραχής (ασθενής)	19	5,9	(1,6)	4,5	(2,6)	2,30	18	<,05	
Βαθμολόγηση									
βαρύτητας διαταραχής (αξιολογήτρια)	18	5,6	(0,9)	4,7	(1,9)	2,23	17	<,05	

Πίνακας 12. Σύγκριση αρχικής και ετήσιας αξιολόγησης για την ομάδα της άρνησης ή διακοπής θεραπείας

Ερωτηματολόγια	n	M	Αρχική αξιολόγηση		Ετήσια αξιολόγηση		t	df	P
			(TA)	M	(TA)				
Ερωτηματολόγιο									
Φόβου	14	38,1	(24,8)	36,5	(27)	0,48	13	0,646	
Ερωτηματολόγιο									
Συναισθήματος	13	19,8	(13,6)	15,3	(11,2)	1,96	12	0,074	
STAI-state	14	49,2	(15,8)	40,4	(12,4)	1,96	13	0,072	
STAI-trait	13	53,6	(11,6)	49,5	(15,6)	1,25	12	0,235	
Τελικός Στόχος (άγχος)	7	7,3	(1,2)	4,1	(2,6)	3,04	6	<0,05	
Τελικός Στόχος (αποφυγή)	7	7,9	(0,4)	3,4	(3,3)	3,40	6	<0,05	
Κοινωνική									
Προσαρμογή	10	14,7	(11,1)	13,4	(9,4)	0,63	9	0,54	
Βαθμολόγηση									
βαρύτητας διαταραχής (ασθενής)	13	6,5	(1,4)	4,5	(2,6)	3,3	12	<0,05	
Βαθμολόγηση									
βαρύτητας διαταραχής (αξιολογήτρια)	13	5,9	(0,9)	4,6	(1,4)	5,33	12	<,0001	

Η ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης και επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (Πίνακας 13), ανέδειξε διαφορές μόνο σε δύο μετρήσεις, δηλαδή στη βαθμολόγηση βαρύτητας της διαταραχής από την αξιολογήτρια και τον πελάτη και όχι στο ερωτηματολόγιο κατάθλιψης ή τους τελικούς στόχους.

Πίνακας 13. Συνολικά αποτελέσματα των κλινικών μετρήσεων (με ανάθεση διακρίμανσης) για την ομάδα της άρνησης και διακοπής θεραπείας

Ερωτηματολόγια	n	Αρχική	Εξέλιξη	Ετήσια	F	df	P	Eta squared	Wilk's Lambda
		αξιολόγηση	παράκολοδθηση	παράκολοδθηση					
Ερωτηματολόγιο Φόβου	13	33 (16,7)	29,3 (18,5)	31,2 (19,5)	0,45	11	0,65	0,07	0,92
Ερωτηματολόγιο κατάθλιψης	12	17 (9,3)	13,2 (9,9)	13,4 (9,3)	1,7	10	0,23	0,25	0,75
STAI-state	13	47 (14)	43,3 (15,8)	40,5 (12,9)	1,12	11	0,36	0,17	0,83
STAI-trait	12	51,4 (8,4)	49,2 (17)	47,7 (14,7)	0,52	10	0,61	0,09	0,90
Τελικός στόχος (αγχος)	5	7,4 (1,3)	4,4 (2,9)	4,6 (2,2)	1,70	3	0,321	0,53	0,47
Τελικός στόχος (αποφυγή)	5	8(0)	5,6(3,3)	3,8 (2,9)	7,12	3	0,07	0,83	0,17
Κοινωνική Προσαρμογή	9	12,8 (9,9)	9,7 (8)	11,1(6,3)	2,3	7	0,17	0,4	0,60
Βαθμολόγηση βαρύτητας									
δυσταραχής (ασθενής)	12	6,3 (1,4)	4,4 (2,8)	4,2 (2,5)	5,33	10	<,05	0,52	0,5
Βαθμολόγηση βαρύτητας									
δυσταραχής (αξιολογήτρια)	11	5,8 (0,7)	4,7 (2)	4,5 (1,4)	9,93	9	<,05	0,69	0,31

Υπενθυμίζεται ότι στην ομάδα αυτή συμπεριλαμβάνονται και εκείνοι που ακολούθησαν για κάποιο διάστημα θεραπεία. Για καλύτερη κατανόηση της κλινικής εικόνας έγιναν εκ νέου t-test αναλύσεις για εξαρτημένα δείγματα στην ομάδα άρνησης της θεραπείας μόνον (αφαιρέθηκαν όσοι διέκοψαν τη θεραπεία τους), για τις μετρήσεις που βρέθηκαν να διαφέρουν σημαντικά στην εξάμηνη και ετήσια αξιολόγηση (δηλ. βαθμολόγηση βαρύτητας της διαταραχής από τον ασθενή και την αξιολογήτρια και το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης. Οι τελικοί στόχοι δεν συμπεριλήφθηκαν δεδομένου ότι η πλειονότητα όσων αρνήθηκαν τη θεραπεία δεν πρόλαβαν να θέσουν τελικούς στόχους με το θεραπευτή τους (μόνο 5 έθεσαν), επομένως τα στοιχεία δεν επαρκούν για ανάλυση (Πίνακας 14, 15).

Πίνακας 14. Σύγκριση μεταξύ αρχικής και εξάμηνης αξιολόγησης όσων αρνήθηκαν τη θεραπεία (χωρίς να συμπεριλαμβάνονται όσοι διέκοψαν τη θεραπεία).

Ερωτηματολόγια	n	M	Αρχική αξιολόγηση		Εξάμηνη αξιολόγηση		df	P
			(TA)	M	(TA)	t		
Βαθμολόγηση βαρύτητας διαταραχής (αξιολογήτρια)	14	5,6	(0,8)	5	(1,7)	1,55	13	0,145
Βαθμολόγηση βαρύτητας διαταραχής (ασθενής)	14	6,1	(1,6)	4,9	(2,5)	1,47	13	0,165
Ερωτηματολόγιο κατάθλιψης	15	19,5	(7,5)	14,7	(9)	2,12	14	0,06

Πίνακας 15. Σύγκριση μεταξύ αρχικής και ετήσιας αξιολόγησης όσων αρνήθηκαν τη θεραπεία (χωρίς να συμπεριλαμβάνονται όσοι διέκοψαν τη θεραπεία).

Ερωτηματολόγια	n	M	Αρχική αξιολόγηση		Ετήσια αξιολόγηση		t	df	P
			(TA)	M	(TA)				
Βαθμολόγηση βαρύτητας διαταραχής (αξιολογήτρια)	9	5,9	(0,6)	4,7	(0,7)	5,5	8	<,05	
Βαθμολόγηση βαρύτητας διαταραχής (ασθενής)	8	6,7	(1,1)	5	(2,1)	2,2	7	0,06	
Ερωτηματολόγιο κατάθλιψης	8	18,8	(8)	16	(8,4)	0,85	7	0,42	

Παρατηρούμε ότι η μοναδική διαφορά που παραμένει αφορά στη βαθμολόγηση της βαρύτητας της διαταραχής από την αξιολογήτρια στην ετήσια αξιολόγηση, ενώ υπάρχουν τάσεις μείωσης και σε άλλες μετρήσεις (ερωτηματολόγιο κατάθλιψης στην εξαμηνια παρακολούθηση και βαθμολόγηση της διαταραχής από τον ασθενή στην ετήσια που δε φτάνουν στο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας).

Γ) Άλλες σημαντικές πληροφορίες και για τις δύο ομάδες εξέτασης

Μετά το τέλος της θεραπείας δύο ασθενείς που είχαν ολοκληρώσει με επιτυχία την ενεργή φάση της θεραπείας τους, σημείωσαν υποτροπή πριν την ολοκλήρωση της 6μηνιας αξιολόγησης και μία ασθενής πριν την ολοκλήρωση της ετήσιας. Οι δύο πρώτοι ακολούθησαν φαρμακοθεραπεία (αντικαταθλιπτικά και βενζοδιαζεπίνες) και μετά από τηλεφωνική επικοινωνία στην πρώτη περίπτωση και προσωπική επικοινωνία στη δεύτερη, πληροφορηθήκαμε ότι στην πρώτη μόνο περίπτωση τα προβλήματα ελαττώθηκαν με τη βοήθειά της. Η τρίτη ασθενής που

σημείωσε υποτροπή μετά την εξαμηνιαία αξιολόγηση, δεν έκανε τίποτα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της (πληροφορίες από προσωπική επικοινωνία στο σπίτι της). Επομένως, στη μακρόχρονη παρακολούθηση του ενός έτους η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών παρέμεναν ελεύθεροι συμπτωμάτων (Πίνακας 16).

Πίνακας 16. Διαμόρφωση κλινικής πορείας όσων ολοκλήρωσαν τη θεραπεία μέχρι και την ετήσια παρακολούθηση

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Διατήρησαν τα οφέλη της θεραπείας μετά το τέλος της και μέχρι την ετήσια επαναξιολόγηση	31	86
Σημείωσαν υποτροπή, ενώ είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους	3	8
Δεν έχουμε στοιχεία	2	6
Σύνολο	36	100

Για την ομάδα των ασθενών που αρνήθηκαν ή διέκοψαν τη θεραπεία τους, N=26 η εξαμηνιαία παρακολούθησή τους έδειξε ότι οι 15 (58%) διατηρούσαν αμετάβλητα τα αρχικά τους προβλήματα, 6 (23%) ανέφεραν ύφεση ή εξαφάνιση αρχικών προβλημάτων, ενώ για 5 (19%) ασθενείς δεν έχουμε στοιχεία (Πίνακας 17). Στην ετήσια παρακολούθηση δεν άλλαξε η εικόνα, αλλά έχουμε λιγότερα στοιχεία γιατί υπήρξε σημαντικός αριθμός αρνήσεων συμπλήρωσης ερωτηματολογίων για αυτή την ομάδα των ασθενών. Όσοι αρνήθηκαν τη συμπλήρωση όμως, πληροφόρησαν τηλεφωνικά την αξιολογήτρια ότι δεν έχει αλλάξει τίποτα στην κατάσταση των αρχικών τους προβλημάτων.

Πίνακας 17. Διαμόρφωση κλινικής πορείας όσων αρνήθηκαν ή διέκοψαν τη θεραπεία μέχρι την εξάμηνη παρακολούθηση

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Διατήρησαν αμετάβλητα τα αρχικά τους προβλήματα	15	58
Ύφεση ή εξαφάνιση αρχικών προβλημάτων	6	23
Δεν έχουμε στοιχεία	5	19
Σύνολο	26	100

Σε ότι αφορά τους δεκαπέντε ασθενείς που δε βελτιώθηκαν, οι έντεκα δεν έκαναν τίποτα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους και οι υπόλοιποι τέσσερις έπαιρναν φάρμακα. Από τους ασθενείς που σημείωσαν βελτίωση σε σύγκριση με την αρχική αξιολόγηση, ζητήθηκε να εξηγήσουν τους λόγους ύφεσης ή εξαφάνισης των προβλημάτων τους. Οι μισοί (N=3), ανέφεραν ότι ακολούθησαν τις οδηγίες του θεραπευτή τους χωρίς να τον συναντούν, με αποτέλεσμα να απαλλαγούν από τα προβλήματά τους, ενώ οι υπόλοιποι τρεις ανέφεραν άλλους λόγους για τη βελτίωση της κατάστασής τους, όπως τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, την επίδραση θετικού γεγονότος ζωής και την ύφεση άλλων στρεσογόνων παραγόντων.

4.5 Αλλαγές στην απόδοση ελέγχου ψυχικής υγείας μετά την Ψυχοθεραπεία

Συμπεριφοράς

Το ερωτηματολόγιο απόδοσης ελέγχου ψυχικής υγείας χρησιμοποιήθηκε για να εντοπιστούν πιθανές επιδράσεις της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς σε γνωσιακές μεταβλητές και στις δύο ομάδες (ολοκληρωμένη θεραπεία και άρνηση ή διακοπή θεραπείας). Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στις αποδόσεις ελέγχου ψυχικής υγείας κατά την αρχική αξιολόγηση, όπως ανέδειξαν οι αναλύσεις t-test για ανεξάρτητα δείγματα.

A) Ομάδα ολοκληρωμένης θεραπείας

Μελετήθηκαν οι αλλαγές με αναλύσεις t-test για εξαρτημένα δείγματα αρχικά στην ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας και βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της αρχικής αξιολόγησης και των υπόλοιπων χρονικών σημείων αξιολόγησης, δηλαδή τέλος θεραπείας και εξάμηνη και ετήσια αξιολόγηση. Συγκεκριμένα, υπήρξε αύξηση της εσωτερικής απόδοσης ελέγχου ψυχικής υγείας και μείωση της εξωτερικής απόδοσης μετά το τέλος της θεραπείας, στην εξάμηνη και ετήσια παρακολούθηση με ολοένα μικρότερα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας για την εσωτερική απόδοση ελέγχου και την απόδοση στην τύχη, ενώ η απόδοση ελέγχου στους σημαντικούς άλλους διατηρεί την υψηλή στατιστική σημαντικότητα σε όλα τα χρονικά σημεία αξιολόγησης (Πίνακες 18, 19, 20).

Πίνακας 18. Σύγκριση απόδοσης ελέγχου ψυχικής υγείας για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας πριν και μετά το τέλος της θεραπείας τους.

Υποκλίμακες	n	M	Αρχική αξιολόγηση		Τέλος θεραπείας		df	P
			(TA)	M	(TA)	t		
Εσωτερική απόδοση ελέγχου (εαυτός)	35	26,6	(3,7)	30,4	(3,5)	-6,26	34	<,0001
Εξωτερική απόδοση ελέγχου (σημαντικοί άλλοι)	35	19,7	(5,7)	14,2	(5,7)	6,14	34	<,0001
Εξωτερική απόδοση ελέγχου (τύχη)	35	10,3	(5)	7,4	(4)	6,75	34	<,0001

Πίνακας 19. Σύγκριση απόδοσης ελέγχου ψυχικής υγείας (γενική έκδοση) για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας πριν τη θεραπεία και κατά την εξάμηνη αξιολόγηση.

Υποκλίμακες	n	M	Αρχική αξιολόγηση		Εξάμηνη αξιολόγηση		df	P
			(TA)	M	(TA)	t		
Εσωτερική απόδοση ελέγχου (εαυτός)	32	26,8	(3,6)	29,4	(4,1)	-3,10	31	<,01
Εξωτερική απόδοση ελέγχου (σημαντικοί άλλοι)	32	19,8	(5,9)	15,4	(6,4)	3,78	31	<,001
Εξωτερική απόδοση ελέγχου (τύχη)	32	9,9	(4,9)	8	(4,3)	2,45	31	<,05

Πίνακας 20. Σύγκριση απόδοσης ελέγχου ψυχικής υγείας (γενική έκδοση) για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας πριν τη θεραπεία και κατά την ετήσια αξιολόγηση.

Υποκλίμακες	n	M	Αρχική αξιολόγηση		Ετήσια αξιολόγηση		df	P
			(TA)	M	(TA)	t		
Εσωτερική απόδοση ελέγχου (εαυτός)	30	26,7	(3,7)	29,4	(4,3)	-2,65	29	<,05
Εξωτερική απόδοση ελέγχου (σημαντικοί άλλοι)	30	20	(5,5)	14	(6)	4,82	29	<,0001
Εξωτερική απόδοση ελέγχου (τύχη)	30	9,5	(4,7)	7,1	(4,3)	2,65	29	<,05

Β) Ομάδα άρνησης ή διακοπής θεραπείας

Οι ίδιες αναλύσεις (t-test για εξαρτημένα δείγματα) εξέτασαν πιθανές αλλαγές στα αποδόσεις ελέγχου ψυχικής υγείας για την ομάδα άρνησης ή διακοπής

θεραπείας. Τόσο η εσωτερική όσο και οι εξωτερικές αποδόσεις ελέγχου της υγείας, παραμένουν ανεπηρέαστες στα χρονικά σημεία αξιολόγησης. Συγκεκριμένα, δεν υπάρχουν αλλαγές στατιστικά σημαντικές μεταξύ των μετρήσεων αρχικής αξιολόγησης και εξάμηνης ή ετήσιας παρακολούθησης (Πίνακας 21 και 22).

Πίνακας 21. Σύγκριση απόδοσης ελέγχου ψυχικής υγείας, για την ομάδα της άρνησης ή διακοπής θεραπείας πριν τη θεραπεία και κατά την εξάμηνη αξιολόγηση.

Υποκλίμακες	n	Αρχική αξιολόγηση		Εξάμηνη αξιολόγηση		t	df	P
		M	(TA)	M	(TA)			
Εσωτερική απόδοση ελέγχου (εαυτός)	20	27,6	(3,7)	27,6	(3,9)	-0,04	19	0,966
Εξωτερική απόδοση ελέγχου (σημαντικοί άλλοι)	20	21,7	(4,8)	20,4	(4,2)	0,98	19	0,341
Εξωτερική απόδοση ελέγχου (τύχη)	20	10,8	(5,1)	10,9	(4,9)	-0,09	19	0,924

Πίνακας 22. Σύγκριση απόδοσης ελέγχου ψυχικής υγείας (γενική έκδοση), για την ομάδα της άρνησης ή διακοπής θεραπείας πριν τη θεραπεία και κατά την ετήσια αξιολόγηση.

Υποκλίμακες	n	Αρχική αξιολόγηση		Ετήσια αξιολόγηση		t	df	P
		M	(TA)	M	(TA)			
Εσωτερική απόδοση ελέγχου (εαυτός)	13	27,5	(4,2)	28,3	(4)	-0,69	12	0,504
Εξωτερική απόδοση ελέγχου (σημαντικοί άλλοι)	13	20,4	(4,9)	20,3	(4)	0,05	12	0,959
Εξωτερική απόδοση ελέγχου (τύχη)	13	11,23	(6,1)	12,6	(7,1)	-1,20	12	0,255

Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξαν και οι αναλύσεις διακύμανσεις (μονής κατεύθυνσης και επαναλαμβανόμενων μετρήσεων), τόσο για την ομάδα των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους (Πίνακας 23), όσο και για τους θεραπευόμενους που αρνήθηκαν ή διέκοψαν τη θεραπεία τους (Πίνακας 24).

Πίνακας 23. Συνολικά αποτελέσματα των αποδόσεων ελέγχου (με ανάδοση διακείμενωσης) για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας

Υποκλίμακες	n	Αρχική Τέλος Εξέλιξη Ετήσια				F	df	P	Eta squared	Wilk's Lambda
		αξιολόγηση	θεραπείας	αξιολόγηση	αξιολόγηση					
Εξωτερική απόδοση ελέγχου(εαυτός)	30	26,8 (3,7)	30,8 (3,4)	29,5 (4,3)	29,4 (4,3)	14,69	27	<,0001	0,62	0,38
Εξωτερική απόδοση ελέγχου (σημαντικοί άλλοι)	30	19 (5,4)	14,1 (5,5)	15,5 (6,1)	14 (6)	11,17	27	<,0001	0,55	0,45
Εξωτερική απόδοση ελέγχου (τύχη)	30	9,5 (4,6)	7 (3,3)	7,8 (4,4)	7,2 (4,3)	3,37	27	<,05	0,27	0,73

Πίνακας 24. Συνολικά αποτελέσματα των αποδόσεων ελέγχου (με ανάληψη διακύμανσης) για την ομάδα της άρνησης και διακοπής θεραπείας

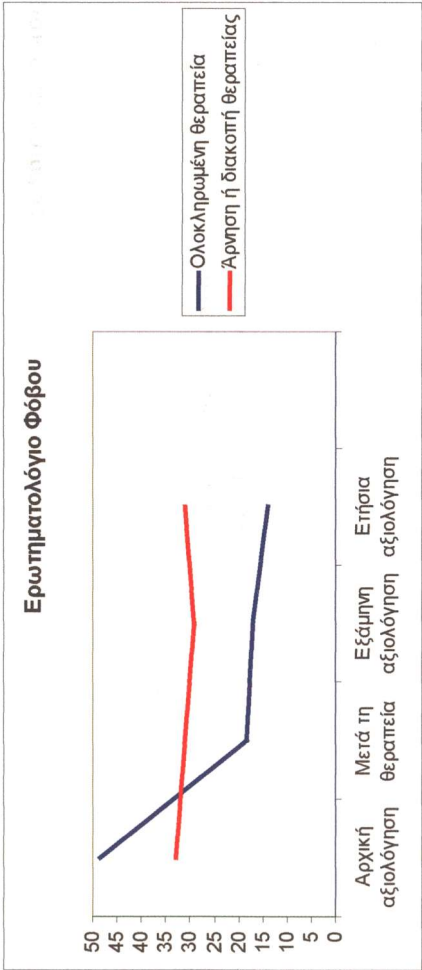
Υποκείμενος	n	M (TA)	M(TA)	M(TA)	F	df	P	Eta squared	Wilk's Lambda
Εξωτερική απόδοση ελέγχου (ευτός)	12	27,4 (4,4)	28 (4,6)	28,2 (4,1)	0,24	10	0,79	0,04	0,95
Εξωτερική απόδοση ελέγχου (σημαντικοί άλλοι)	12	19,9 (4,9)	21,4 (4,7)	19,6 (3,2)	0,6	10	0,57	0,11	0,99
Εξωτερική απόδοση ελέγχου (τύχη)	12	10,2 (5,2)	12,3 (4,9)	12,2 (7,2)	2,96	10	0,09	0,37	0,63

4.6 Συγκριτικές γραφικές αναπαραστάσεις της κλινικής πορείας των δύο ομάδων

Για τη συγκεκριμένη απεικόνιση των παραπάνω στοιχείων που αναγράφονται στους πίνακες, ακολουθούν γραφήματα που δείχνουν την εξέλιξη της κλινικής πορείας των δύο υπό εξέταση ομάδων στα διαφορετικά σημεία αξιολόγησης στα κύρια ερωτηματολόγια, στη βάση των αναλύσεων διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (Γραφήματα 2-13).

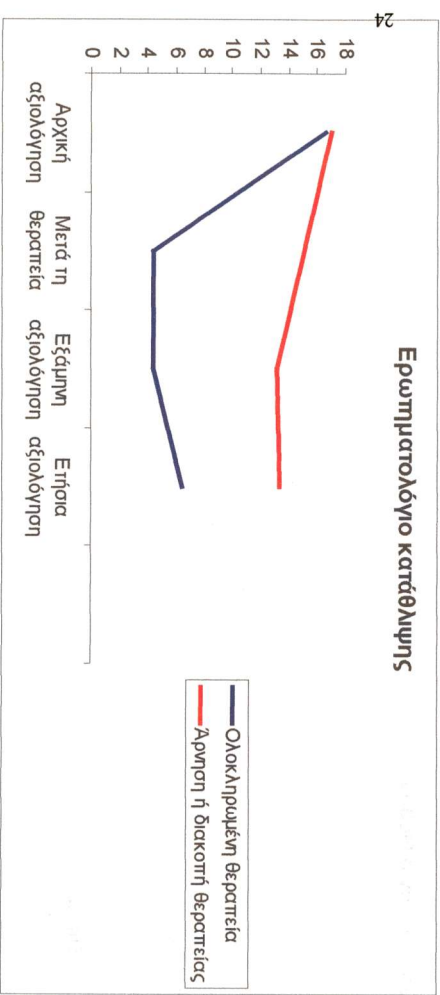
Γράφημα 2. Ερωτηματολόγιο Φόβου

		Αρχική		Τέλος	Εξάμηνη		Ετήσια				
		αξιολόγηση		θεραπείας	αξιολόγηση		αξιολόγηση				
n		M (TA)		M(TA)	M(TA)		M(TA)		F	df	P
Ολοκλήρ.	30	48,5 (25,5)		18,2 (16,5)	17 (11,7)		14 (12,9)		16,41	27	<,0001
Αρν. ή διέκ.	13	33 (16,7)			29,3 (18,5)		31,2 (19,5)		0,45	11	0,65
										squared	Wilk's Lamda
										0,65	0,35
										0,07	0,92



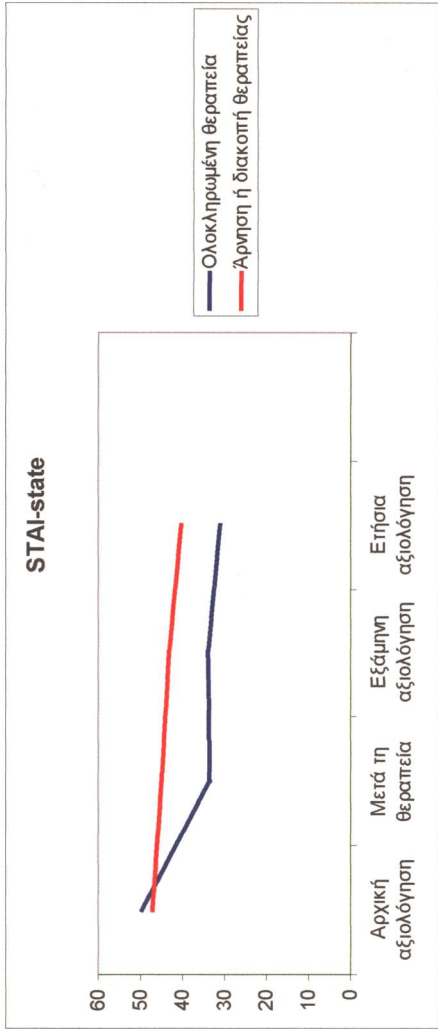
Γράφημα 3. Ερωτηματολόγιο κατάθλιψης

		Αρχική αξιολόγηση n	Τέλος θεραπείας M (TA)	Εξέλιξη αξιολόγηση M(TA)	Επίσρα αξιολόγηση M(TA)	F	df	P	Eta squared	Wilk's Lamda
Ολοκλ.ηρ.	28	16,6 (6,4)	4,4 (5)	4,4 (4,5)	3,7 (6,4)	35,29	25	<,0001	0,81	0,19
Αρν. ή ότεκ.	12	17 (9,3)		13,2 (9,9)	13,4 (9,3)	1,7	10	0,23	0,25	0,75



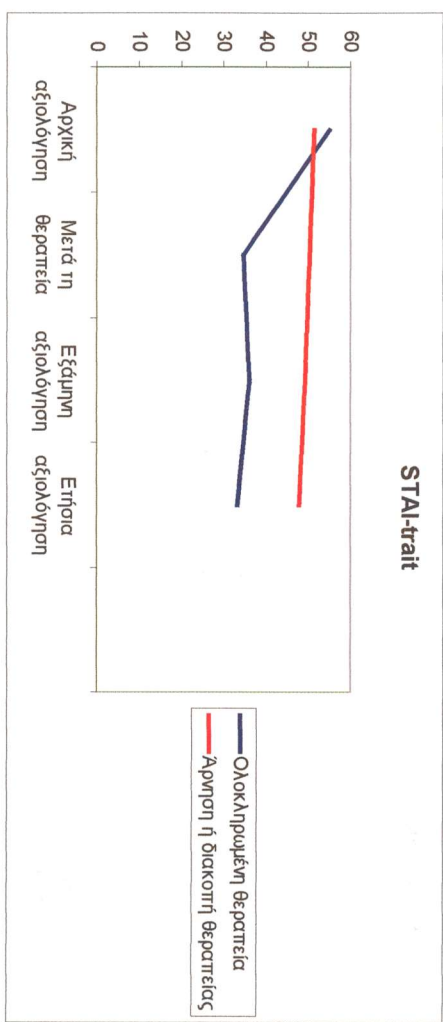
Γράφημα 4. STAI-state (Ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger – Φόρμα 1)

	n	Αρχική	Τέλος	Εξάμηνη	Ετήσια	F	df	P	Eta squared	Wilk's Lamda
		αξιολόγηση M (TA)	θεραπείας M(TA)	αξιολόγηση M(TA)	αξιολόγηση M(TA)					
Ολοκληρ.	30	49,6 (14,6)	33,4 (9,2)	34,1 (11,9)	30,9 (10,8)	18,80	27	<,0001	0,68	0,32
Αρν. ή διέκ.	13	47 (14)		43,3 (15,8)	1,12	11	0,36	0,17	0,83	



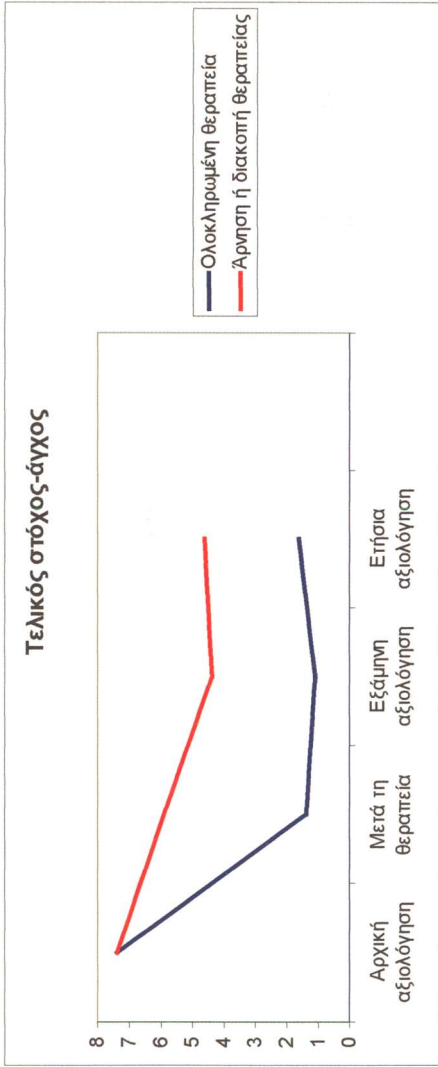
Γράφημα 5. STAI-trait (Εποσηματολόγιο άγχους του Spielberger – Φόρμα 2)

	Αρχική αξιολόγηση	Τέλος θεραπείας	Εξάμηνη αξιολόγηση	Ετήσια αξιολόγηση	F	df	P	Eta squared	Wilk's Lamda
n	M (TA)	M(TA)	M(TA)	M(TA)					
Ολοκληπ.	29	54,9 (10,1)	34,6 (9,7)	36,2 (10,7)	33,3 (9)	42,97	26	<,0001	0,83
Απν. ή διέκ.	12	51,4 (8,4)	49,2 (17)	47,7 (14,7)	0,52	10	0,61	0,09	0,90



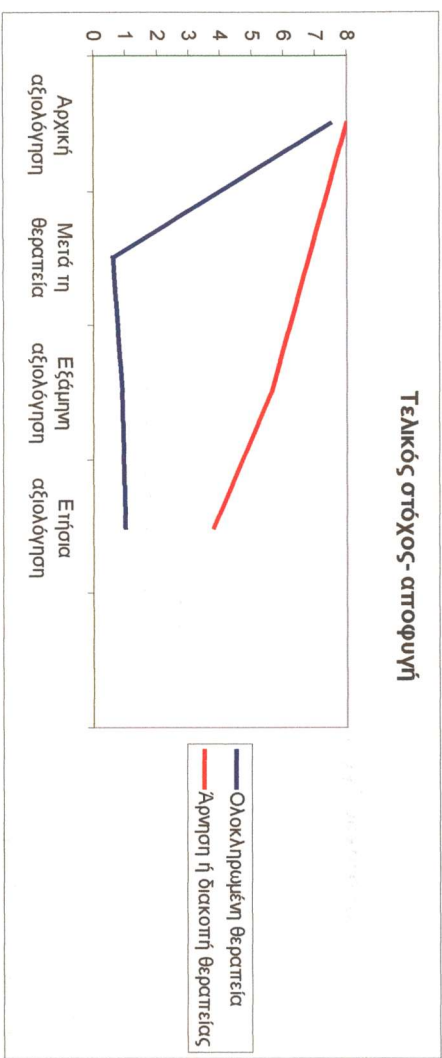
Γράφημα 6. Τελικός στόχος – άγχος

	Αρχική αξιολόγηση	Τέλος θεραπείας	Εξάμηνη αξιολόγηση	Ετήσια αξιολόγηση						
n	M (TA)	M(TA)	M(TA)	M(TA)	F	df	P	Eta squared	Wilk's Lamda	
Ολοκληπρ.	18	7,4 (0,7)	1,4 (1,5)	1,1 (1,2)	1,6 (1,7)	88,15	15	<,0001	0,95	0,05
Αρν. ή διέκ.	5	7,4 (1,3)		4,4 (2,9)	4,6 (2,2)	1,70	3	0,321	0,53	0,47



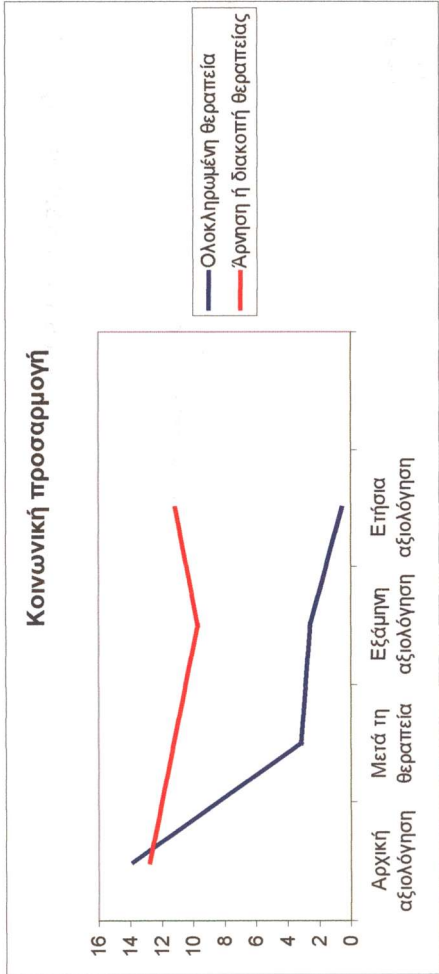
Γράφημα 7. Τελικός στόχος-αποφυγή

n	Αρχική αξιολόγηση		Τέλος θεραπείας		Εξάμηνη αξιολόγηση		Ετήσια αξιολόγηση		F		df		P		Eta squared		Wilk's Lambda	
	M (TA)	M(TA)	M(TA)	M(TA)	M(TA)	M(TA)	M(TA)	M(TA)										
Ολοκληρ.	18	7,5 (1,1)	0,6 (1,3)	0,9 (1,2)	1 (1,8)	88,50	15	<,0001	0,95	0,05								
Αρν. ή διέκ.	5		8 (0)	5,6 (3,3)	3,8 (2,9)	7,12	3	0,07	0,83	0,17								



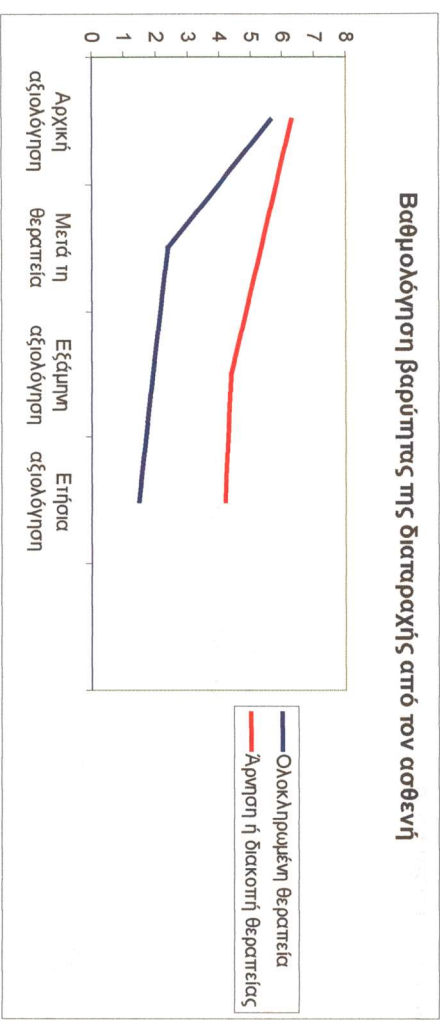
Γράφημα 8. Κλίμακα κοινωνικής προσαρμογής

	Αρχική αξιολόγηση	Τέλος θεραπείας	Εξάμηνη αξιολόγηση	Ετήσια αξιολόγηση									
	n	M (TA)	M(TA)	M(TA)	M(TA)	F	df	P	Eta squared	Wilk's	Lamda		
Ολοκληρ.	24	13,8 (9,1)	3,1 (4)	2,6 (3,2)	0,6 (1,3)	17,63	21	<0001	0,72		0,28		
Αρν. ή διέκ.	9	12,8 (9,9)		9,7 (8)	11,1 (6,3)	2,3	7	0,17	0,4		0,60		



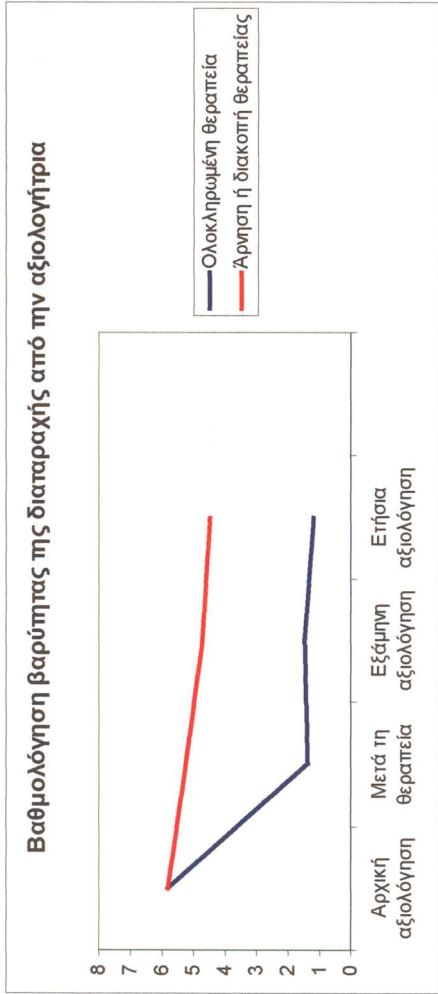
Γράφημα 9. Βαθμολόγηση της βαρύτητας της διαταραχής από τον ασθενή

	Αρχική αξιολόγηση	Τέλος θεραπείας	Εξέλιξη αξιολόγηση	Ετήσια αξιολόγηση	F	df	P	Eta squared	Wilk's Lamda	
n	M (TA)	M(TA)	M(TA)	M(TA)						
Ολοκληρ.	28	5,6(2)	2,4(1,2)	1,9(1,2)	1,5(1)	38,81	25	<,0001	0,82	0,17
Αρν. ή διέκ.	12	6,3 (1,4)		4,4 (2,8)	4,2 (2,5)	5,33	10	<,05	0,52	0,5



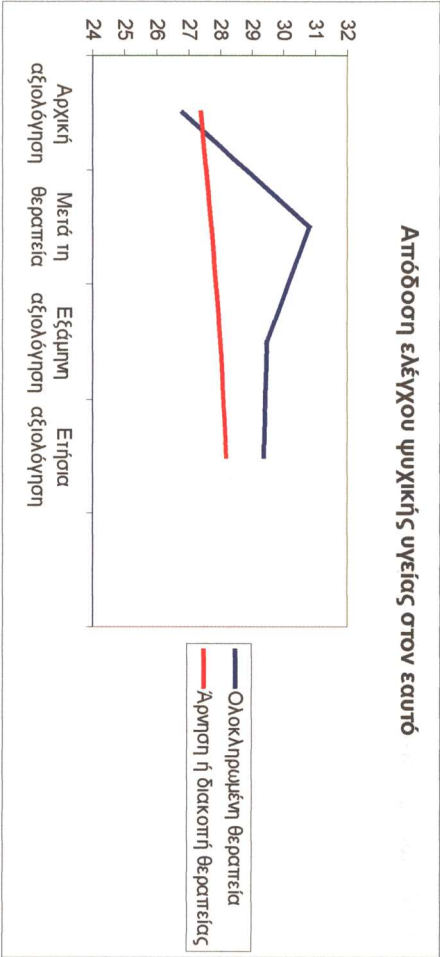
Γράφημα 10. Βαθμολόγηση της βαρύτητας της διαταραχής από την αξιολογήτρια

	n	Αρχική αξιολόγηση	Τέλος θεραπείας	Εξάμηνη αξιολόγηση	Ετήσια αξιολόγηση	F	df	P	Eta squared	Wilk's Lambda
		M (TA)	M(TA)	M(TA)	M(TA)					
Ολοκληρ.	27	5,8(1,3)	1,4(1,1)	1,5(1,3)	1,2(1,4)	95,93	24	<,0001	0,92	0,08
Αρν. ή διέκ.	11	5,8 (0,7)		4,7 (2)	4,5 (1,4)	9,93	9	<,05	0,69	0,31



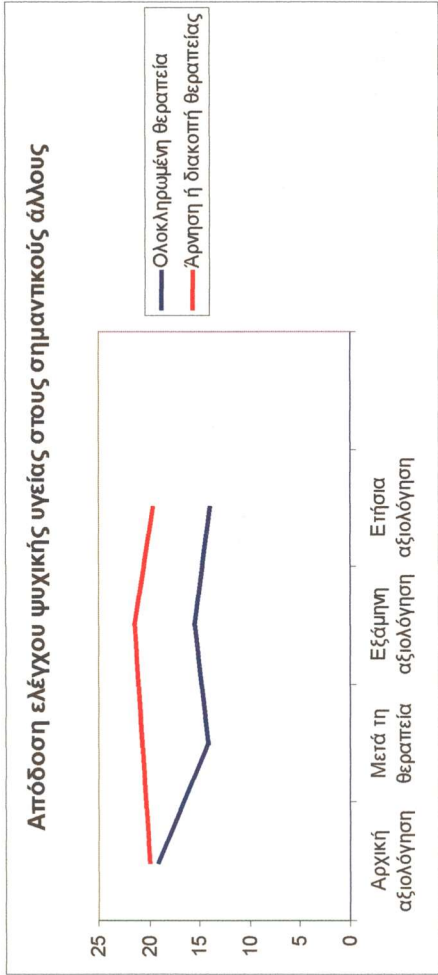
Γράφημα 11. Απόδοση ελέγχου ψυχικής υγείας στον εαυτό

	Αρχική αξιολόγηση	Τέλος θεραπείας	Εξάμηνη αξιολόγηση	Ετήσια αξιολόγηση	F	df	P	Eta squared	Wilk's Lamda
n	M (TA)	M(TA)	M(TA)	M(TA)					
Ολοκληρ.	30	26,8 (3,7)	30,8 (3,4)	29,5 (4,3)	29,4 (4,3)	14,69	27	<.0001	0,62
Απν. ή διέκ.	12	27,4 (4,4)		28 (4,6)	28,2 (4,1)	0,24	10	0,79	0,04
									0,95



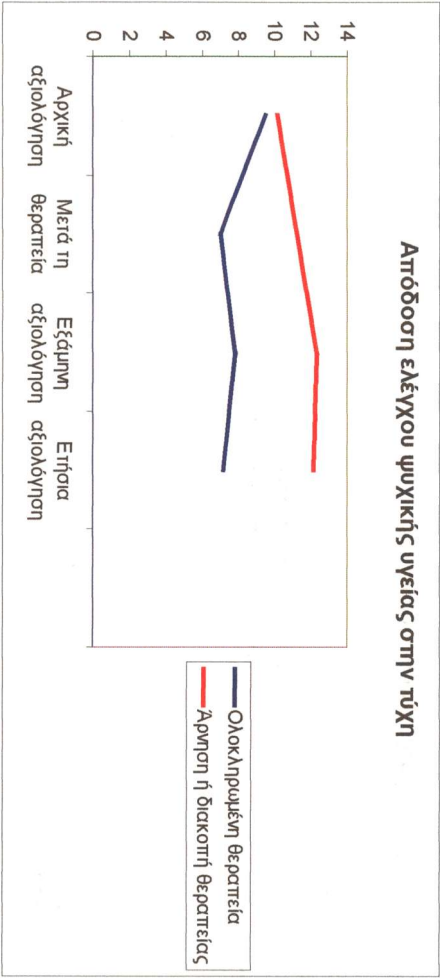
Γράφημα 12. Απόδοση ελέγχου ψυχικής υγείας στους σημαντικούς άλλους

		Αρχική		Τέλος	Εξάμηνη		Ετήσια					
		αξιολόγηση		θεραπείας	αξιολόγηση		αξιολόγηση					
		M (TA)		M(TA)	M(TA)		M(TA)		F	df	P	Eta squared
n												Lamda
Ολοκλήρ.	30	19 (5,4)		14,1 (5,5)	15,5 (6,1)		14 (6)		11,17	27	<,0001	0,55
Αρν. ή δέκ.	12	19,9 (4,9)			21,4 (4,7)		19,6 (3,2)		0,6	10	0,57	0,11
												0,45
												0,99



Γράφημα 13. Απόδοση ελέγχου ψυχικής υγείας στην τύχη

n	Αρχική Τέλος		Εξάμηνη		Ετήσια		F	df	P	Eta squared	Wilk's Lambda
	αξιολόγηση	θεραπείας	αξιολόγηση	αξιολόγηση	αξιολόγηση	αξιολόγηση					
	M (TA)	M(TA)	M(TA)	M(TA)	M(TA)	M(TA)					
Ολοκληρ.	30	9,5 (4,6)	7 (3,3)	7,8 (4,4)	7,2 (4,3)	3,37	27	<.05	0,27	0,73	
Απν. ή διέκ.	12	10,2 (5,2)	12,3 (4,9)	12,2 (7,2)	2,96	10	0,09	0,37	0,63		



4.7 Ικανοποίηση ασθενών

Σε ότι αφορά τη σύγκριση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της ΜΘΣ και το θεραπευτή, τόσο γι' αυτούς που ολοκλήρωσαν όσο γι' αυτούς που διέκοψαν, οι t-test αναλύσεις για ανεξάρτητα δείγματα ανέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες στην εξάμηνη, αλλά όχι και στην ετήσια παρακολούθηση (Πίνακας 25 και 26).

Πίνακας 25. Σύγκριση ικανοποίησης από τις υπηρεσίες της ΜΘΣ και το θεραπευτή, των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία σε σχέση με ασθενείς που τη διέκοψαν ή την αρνήθηκαν στην εξάμηνη παρακολούθηση.

	Εξάμηνη παρακολούθηση				
	Ολοκλήρωσαν	Αρνήθηκαν	t	df	P
	θεραπεία	διέκοψαν			
	M (TA)	M (TA)			
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες της ΜΘΣ	6,8 (1,2)	5,3 (2,3)	2,87	45	<,05
Ικανοποίηση από το θεραπευτή	7,2 (1,1)	2,8 (2)	3,93	42	<,05

Πίνακας 26. Σύγκριση ικανοποίησης από τις υπηρεσίες της ΜΘΣ και το θεραπευτή, ασθενών που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία σε σχέση με ασθενείς που τη διέκοψαν ή την αρνήθηκαν στην ετήσια παρακολούθηση.

	Ετήσια παρακολούθηση				
	Ολοκλήρωσαν	Αρνήθηκαν	t	df	P
	θεραπεία	διέκοψαν			
	M (TA)	M (TA)			
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες της ΜΘΣ	7,2 (1)	6 (2,2)	2,4	39	0,105
Ικανοποίηση από το θεραπευτή	7,4 (1,1)	4,9 (3,3)	3,56	36	0,06

Η ΜΘΣ ασκεί εκτός από κλινικό και εκπαιδευτικό έργο, εκπαιδεύοντας ψυχολόγους και ψυχιάτρους στην εφαρμογή της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς. Συχνά θεραπεία με εποπτεία ασκούν άπειροι θεραπευτές. Αναλύσεις t-test για ανεξάρτητα δείγματα έγινε για να διερευνηθεί η πιθανή διαφοροποίηση ικανοποίησης των ασθενών από έμπειρους ή άπειρους θεραπευτές. Δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στο βαθμό ικανοποίησης από έμπειρους ($M=6,4$, $TA=2,2$) και άπειρους ($M=6,8$, $TA=1,8$; $t(42)=-0,70$, $p=0,52$) τόσο στην εξάμηνη όσο και στην ετήσια αξιολόγηση (έμπειροι - $M=6,9$, $TA=1,6$) (άπειροι - $M=6,6$, $TA=1,6$; $t(36)=0,44$, $p=0,66$).

Λόγω του ότι σε μεγάλο βαθμό το κλινικό έργο της ΜΘΣ στηρίζεται σε εθελοντές ψυχιάτρους και ψυχολόγους, εξετάστηκε σε ένα δεύτερο στάδιο (με αναλύσεις t-test για ανεξάρτητα δείγματα), η πιθανή διαφοροποίηση στην ικανοποίηση των ασθενών από εργαζόμενους ($M=6,2$, $TA=2,4$) και εθελοντές θεραπευτές ($M=6,8$, $TA=1,7$; $t(42)=-0,93$, $p=0,359$) στην εξάμηνη αξιολόγηση, που δεν ανέδειξε διαφορές. Το ίδιο ισχύει και για την ετήσια παρακολούθηση (εργαζόμενοι - $M=6,7$, $TA=1,7$) (εθελοντές - $M=6,8$, $TA=2,3$; $t(36)=-0,98$, $p=0,923$).

4.8 Αποτελεσματικότητα θεραπειών

Η αποτελεσματικότητα των θεραπειών (εργαζόμενων - εθελοντών και έμπειρων - άπειρων) εξετάστηκε με αναλύσεις χ^2 . Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον αριθμό των ασθενών που ολοκλήρωσαν ή αρνήθηκαν και διέκοψαν τη θεραπεία τους ανάλογα με την εμπειρία ή την οργανική θέση του θεραπευτή. Παρόλ' αυτά, στατιστικά σημαντική σημειώθηκε διαφορά στο ποσοστό των ατόμων που ακολούθησαν θεραπεία με τον επιβλέποντα και ψυχίατρο - θεραπευτή (υπεύθυνο της ΜΘΣ), σε σύγκριση με όλους τους υπόλοιπους θεραπευτές ($p<0,05$) (Πίνακας 27).

Πίνακας 27. Σύγκριση κατάστασης θεραπείας (ολοκληρώμενη ή όχι) με επιβλέπων και υπόλοιπους θεραπευτές.

	Ολοκλήρωσαν θεραπεία	Διέκοψαν ή αρνήθηκαν θεραπεία	Σύνολο
Επιβλέπων	16	4	20
Υπόλοιποι θεραπευτές	20	22	42
Σύνολο	36	26	62

4.9 Χρήση φαρμάκων (βενζοδιαζεπίνες και αντικαταθλιπτικά)

Σημειώθηκε μείωση της χρήσης φαρμάκων για όλο το δείγμα στην εξάμηνη ή ετήσια παρακολούθηση σε σύγκριση με την αρχική αξιολόγηση. Συγκεκριμένα, σε ότι αφορά τις βενζοδιαζεπίνες, το ποσοστό χρήσης στην αρχή ήταν 37%, το οποίο μειώθηκε σε 25% στην εξάμηνη και σε 9% στην ετήσια αξιολόγηση. Παρόμοια φθίνουσα τάση εμφανίζεται και στη χρήση αντικαταθλιπτικών. Στην αρχική αξιολόγηση το ποσοστό χρήσης ήταν 21% για όλο το δείγμα, ενώ στις μακρόχρονες αξιολογήσεις τα ποσοστά πέφτουν σε 11,5% και 9% αντίστοιχα.

4.10 Λόγοι άρνησης ή διακοπής θεραπείας

Ζητήθηκε από την ομάδα που διέκοψε ή αρνήθηκε τη θεραπεία να παραθέσουν τους λόγους που οδήγησαν σ' αυτό. Οι περισσότεροι, N=10 (38%) ανέφεραν αντικειμενικές δυσκολίες συνέχισης της θεραπείας (επαγγελματικοί λόγοι, απόσταση, διαπροσωπικά προβλήματα), 7 (27%) ανέφεραν δυσκολίες επικοινωνίας με το θεραπευτή τους και 4 (15%) είχαν αντιρρήσεις σε ότι αφορά τη λογική της θεραπείας.

Ειδικότερα, για την κάθε ομάδα ξεχωριστά ισχύουν τα εξής: Από τους επτά που διέκοψαν τη θεραπεία τους, οι τρεις δε θεώρησαν ότι ωφελούνταν από τη θεραπευτική διαδικασία, δύο σταμάτησαν να προσέρχονται εξαιτίας αμέλειας τόσο από τη δική τους πλευρά όσο και της θεραπεύτριας, να οριστεί νέο ραντεβού μετά από ακύρωση, ένας ανέφερε ανυπέρβλητη δυσκολία να συμμορφωθεί με τις οδηγίες της θεραπεύτριας (διακοπή βενζοδιαζεπινών) και ένας ανέφερε αντικειμενικές δυσκολίες (επαγγελματικοί λόγοι).

Στην ομάδα της άρνησης θεραπείας οι 9 ανέφεραν αντικειμενικές δυσκολίες που δεν τους επέτρεπαν τη δεδομένη στιγμή να ακολουθήσουν τη θεραπεία, 2 υποστήριζαν ότι είχαν αντιρρήσεις στη λογική της θεραπείας, 3 αντιμετώπισαν δυσκολίες στην επικοινωνία τους με το θεραπευτή και για τους υπόλοιπους 5 δεν έχουμε στοιχεία. Συγκεντρωτικά στοιχεία φαίνονται στον πίνακα 28.

Τέλος, από τους ασθενείς που αρνήθηκαν να ακολουθήσουν τη θεραπεία λόγω αντικειμενικών δυσκολιών (N=10), οι 6 ζήτησαν να μπουν σε θεραπεία (δύο μετά την εξαμηνιαία αξιολόγηση και τέσσερις μετά την ετήσια), πράγμα που έγινε. Οι πέντε ολοκλήρωσαν σε δεύτερο χρόνο τη θεραπεία τους, ενώ μία ασθενής διέκοψε για δεύτερη φορά.

Πίνακας 28. Λόγοι άρνησης και διακοπής θεραπείας

	Συχνότητες	Ποσοστό %
Αντικειμενικές δυσκολίες	10	38,5
Αντίρρηση στη λογική της θεραπείας	6	23
Δυσκολίες με θεραπευτή	5	19,3
Δεν έχουμε στοιχεία	5	19,2
Σύνολο	26	100

4.11 Προτάσεις θεραπευόμενων για τη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς και τους θεραπευτές της

Κατά την εξάμηνη και ετήσια παρακολούθηση ζητήθηκε από τους πελάτες της ΜΘΣ, δηλαδή από όλους τους κατάλληλους που ζήτησαν θεραπεία, ανεξάρτητα από το αν την ακολούθησαν ή όχι, να προτείνουν πιθανές αλλαγές στη λειτουργία ή να διατυπώσουν τις αντιρρήσεις και τα παράπονά τους από την εξυπηρέτησή τους. Οι ερωτήσεις ήταν δύο, ανοικτού τύπου και η συμπλήρωση της απάντησης προαιρετική. Απαντήσεις δόθηκαν τόσο από τους ανθρώπους που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους ($n=11$), όσο και από αυτούς που δεν ακολούθησαν τη θεραπεία ($n=11$). Οι παρατηρήσεις περιστράφηκαν κυρίως γύρω από τρεις τομείς : α) την αμιγώς διοικητική λειτουργία της ΜΘΣ, β) τη θεραπεία και γ) τους θεραπευτές.

Σε ότι αφορά τη λειτουργία της ΜΘΣ, προτάθηκε να λειτουργεί και κατά τις απογευματινές ώρες για να μπορούν άνθρωποι που εργάζονται τα πρωινά να παρακολουθήσουν τη θεραπεία. Επίσης, ο χρόνος αναμονής για την πρώτη συνάντηση αξιολόγησης κρίθηκε από τους πάσχοντες ότι δε θα πρέπει να υπερβαίνει τις δύο εβδομάδες (σε μερικές περιπτώσεις αυτό το διάστημα από την πρώτη επαφή του θεραπευόμενου μέχρι την πρώτη συνάντηση άγγιξε τον ένα μήνα). Ακόμη, προτάθηκε να βρίσκεται στον ίδιο χώρο το ταμείο (-γραμματεία) (στεγάζεται σε άλλο όροφο του ίδιου κτιρίου και η ΜΘΣ μοιράζεται τη χρήση της με τη συμβουλευτική υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής).

Οι παρατηρήσεις για τη θεραπεία αφορούσαν τόσο την άποψη ασθενών για τη συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση συνολικά, όσο και σχόλια για επιμέρους διαδικασίες. Πέντε πελάτες θεώρησαν ότι η συγκεκριμένη θεραπεία είναι μηχανιστική και επιφανειακή και δεν επιλύει τις βαθύτερες συγκρούσεις των ασθενών όπως άλλες ψυχοθεραπείες (π.χ. ψυχανάλυση). Από αυτούς οι τέσσερις ήταν ασθενείς

που δοκίμασαν και ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους που εκ των υστέρων την έκριναν αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, πλην όμως επιφανειακή και μηχανιστική. Σημειώνεται ότι από αυτούς οι δύο είχαν προηγούμενη εμπειρία από ψυχαναλυτικού τύπου ψυχοθεραπείες για την αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους τους πριν προσέλθουν για θεραπεία στη ΜΘΣ. Ο πέμπτος διέκοψε τη θεραπεία.

Κουραστική διαδικασία έκριναν κάποιοι ότι αποτελούσε η διαδικασία συμπλήρωσης ερωτηματολογίων ή η καταγραφή των καθημερινών ημερολογίων δραστηριοτήτων που προτάθηκε από κάποιους θεραπευτές. Τα ερωτηματολόγια είναι διαδικασία που δεν μπορεί να παρακαμφθεί χωρίς τη διάταραξη της ομαλούς λειτουργίας της ΜΘΣ, ενώ το ημερολόγιο δραστηριοτήτων είναι προαιρετικό. Ένας ασθενής πρότεινε να μην είναι απαγορευτική η ταυτόχρονη παρακολούθηση άλλης ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα της ΜΘΣ, ενώ δύο σημείωσαν δυσκολίες που αντιμετώπισαν στη σθεναρή επιμονή των θεραπειών τους σχετικά με τη διακοπή των φαρμάκων τους (βενζοδιαζεπίνες).

Δυσκολίες φαίνεται ότι συνάντησαν κάποιοι από τους θεραπευόμενους με την προσωπικότητα των θεραπειών που τους ανέλαβαν. Συγκεκριμένα, κάποιοι θεραπευτές κρίθηκαν ως απότομοι, αλαζονικοί, αυστηροί, είρωνες και αδιάλλακτοι στις κατευθυντήριες γραμμές που δίνουν, από τέσσερις ασθενείς. Μία θεραπευόμενη πρότεινε μεγαλύτερη διάρκεια των συναντήσεων της που δεν ξεπερνούσαν τη μισή ώρα κάθε φορά και μεγαλύτερη επιμονή από την πλευρά της θεραπεύτριας να οριστεί νέα συνάντηση σε περίπτωση ακύρωσης προγραμματισμένου ραντεβού. Άνδρας ασθενής εξέφρασε την αδυναμία του να συζητήσει με τη θεραπεύτρια πτυχές της ψυχοπαθολογίας του που θα μπορούσε να εκμυστηρευτεί σε άνδρα θεραπευτή. Μία ασθενής ζήτησε να μην χρησιμοποιούνται ως θεραπευτές άνθρωποι χωρίς πολυετή κλινική εμπειρία. Δύο πελάτες που δεν έμειναν ευχαριστημένοι από τη συνεργασία

τους με τους θεραπευτές που τους ανέλαβαν, πρότειναν να υπάρχει η δυνατότητα επιλογής θεραπευτή. Σημειώνεται ότι 8 από τους 9 ασθενείς που θεώρησαν ότι αντιμετώπισαν προβλήματα στη συνεννόησή τους με το θεραπευτή τους και τα κατέγραψαν, ανήκουν στην ομάδα της άρνησης ή διακοπής της θεραπείας.

4.12 Εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο

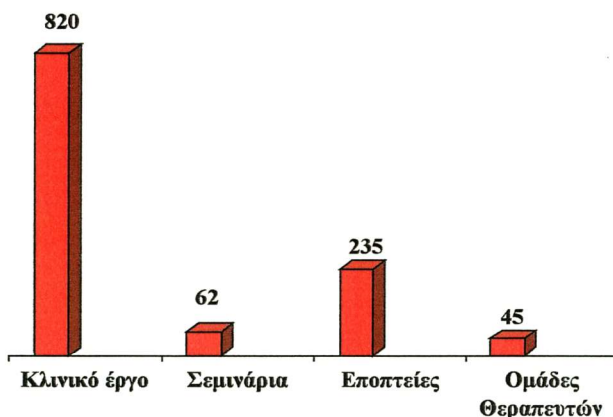
Εκτός από το κλινικό έργο, η λειτουργία της ΜΘΣ περιλαμβάνει εκπαιδευτικές και ερευνητικές δραστηριότητες. Στον εκπαιδευτικό τομέα, πέραν της εβδομαδιαίας επίβλεψης και των ατομικών συνεδριών με εκπαιδευόμενους, στη διάρκεια του έτους μελέτης, διοργανώθηκαν 2 εκπαιδευτικά σεμινάρια με θέμα : «Εισαγωγή στην Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς» και ολοκληρώθηκε η πρακτική άσκηση 4 φοιτητών ψυχολογίας από το Πάντειο Πανεπιστήμιο και το Μεταπτυχιακό τμήμα κλινικής ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Στον τομέα της έρευνας, ολοκληρώθηκαν δύο ερευνητικές εργασίες (η μία εκ των οποίων δημοσιεύτηκε στο περιοδικό ‘Ψυχιατρική (Κασβίκης & συν., 2003), ενώ η δεύτερη έγινε δεκτή για δημοσίευση στο ίδιο περιοδικό, δύο διδακτορικές διατριβές βρίσκονταν σε εξέλιξη και ολοκληρώθηκε η διαδικασία συλλογής δεδομένων για μια πέμπτη έρευνα σε συνεργασία με τον Τομέα Τραύματος του Ινστιτούτου Ψυχιατρικής του Λονδίνου, η οποία έγινε δεκτή για δημοσίευση σε διεθνές περιοδικό (Livanou & συν., 2005). Στους προαναφερθέντες τομείς σημαντικό ρόλο παίζει η εργασία των εθελοντών, οι οποίοι συμμετέχουν στην υλοποίηση των παραπάνω σε στενή συνεργασία με τον υπεύθυνο λειτουργίας της ΜΘΣ.

4.13 Διερεύνηση του κόστους

Η καταγραφή του καταμερισμού των ωρών παραγωγικής εργασίας στη ΜΘΣ, έδειξε ότι 820 ώρες καταναλώθηκαν σε κλινικό έργο, 235 ώρες σε εποπτείες, 65 ώρες σε εκπαιδευτικά σεμινάρια και 45 ώρες σε ομάδες θεραπευτών (Σύνολο = 1182 ώρες εργασίας) (Γράφημα 2). Οι ώρες που καταναλώθηκαν σε ερευνητικό έργο στάθηκε αδύνατο να υπολογιστούν.

Γράφημα 14. Καταγραφή ωρών που δαπανήθηκαν συνολικά στο χρονικό διάστημα ενός έτους



Τα έξοδα της ΜΘΣ (πάγια και αναλώσιμα) κατά το ίδιο διάστημα ήταν 68.515 Ευρώ. Αφαιρώντας τα έσοδα που αποκομίστηκαν (νοσήλεια και δίδακτρα σεμιναρίων) ($68.515 - 5.505 = 63.010$), μια προσέγγιση του κόστους της παραγωγικής ώρας της λειτουργίας της ΜΘΣ, μόλις ξεπερνά τα 53 Ευρώ την ώρα ($63.010 \text{ Ευρώ} / 1182 \text{ ώρες} = 53.31$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς – Εξέταση αρχικών υποθέσεων

(α) Δημογραφικά χαρακτηριστικά αιτούντων θεραπείας

Οι ασθενείς που προσήλθαν για θεραπεία στη ΜΘΣ ήταν νέοι, μορφωμένοι, με χρόνια ψυχοπαθολογία (μέση διάρκεια 8 χρόνια) και προηγούμενες αποτυχημένες ψυχοθεραπευτικές ή φαρμακευτικές προσπάθειες σε ποσοστό 73%, γεγονός που συνηγορεί σε αυξημένη δυσλειτουργία που εκπορεύεται από τη φύση της διαταραχής τους.

Η μέση *ηλικία* του δείγματος της παρούσας μελέτης, όπως και στις αντίστοιχες έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας, είναι μικρή ($M=35$, $T.A.=13$). Αυτό επιβεβαιώνει ότι οι άνθρωποι που πλήττονται από τις Διαταραχές Άγχους είναι κυρίως νέοι, άνδρες και γυναίκες στην ακμή της παραγωγικής τους ζωής. Αυτός είναι ένας από τους λόγους που η ομάδα αυτή των ψυχιατρικών διαταραχών επιφέρει μεγάλο οικονομικό κόστος τόσο στους ίδιους τους πάσχοντες και την οικογένειά τους όσο και στο κοινωνικό σύνολο γενικότερα, χωρίς να υπολογίσει κανείς την υποκειμενική ενόχληση και δυσλειτουργία που προκαλούν τα συμπτώματα στους ασθενείς.

Οι *γυναίκες* φαίνεται να είναι η ομάδα πληθυσμού στην οποία αξίζει να εστιαστούν οι προσπάθειες πρόληψης, ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και θεραπείας, αφού τόσο στην παρούσα έρευνα όσο και σε άλλες μονάδες αντιμετώπισης παθολογικού άγχους στη διεθνή βιβλιογραφία (Issakidis & Andrews, 2003, Kasvikis & συν., 1989, Martinsen & συν., 1998, McCruser & συν., 2000, McKenzie & Marks, 2003, Starcevic & συν., 2004, Wagner & συν., 2002) υπάρχει

υπερ-αντιπροσώπηση του γυναικείου φύλου. Πράγματι, επιδημιολογικά δεδομένα υποδεικνύουν αυξημένη συγκέντρωση νοσούντων σ' αυτή την πληθυσμιακή ομάδα σε σύγκριση με τους άντρες. (Madianos & συν., 1987, Mavreas & συν., 1986). Μια άλλη εξήγηση είναι ότι πιθανώς οι γυναίκες αναζητούν πιο εύκολα θεραπεία γι' αυτού του είδους τις ασθένειες («νευρικής φύσης»), δεδομένου ότι είναι πιο συμβατή με τη ζωή που διάγουν (π.χ. οι ελληνίδες νοικοκυρές μπορούν πιο εύκολα να προσέλθουν για θεραπεία στη ΜΘΣ που λειτουργεί κυρίως πρωινές ώρες, σε αντίθεση με τους άντρες που πηγαίνουν στις δουλειές τους). Αυτή η εξήγηση όμως, δεν κρίνεται ικανοποιητική, δεδομένου ότι οι μισοί από το δείγμα μας είχαν σταθερή εργασία και επίσης οι ελληνίδες πια εργάζονται σε μεγάλο ποσοστό τους σε σύγκριση με παλαιότερες εποχές.

Σε ότι αφορά τις *διαγνώσεις των κατάλληλων* περιστατικών υπάρχει υπεραντιπροσώπηση στο δείγμα μας από τους ασθενείς με Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία (σε ποσοστό 61%). Παρόμοια ποσοστά αναφέρονται και στις άλλες μονάδες αντιμετώπισης παθολογικού άγχους. Το παραπάνω συμφωνεί με ευρήματα που υποδεικνύουν ότι ανάμεσα στους πάσχοντες, οι ασθενείς με διαταραχή πανικού ζητούν βοήθεια (ψυχιατρική ή γενικά ιατρική) σε ποσοστό 60%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις υπόλοιπες Διαταραχές Άγχους είναι κατά πολύ χαμηλότερο (Lepine, 2002, Leon & συν., 1995). Για τη ΜΔΑ έχει καταγραφεί αυξημένη τάση αναζήτησης θεραπείας που δεν εστιάζεται όμως σε ψυχιατρικές υπηρεσίες (Walker & συν., 2003), όπως και το αντίθετο (Livanou & συν., υπεβλήθη), δηλαδή περιορισμένη αναζήτηση ψυχιατρικής ή ψυχολογικής θεραπείας.

Προσπαθώντας να εξηγηθεί το παραπάνω εύρημα οι ερευνητές έδωσαν έμφαση στις φαινομενολογικές διαφορές των διαταραχών αυτών. Οι πάσχοντες από Κοινωνική Φοβία, Ειδικές Φοβίες και Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή, διαφέρουν

από τη Διαταραχή Πανικού (με ή χωρίς Αγοραφοβία) στην ποσότητα των σωματικών συμπτωμάτων που βιώνουν. Οι κρίσεις πανικού εκδηλώνονται αιφνιδίως και με σωματικές αισθήσεις όπως ταχυκαρδία, ζαλάδα, μούδιασμα, δυσκολία στην αναπνοή, εφίδρωση που πιθανά οδηγούν ευκολότερα σε γιατρό και αναζήτηση θεραπείας, λόγω της σύνδεσής τους με πιθανή σωματική βλάβη.

Σε πρόσφατη έρευνα (Livanou & συν., 2005) που διενεργήθηκε στον πληθυσμό της Αθήνας με υψηλή έκθεση στο σεισμό της Πάρνηθας, βρέθηκε ότι ενώ πολλοί από τους εξεταζόμενους (22%) εμφάνιζαν παθολογικά συμπτώματα μετατραυματικού στρες εξαιτίας του σεισμού ακόμη και τέσσερα χρόνια μετά από αυτόν, δεν αναζήτησαν θεραπεία. Οι λόγοι που ανέφεραν είναι ότι θεωρούσαν «φυσιολογικές», ή «δικαιολογημένες» τις φοβικές τους αντιδράσεις και ότι δεν πίστευαν να υπάρχει τρόπος μείωσης των υπερβολικών αντιδράσεων φόβου μετά από τέτοια γεγονότα, όπως ένας σεισμός. Επίσης, αρκετοί πίστευαν ότι ο παράλογος φόβος περνάει με το χρόνο, παρά το γεγονός ότι είχαν μεσολαβήσει 4 χρόνια από την έναρξη του παθολογικού φόβου μέχρι την αξιολόγησή τους και πολλοί από αυτούς δεν έδειχναν σημάδια μείωσης του φόβου. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται παρόλ' αυτά για την ανακάλυψη των λόγων που οι πάσχοντες δεν αναζητούν θεραπεία για άλλες συχνές διαταραχές, όπως την Κοινωνική φοβία, την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και τις Ειδικές φοβίες.

Συμπερασματικά, σε ότι αφορά την πρώτη μας υπόθεση για το προφίλ των ατόμων που θα ζητήσουν θεραπεία στη ΜΘΣ, φαίνεται ότι επαληθεύεται, αφού στο δείγμα μας η πλειονότητα είναι γυναίκες και άνθρωποι σε παραγωγική ηλικία.

(β) Διάρκεια θεραπείας και ροή περιστατικών

Ο αριθμός των προσερχόμενων νέων κατάλληλων ασθενών ήταν 62 μέσα σε ένα έτος, και είναι συγκρίσιμος με τους 52 που προσήλθαν κατά το πρώτο έτος λειτουργίας της ΜΘΣ (Kasvikis & συν., 1989). Δεδομένου του μεγέθους του πληθυσμού στόχου (500-600.000) θα περίμενε κανείς μεγαλύτερη αύξηση της παραγωγικότητας της ΜΘΣ μέσα στα 15 χρόνια που ακολούθησαν, όσο το έργο της θα γίνονταν περισσότερο γνωστό και ο αριθμός των εξυπηρετούμενων ασθενών θα αυξάνονταν. Το γεγονός ότι η ΜΘΣ ξεκίνησε με 4 εργαζόμενους και κατέληξε στο διάστημα μελέτης με δύο, δίνει μια πιθανή εξήγηση του παραπάνω. Πράγματι, παρά τη μείωση (50%) που σημειώθηκε στο εργατικό δυναμικό, καταγράφηκε αύξηση ικανότητας απορρόφησης ασθενών της τάξης του 20%, πιθανόν λόγω της σταθερής συμβολής των εκπαιδευόμενων-εθελοντών.

Η μέση διάρκεια της ψυχοθεραπείας για όσους ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους δεν ξεπέρασε τις 11 συνεδρίες που συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία (Martinsen & συν., 1998, Starcevic & συν., 2004, Zane & Powell, 1985) για όλες τις Διαταραχές Άγχους με εξαίρεση την Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή που μπορεί να χρειαστεί και περισσότερες (Thornicroft & συν., 1991).

Το ότι στο δείγμα μας δεν υπάρχουν παρά μόνο 2 ιδιοψυχαναγκαστικοί ασθενείς κρατά το μέσο όρο συνεδριών των ασθενών μας στα αποδεκτά όρια, ενώ στην αντίθετη περίπτωση ο αριθμός αυτός θα μπορούσε να ήταν και υψηλότερος, δεδομένου ότι η προηγούμενη εμπειρία από τη ΜΘΣ δείχνει ότι αυτή η ομάδα των ασθενών απαιτούν συνήθως μεγαλύτερο αριθμό συνεδριών. Επομένως, η υπόθεσή μας για μικρή διάρκεια της συνολικής θεραπείας επαληθεύεται.

Άλλοι δοκιμασμένοι δρόμοι που θα αύξαναν την ροή των περιστατικών ίσως θα ήταν η *διάχυση (dissemination) της θεραπείας και η ελαχιστοποίηση της*

θεραπευτικής επένδυσης για την εξυπηρέτηση μεγαλύτερου αριθμού πασχόντων, αλλά και για να μπορούν ασθενείς που δε διαμένουν στην Αθήνα να βρουν θεραπεία. Ο μεγάλος χρόνος αναμονής όπως είδαμε, υπήρξε ένα από τα κύρια παράπονα των ασθενών που εξυπηρετήθηκαν από τη ΜΘΣ κατά το υπό μελέτη έτος, γεγονός που υποδεικνύει ότι αυτός οφείλει να περιοριστεί όσο το δυνατό περισσότερο.

Τα τελευταία χρόνια γίνεται εκτενής αναφορά στη διεθνή βιβλιογραφία στην εφαρμογή της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς με όσο το δυνατό μικρότερο επενδύόμενο χρόνο από την πλευρά του θεραπευτή, έτσι ώστε περισσότεροι ασθενείς να λαμβάνουν τη σωστή θεραπεία, αλλά και άρρωστοι με προβλήματα απόστασης να έχουν κάποιες δυνατότητες να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά.

Σε βιβλιογραφική αναδρομή (Newman & συν., 2003) εξετάστηκαν οι μέθοδοι αυτο-βοήθειας που χρησιμοποιούνται για να μειωθεί ο χρόνος των θεραπειών και βρέθηκε ότι *βοηθήματα* εκτός από βιβλία ήταν κασέτες ήχου, κασέτες βίντεο και επιλογή ψυχοθεραπείας που στηρίζεται σε εξαιρετικά μικρή επαφή με το θεραπευτή. Οι ερευνητές θεωρούν ότι η επιλογή της μεθόδου οφείλει να γίνεται με γνώμονα το είδος της διαταραχής, καθώς φαίνεται ότι διαφορετικές αγχώδεις διαταραχές απαντούν καλύτερα σε συγκεκριμένες τεχνικές.

Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι η περιορισμένη επαφή των θεραπειών με τους ασθενείς, πιθανά να έχει παρόμοια αποτελέσματα με την κανονικού χρόνου ψυχοθεραπεία σε καταστάσεις μικτών αγχωδών διαταραχών. Σε Διαταραχές Άγχους, όπως η Κοινωνική Φοβία και η Διαταραχή Πανικού είναι πιθανό ότι η αυτο-θεραπεία χρειάζεται επιπλέον προσθήκη επαφής με το θεραπευτή για να είναι περισσότερο αποτελεσματική, και άρα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα πρώτο βήμα μέχρι ο ασθενής να δει το θεραπευτή του, έτσι ώστε να έχει εισαχθεί εννοιολογικά στις μεθόδους που θα ακολουθήσει αργότερα.

Παρόλ' αυτά, συγκρίσεις μεταξύ ερευνών με κανονικού μήκους θεραπείες και μειωμένης θεραπευτικής επαφής κατέδειξαν παρόμοια αποτελεσματικότητα για τις δύο αυτές ομάδες των διαταραχών. Πρόσφατα δεδομένα από το χώρο της Μετατραυματικής Διαταραχής Άγχους μετά από σεισμό, αποδεικνύουν ότι λίγες συνεδρίες Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς (Başoğlu & συν., 2003^a, 2003β) ή ακόμη και μία μόνο θεραπευτική συνεδρία με θεραπευτικές οδηγίες αυτο-έκθεσης (Başoğlu & συν., 2005) έδωσαν εξαιρετικά αποτελέσματα. Οι Ειδικές Φοβίες μπορούν να αποθεραπευτούν εύκολα με βοηθήματα αυτο-βοήθειας και λογικό είναι να χρησιμοποιούνται πρώτα αυτές οι μέθοδοι πριν προτιμηθεί η ατομική ψυχοθεραπεία.

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή είναι προτιμότερο τουλάχιστον με τα τωρινά δεδομένα να αντιμετωπίζεται μέσα στα πλαίσια κανονικού μήκους Ψυχοθεραπείας και οι προσθήκες βοηθημάτων αυτο-βοήθειας δεν δείχνουν να προσθέτουν αποτελεσματικότητα.

Υπάρχουν πάντως ενδείξεις ότι κάποιοι ασθενείς χρειάζονται επαφή με θεραπευτή για να προχωρήσουν ικανοποιητικά. Δύο ασθενείς που μπήκαν σε πειραματική συνθήκη βιβλιοθεραπείας (Ghosh & Marks, 1987, Ghosh & συν., 1988), είχαν αγοράσει προηγουμένως το βιβλίο αυτο-βοήθειας και δεν είχαν ακολουθήσει μόνοι τους τις οδηγίες, μέχρι που τους ζητήθηκε να το κάνουν από τον ψυχίατρο που τους ανέλαβε στην εν λόγω κλινική μελέτη. Φαίνεται λοιπόν, ότι μια αρχική επαφή με κάποιον κλινικό είναι σημαντικό κίνητρο για κάποιους. Αυτό εγείρει πολλά θεωρητικά ζητήματα. Οι λόγοι για τους οποίους κάποιοι άνθρωποι ξέρουν ακριβώς τι πρέπει να κάνουν και χρειάζονται κάποιον άλλον να τους το πει για να το πράξουν, οφείλουν να διευκρινιστούν.

Μια άλλη λύση για την ελαχιστοποίηση του θεραπευτικού χρόνου, είναι οι *ομαδικές συνεδρίες* για κάποιες διαταραχές, όπως για παράδειγμα τη Διαταραχή

Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία και την Κοινωνική Φοβία, όπως γίνεται σε άλλες μονάδες αντιμετώπισης ίδιων προβλημάτων. Μ' αυτό τον τρόπο, περιορίζεται ο χρόνος του θεραπευτή, ενώ παράλληλα λαμβάνουν θεραπεία περισσότεροι άνθρωποι. Ειδικά στην περίπτωση της Κοινωνικής Φοβίας, η συμμετοχή σε ομάδα είναι ιδιαίτερα θεραπευτική για τους πάσχοντες, δεδομένου ότι μπορούν να εξασκήσουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες με τα άλλα μέλη και να επιδοθούν σε παίξιμο ρόλων, τεχνικές που βοηθούν στην ύφεση της συμπτωματολογίας πολύ πριν αρχίσει η έκθεση στην πραγματικότητα.

Η *εκπαίδευση άλλων ειδικοτήτων* στην εφαρμογή της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς έχει αναδείξει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Οι νοσηλευτές μπορούν να εκπαιδεύονται για να αντιμετωπίζουν κάποιους αρρώστους και φαίνεται ότι στην Αγγλία που έχουν χρησιμοποιηθεί, οι υπηρεσίες τους είναι ικανοποιητικής ποιότητας (Lovell & συν., 2003, Marks & συν., 1985). Το μεγαλύτερο μέρος των συμπεριφοριστικών τεχνικών επομένως, μπορούν να δίνονται από μη-ειδικούς, και οι ειδικοί να χρησιμοποιούνται μόνο για τις πολύπλοκες περιπτώσεις των οποίων η διαχείριση μπορεί να είναι εξαιρετικά δύσκολη και να καταναλώνει πολύ χρόνο (Marks, 1986). Περισσότερη έρευνα προφανώς απαιτείται για να αποφασιστεί ποιά είναι τα χαρακτηριστικά των ασθενών που απαντούν καλύτερα σε ψυχοθεραπεία από μη-ειδικούς θεραπευτές και ποιοί οφείλουν να παραπέμπονται απευθείας σε ψυχολόγους ή ψυχιάτρους για την ψυχοθεραπεία τους.

Η *χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών* επίσης, έχει εξεταστεί για να εκτοπιστεί μεγάλο βάρος από τους ψυχοθεραπευτές, των οποίων ο αριθμός δε φαίνεται να επαρκεί για να καλύψει την αυξημένη ζήτηση θεραπείας. Ο περιορισμένος αριθμός ειδικευμένων θεραπειών οδήγησε στην αναζήτηση εναλλακτικών μεθόδων εφαρμογής ψυχοθεραπείας στην ομάδα των Διαταραχών Άγχους (π.χ. μέσω

ηλεκτρονικών υπολογιστών), για να επιτευχθεί θεραπευτική αλλαγή με μικρότερη θεραπευτική επένδυση (Goldberg & Gournay, 1997). Μ' αυτό τον τρόπο αποφεύγεται και η φαρμακοθεραπεία, γεγονός που φαίνεται να ευνοεί και τους ίδιους τους ασθενείς, αφού οι πάσχοντες προτιμούν την ψυχοθεραπεία για την επίλυση των προβλημάτων τους από τη χρήση φαρμάκων (Angermeyer & Matschinger, 1996, Tylee, 2001).

Σ' αυτό το στάδιο που η έρευνα για τη χρήση της τεχνολογίας βρίσκεται ακόμη σε αρχικά στάδια, δεν προτείνεται βεβαίως η αντικατάσταση των θεραπειών από προγράμματα ηλεκτρονικών υπολογιστών, αλλά προβάλλεται ως λύση η συμπληρωματικότητα των δύο, για την εξυπηρέτηση περισσότερων νοσούντων στην ίδια μονάδα του χρόνου ή για την προσφορά θεραπείας σε ανθρώπους που είναι δύσκολο να τη λάβουν λόγω γεωγραφικών ή άλλων περιορισμών.

Τα προγράμματα ηλεκτρονικού υπολογιστή που έχουν εξεταστεί μέχρι πρότινος περιλαμβάνουν τα : Fear fighter - (Παλεύω το φόβο) (Kenwright & συν., 2001, Marks & συν., 2003), Cope for depression / anxiety - (Αντιμετωπίζω άγχος / κατάθλιψη) (Osgood - Hynes & συν., 1998), Balance for general anxiety / depression- Ισορροπία για γενικευμένο άγχος / κατάθλιψη (Yates, 1996), και BTSteps for obsessive compulsive disorders - Συμπεριφορικά βήματα για Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (Greist & συν., 2002). Τα παραπάνω δε διέφεραν στο βαθμό ικανοποίησης που εξέφρασαν οι πάσχοντες σε σύγκριση με την κλασική ψυχοθεραπεία, αλλά σημειώθηκε οριακή προτίμηση των νοσούντων σε θεραπεία με θεραπευτή.

Οι δύο έρευνες που ενδιαφέρουν περισσότερο την παρούσα μελέτη είναι αυτή που συνέκρινε τυπική θεραπεία σε φοβία και πανικούς με το πρόγραμμα Fear Fighter (Marks & συν., 2004) και αυτή που εφάρμοσε τη χρήση του προγράμματος BTSteps για τη θεραπεία Ιδιοψυχαναγκαστικών ασθενών. Και οι δύο βρήκαν ότι τα δύο

προγράμματα ήταν καλύτερα από τη χρήση της χαλάρωσης (ως placebo), αλλά ενώ στην πρώτη που αφορούσε την ομάδα των φοβιών και του πανικού οι δύο συνθήκες αυτο-έκθεσης ήταν παρόμοιας αποτελεσματικότητας, η ομάδα των ιδεοψυχαναγκαστικών ασθενών που χρησιμοποίησε τον ηλεκτρονικό υπολογιστή δε βελτιώθηκε το ίδιο σε σύγκριση με την κλασική ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς με θεραπευτή. Τα ποσοστά διακοπής της θεραπείας με υπολογιστή δεν είναι ακόμη καθαρό αν είναι μεγαλύτερα ή όχι από την κλασική Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς, δεδομένου ότι οι δύο έρευνες κατέληξαν σε αντιθετικά αποτελέσματα. Άλλος περιορισμός της χρήσης ηλεκτρονικών υπολογιστών είναι η πιθανή αντίσταση των θεραπειών να εμποτεύουν τέτοιου είδους θεραπείες, αντί να επιδίδονται στη συνήθη κλινική πράξη. Γεγονός είναι όμως, ότι η χρήση τέτοιων προγραμμάτων εξοικονόμησε 73% του χρόνου των θεραπειών (Marks & συν., 2004).

Μερικοί μπορεί να βοηθούνται περισσότερο από ταχυδρομημένες οδηγίες (Burgess & συν., 1998) ή από βιβλία, πιθανά με πρόσβαση σε ζωντανή γραμμή βοήθειας. Τα βιβλία κοστίζουν λιγότερο από τους Η/Υ, αλλά χαρακτηρίζονται επίσης από λιγότερη διαδραστικότητα και από περισσότερες δυσκολίες να προωθηθούν σε μεγάλη κλίμακα. Είναι επίσης, δύσκολο να παρακολουθηθεί η πρόοδος των ασθενών που χρησιμοποιούν βιβλία, σε αντίθεση με Η/Υ και διαδίκτυο ή κεντρικές μονάδες που διευκολύνουν την καταχώρηση των δεδομένων σε μαζικό επίπεδο. Αρχική αδυναμία χρήσης ΗΥ δε στάθηκε εμπόδιο στο αποτέλεσμα.

Η χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών ελέγχθηκε και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για την αντιμετώπιση καταστάσεων άγχους, κατάθλιψης και μικτών προβλημάτων (Proudfoot & συν., 2004). Βρέθηκε ότι η εφαρμογή τους είναι περισσότερο αποτελεσματική από τη συνήθη θεραπευτική αντιμετώπιση από τους γενικούς ιατρούς (δηλαδή συμβουλευτική και χρήση φαρμάκων). Η ικανοποίηση δε

από τη θεραπεία με ηλεκτρονικούς υπολογιστές ήταν σημαντικά μεγαλύτερη συγκρινόμενη με τη συνθήκη των φαρμάκων ή τη συνηθισμένη αντιμετώπιση από το γενικό ιατρό. Κατά τους ερευνητές είναι ξεκάθαρο το συμπέρασμα ότι η Γνωσιακή και Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία με τη χρήση Η/Υ είναι γενικά κατάλληλη θεραπεία για τους ασθενείς που παρουσιάζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη με άγχος, κατάθλιψη ή μικτές καταστάσεις.

Αυτή η θεραπεία φαίνεται να είναι κατάλληλη για όλα τα εύρη βαρύτητας της ασθένειας που συναντώνται στην κλινική ιατρική και η αποτελεσματικότητά της δεν επηρεάζεται από τη διάρκεια της διαταραχής. Κλινικά οφέλη έχει τόσο μόνη της όσο και σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία. Σε επόμενη μελέτη (McCrone & συν., 2004) εξετάστηκε ο οικονομικός αντίκτυπος από τη χρήση της και κρίθηκε ότι αυτού του είδους η θεραπεία είναι αποτελεσματική και οικονομική (cost- effective) και θεωρείται κατάλληλη για άτομα με αντίρρηση στη λήψη φαρμάκων, ή με μειωμένη συνεργασιμότητα στη σωστή λήψη φαρμάκων λόγω παρενεργειών.

Η υιοθέτηση κάποιων ή όλων αυτών των μεθόδων θα μπορούσε να εξυπηρετήσει και το σκοπό της έρευνας, αλλά και την παροχή ψυχοθεραπείας σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, και η επέκταση των εργασιών της ΜΘΣ προς αυτούς τους τομείς κρίνεται θεμιτή.

(γ) Κλινική αποτελεσματικότητα της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς

Στη διαμόρφωση του τελικού συμπεράσματος για την **αποτελεσματικότητα της θεραπείας** περιλαμβάνονται οι ομάδες που ενεπλάκησαν σε αυτήν, δηλαδή η ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας και της πρόωρης διακοπής αυτής. Ο λόγος για τον οποίο συμπεριλαμβάνεται και η ομάδα της πρόωρης διακοπής, είναι ότι οι θεραπευόμενοι διακόπτουν τη θεραπευτική διαδικασία, άλλοτε γιατί αισθάνονται ότι

έχουν εισπράξει ό,τι προσδοκούσαν και κρίνουν ότι μπορούν να ολοκληρώσουν τη θεραπευτική τους προσπάθεια μόνοι και άλλοτε γιατί είναι απογοητευμένοι από την έκβαση της θεραπείας τους (Foa & συν., 1983). Και στις δύο περιπτώσεις τούς έχει δοθεί η ευκαιρία να μορφοποιήσουν το πρόβλημα υγείας τους με λειτουργικούς όρους (μέσω της συμπεριφοριστικής ανάλυσης) και να επιχειρήσουν να το διαχειριστούν. Στην ομάδα άρνησης της θεραπείας δεν έχει δοθεί η ευκαιρία να προσεγγίσει λειτουργικά το πρόβλημά της, καθώς διακοπή της συνεργασίας υπήρξε πριν την εξήγηση της φύσης της ασθένειάς τους.

Συνεπώς, συγκρίνοντας τις ομάδες που (α) ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους και (β) διέκοψαν τη θεραπεία χωρίς τη σύμφωνη γνώμη του θεραπευτή τους, όπως άλλωστε προτείνεται και από άλλους (Garfield, 1986, Hunt & Andrews, 1992, Phillips, 1988), η εφαρμογή της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς στάθηκε αποτελεσματική για την πλειονότητα. Συγκεκριμένα, 84% (v=36) ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους επιτυχώς, ενώ 16% (v=7) τη διέκοψαν πρόωρα, χωρίς τη σύμφωνη γνώμη του θεραπευτή. Παρόμοια είναι τα ποσοστά που αναφέρονται σε άλλες μονάδες αντιμετώπισης παθολογικού άγχους (Martinsen & συν., 1998, Wagner & συν., 2002). Το ποσοστό του 16% είναι σύμφωνο με την τρίτη υπόθεση της παρούσας μελέτης.

Οι προσπάθειες για τη δημιουργία αποτελεσματικών θεραπειών δυναμιτίζονται, αν μεγάλο ποσοστό ατόμων διακόπτουν τη θεραπεία τους πρόωρα, πριν αυτή δηλαδή αναδείξει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Αν δηλαδή οι ασθενείς δεν παραμένουν μέχρις ότου επιτευχθεί η απαιτούμενη θεραπευτική αλλαγή της ενδεδειγμένης ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, δεν υπάρχει σπουδαίος λόγος να δημιουργούνται αποτελεσματικές θεραπείες (Hunt & Andrews, 1992). Έχει μάλιστα υποστηριχθεί ότι ο ικανός αριθμός των συνεδριών στις ιδιωτικές ή δημόσιες κλινικές

είναι ο πιο ισχυρός αποδεικτικός παράγοντας της επαρκούς κλινικής απόδοσης (Phillips, 1988). Επομένως, διαγράφεται εξαιρετικά σημαντική η ανάγκη για διατήρηση των ποσοστών διακοπής θεραπείας σε όσο το δυνατό χαμηλότερα επίπεδα. Το 16% πρόωρης διακοπής θεραπείας στην παρούσα μελέτη, φαίνεται να ανήκει στα αποδεκτά όρια.

Τα χαρακτηριστικά των ατόμων που διακόπτουν τη θεραπεία τους πριν αυτή ολοκληρωθεί αξίζει να διερευνηθούν γι' αυτή την ομάδα των διαταραχών, καθώς τα ευρήματα εμφανίζονται αντιθετικά. Σε έρευνα που διενεργήθηκε σε κλινική άγχους με σκοπό την εξέταση ακριβώς αυτής της παραμέτρου, η διακοπή δεν μπόρεσε να αποδοθεί σε διαφορές στην ηλικία, το φύλο, τη διάγνωση, τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, την προσωπικότητα ή την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Hunt & Andrews, 1992). Παρόλ' αυτά, αναδρομική εξέταση των 15 χρόνων λειτουργίας της ΜΘΣ, που συνέκρινε την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας και της πρόωρης διακοπής αυτής, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι βαρύτερα ασθενείς και οι χρήστες περισσότερων φαρμάκων είχαν την τάση να ανήκουν στη δεύτερη ομάδα (Kasvikis, 2005). Το αν η θεραπεία δεν ανταποκρίνεται στην ψυχοπαθολογία τους, ή αν η ψυχοπαθολογία επιβαρύνεται λόγω πλημμελούς συμμετοχής τους στη θεραπεία, μένει να διευκρινιστεί.

Η κλινική πορεία όλων των κατάλληλων ασθενών ελέγχθηκε με βάση τη σύγκριση (α) της ομάδας που ολοκλήρωσε τη θεραπεία και (β) της ομάδας που προέκυψε από τη συγχώνευση των ομάδων άρνησης και διακοπής θεραπείας. Οι δύο ομάδες δε διέφεραν σε κανένα δημογραφικό ή κλινικό χαρακτηριστικό κατά την αρχική αξιολόγηση, έτσι ώστε να επιτρέπονται οι στατιστικές αναλύσεις που έγιναν. Ο παραπάνω χειρισμός έγινε για λόγους αριθμητικής ομοιογένειας των υπό μελέτη ομάδων, δεδομένου ότι ο αριθμός του δείγματος ήταν περιορισμένος.

Για την ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας ($n=36$), υπήρξε στατιστικά σημαντική μείωση μεταξύ της αρχικής αξιολόγησης και του τέλους της θεραπείας ή στις επαναξιολογήσεις (εξάμηνη και ετήσια). Το παραπάνω υποδεικνύει ότι η Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς είναι αποτελεσματική στην ύφεση της συμπτωματολογίας και οι πάσχοντες διατηρούν τα οφέλη της θεραπείας μέχρι και ένα χρόνο μετά τον τερματισμό της παρέμβασης, δεδομένα που συμφωνούν με ευρήματα από τη διεθνή βιβλιογραφία (Fava & συν., 1995, 2001a,b). Δεν ισχύει το ίδιο για την ομάδα της άρνησης και διακοπής θεραπείας ($n=26$) που δεν παρουσίασε σημαντική κλινική βελτίωση στις περισσότερες μετρήσεις. Επομένως, επαληθεύονται η τέταρτη και πέμπτη υπόθεση, ότι δηλαδή η Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς θα αποδειχθεί αποτελεσματική για την ομάδα νοσούντων που θα την εφαρμόσει και τα αποτελέσματα θα διατηρηθούν στο χρόνο.

Κατά καιρούς η Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς των Διαταραχών Άγχους, έχει δεχθεί κριτική για το γεγονός ότι εστιάζεται στην αντιμετώπιση του συμπτώματος και όχι στη ριζική αποθεραπεία του πάσχοντος, αφού η κύρια θεραπευτική οδηγία που είναι η «έκθεση», αφορά πρωτίτως στην αντιμετώπιση των αποφυγών. Το ότι η έκθεση οδηγεί σε μείωση των αποφυγών είναι γνωστό και τεκμηριωμένο εδώ και καιρό, αλλά ενδιαφέρον είναι ότι ακόμη και χωρίς συστηματική παρέμβαση στο συναίσθημα (π.χ. με τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων ή δομημένης γνωσιακής παρέμβασης), υπάρχει σημαντική μείωση στην κλίμακα κατάθλιψης.

Επομένως, θα μπορούσε να υποθέσει κανείς ότι υπάρχει μια «παθολογική» επίδραση της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς, προκαλώντας βελτίωση και σε άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του πάσχοντος, χωρίς να απαιτούνται επιπλέον παρεμβάσεις. Αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό για την επιλογή της κατάλληλης ψυχοθεραπευτικής τεχνικής στις περιπτώσεις που απαιτείται γρήγορη και

εκτεταμένη εφαρμογή παρέμβασης όπως σε καταστάσεις κρίσεως (π.χ. στην περίπτωση της Μετατραυματικής Διαταραχής Άγχους ως συνέπεια φυσικών καταστροφών) ή την αντιμετώπιση διαταραχών με μεγάλη επίπτωση στο γενικό πληθυσμό (π.χ. όπως στην περίπτωση της Διαταραχής Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία).

Παρά την επιτυχή έκβαση της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς στην αντιμετώπιση της πλειονότητας των ατόμων που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους, σημειώνεται ότι τρεις από τους ασθενείς που ανήκαν σ' αυτή την ομάδα και κατά την αρχική αξιολόγηση βρέθηκαν να νοσούν από Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία, σημείωσαν **υποτροπή** μετά το τέλος της ενεργού θεραπείας τους, δηλαδή κατά το διάστημα της παρακολούθησής τους (follow up). Οι λόγοι που οδήγησαν σε υποτροπή ασθενείς που επιτυχώς ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους δεν εξετάστηκαν στην παρούσα μελέτη και οφείλουν να διερευνηθούν σε επόμενη έρευνα με μεγαλύτερο δείγμα, όπως επίσης και να αναγνωριστεί (α) πιθανό ποσοστό ατόμων που δε διατηρούν τα οφέλη της θεραπείας τους μακροπρόθεσμα και (β) πιθανά κλινικά ή δημογραφικά χαρακτηριστικά που ενοχοποιούνται για την επιμονή της κλινικής συμπτωματολογίας.

Σε έρευνα εξέτασης των πιθανών λόγων υποτροπής στην περίπτωση της Αγοραφοβίας (Fava & συν., 1995), οι παράγοντες που ενοχοποιήθηκαν ήταν η ταυτόχρονη ύπαρξη διαταραχής προσωπικότητας στην κλινική εικόνα και η παρουσία λανθάνουσας αγοραφοβίας (δηλ. διατήρηση κάποιων αγοραφοβικών αποφυγών) στο τέλος της θεραπείας. Εξάλλου, η απόδοση βελτίωσης της κλινικής κατάστασης των ασθενών σε εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. φάρμακα), έχει επίσης βρεθεί να οδηγεί σε μεγαλύτερα ποσοστά υποτροπής στην ίδια διαταραχή (Başoğlu & συν., 1994).

Μία πρώτη ανάγνωση των αποτελεσμάτων της ομάδας διακοπής και άρνησης θεραπείας είναι ότι παρατηρήθηκαν κάποιες βελτιώσεις στην ψυχοπαθολογία. Στην εξάμηνη παρακολούθηση οι αναλύσεις ανέδειξαν βελτιώσεις στην κλίμακα κατάθλιψης, στην κλίμακα βαρύτητας της διαταραχής και στους τελικούς στόχους (άγχος και αποφυγή). Θυμίζουμε ότι στην ομάδα αυτή, ανήκουν οι ασθενείς που ενώ διέκοψαν τη θεραπεία τους, κυρίως λόγω αντικειμενικών δυσκολιών, ακολούθησαν τις οδηγίες που τους δόθηκαν από το θεραπευτή για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, χωρίς την ενεργητική εποπτεία του τελευταίου και στις επαναξιολογήσεις δεν πληρούσαν πλέον τα κριτήρια της διαταραχής για την οποία ζήτησαν θεραπεία. Όταν για τον παραπάνω λόγο, αφαιρέσαμε από την ομάδα διακοπής και άρνησης θεραπείας τους αρρώστους που είχαν προχωρήσει μόνοι τους στη θεραπεία, η στατιστικά σημαντική βελτίωση εξαφανίστηκε για τους εναπομείναντες στις προαναφερθείσες κλίμακες και παρέμεινε μόνο στατιστικά σημαντική μείωση της βαρύτητας της διαταραχής από την αξιολογήτρια στην ετήσια επανεξέταση.

Συνοψίζοντας, θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι για την ομάδα της άρνησης και διακοπής θεραπείας η κλινική πορεία των διαταραχών άγχους παραμένει σταθερή, χωρίς σημαντικές υφέσεις στην ψυχοπαθολογία, έναν χρόνο μετά τη διακοπή της συνεργασίας αυτών των πασχόντων με την ομάδα της ΜΘΣ. Παρόλ'αυτά η βελτίωση που σημειώθηκε στην ομάδα της άρνησης ή διακοπής θεραπείας σε κάποιες κλινικές μετρήσεις οφείλει να διερευνηθεί περισσότερο. Σε ότι αφορά δε το ποσοστό πρόωρης διακοπής της θεραπείας, αυτό βρίσκεται μέσα στα αποδεκτά όρια και συμφωνεί με ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας.

(δ) Γνωσιακές αλλαγές - Αλλαγές στην απόδοση ελέγχου

Μελετώντας την περίπτωση της Αγοραφοβίας ερευνητές (Emmelkamp, 1982, Goldstein & Chambless, 1978, Mathews & συν., 1981) υπέθεσαν ότι οι αγοραφοβικοί ασθενείς έχουν ιδιαίτερο γνωσιακό προφίλ, καθώς αποδίδουν το άγχος τους σε εξωτερικά ερεθίσματα, ενισχύοντας έτσι την αποφευκτική τους συμπεριφορά. Μεταγενέστερες των ανωτέρω έρευνες (Adler & Price, 1985, Broadbeck & Michelson, 1987) επιβεβαίωσαν πως η απόδοση του ελέγχου της υγείας σε εξωτερικούς παράγοντες συνδέεται με την έναρξη της Αγοραφοβίας και την επιδείνωση του συναισθήματος.

Η ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας στην παρούσα έρευνα, εμφάνισε αλλαγές στις αποδόσεις ελέγχου ψυχικής υγείας και πιο συγκεκριμένα μείωση του εξωτερικού κέντρου ελέγχου (σημαντικοί άλλοι και τύχη) και αύξηση του εσωτερικού κέντρου ελέγχου (εαυτός). Φαίνεται ότι οι ασθενείς που ολοκληρώνουν τη θεραπεία τους αυξάνουν το αίσθημα της αυτο-αποτελεσματικότητας (self-efficacy, Bandura, 1977) τους σε σχέση με την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας. Το εύρημα είναι συμβατό με ανάλυση συνολικών δεδομένων των 15 χρόνων λειτουργίας της ΜΘΣ (Kasvikis, 2005).

Η Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς των Διαταραχών Άγχους είναι ενεργητική θεραπεία και θεμέλιος λίθος της είναι οι ασκήσεις «έκθεσης» του θεραπευόμενου στα φοβογόνα αντικείμενα, δίνοντας έμφαση στην πραγματοποίηση των στόχων χωρίς καμιά εξωτερική βοήθεια (π.χ. παρουσία οικείου, χρήση ασφαλειών απέναντι στο παθολογικό άγχος, όπως φάρμακα κ.λ.π.). Επομένως, είναι αναμενόμενη η αύξηση του αισθήματος ελέγχου του ασθενούς στον εαυτό του σε ότι αφορά στην ψυχική υγεία του, όταν ακολουθείται μια θεραπεία κατά την οποία τονίζεται, σε όλα τα στάδια της, ότι το αποτέλεσμα είναι άμεσα συναρτώμενο με τη σωστή θεραπευτική

εργασία του θεραπευόμενου. Ταυτόχρονα, δεδομένου ότι το εσωτερικό κέντρο ελέγχου θεωρητικά είναι ο αντίθετος πόλος του εξωτερικού κέντρου, παρατηρείται η αντίστοιχη μείωση στις αποδόσεις ελέγχου στην τύχη και τους σημαντικούς άλλους. Τα παραπάνω έχουν σημαντική κλινική σημασία στη μείωση των υποτροπών, μετά τη λήξη της θεραπείας, όπου ο πρώην ασθενής θα κληθεί να αυτενεργήσει θεραπευτικά, όπως αναπτύσσεται στο κεφάλαιο της Βιβλιογραφικής Αναδρομής (κεφ. 1).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η παραπάνω γνωσιακή αλλαγή συντελείται παρά το ότι δεν πραγματοποιήθηκε δομημένη γνωσιακή παρέμβαση στους ασθενείς, δεδομένο που μπορεί να υποδεικνύει ότι η τεχνική της «έκθεσης», είναι ικανή να προκαλέσει τις απαραίτητες γνωσιακές αλλαγές που διακρίνουν τους υγιείς από τους πάσχοντες. Επομένως, με λιγότερη θεραπευτική επένδυση, παραλείποντας από το θεραπευτικό πακέτο γνωσιακές παρεμβάσεις που απαιτούν εκπαίδευση του ασθενούς στην εφαρμογή τους, είναι πιθανό να έχουμε ίδια θεραπευτικά αποτελέσματα σε γνωσιακές μεταβλητές. Εξάλλου, έχει υποστηριχθεί ότι οι γνωσιακές αλλαγές μπορούν να προέλθουν είτε χρησιμοποιώντας μια γνωσιακή τεχνική, όπως η γνωσιακή αναδόμηση είτε έμμεσα μέσω συμπεριφορικών παρεμβάσεων όπως η σταδιακή έκθεση στην πραγματικότητα (Clark and Steer, 1996, σελ. 77).

Η ομάδα της άρνησης ή διακοπής θεραπείας δεν εμφάνισε καμιά διαφορά στις αποδόσεις ελέγχου ψυχικής υγείας, γεγονός που υποδεικνύει ότι για να επιτευχθούν οι απαραίτητες αλλαγές χρειάζεται ο θεραπευόμενος να έχει εισπράξει τα οφέλη της θεραπείας του, που στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι η ύφεση της συμπτωματολογίας του. Εξάλλου, φαίνεται ότι τα άτομα που αποδίδουν τις αποτυχίες τους σε εσωτερικούς, σταθερούς στο χρόνο και σφαιρικούς παράγοντες και τις

επιτυχίες τους σε εξωτερικούς, προσωρινούς και με συγκεκριμένα αίτια παράγοντες, είναι περισσότερο ευάλωτα στην ανάπτυξη προβλημάτων που σχετίζονται με κατάθλιψη (Proudfoot & συν., 2004).

Συμπερασματικά, η έκτη και έβδομη διατυπωμένες υποθέσεις επαληθεύονται, με την έννοια ότι σημειώνονται αλλαγές απόδοσης ελέγχου ψυχικής υγείας στην ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας, αλλά όχι και στην ομάδα της άρνησης ή διακοπής θεραπείας στα διαφορετικά σημεία αξιολόγησης.

(ε) Φάρμακα και Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς

Χαρακτηριστικό στοιχείο της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς όπως διενεργείται στη ΜΘΣ, είναι η έμφαση που δίνεται στη διακοπή αναζήτησης εξωτερικών πηγών ασφάλειας σε κάποιο σημείο της ενεργού θεραπείας, επειδή αυτές εμποδίζουν τη διερεύνηση και αξιοποίηση των αυτοθεραπευτικών ικανοτήτων. Στις εξωτερικές πηγές ασφάλειας ανήκουν και τα φάρμακα, που ενώ αρχικά δίδονται για θεραπευτικούς σκοπούς, συχνά καταλήγουν να ανήκουν στους ψυχοπαθολογικούς φαύλους κύκλους που συντηρούν την ανασφάλεια, όταν δε δικαιολογείται η χρήση τους αιτιολογικά (υποκατάσταση ελλειπών ενδογενών συστημάτων). Το 73% του δείγματος είχε προηγούμενες ψυχοθεραπευτικές ή φαρμακευτικές αποτυχημένες προσπάθειες αντιμετώπισης των προβλημάτων τους, ενώ 37% χρησιμοποιούσαν βενζοδιαζεπίνες και 21% αντικαταθλιπτικά κατά την αρχική αξιολόγησή τους. Επομένως, σε ότι αφορά στο δεύτερο σκέλος της πρώτης υπόθεσης, (ότι στο δείγμα μας θα υπάρχει μεγάλο ποσοστό χρήσης φαρμάκων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων άγχους), συμπεραίνουμε ότι εν μέρει επαληθεύεται αφού υπάρχει συχνή χρήση βενζοδιαζεπινών και αντικαταθλιπτικών, πλην όμως μεγαλύτερο

ποσοστό φαίνεται να αναζητά ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων άγχους με αποτυχία.

Η διακοπή των φαρμάκων γίνεται πριν τον τερματισμό της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς, γιατί υπάρχουν ευρήματα που συνδέουν τα επεισόδια υποτροπής της αρρώστιας στην προσπάθεια των ασθενών να διακόψουν τα φάρμακά τους χωρίς εποπτεία από το θεραπευτή τους (Foa & συν., 2002). Ακόμη συνηθέστερα, υπάρχουν τεκμηριωμένα στοιχεία ότι η υποτροπή των αγοραφοβικών μπορεί να είναι αποτέλεσμα απόδοσης της βελτίωσης της διαταραχής (Βαζογλι & συν., 1994) στη δράση των φαρμάκων, οπότε η διακοπή τους οδηγεί και σε υποτροπή.

Επομένως, είναι σκόπιμο πριν το τέλος της θεραπείας ο ασθενής να έχει μάθει να ζει χωρίς τη βοήθεια της φαρμακοθεραπείας, εφόσον δεν είναι απαραίτητο, για περισσότερο μακρόχρονα θεραπευτικά οφέλη. Αποφεύγεται μ' αυτό τον τρόπο η εδραίωση ενός φαινομένου, γνωστού ως «μάθηση εξαρτώμενη από την κατάσταση» (state-dependent learning), κατά την οποία φαίνεται ότι οι οργανισμοί μαθαίνουν μια καινούργια συμπεριφορά μέσα σε πολύ συγκεκριμένες συνθήκες. Οποιαδήποτε αλλαγή αυτών των συνθηκών, εσωτερική (π.χ. διακοπή φαρμάκων από προηγούμενη κατάσταση λήψης), είτε εξωτερική (περιβάλλον χώρος κ.λ.π), προκαλούν αλλαγές στη μαθημένη συμπεριφορά. Για παράδειγμα, έχει αποδειχθεί πειραματικά ότι αν τα ποντίκια μαθαίνουν να τρέχουν σε ένα λαβύρινθο υπό την επήρεια αμφεταμίνης, δεν δείχνουν οικειότητα με τον ίδιο λαβύρινθο όταν δεν τους έχει χορηγηθεί το φάρμακο (Barchas & συν., 1977). Γι' αυτό έχει υποστηριχθεί (Harvey, 1971), ότι ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας μπορεί να προκαλέσει σύγχυση στον ασθενή σχετικά με τα αίτια της βελτιωμένης του ψυχικής κατάστασης και ότι η παύση της φαρμακοθεραπείας μπορεί να σημαίνει επίσης απώλεια των οφελών της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας.

Για τους ασθενείς που ανήκουν στην ομάδα της άρνησης και διακοπής θεραπείας, ισχύει ότι μην έχοντας ολοκληρώσει τη θεραπεία τους, δεν είχαν την ευκαιρία να διακόψουν τα φάρμακά τους, όπως η ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας. Μάλιστα, κάποιοι διέκοψαν τη θεραπεία τους εξαιτίας της δυσκολίας τους να σταματήσουν τη χρήση των βενζοδιαζεπινών. Επομένως, είναι πιθανό η απουσία αλλαγής της απόδοσης ελέγχου ψυχικής υγείας σ' αυτή την ομάδα των ασθενών να οφείλεται εν μέρει σε σταθερή απόδοση ελέγχου σε εξωτερικές συνθήκες (π.χ. φάρμακα). Αντιθέτως, στην ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας, ενδεχομένως οι αλλαγές που παρατηρούνται να οφείλονται στο γεγονός ότι τα φάρμακα για τη συντριπτική πλειονότητα των πασχόντων είχαν διακοπεί στο τέλος της θεραπείας, γεγονός που μπορεί να αυξάνει την αυτοπεποίθησή τους για την αντιμετώπιση παρόμοιων καταστάσεων στο μέλλον.

(στ) Ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες της ΜΘΣ και το θεραπευτή

Οι συγκρίσεις για την ικανοποίηση των δύο ομάδων μελέτης ανέδειξαν διαφορές, με την έννοια ότι όπως είναι αναμενόμενο κατά την εξάμηνη παρακολούθηση οι πάσχοντες που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους εμφανίστηκαν πιο ικανοποιημένοι από τη ΜΘΣ και το θεραπευτή τους. Η διαφορά αυτή εξαλείφεται όταν οι δύο ομάδες εξετάζονται στην ετήσια αξιολόγηση, δηλαδή και οι δύο ομάδες εμφανίζονται εξίσου πολύ ικανοποιημένες. Επομένως, η σχετική υπόθεση επαληθεύεται εν μέρει αφού δεν προβλέπει έκφραση ικανοποίησης και από τη μεριά της ομάδας που αρνήθηκε ή διέκοψε τη θεραπεία.

Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα το εύρημα αυτό να είναι τεχνητό, δεδομένου ότι οι ασθενείς που υπήρξαν εμφανώς δυσαρεστημένοι ή ανικανοποίητοι από τη ΜΘΣ και το θεραπευτή τους δε δέχθηκαν στην ετήσια αξιολόγηση να ξανασυμπληρώσουν

τα ερωτηματολόγια, οι περισσότεροι επισημαίνοντας στο τηλεφώνημα ότι ό,τι είχαν να πουν το είπαν την πρώτη φορά. Επομένως, είναι πιθανό να υπάρχει νόθευση των αποτελεσμάτων στη συγκεκριμένη κλίμακα, στην ετήσια παρακολούθηση. Παρόλ' αυτά, έχει υποστηριχθεί ότι ο βαθμός ικανοποίησης των θεραπευόμενων, πιθανά δε συνδέεται άμεσα για τους ίδιους με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας που έλαβαν, καθώς σε έρευνα στην οποία ρωτήθηκε ο βαθμός ικανοποίησης των οι θεραπευόμενοι που έκαναν χαλάρωση εμφανίστηκαν ικανοποιημένοι, παρά το γεγονός ότι η κλινική βελτίωσή τους δεν ήταν αντιστοίχως μεγάλη (Park & συν., 2001).

Η *εμπειρία των θεραπειών* δε φάνηκε να επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα δεδομένου ότι δεν υπήρξαν διαφορές ανάμεσα σε έμπειρους και άπειρους θεραπευτές, σε αντίθεση με παλαιότερα ελληνικά ερευνητικά δεδομένα (Boulougouris & συν., 1982), που βασίζονται όμως σε εξαιρετικά μικρό δείγμα αγοραφοβικών και ιδεοψυχαναγκαστικών ασθενών ($n=10$). Δεν βρέθηκαν διαφορές στην ικανοποίηση των πελατών από τους εργαζόμενους και μη θεραπευτές της ΜΘΣ. Η οργανική θέση λοιπόν, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι δε φαίνεται να βελτιώνει ή να μειώνει το βαθμό ικανοποίησης των θεραπευόμενων από το θεραπευτή τους, όπως άλλωστε υποθέσαμε αρχικά.

Ο *δείκτης ικανοποίησης από τη θεραπεία* είναι σημαντικός για να γίνεται αντιληπτό το ποσοστό αποδοχής που έχει η συγκεκριμένη παρέμβαση στους αρρώστους στους οποίους απευθύνεται (APA, 2002, Shipley & συν., 2000). Φαίνεται ότι αυτοί που ολοκληρώνουν τη θεραπεία τους εμφανίζονται ικανοποιημένοι από το διάστημα της ενεργού τους συνεργασίας τόσο με τη ΜΘΣ όσο και με το θεραπευτή τους. Παρόλ' αυτά, στην παρούσα μελέτη δεν ερωτήθηκαν οι συμμετέχοντες συγκεκριμένα για τη θεραπεία που ακολούθησαν και αυτό αποτελεί περιορισμό της

συγκεκριμένης κλίμακας. Μόνο έμμεσα συμπεράσματα μπορούν να εξαχθούν, τα οποία ενδεχομένως να μην ευσταθούν. Επόμενη έρευνα οφείλει να συμπεριλάβει ερώτηση αποκλειστικά για την άποψη των ασθενών για τη συγκεκριμένη θεραπεία.

Στις ανοιχτές ερωτήσεις που απάντησαν προαιρετικά κάποιοι από τους ασθενείς δόθηκαν κάποιες ιδέες για τη *βελτίωση της λειτουργίας της ΜΘΣ*. Η λειτουργία κατά τις απογευματινές ώρες, η μείωση του χρόνου αναμονής για θεραπεία, και η παρουσία της γραμματείας στον ίδιο χώρο, ήταν κάποιες από τις προτάσεις των ασθενών που εξυπηρετήθηκαν. Είναι γνωστό ότι με την αποκλειστική λειτουργία της ΜΘΣ κατά τις πρωινές και μεσημεριανές ώρες, δεν μπορούν κάποιοι ασθενείς που εργάζονται να παρακολουθήσουν θεραπεία. Παρά το ότι υπάρχει η δυνατότητα να λάβουν μια βεβαίωση από τη ΜΘΣ που μπορούν να παρουσιάσουν στον εργοδότη τους για να τους παρασχεθεί η σχετική άδεια, είναι αρκετοί αυτοί που δεν επιθυμούν να αποκαλύψουν πληροφορίες για την ψυχική τους υγεία στο εργασιακό τους περιβάλλον. Επομένως, η απογευματινή λειτουργία θα μπορούσε σε ένα βαθμό να εξυπηρετήσει περισσότερο τους εργαζόμενους.

Ο μεγάλος χρόνος αναμονής είναι άμεσα συναρτώμενος με τη διαθεσιμότητα των θεραπειών. Περισσότεροι θεραπευτές συνεπάγεται μείωση του χρόνου αναμονής και εξυπηρέτηση μεγαλύτερου αριθμού πασχόντων. Ακόμη, γίνεται κατανοητό ότι όταν έκτακτες περιπτώσεις εξυπηρετούνται άμεσα (π.χ. πρωτοεμφανιζόμενες κρίσεις πανικού), υπάρχουν λιγότερες πιθανότητες εγκατάστασης του συνδρόμου της Αγοραφοβίας που είναι πιο πιθανό να συμβεί όταν έχει παρέλθει ένας μήνας αναμονής χωρίς θεραπεία. Η παραπάνω υπόθεση τεκμηριώνεται από έρευνα κατά την οποία, δόθηκαν οδηγίες έκθεσης στο χώρο των επείγοντων περιστατικών γενικού νοσοκομείου στο οποίο κατέφυγαν άνθρωποι με

κρίσεις πανικού. Όσοι ακολούθησαν την οδηγία δεν ανέπτυξαν Αγοραφοβία και σημείωσαν μείωση στην εμφάνιση των κρίσεων πανικού σε σχέση μ' αυτούς που δεν ακολούθησαν τις οδηγίες (Swinson & συν., 1992)

Στοιχεία για τις εντυπώσεις μερικών ασθενών για την Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς μπορούν να εξαχθούν με επιφύλαξη από τις απαντήσεις που λάβαμε στις ανοιχτές ερωτήσεις για την καλύτερη λειτουργία της ΜΘΣ. Επειδή η ερώτηση αφορά στη βελτίωση μόνον, οι ασθενείς σημείωσαν μόνο τα ελαττώματα κατά τη γνώμη τους και όχι πιθανές θετικές κρίσεις που είναι ένας δεύτερος περιορισμός. Οι παρατηρήσεις για τη θεραπεία αφορούσαν τόσο την άποψη ασθενών για τη συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση συνολικά, όσο και σχόλια για επιμέρους διαδικασίες.

Πέντε πελάτες θεώρησαν ότι η συγκεκριμένη θεραπεία είναι μηχανιστική και επιφανειακή και δεν επιλύει τις βαθύτερες συγκρούσεις των ασθενών όπως άλλες ψυχοθεραπείες (π.χ. ψυχανάλυση). Από αυτούς οι τέσσερις ήταν ασθενείς που δοκίμασαν και ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους που εκ των υστέρων την έκριναν αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, πλην όμως επιφανειακή και μηχανιστική. Σημειώνεται ότι δύο εξ αυτών είχαν προηγούμενη εμπειρία από ψυχαναλυτικού τύπου ψυχοθεραπεία για την αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους τους πριν προσέλθουν για θεραπεία στη ΜΘΣ. Ο πέμπτος διέκοψε τη θεραπεία.

Είναι ενδιαφέρον ότι οι περισσότεροι ασθενείς που έκριναν ότι η θεραπεία τους δεν ασχολήθηκε με βαθύτερες διεργασίες, ανήκαν στην ομάδα της ολοκληρωμένης θεραπείας, γεγονός που μπορεί να σημαίνει ότι η ενδεχόμενη αρνητική στάση των θεραπευόμενων απέναντι στην Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς δεν επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Βιβλιογραφικά έχει αναφερθεί ότι η τεχνική της έκθεσης ευνοεί όμοια τους ασθενείς που είναι θετικά προδιατεθειμένοι απεναντί

της όσο και εκείνους που δεν είναι (Emmelkamp & συν., 1980), δηλαδή η επιτυχία της θεραπείας είναι ανεξάρτητη από τη γνωσιακή στάση των ασθενών απέναντί της (Emmelkamp & van der Hout, 1983).

Εξάλλου, είναι σαφές ότι η προηγούμενη εμπειρία των πασχόντων με άλλου είδους ψυχοθεραπείες (π.χ. ψυχανάλυση), πιθανά επηρεάζει τις κρίσεις τους για τη συγκεκριμένη παρέμβαση που ακολουθήθηκε, ειδικά αν έχει διαμορφωθεί μια παγιωμένη αντίληψη για το πώς διεξάγεται η ψυχοθεραπευτική συνεδρία που εκ των πραγμάτων διαφέρει ανάλογα με τη θεωρητική κατεύθυνση της κάθε ψυχοθεραπείας.

Ένας ασθενής πρότεινε να μην είναι απαγορευτική η ταυτόχρονη παρακολούθηση άλλης ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα της ΜΘΣ, ενώ δύο σημείωσαν δυσκολίες που αντιμετώπισαν στη σθεναρή επιμονή των θεραπειών τους σχετικά με τη διακοπή των φαρμάκων τους (βενζοδιαζεπίνες). Τα παραπάνω, η ταυτόχρονη παρακολούθηση άλλου θεραπευτικού προγράμματος ή η φαρμακευτική κάλυψη από άλλον γιατρό, δεν είναι διαπραγματεύσιμα, ακόμη κι αν αυτό οδηγήσει σε άρνηση ή πρόωρη διακοπή θεραπείας. Το όφελος του πελάτη διασφαλίζεται καλύτερα όταν δε χρειάζεται να κρίνει για την ορθότερη αντιμετώπιση μεταξύ θεραπειών που μπορεί να προτείνουν αντιθετικούς τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων. Δεδομένου ότι υπάρχουν 450 περίπου καταγεγραμμένες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις (Richardson, 1997), είναι πιθανό διαφορετικού τύπου ψυχοθεραπείες να φέρνουν τον ασθενή σε κατάσταση επιλογής της σωστότερης λύσης, αυξάνοντας το άγχος και την ανασφάλειά του.

(ζ) Αποτελεσματικότητα θεραπειών

Δεν υπήρξαν διαφορές τόσο ανάμεσα σε έμπειρους – άπειρους, όσο και ανάμεσα σε εργαζόμενους και εθελοντές θεραπευτές, ως προς το πόσοι ασθενείς δέχθηκαν να ολοκληρώσουν τη θεραπεία τους και πόσοι όχι. Η μοναδική διαφορά που βρέθηκε αφορά στην ανάληψη περισσότερων περιστατικών από το διευθυντή της ΜΘΣ, με μεγαλύτερα ποσοστά ολοκλήρωσης της θεραπείας, συγκριτικά με τους υπόλοιπους θεραπευτές.

Το εύρημα εγείρει κάποια ερωτηματικά για το αν τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή παίζουν ρόλο στην αποτελεσματικότητα της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς, αλλά αφού δεν ελέγχθηκε με κάποιο τρόπο, δυστυχώς δεν μπορεί να δοθεί πειστική απάντηση (το παραπάνω θέμα συζητείται στο υποκεφάλαιο : *Λόγοι άρνησης ή διακοπής θεραπείας*).

5.2 Γενικές παρατηρήσεις από τη λειτουργία της ΜΘΣ κατά το χρονικό διάστημα μελέτης και προτάσεις για βελτίωση της λειτουργίας της

(α) Διαδικασία εισαγωγής στη θεραπεία και χρόνος αναμονής ασθενών

Στη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς (ΜΘΣ) η εισαγωγή σε θεραπεία απαιτεί την τηλεφωνική επικοινωνία του πάσχοντος με κάποιον από τους εργαζόμενους της ΜΘΣ και την έκφραση αιτήματος για θεραπεία. Δεδομένου ότι στις Διαταραχές Άγχους υπάρχει επίγνωση του παθολογικού από την πλευρά του ασθενούς, αυτός είναι και ένας έμμεσος τρόπος να δείξει κάποιος ότι είναι πρόθυμος να κάνει κάποια επένδυση (χρόνου και προσπάθειας) για την επίλυση των προβλημάτων του. Είναι γνωστή η θετική επίδραση της ανάληψης του ρόλου του συνεργάσιμου ασθενούς στη θεραπευτική έκβαση.

Παρόλ' αυτά δεδομένης της έλλειψης γραμματείας, γίνεται πολλές φορές δύσκολο να δοθούν οι απαραίτητες πληροφορίες για το τι απαιτείται από τον ασθενή, προκειμένου να συναντηθεί με κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο (π.χ. πρωινή ώρα λειτουργίας, άρα ανάγκη για παροχή άδειας από την εργασία για τους εργαζόμενους, ενεργητική συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπεία του και όχι παθητική εμπλοκή). Ταυτόχρονα, για τον ίδιο λόγο συχνά δεν γίνονται οι ενδεδειγμένες ερωτήσεις από τον εξεταστή μέσω τηλεφώνου, για να αποφευχθεί στο μέτρο του δυνατού πάντα, να δοθεί ραντεβού σε κάποιον που δεν πληροί κριτήρια αγχώδους διαταραχής.

Τα παραπάνω οδηγούν συχνά σε διενέργεια αξιολόγησης ασθενών που δεν έχουν ένδειξη για Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς (π.χ. Διπολικές διαταραχές, Σχιζοφρένεια), με αποτέλεσμα να καταναλώνεται πολύτιμος χρόνος τόσο για τους εργαζόμενους στη ΜΘΣ, όσο και για τους ίδιους τους πάσχοντες που τελικά μαθαίνουν ότι δεν μπορούν να λάβουν θεραπεία για την ασθένειά τους στη συγκεκριμένη δομή, ακόμη και ένα μήνα μετά την πρώτη τους τηλεφωνική επικοινωνία.

Πράγματι, κατά το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της παρούσας μελέτης, 25 ασθενείς που αξιολογήθηκαν, αφού περίμεναν το δεδομένο χρόνο αναμονής για συνάντηση αξιολόγησης, τελικά δεν πληρούσαν κριτήρια κάποιας από τις Διαταραχές Άγχους. Αυτό θα μπορούσε να αποφευχθεί αν στη λειτουργία της ΜΘΣ υπήρχε καλύτερη διαδικασία επιλογής από την πρώτη τηλεφωνική επαφή, από κάποιον εργαζόμενο που θα είχε ως έργο να συνομιλεί με τους πάσχοντες, να παρέχει και να λαμβάνει τις απαραίτητες πληροφορίες για την κλινική τους κατάσταση και να τους κατευθύνει με το σωστό τρόπο στην αναζήτηση θεραπείας στη ΜΘΣ, όταν είναι κατάλληλοι για Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς ή σε άλλες υπηρεσίες όταν δεν είναι. Σ' αυτή την περίπτωση, περισσότεροι ασθενείς με Διαταραχές Άγχους θα

εξυπηρετούνταν σε λιγότερο χρόνο, ενώ οι ασθενείς με άλλες διαταραχές θα παραπέμπονταν στην κατάλληλη υπηρεσία αυτόματα, χωρίς αναμονή.

Ο *μέσος χρόνος αναμονής* για πρώτη συνάντηση αξιολόγησης ήταν αρκετά μεγάλος σε σύγκριση με άλλες μονάδες, που όμως απασχολούν περισσότερους εργαζόμενους (2 εβδομάδες - Wagner & συν., 2002). Υπήρξαν διαρροές υποψήφιων πελατών που λόγω της μεγάλης αναμονής, σε μερικές περιπτώσεις ως και έναν μήνα, προτίμησαν να απευθυνθούν σε άλλη υπηρεσία για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Ο αριθμός αυτών, δεν ξεπερνά τους 5.

Είναι γνωστό ότι το ιδανικό μεσοδιάστημα ανάμεσα στην ανάπτυξη της συμπτωματολογίας μιας Διαταραχής Άγχους και της αίτησης για θεραπεία χρειάζεται να μην είναι πολύ μικρό ώστε να δοθεί ο χρόνος της αυτό-ίαςης ή αυτόματης αποδρομής, ενός φαινομένου αρκετά συχνού σ' αυτή την ομάδα των διαταραχών. Βεβαίως δεν πρέπει να είναι ούτε πολύ μεγάλο γιατί συσσωρεύονται δευτερογενή προβλήματα όπως κατάθλιψη, εξάρτηση από ουσίες ή αλκοόλ, διάσπαση κοινωνικής συνέχειας (Kessler & συν., 1994, Lepine, 2001, Kosten & συν., 2000; Kushner & συν., 2000) που επιβαρύνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών και μειώνουν την πιθανότητα επιτυχούς θεραπευτικής έκβασης (Wittchen & συν., 1991). Υπάρχουν δεδομένα που υποδεικνύουν ότι αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας, συχνά προηγείται κατά μια δεκαετία της διάγνωσης της Διαταραχής Πανικού (Simpson & συν., 1994). Όλα τα παραπάνω αποτελούν παράγοντες που συντελούν στην αποφασιστική διόγκωση του κόστους. Υπολογίζεται ότι το μισό κόστος που επιφέρουν οι Διαταραχές Άγχους, δηλαδή περίπου \$23 δις, αφορούν στην αναζήτηση εκ μέρους των ασθενών ιατρικής βοήθειας σε γενικούς ιατρούς (Greenberg & συν., 1999).

Επομένως, χρειάζεται να βρεθεί μια χρυσή τομή χρόνου αναμονής που να μην επιβαρύνει περισσότερο τους ήδη χρόνιους πάσχοντες. Μια πιθανή λύση θα μπορούσε να είναι το να δίδεται προτεραιότητα στους χρόνιους πάσχοντες από τους ασθενείς που μόλις εμφάνισαν τη διαταραχή (π.χ. χρονική διάρκεια 2 μηνών), ενώ ταυτόχρονα να ενημερώνονται για τη φύση της διαταραχής τους και τι χρειάζεται να κάνουν, αυτοί που εμφάνισαν ψυχοπαθολογία προσφάτως. Η πορεία της διαταραχής στη δεύτερη περίπτωση θα μπορούσε να ελεγχθεί με επόμενο μακρινό ραντεβού (π.χ. έναν ή δύο μήνες μετά) για να κριθεί από το θεραπευτή και το θεραπευόμενο το κατά πόσο υπάρχει ανάγκη πλήρους εμπλοκής σε θεραπεία.

Για το υπό εξέταση χρονικό διάστημα στη λειτουργία της ΜΘΣ προβλέφθηκε η αρχική αξιολόγηση να γίνεται από έναν συγκεκριμένο άνθρωπο (ερευνήτρια), και έτσι αποφεύχθηκε στην περίπτωση των ακατάλληλων περιπτώσεων η δαπάνη του χρόνου των θεραπειών. Η καλύτερη επιλογή ασθενών μέσω τηλεφωνικής αξιολόγησης πιθανά να μείωνε τον αριθμό των ατόμων με άλλες διαταραχές, οπότε να υπήρχε αύξηση του προσφερόμενου κλινικού έργου στις Διαταραχές Άγχους. Αυτό βεβαίως, μένει να διευκρινιστεί από επόμενους ερευνητές.

Επίσης, οι αξιολογήσεις που οδηγούν στη διάγνωση, σκόπιμο είναι να βασίζονται εκτός από την κλινική συνέντευξη και σε δομημένη συνέντευξη (π.χ. SCID), για μεγαλύτερη διαγνωστική εγκυρότητα και για χρήση των κλινικών στοιχείων σε έρευνες. Αυτό δε συνέβη κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της μελέτης, αλλά είναι ίσως απαραίτητο να αρχίσει να εφαρμόζεται το ταχύτερο δυνατό τόσο στη ΜΘΣ, όσο και σε άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, προκειμένου να εξασφαλίζεται η ομοιογένεια στη διάγνωση και να είναι συγκρίσιμα τα επιδημιολογικά και κλινικά αποτελέσματα.

(β) Παραπεμπτικές πηγές

Σε ότι αφορά τις **παραπεμπτικές πηγές** σε σύγκριση με το πρώτο έτος λειτουργίας της ΜΘΣ, χαρακτηριστικό είναι ότι υπάρχει μια σημαντική μετατόπιση του κύριου βάρους των παραπομπών. Έτσι, ενώ στο πρώτο έτος η πλειονότητα των παραπομπών προέρχονταν από άλλα παραρτήματα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, όπως ήταν εξάλλου αναμενόμενο, 15 χρόνια μετά, το ποσοστό των παραπομπών από άλλες υπηρεσίες του ΚΨΥ συρρικνώθηκε στο 5%. Το παραπάνω εύρημα μπορεί να σημαίνει ή ότι δεν προσέρχονται πια ασθενείς με Διαταραχές Άγχους στις άλλες υπηρεσίες του ΚΨΥ ή ότι αν προσέρχονται δεν παραπέμπονται στη ΜΘΣ. Μια άλλη εξήγηση μπορεί να είναι η διακοπή λειτουργίας της επείγουσας τηλεφωνικής βοήθειας (της γραμμής SOS), μέσω της οποίας κατευθύνονταν μεγάλο ποσοστό παραπομπών.

Η πλειονότητα των παραπομπών πραγματοποιήθηκε από τους ίδιους τους ασθενείς (παλιοί πάσχοντες της ΜΘΣ λειτούργησαν ως παραπεμπτικές πηγές για φίλους, γνωστούς ή συγγενείς με παρόμοια προβλήματα) ή ιδιώτες γιατρούς ή ψυχολόγους. Χαρακτηριστικό είναι ότι, αρκετοί νέοι έμαθαν για τη ΜΘΣ μέσω των προσπαθειών που είχαν γίνει από την ίδια τη ΜΘΣ προβολής του έργου της σε περιοδικά, εφημερίδες και στο διαδίκτυο (σε δικτυακό τόπο άλλον από του ΚΨΥ, δεδομένης της έλλειψης του τελευταίου).

Στις αντίστοιχες έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας η πλειονότητα των παραπομπών στις κλινικές άγχους έγιναν από το γενικό ιατρό, γεγονός που εξηγείται από τη διαφορετική δομή του εθνικού συστήματος υγείας (Issakidis & Andrews, 2003, Martinsen & συν., 1998, McCrusher & συν., 2000, Wagner & συν., 2002). Είναι γνωστό ότι στις αγγλοσαξονικές χώρες είναι σύνηθες ο γενικός ιατρός να γίνεται ο πρώτος δέκτης όλων των παραπόνων υγείας των ασθενών που του

αναλογούν και στη συνέχεια οι ασθενείς που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν από εκείνον να παραπέμπονται σε δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης.

Στην Ελλάδα είδαμε ότι μεγάλο μέρος των αρρώστων με Διαταραχές Άγχους καταφεύγουν σε γενικούς ιατρούς που ή δεν αναγνωρίζουν τις παθήσεις ως τέτοιες ή δεν γνωρίζουν πού να παραπέμψουν τους ασθενείς όταν κάνουν σωστή διάγνωση. Δεύτερη συνιστώσα του προβλήματος αποτελεί η απουσία προσφοράς θεραπείας στους ασθενείς αυτούς. Φαίνεται ότι η μειονότητα λαμβάνει θεραπεία, ποσοστό που φτάνει μόλις το 27% (Lepine, 2002, Greenberg & συν., 1999), ενώ ακόμη πιο απογοητευτικό είναι το ότι από τους πάσχοντες που αντιμετωπίζονται θεραπευτικά μόνο λίγοι είναι αυτοί που παίρνουν τις ενδεδειγμένες θεραπείες γι' αυτή την ομάδα των ψυχιατρικών διαταραχών (Bandelow & συν., 1995).

Επομένως, συνεχής δημοσιοποίηση των υπηρεσιών της ΜΘΣ στα άλλα παραρτήματα του ΚΨΥ, στο ευρύ κοινό μέσω μέσων μαζικής ενημέρωσης και διαδικτύου, στα επείγοντα περιστατικά δημόσιων γενικών νοσοκομείων, στα εξωτερικά ιατρεία ψυχιατρικών νοσοκομείων και σε γενικούς ιατρούς (παθολόγους, αλλά πιθανά και γιατρούς άλλων ειδικοτήτων όπως καρδιολόγοι, νευρολόγοι κ.λ.π.), θα αύξαινε δραματικά τη ροή των περιστατικών στη ΜΘΣ, δεδομένης της μεγάλης επίπτωσης των διαταραχών άγχους στην Αθήνα (Μαυρέας & συν., 1986), αλλά δε θα υπήρχαν αρκετοί εκπαιδευμένοι θεραπευτές για να εξυπηρετήσουν την αυξημένη ζήτηση. Οι δύο εργαζόμενοι δεν επαρκούν για να απορροφήσουν αυξημένες θεραπευτικές ανάγκες. Επομένως, χρειάζεται ή να αυξηθεί το σωστά εκπαιδευμένο εργατικό δυναμικό της ΜΘΣ ή να δημιουργηθούν καινούργιες ΜΘΣ σε διάφορες περιοχές της Αθήνας και της υπόλοιπης χώρας για να απορροφήσουν την αναμενόμενη αυξημένη ζήτηση.

(γ) Λόγοι άρνησης ή διακοπής θεραπείας

Οι περισσότεροι ασθενείς ανέφεραν αντικειμενικές δυσκολίες εργασίας ή τόπου διαμονής που έθεταν εμπόδια στη έναρξη ή συνέχιση της θεραπείας τους. Άλλοι λόγοι ήταν δυσκολίες συνεννόησης με το θεραπευτή, ενώ λίγοι είχαν αντίρρηση στη λογική της θεραπείας. Δύο δεν συμφωνούσαν στην διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής με βενζοδιαζεπίνες, όταν ο θεραπευτής τους έκρινε ότι ήταν καιρός να το κάνουν.

Για να είναι αποτελεσματική μια θεραπευτική παρέμβαση οφείλει να είναι αποδεκτή από τους ανθρώπους στους οποίους απευθύνεται (APA, 2002). Από τα αποτελέσματά μας είναι ασφαλές να συμπεράνουμε ότι η Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς είναι αποδεκτή από την πλειονότητα των ασθενών στους οποίους προσφέρθηκε. Αυτό γίνεται περισσότερο κατανοητό αν συνυπολογιστεί το γεγονός ότι οι 6 που σε πρώτο χρόνο αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους σε θεραπεία λόγω αντικειμενικών δυσκολιών, ζήτησαν θεραπεία όταν κατάφεραν να επιλύσουν τα προβλήματα που τους εμπόδισαν την πρώτη φορά.

Ενδιαφέρον είναι ότι 8 από τους 9 ασθενείς που θεώρησαν ότι αντιμετώπισαν προβλήματα στη συνεννόησή τους με το θεραπευτή τους και τα κατέγραψαν, ανήκουν στην ομάδα της άρνησης ή διακοπής της θεραπείας. Οι θεραπευόμενοι που απέδωσαν χαρακτηριστικά όπως αυταρχικότητα, αδιαλλαξία, αυστηρότητα, αλαζονεία και ειρωνία στους θεραπευτές τους δεν έμειναν για την ολοκλήρωση της θεραπείας τους. Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι πιθανώς υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά των θεραπειών που βοηθούν στην επικοινωνία με τον ασθενή με αποτέλεσμα την παραμονή του στη θεραπεία και την εγκατάσταση αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης, στην οποία δίνουν ιδιαίτερη σημασία θεωρητικοί άλλων

ψυχοθεραπευτικών σχολών (Horvath, 2001, Horvath and Symonds 1991, Martin & συν., 2000).

Σύμφωνα με το προσωποκεντρικό μοντέλο προσέγγισης του Rogers για παράδειγμα (Ιωσηφίδη & Ιωσηφίδης, 2002), στόχος της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας είναι η αποκατάσταση της αληθινής σχέσης του πελάτη με τον εαυτό του, ώστε να είναι δυνατή η αυτοπραγμάτωσή του. Για να γίνει αυτό ο θεραπευτής καλείται να εξασφαλίσει στον πελάτη του τις συνθήκες εκείνες που θα τον κάνουν να νιώσει ασφαλής και αποδεκτός μέσα στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης. Οι συνθήκες αυτές είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τρία βασικά χαρακτηριστικά του θεραπευτή: (1) την άνευ όρων αποδοχή του πελάτη, (2) την εναισθησία και (3) την αυθεντικότητα. Η σχέση με κάποιον που προσφέρει αυτές τις συνθήκες είναι απαραίτητη ώστε να υπάρξει δυνατότητα θεραπείας και ανάπτυξης. Η ίδια δηλαδή η σχέση είναι θεραπευτική.

Στην Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς λίγη σημασία δίδεται από τους ερευνητές στα χαρακτηριστικά του θεραπευτή και τη σχέση που δημιουργείται, δεδομένου ότι πιστεύεται ότι πρωταρχικό λόγο στην αλλαγή παίζει η σωστή εφαρμογή των θεραπευτικών τεχνικών. Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι ασθενείς που κρίνουν ότι ο θεραπευτής τους τους σέβεται, τους κατανοεί και δείχνει ενδιαφέρον, απαντούν καλύτερα στη θεραπεία από όταν ο θεραπευτής είναι ιδιαίτερα ανεκτικός, αδιάφορος ή ενδίδει στις εξαρτητικές ανάγκες του θεραπευόμενου (Rabavilas & συν., 1979). Γενικά έχει σημειωθεί επίσης, ότι πιο «θετική στάση» του ασθενούς απέναντι στο θεραπευτή του οδηγεί σε μεγαλύτερη θεραπευτική αλλαγή (Boulougouris & συν., 1982).

Παρόλ' αυτά στη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία, έχει μελετηθεί αυτός ο τομέας λίγο περισσότερο. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Beck και

συνεργάτες (1979) η διαμόρφωση θεραπευτικής συνεργασίας διευκολύνεται όταν ο θεραπευτής χαρακτηρίζεται από ζεστασιά, εναισθησία και αυθεντικότητα. Μολονότι τα χαρακτηριστικά αυτά θεωρούνται αναγκαία, δεν είναι ικανά από μόνα τους να επιτύχουν το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ωστόσο, όταν ο θεραπευτής χρησιμοποιήσει επιδέξια τα παραπάνω χαρακτηριστικά του τότε βοηθά να αναπτυχθεί μια κατάσταση στην οποία γνωσιακού και συμπεριφοριστικού τύπου τεχνικές μπορούν να εφαρμοστούν με μεγαλύτερη επάρκεια.

Όμοια η Kirk, (στους Hawton και συν. 1993), υποστηρίζει ότι ο ασθενής χρειάζεται να αισθανθεί ασφαλής ώστε να αποκαλύψει σημαντικές και συχνά στενάχωρες πληροφορίες. Αυτή η διαδικασία μπορεί να διευκολυνθεί αν υπάρχει μια ζεστή ατμόσφαιρα που εμπνέει εμπιστοσύνη και ταυτόχρονα δεν υπάρχουν πιθανότητες ο πελάτης να αισθάνεται ότι ο θεραπευτής του τον μέμφεται για τη συμπεριφορά του ή τις πράξεις του. Τα παραπάνω εξασφαλίζονται αν ο θεραπευτής επιδεικνύει εναισθησία και εμφανίζεται ξεκάθαρα αφοσιωμένος στην προσφορά βοήθειας και υποστήριξης στον ασθενή να ξεπεράσει τις παρούσες δυσκολίες.

Πιο πρόσφατα δεδομένα υποστηρίζουν ότι χαρακτηριστικά όπως οι δεξιότητες του θεραπευτή να κρατά καθαρή και ανοιχτή επικοινωνία, η ικανότητά του να δημιουργεί μια αίσθηση ελπίδας και να απαντά ικανοποιητικά στις προκλήσεις και τις δυσκολίες της θεραπευτικής προσπάθειας και η ενσυναίσθηση βοηθούν στην ανάπτυξη της σχέσης μεταξύ των δύο συμβαλλόμενων, ενώ η ψυχρή και αυταρχική στάση του θεραπευτή δημιουργεί συνήθως προβλήματα στην επικοινωνία (Horvath & Bedi, 2002). Παρόλ' αυτά, ειδικά για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των Διαταραχών Άγχους υποστηρίζεται ότι είναι οι συγκεκριμένες θεραπευτικές τεχνικές που επιτυγχάνουν το επιθυμητό αποτέλεσμα και όχι η θεραπευτική σχέση (Norgross, 2002, σελ. 11).

Η παρουσίαση αυτού του θέματος αποτελεί στόχο που υπερβαίνει τα όρια της παρούσας μελέτης, παρ' όλα αυτά πιθανή συμμετοχή των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του θεραπευτή στην έκβαση της Ψυχοθεραπείας συμπεριφοράς να αποτελούσε ενδιαφέρον θέμα επόμενης μελέτης που ήδη διενεργείται στη ΜΘΣ σε συνεργασία με το Πάντειο Πανεπιστήμιο (Μυτσκίδου Π., διδακτορική διατριβή σε εξέλιξη).

(δ) Δυσκολίες που σημειώθηκαν από τους θεραπευόμενους στη συνεργασία τους

Αρκετοί είναι οι πάσχοντες που μετά από ακύρωση, κυρίως από τη δική τους πλευρά, έχουν αναστολές να επικοινωνήσουν ξανά με το θεραπευτή τους, ειδικά όταν βρίσκονται στα πρώτα στάδια της συνεργασίας μαζί του. Μια άλλη κατηγορία ασθενών, έχοντας ξεπεράσει τον μεγαλύτερο όγκο προβλημάτων για τα οποία προσήλθαν σε θεραπεία, αμελούν να επικοινωνήσουν για επόμενη συνάντηση με αποτέλεσμα αυτή να μην πραγματοποιείται ποτέ. Η έλλειψη γραμματείας δε βοηθά στην έγκαιρη επικοινωνία με τον ασθενή.

Μία ασθενής ζήτησε να μη χρησιμοποιούνται ως θεραπευτές άνθρωποι χωρίς πολυετή κλινική εμπειρία. Άνδρας ασθενής εξέφρασε την αδυναμία του να συζητήσει με τη θεραπεύτρια πτυχές της ψυχοπαθολογίας του που θα μπορούσε να εκμυστηρευτεί σε άνδρα θεραπευτή. Δύο πελάτες που δεν έμειναν ευχαριστημένοι από τη συνεργασία τους με τους θεραπευτές που τους ανέλαβαν, πρότειναν να υπάρχει η δυνατότητα επιλογής θεραπευτή.

Η επιλογή του θεραπευτή είναι ένα συχνό αίτημα των ασθενών της ΜΘΣ και δεν γίνεται συνήθως δεκτό. Πιστεύεται ότι προβλήματα συνεργασίας είναι φρονιμότερο και αποδοτικότερο να λύνονται με κατάλληλους χειρισμούς του θεραπευτή από το να αρχίζει εκ νέου συνεργασία με επόμενο. Στα 16 χρόνια

λειτουργίας της δεν υπήρξαν ανυπέρβλητες δυσκολίες στην επικοινωνία με τους θεραπευόμενους και όταν έκαναν την εμφάνισή τους δυσεπλήρωτα προβλήματα, το περιστατικό αναλαμβάνονταν από τον υπεύθυνο ψυχίατρο της ΜΘΣ.

(ε) Κόστος μιας παραγωγικής ώρας στη ΜΘΣ

Οι υπολογισμοί που αφορούν στο ωριαίο κόστος κατέληξαν στο ποσό των 53 περίπου Ευρώ αν συνυπολογιστούν τα έσοδα και έξοδα της ΜΘΣ κατά το χρονικό διάστημα του υπό μελέτη έτους. Η παραγωγική ώρα αφορά κυρίως στις εκπαιδευτικές και κλινικές εργασίες της ΜΘΣ, αφού οι ερευνητικές δε στάθηκε δυνατό να συνεκτιμηθούν. Ακόμη, η εργασία των εθελοντών υπολογίστηκε ως δωρεά στο ΚΨΥ και δεν συμπεριλήφθηκε στο συνολικό κόστος.

Εξαιτίας της έλλειψης σύγκρισης με άλλα παραρτήματα του ΚΨΥ ή άλλες δημόσιες μονάδες, το παρόν εύρημα είναι περιορισμένης σημασίας, και δεν αποτελεί παρά μόνο μία ένδειξη για το είδος, την ποσότητα και ποιότητα των εργασιών που μπορούν να επιτευχθούν μέσα σε ένα χρόνο στη ΜΘΣ και τί κοστίζουν αυτές στο ΚΨΥ.

(στ) Ελλιπή δεδομένα

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών της ΜΘΣ περιλαμβάνει την πρόσβαση σε προσωπικά δεδομένα (απαντήσεις σε ερωτηματολόγια), σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις συγκεκριμένων ομάδων πληθυσμού (στη δική μας περίπτωση η μακροχρόνια παρακολούθηση όλων όσων αναζήτησαν θεραπεία στη ΜΘΣ κατά το χρονικό διάστημα ενός έτους). Χωρίς αυτά τα στοιχεία είναι ευνόητο ότι δεν μπορούν να υπάρξουν ενδείξεις για την ποιότητα παροχής των υπηρεσιών και τα όποια συμπεράσματα που εξάγονται μέσω της

παρατήρησης είναι σημαντικά, εφόσον συνοδεύονται από συστηματική και αντικειμενική συλλογή πληροφοριών και δεδομένων.

Η ΜΘΣ έχει καταγράψει τα δεδομένα που αφορούν στη λειτουργία της τα τελευταία 15 χρόνια (από την έναρξη δηλαδή των εργασιών της μέχρι τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης), τα έχει ταξινομήσει και εισάγει σε βάση δεδομένων για τη στατιστική τους επεξεργασία. Πρώτα αποτελέσματα έχουν ήδη ανακοινωθεί (Kasvikis, 2005) και φαίνεται πως τα ελλιπή στοιχεία συχνά ναρκοθετούν την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Σε αντίθεση με τη συλλογή στοιχείων κατά τη διάρκεια συνηθισμένης κλινικής λειτουργίας που υπέφεραν από ελλείψεις της τάξης του 30%, τα δεδομένα των ασθενών που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη συνέλεξαν προδρομικά και παρουσίασαν ελλείψεις που έφτασαν στο 3% στη λήξη της θεραπείας, στο 13% στην εξάμηνη παρακολούθηση και στο 23% στην ετήσια.

Κάποιοι ασθενείς βρήκαν κουραστική τη διαδικασία συμπλήρωσης ερωτηματολογίων, που πιθανά οφείλεται στο ότι οι έλληνες δεν είναι συνηθισμένοι να συμπληρώνουν φόρμες για ερευνητικούς σκοπούς. Σε έρευνα που διεξήχθη στην Αθήνα για τις ψυχολογικές συνέπειες του σεισμού (Livanou & συν., 2005) άλλωστε, το ποσοστό άρνησης συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων προσέγγισε το 33%, ποσοστό υψηλό σε σύγκριση με άλλες έρευνες.

Ιδιαίτερες δυσκολίες στην παρούσα μελέτη, σημειώθηκαν στις μακροχρόνιες αξιολογήσεις (εξάμηνη και ετήσια), στις οποίες όσοι ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους, μην έχοντας πια την ανάγκη του θεραπευτή τους, καθυστέρησαν την προσέλευσή τους στη ΜΘΣ και κάποιοι δεν ήρθαν ποτέ για την τυπική διαδικασία, ενώ όσοι αρνήθηκαν ή διέκοψαν τη θεραπεία τους δεν έβρισκαν ότι είχαν κάποιο λόγο να βοηθήσουν στην έρευνα, αφού οι ίδιοι δεν είχαν βοηθηθεί. Τα άτομα της δεύτερης ομάδας είχαν και υψηλότερο ποσοστό άρνησης συμπλήρωσης ερωτηματολογίων σε

σχέση με την πρώτη. Εξαιτίας αυτών των δυσκολιών, αλληπάλλληλα τηλεφωνήματα έγιναν για να βρεθεί η κατάλληλη μέρα και ώρα, ενώ σε πολλές περιπτώσεις έγιναν επισκέψεις κατ' οίκον από την αξιολογήτρια για να αποφευχθεί το ενδεχόμενο να χαθούν τα πολύτιμα στοιχεία. Παρόλα αυτά, σημειώνεται ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων συνεργάστηκαν με εξαιρετική προθυμία με την αξιολογήτρια και τα ποσοστά συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων κρίνονται ικανοποιητικά.

Η διαδικασία της συλλογής τέτοιας ποιότητας πληροφοριών, δεν είναι ακόμη εφικτή στην καθημερινή λειτουργία της ΜΘΣ, γιατί το βάρος δίνεται κυρίως στο κλινικό έργο. Επιπλέον, αν δεν υπάρχει ένα ερευνητικό πρωτόκολλο που να ελέγχει την απουσία δεδομένων, συχνά παραβλέπονται ή δεν προγραμματίζονται συναντήσεις για μακροχρόνιες αξιολογήσεις. Αποτέλεσμα είναι σημαντικές πληροφορίες να χάνονται και ενδιαφέροντα ερευνητικά ερωτήματα να μένουν αναπάντητα. Η μόνιμη ή περιστασιακή παρουσία μιας ερευνητικής γραμματέως θα επέτρεπε καλύτερη αξιοποίηση των πληροφοριών στην ΜΘΣ.

5.3 Γενικά συμπεράσματα και προτάσεις

(α) Λόγοι που συνηγορούν στη συνέχιση της λειτουργίας της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Άγχους και την εξέταση ίδρυσης νέων

Τα τελευταία χρόνια, εκτός από την αποδεδειγμένα υψηλή επίπτωση των ψυχικών διαταραχών, παρατηρείται μια αύξηση της συνολικής επιβάρυνσης που σημειώνεται παγκοσμίως από τις ψυχιατρικές διαταραχές που αναμένεται να φτάσει στο 15% της συνολικής επιβάρυνσης ασθενειών το 2020 και να είναι υπεύθυνο για το 31% όλων των χρόνων ζωής που χάνονται σε δυσλειτουργία. Για τους παραπάνω λόγους, όλο και μεγαλύτερα χρηματικά ποσά απορροφώνται από τους

προϋπολογισμούς των χωρών ανά τον κόσμο για την οργάνωση υπηρεσιών με στόχο την επιτυχή αντιμετώπιση αυτών των ασθενειών. Μεγάλο βάρος δίνεται στη χρηματοδότηση προγραμμάτων για την αντιμετώπιση της Σχιζοφρένειας και της Κατάθλιψης που έχουν βρεθεί να επιβαρύνουν σημαντικά τους πάσχοντες, τις οικογένειές τους και τα Εθνικά Συστήματα Υγείας γενικότερα (Thornicroft & Maingray, 2002).

Οι Διαταραχές Άγχους είναι μια άλλη ευρεία κατηγορία ψυχολογικών προβλημάτων, που πλήττουν όπως είδαμε μεγάλο μέρος του γενικού πληθυσμού με ποσοστά που ανέρχονται στο 25% για τη διά βίου εμφάνιση κάποιας από τις διαταραχές και στο 17% για ετήσια επίπτωση, σύμφωνα με πρόσφατη επιδημιολογική έρευνα που χρησιμοποίησε τυχαίο δείγμα και ικανοποιητική μεθοδολογία (Kessler & συν., 1994). Οι ερευνητές αναφέρουν ότι αυτά τα ποσοστά είναι σημαντικά υψηλότερα από ότι πιστευόταν στο παρελθόν. Στην Ελλάδα, τα ποσοστά επίπτωσης των Διαταραχών άγχους είναι παρόμοια με τις διεθνείς μελέτες (Μαυρέας, & συν., 1989).

Εκτός από την υψηλή επίπτωση αυτής της ομάδας των διαταραχών, όλο και περισσότερα στοιχεία έρχονται στο φως σχετικά με το οικονομικό και κοινωνικό κόστος τους, που φαίνεται να είναι συγκρίσιμο με τα αντίστοιχα άλλων δυσλειτουργικών ασθενειών όπως η Σχιζοφρένεια και η Κατάθλιψη (Greenberg & συν., 1999; Rice & Miller, 1998). Επιπλέον, παρά τον αυξανόμενο αριθμό μελετών τα τελευταία 15 χρόνια για το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών με Διαταραχές Άγχους, η εξέταση της ποιότητας ζωής είναι σε εμβρυϊκή φάση. Παρόλ'αυτά οι έρευνες που μέχρι πρότινος έχουν δημοσιευτεί, σχεδόν ομόφωνα διαγράφουν μια εικόνα για τις αγχώδεις διαταραχές ως ασθένειες που περιορίζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα σε σημαντικούς τομείς.

Δύο συνιστώσες φαίνεται να συμβάλλουν στο αυξημένο κόστος των Διαταραχών Άγχους. Αρχικά, λόγω του ότι η φαινομενολογία τους χαρακτηρίζεται από πλειάδα σωματικών συμπτωμάτων, οι πάσχοντες οδηγούνται στην αναζήτηση πρωτίτως ιατρικής βοήθειας για την αποθεραπεία τους, όπως φαίνεται από το παράδειγμα της Διαταραχής Πανικού και της Μετατραυματικής Διαταραχής άγχους (Lepine, 2002, Leon & συν., 1995). Σ' ένα δεύτερο επίπεδο, η αποτυχία των θεραπόντων – γενικών ιατρών να αναγνωρίσουν τις διαταραχές αυτές, έχει ως αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να μη λαμβάνουν θεραπεία για τα προβλήματά τους ή στην καλύτερη περίπτωση η θεραπεία που παίρνουν να μην είναι η ενδεδειγμένη, όπως για παράδειγμα η χορήγηση νευροληπτικών ή βοτάνων (Bandelow & συν., 1995).

Αυτά τα διεθνή δεδομένα, ελλείψει εγχώριων μελετών, θα ήταν σκόπιμο να μεταφραστούν σε πιο ορθή διαχείριση της δημόσιας φροντίδας υγείας για την ομάδα των πασχόντων από Διαταραχές Άγχους. Τέλος, μελέτες αποτελεσματικότητας συγκεκριμένων παρεμβάσεων που εμπεριέχουν και δείκτες ποιότητας ζωής θα συμβάλλουν στην ενημέρωσή μας σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ήδη υπαρχόντων θεραπειών με στόχο τη μείωση του βάρους ασθένειας που αποδίδεται σ' αυτές τις διαταραχές (Mendlowicz & Stein, 2000).

Είναι ασφαλές να συμπεράνουμε ότι οι Διαταραχές Άγχους είναι συχνές αρρώστιες στην Ελλάδα, δεν διαγιγνώσκονται επαρκώς και δεν προσφέρεται η κατάλληλη θεραπεία με συνακόλουθο σημαντικό προσωπικό και οικονομικό κόστος για τους πάσχοντες, αλλά και σημαντική επιβάρυνση για το σύνολο της κοινότητας. Τα φαινόμενα της πολυφαρμακείας και των πολλαπλών άχρηστων και ακριβών διαγνωστικών εξετάσεων δεν είναι ασύνδετα με την πλημμελή διάγνωση και θεραπευτική διαχείριση των Διαταραχών Άγχους. Επομένως, είναι απαραίτητο η

κοινότητα να επιλέξει ανάμεσα στις διαφορετικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, και το κριτήριο αυτής της επιλογής είναι η παροχή της περισσότερο αποτελεσματικής θεραπείας με το λιγότερο κόστος, έτσι ώστε να επιτευχθεί η μεγαλύτερη δυνατή μείωση του πόνου και της χαμηλής ποιότητας ζωής αυτών των ασθενών (Croft – Jeffreys & Wilkinson, 1989).

Τα κλινικά αποτελέσματα της ΜΘΣ υποδεικνύουν ότι η λειτουργία της, δηλαδή η παροχή Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Άγχους μπορούν να ανακουφίσουν την πλειονότητα των πασχόντων από την υποκειμενική δυσφορία των συμπτωμάτων τους και την κοινότητα από το αυξημένο κόστος, που επιφέρουν οι αθεράπευτες Διαταραχές Άγχους.

(β) Προτάσεις για βελτίωση υπηρεσιών και μεγαλύτερη εξυπηρέτηση πασχόντων

Σύμφωνα με τα παραπάνω, μέρος του κόστους μπορεί να αποφευχθεί με έγκαιρη αναγνώριση και διάγνωση των διαταραχών, έτσι ώστε να μην συνεχίζουν οι ασθενείς να καταφεύγουν επανειλημμένως στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και να υπόκεινται σε ακριβές ιατρικές εξετάσεις χωρίς ουσιαστικά να επέρχεται λύση στα αρχικά τους προβλήματα (Salvador-Carulla & συν., 1995). Συνεπώς, ένα πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση αυτών των ψυχολογικών προβλημάτων συνιστά η ψυχοεκπαίδευση των ιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καρδιολόγων, νευρολόγων ή άλλων ειδικών (π.χ. κοινωνικών λειτουργών που έρχονται σε επαφή με ευαίσθητες ομάδες πληθυσμού π.χ. μετανάστες) από ειδικευμένους επιστήμονες σε διαγνωστικά θέματα. Εναλλακτικά, προτείνεται η χρήση σύντομων αυτοσυμπληρούμενων διαγνωστικών εργαλείων στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή στους χώρους υποδοχής επείγοντων περιστατικών στα νοσοκομεία.

Σε ότι αφορά την εκπαίδευση στην Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς, μιλώντας για την ψυχολογία ειδικότερα, κάποιος που θέλει να ειδικευτεί στη συγκεκριμένη ψυχοθεραπεία αφού ολοκληρώσει τις βασικές σπουδές, αναγκάζεται να στραφεί σε ιδιωτικά εκπαιδευτήρια με αμφίβολης ποιότητας αποτελέσματα. Με ελάχιστες εξαιρέσεις η εκπαίδευση εκεί δεν ακολουθεί γενικώς αποδεκτά κριτήρια και δεν υπάρχουν ακόμη συγκεκριμένες προδιαγραφές των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Δεδομένου ότι τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται μια διεθνής τάση μεταφοράς της φροντίδας της υγείας από το νοσοκομείο στην κοινότητα, είναι ευνόητο ότι συνεπάγεται μια ουσιαστική αλλαγή στη νοοτροπία της διαχείρισης των ασθενών που έχουν ανάγκη ιατρικής φροντίδας. Στην πράξη σημαίνει ότι πολλά προβλήματα που παρουσιάζει ο γενικός πληθυσμός μπορούν να αντιμετωπιστούν από τους γενικούς ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, υπό την προϋπόθεση βέβαια ότι η πολιτεία έχει μεριμνήσει για την οργάνωση ενός συστήματος δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Ποταμιάνος, 2000). Ο ρόλος του κλινικού ψυχολόγου στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μπορεί να αποδειχθεί σημαντικός στην μείωση του κόστους των ασθενειών αυτών. Στην Αγγλία για παράδειγμα σε αντίθεση με ότι συμβαίνει στην Ελλάδα οι κλινικοί ψυχολόγοι απορροφώνται από το εθνικό σύστημα υγείας στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (Ποταμιάνος, 2000).

Ενθαρρυντικά αποτελέσματα έχουν προκύψει από έρευνες άμεσης παρέμβασης στα επείγοντα περιστατικά των νοσοκομείων, των οποίων τα ψυχιατρικά περιστατικά που δέχονται είναι συχνά ασθενείς με κρίσεις πανικού. Είναι γνωστό στους θεράποντες ότι τουλάχιστον στο παράδειγμα της διαταραχής πανικού, έχουν προηγηθεί επαναλαμβανόμενες επισκέψεις των ασθενών στα επείγοντα περιστατικά εφημερευόντων νοσοκομείων, στα οποία η συνήθης αντιμετώπιση είναι η χορήγηση ηρεμιστικών για την άμεση ύφεση των συμπτωμάτων. Η παραπάνω παρέμβαση χωρίς

την αντίστοιχη ενημέρωση για το τί είναι αυτό που του συμβαίνει, ανακουφίζει βραχυπρόθεσμα, αλλά μακροπρόθεσμα σε πολλούς αρρώστους ανακυκλώνει την ανασφάλεια και το φόβο για ενδεχόμενη κρίση στο μέλλον και τονίζει την ανάγκη κάλυψής τους από φαρμακευτική αγωγή.

Όταν ελέγχθηκε η μία και μοναδική συνεδρία οδηγιών έκθεσης σ' αυτούς και εξήγησης της κατάστασης τους, σε σύγκριση με άλλους που απλώς δέχτηκαν διαβεβαιώσεις από τους θεράποντες ότι δεν υποφέρουν από κάτι σημαντικό, η πρώτη ομάδα ήταν σημαντικά βελτιωμένη στην επανεξέταση σε σχέση με τη δεύτερη (Swinson & συν., 1992). Το παραπάνω εύρημα υποδεικνύει ότι ένας μεγάλος αριθμός ατόμων θα μπορούσε να βοηθηθεί αποτελεσματικά με την πρώτη εμφάνιση συμπτωμάτων, χωρίς να χρειάζεται να λάβει επιπλέον ψυχολογική θεραπεία, αν και εφόσον οι γιατροί που υποδέχονται αυτούς τους ασθενείς έχουν επαρκείς γνώσεις διάγνωσης και είναι μυημένοι στη λογική της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς.

Στην Ελλάδα το θέμα της εκπαίδευσης στην αναγνώριση των ενδεχόμενων ψυχιατρικών διαταραχών από τους επαγγελματίες που εργάζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, αποδεικνύεται κομβικό αφού τα ποσοστά αναγνωρισιμότητας ψυχικών νόσων από τους έλληνες ιατρούς φτάνει μόλις το 1/3 του αντίστοιχου χειρότερου ποσοστού των Άγγλων συναδέλφων τους (Boardman & συν., 1992), εύρημα με σημαντικές προεκτάσεις στην ποιότητα της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης των γιατρών μας.

Το 1983-84 πραγματοποιήθηκε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για να διδαχθούν όλοι οι γενικοί ιατροί μιας μεγάλης περιοχής της Σουηδίας να αναγνωρίζουν και να θεραπεύουν τις καταθλιπτικές διαταραχές, δεδομένης της αυξημένης χρήσης πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και σ' αυτή την ομάδα ψυχολογικών προβλημάτων. Μετά το τέλος του εκπαιδευτικού προγράμματος,

αξιολογήθηκαν τα αποτελέσματά του (με ανάλυση κόστους – ωφέλειας), για το χρονικό διάστημα τριών ετών και παρατηρήθηκε μείωση των αδειών ασθενείας και χρήσης ψυχιατρικών υπηρεσιών, ενώ παράλληλα σημειώθηκε αλλαγή στη φαρμακοθεραπεία προς τη σωστή κατεύθυνση για την αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών, με αύξηση στη χορήγηση των αντικαταθλιπτικών και μείωση στην κατανάλωση ημερήσιας και νυχτερινής χρήσης ηρεμιστικών (Rutz & συν., 1992).

Σε ότι αφορά το οικονομικό κομμάτι της εν λόγω μελέτης, υπολογίστηκε ότι 369.000 σουηδικές κορώνες που στοίχισε, αντιστοιχίστηκε με συνολική οικονομία 155 εκατομμυρίων που θα ξοδεύονταν αν δεν είχε πραγματοποιηθεί η παραπάνω εκπαιδευτική διαδικασία. Οι ερευνητές καταλήγουν στο ότι τέτοιου είδους προγράμματα είναι σκόπιμο να επαναλαμβάνονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα (π.χ. κάθε τρία χρόνια) και προτείνουν την εφαρμογή τους και στις αγχώδεις διαταραχές που είναι συγκρίσιμες με τις διαταραχές συναισθήματος σε περίπτωση, βαθμό υποκειμενικής δυσφορίας και θνησιμότητας (αυτοκτονίες) (Rutz & συν., 1992).

Η ΜΘΣ διαθέτει εκπαιδευτική ομάδα που τα τελευταία 15 χρόνια διοργανώνει εκπαιδευτικά σεμινάρια εισαγωγής στην εφαρμογή της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς που απευθύνονται κυρίως σε φοιτητές ψυχιατρικής και ψυχολογίας. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην αντιμετώπιση των Διαταραχών Άγχους. Παρόμοια εκπαιδευτικά σεμινάρια θα μπορούσαν να διενεργηθούν σε επαγγελματίες υγείας (σε χώρους όπως γενικά νοσοκομεία, εξωτερικά ιατρεία κ.λ.π.), δεδομένου ότι το εκπαιδευτικό υλικό είναι έτοιμο και αναπροσαρμόζεται συνεχώς.

Εκτός από την ευαισθητοποίηση των γενικών ιατρών φαίνεται επιβεβλημένη η ανάγκη να υπάρξει περισσότερο ειδική εκπαίδευση των ψυχιάτρων και ψυχολόγων για το ποιες είναι οι θεραπείες επιλογής για τις Διαταραχές Άγχους, σύμφωνα με τα

ευρήματα σωστά σχεδιασμένων διεθνών ερευνών. Υπάρχει πληθώρα ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων (450 καταγεγραμμένες – Richardson, 1997), εκ των οποίων λίγες είναι αυτές που έχουν αποδείξει τη χρησιμότητα στην αντιμετώπιση των Διαταραχών Άγχους. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με μεταναλυτικές μελέτες η Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς, και ο εμπλουτισμός της με γνωσιακές τεχνικές ή τεχνικές για τη διαχείριση άγχους είναι οι παρεμβάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν ασφαλώς στη θεραπεία (Roth & Fonagy, 1996). Μη αξιολογημένες ή αναποτελεσματικές προσεγγίσεις είναι δύσκολο να δικαιολογηθούν και δεδομένου ότι η χρήση υπολογιστών διευκολύνει τις αναλύσεις που χρειάζονται για να γίνουν εκτιμήσεις αποτελέσματος και κόστους των ψυχοθεραπειών, είναι καιρός τα εθνικά συστήματα υγείας να διαθέτουν ορθώς τους πόρους που προορίζονται για ψυχοθεραπεία (Marks, 1994).

Η ευαισθητοποίηση θα ήταν χρήσιμο να ξεκινήσει από τους χώρους του πανεπιστημίου, πριν ακόμη οι φοιτητές επιλέξουν ψυχοθεραπευτική κατεύθυνση. Είναι σημαντικό να τονίζεται από τους διδάσκοντες ότι η επιλογή αυτή δεν είναι σκόπιμο να στηρίζεται σε κριτήρια προσωπικής αισθητικής, αλλά σε συγκεκριμένες αποδείξεις αποτελεσματικότητας μιας ή περισσότερων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Το ίδιο ισχύει και σε επόμενο επίπεδο για τους σχεδιαστές των προγραμμάτων παροχής υπηρεσιών ψυχιατρικού τύπου στο εθνικό σύστημα υγείας. Μια αποτελεσματική θεραπεία οφείλει να βασίζεται σε πειραματικά αποδεδειγμένη θεωρητική βάση, να έχει δοκιμαστεί σε ελεγχόμενες κλινικές μελέτες τυχαίας κατανομής (αν είναι δυνατόν διπλά τυφλές πειραματικές συνθήκες), να μπορεί να αναπαραχθεί από άλλους και να οδηγεί σε μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Τέλος, ευαισθητοποίηση είναι χρήσιμη και σε ένα ευρύτερο επίπεδο μέσω ΜΜΕ (τηλεόραση, διαδίκτυο, περιοδικά και εφημερίδες), τόσο για τους ίδιους τους

πάσχοντες όσο και για τους ειδικούς παροχής ψυχοθεραπευτικών υπηρεσιών, με στόχο τη συνεχιζόμενη ενημέρωση των πασχόντων και των οικογενειών τους, αλλά και των επαγγελματιών που θα τους χειριστούν θεραπευτικά.

Εκτός από την εφαρμογή της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς σε ήδη διαμορφωμένες διαταραχές, τα τελευταία χρόνια δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα και στην πρόληψη διαφόρων διαταραχών. Είναι γενικά αποδεκτό ότι η **πρόληψη** συνιστά σε πολλές περιπτώσεις έναν αποτελεσματικότερο τρόπο αντιμετώπισης ορισμένων ασθeneιών από ότι η θεραπεία. Ο στόχος της πρωτοβάθμιας πρόληψης των ψυχικών διαταραχών είναι η προσπάθεια μείωσης της εμφάνισης νέων περιστατικών σε ένα δεδομένο πληθυσμό και απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό ή σε πληθυσμιακές ομάδες με ιδιαιτερότητες (π.χ. μετανάστες). (Ποταμιάνος, 2000).

Η πρόληψη είναι ιδιαίτερα σημαντικό να έχει προηγηθεί καταστάσεων κρίσεων όπως μεγάλες φυσικές καταστροφές π.χ. σεισμοί. Τα ποσοστά των νοσούντων από Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους μετά από φυσικές καταστροφές είναι τόσο μεγάλα που οποιοσδήποτε τρόπος ελαχιστοποίησης της βλάβης είναι ευπρόσδεκτος. Σε έρευνα μετά τον μεγάλο σεισμό της Τουρκίας το 1999 βρέθηκε ότι 23% των ατόμων που ζούσαν κοντά στο επίκεντρο του σεισμού νοσούσαν από ΜΔΑ (Başoğlu & συν., 2004). Προτείνεται λοιπόν από τους συγγραφείς, ότι ανάπτυξη τρόπων πρόληψης της Μετατραυματικής διαταραχής άγχους και κατάθλιψης μετά από σεισμό, όπως η χρήση εξομοιωτών σεισμικών δονήσεων για την εξοικείωση του πληθυσμού με τις δονήσεις και την εκπαίδευσή τους να αντιδρούν περισσότερο ψύχραιμα στην περίπτωση σεισμού.

(γ) Ανάγκη για επέκταση της έρευνας

Η ΜΘΣ είναι παράρτημα του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών. Το βασιλικό διάταγμα (αριθμός 146) που εκδόθηκε το 1964 και ενέκρινε τη σύσταση του ανωτέρω ιδρύματος, όρισε σαφώς τον σκοπό του, ο οποίος αναφέρεται ότι είναι: «η έρευνα των προβλημάτων της Ψυχικής Υγιεινής και διάδοσις των αρχών ταύτης, επί τη βάσει μεθόδων προσηρμοσμένων προς τας ελληνικάς συνθήκας» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, αρ. Φύλλου 58, τεύχος πρώτον, 8 Απριλίου 1964).

Παρόλ' αυτά, η κλινική εργασία απορροφά το μεγαλύτερο μέρος της επένδυσης χρόνου και πόρων στη ΜΘΣ, ενώ η έρευνα διενεργείται κυρίως ως πάρεργο. Είναι κατανοητό ότι αυτό το χαρακτηριστικό δεν ταιριάζει στη φυσιολογία της ευρύτερης δομής στην οποία ανήκει από καταβολής της. Συνεπώς, θα έπρεπε πιθανά να δοθεί περισσότερη βαρύτητα στην ανάπτυξη του ερευνητικού τομέα που υπολειπεται κυρίως λόγω έλλειψης απασχόλησης εξειδικευμένου προσωπικού. Οι παρούσες ερευνητικές προσπάθειες της ΜΘΣ πραγματοποιούνται από τους εθελοντές, οι οποίοι έχουν συγκροτήσει μια ερευνητική ομάδα με επαρκή ερευνητική εκπαίδευση για το σχεδιασμό απαραίτητων για το χώρο της ψυχικής υγείας μελετών. Εξάλλου, η συνεχής συνεργασία της ΜΘΣ με ερευνητές του Ινστιτούτου Ψυχιατρικής του Λονδίνου, που επισφραγίστηκε με τη δημοσίευση μιας ερευνητικής εργασίας και την υποβολή δεύτερης μέσα σε 2 χρόνια (Livanou & συν., 2005; Livanou & συν., *υπεβλήθη*), αποτελούν εχέγγυα της ποιότητας των ερευνητικών πεπραγμένων από την προαναφερθείσα ομάδα.

Πρωταρχικής σημασίας κρίνεται η στάθμιση ειδικών ψυχομετρικών εργαλείων στην ελληνική γλώσσα που χρησιμοποιούνται ευρέως στη διεθνή βιβλιογραφία. Ελληνικές εκδόσεις των κύριων ψυχομετρικών εργαλείων που χρησιμοποιούνται διεθνώς για τη διάγνωση της κοινωνικής φοβίας, και συγκεκριμένα

τα Fear Survey Schedules έχουν ήδη ελεγχθεί ως προς την αξιοπιστία και την παραγοντική δομή τους (Mellon, 2000, Mellon & συν., 2004). Εκτός από την προσφορά τους στη συγκεκριμένη διάγνωση της κοινωνικής φοβίας σε διεθνείς έρευνες (Beck & συν., 1998, Weems & συν., 1999), τα ερωτηματολόγια φόβων είναι και τα βασικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται διεθνώς για την κατασκευή θεραπευτικών ιεραρχιών. Εκτός από μελέτες αξιοπιστίας, η έρευνα οφείλει να στοχεύσει και στην εξέταση εγκυρότητας ερωτηματολογίων για όλες τις Διαταραχές Άγχους, έτσι ώστε να υπάρχουν άρτια σταθμισμένα ψυχομετρικά εργαλεία στην ελληνική γλώσσα, με στόχο την έγκυρη αναγνώριση των ΔΑ από τους κλινικούς.

Εξάλλου, η στάθμιση τέτοιων εργαλείων θα βοηθήσει στη διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών και μελετών που κρίνουν την αποτελεσματικότητα συγκεκριμένων θεραπειών σε ομάδες ψυχιατρικών διαταραχών. Μ' αυτό τον τρόπο, ενισχύεται η επικράτηση μιας λογικής αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών τόσο από πλευράς αποτελεσματικότητας της δεδομένης παρέμβασης όσο και οικονομίας, ειδικά όταν αναφερόμαστε στην παροχή υπηρεσιών που αφορούν το εθνικό σύστημα υγείας, για την ορθότερη επιλογή μεταξύ εναλλακτικών προγραμμάτων.

Η αξιολόγηση στόχο έχει να κρίνει το αν μια παρέμβαση δικαιολογεί την ύπαρξή της διατηρώντας ισορροπία μεταξύ αποτελεσματικότητας και οικονομίας, δηλαδή δεν πρέπει να είναι αποτελεσματική και υπέρογκα ακριβή ούτε φτηνή και αναποτελεσματική. Ταυτόχρονα, αναζητώνται πιθανοί τρόποι βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών για τη μεγαλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα. Στη διεθνή βιβλιογραφία τέτοιες έρευνες για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Άγχους στη βάση οικονομικών κριτηρίων είναι λιγοστές, ενώ στην ελληνική πραγματικότητα ανύπαρκτες.

Πολλοί λόγοι ενοχοποιούνται για την απουσία τέτοιων ερευνών. Ένας πρώτος είναι ότι απαιτούν εξειδικευμένη γνώση που αφορά στη μεθοδολογία και την εφαρμογή των κατάλληλων στατιστικών αναλύσεων. Δεύτερος λόγος είναι ότι χρειάζεται η συνεργασία διαφόρων υπηρεσιών για την πληρότητα των απαραίτητων πληροφοριών, δεδομένου ότι για να γίνουν απαιτείται η πρόσβαση σε πληροφορίες όπως άδειες ασθενοίας, χαμένες ώρες εργασίας ενώ βρίσκονται οι ασθενείς στο περιβάλλον εργασίας, κόστος ιατρικών και φαρμακευτικών θεραπειών που προηγήθηκαν κ.λ.π. Τέλος, η έρευνα μπορεί να είναι μια θελκτική διαδικασία, ειδικά όταν συνοδεύεται από δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων, αλλά απαιτεί από τους συμμετέχοντες ατέλειωτες ώρες δουλειάς που σπάνια αμείβονται επαρκώς αν όχι καθόλου στην Ελλάδα και έτσι λίγοι είναι αυτοί που είναι διατεθειμένοι να την ακολουθήσουν (Κυριόπουλος, 2002, Ποταμιάνος, 2000).

5.4 Περιορισμοί της παρούσας μελέτης

Ο σημαντικότερος περιορισμός της παρούσας μελέτης αφορά στην απουσία σύγκρισης παρόμοιας με τη ΜΘΣ δομής, μέσα στα πλαίσια τυχαιοποιημένης κλινικής δοκιμασίας. Γι' αυτό το λόγο επιλέχθηκε ως εναλλακτική λύση η μακρόχρονη παρακολούθηση των ανθρώπων που αρνήθηκαν ή διέκοψαν τη θεραπεία τους, για να υπάρχει μια ομάδα σύγκρισης με τους ασθενείς που τελικά ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους. Η εξέταση διαφορετικών ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων (π.χ. αμιγούς γνωσιακής ψυχοθεραπείας με Ψυχοθεραπεία Συμπεριφοράς) σε μονάδες δημόσιας περίθαλψης, θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο μιας ενδιαφέρουσας, νέας έρευνας.

Ακόμη, το μέγεθος του δείγματος θέτει εμπόδια στην εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων χρησιμοποιώντας περισσότερο εκλεπτυσμένες στατιστικές

αναλύσεις που απαιτούν μεγάλα δείγματα (π.χ. ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης). Μεγαλύτερο δείγμα θα έδινε τη δυνατότητα μιας αναλυτικότερης περιγραφής στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των πασχόντων και στην αποτελεσματικότητα της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς σε κάθε μια από τις Διαταραχές Άγχους ξεχωριστά. Απαιτείται λοιπόν, επαλήθευση των αποτελεσμάτων στη βάση νέων μελετών, πιθανώς σε άλλες μονάδες. Παρόλ'αυτά ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η φωτογράφιση των εργασιών της ΜΘΣ στο χρονικό διάστημα του ενός έτους, επομένως μεγαλύτερο δείγμα θα ήταν ευπρόσδεκτο, αλλά η προσέλευση των ασθενών στη ΜΘΣ ετησίως είναι δεδομένη. Επόμενες έρευνες που θα στοχεύουν σε περισσότερο λεπτομερή ερευνητικά ερωτήματα αναμένονται και έχουν ήδη αρχίσει να πραγματοποιούνται στη ΜΘΣ.

Σε ότι αφορά την ανάλυση του κόστους, τα δεδομένα θα μπορούσαν να θεωρηθούν απλοϊκά, δεδομένου ότι δεν περιλαμβάνονται μεταβλητές που μετρούν το άμεσο και έμμεσο κόστος της ασθένειας και της παρέμβασης που δόθηκε. Οι περιορισμένοι πόροι σε ανθρώπινο δυναμικό και τεχνογνωσία δεν επέτρεψαν πιο πολύπλοκο σχεδιασμό, που ελπίζουμε να διενεργηθούν στο μέλλον. Οποιαδήποτε μελέτη κόστους-αποτελεσματικότητας ή κόστους-ωφέλειας στο χώρο της ψυχικής υγείας, θα ήταν πρωτοποριακή για τα ελληνικά δεδομένα. Τα αποτελέσματα του κόστους λειτουργίας της ΜΘΣ αφορούν κυρίως τη διοίκηση του ΚΨΥ και τις χρηματοδοτικές πηγές, και πιθανά σε επόμενο στάδιο να επιτευχθεί σύγκριση με άλλα παραρτήματα ή παρόμοιες υπηρεσίες εκτός ΚΨΥ.

Κλείνοντας, οφείλουμε να υπενθυμίσουμε ότι κανένα είδος ψυχοθεραπείας δεν αποτελεί πανάκεια για κάποιο πρόβλημα και ακόμη και οι πιο αποτελεσματικές ψυχοθεραπείες δε δουλεύουν με κάθε ασθενή. Η έρευνα μάς βοηθά περισσότερο να θέτουμε όλο και περισσότερο ειδικευμένες ερωτήσεις, παρά να δώσουμε

καθοριστικές απαντήσεις. Επομένως, σκοπός είναι να τίθενται κάθε φορά ερωτήσεις που μπορούν σε επόμενο στάδιο και από άλλους ερευνητές να απαντηθούν με διαφορετικό τρόπο, αρτιότερο μεθοδολογικά και πειστικότερο στην εξαγωγή συμπερασμάτων. Αυτός είναι ο περιορισμός, αλλά ταυτόχρονα και η πρόκληση για τη διενέργεια οποιασδήποτε ερευνητικής προσπάθειας.

5.5 Σύνοψη συμπερασμάτων και προτάσεων

1. Εξασφάλιση επαρκούς αναγνώρισης των Διαταραχών Άγχους από γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
2. Προβολή της Ψυχοθεραπείας Συμπεριφοράς ως θεραπείας επιλογής για τις Διαταραχές Άγχους στους ψυχιάτρους και ψυχολόγους που επιλέγουν ψυχοθεραπευτική κατεύθυνση.
3. Διαφήμιση των υπηρεσιών της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς (ΜΘΣ) (τύπος, τηλεόραση, διαδίκτυο) και ευαισθητοποίηση του κοινού για την ύπαρξη συγκεκριμένης ψυχοθεραπείας για την αντιμετώπιση των αγχώδων διαταραχών.
4. Ανάπτυξη των εργασιών της ΜΘΣ με εμπλουτισμό του κλινικού έργου με ερευνητικό, και διενέργεια ελέγχου της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων και της παροχής υπηρεσιών.
5. Βελτίωση των υπηρεσιών της ΜΘΣ με ορθότερη επιλογή των ασθενών ώστε να υπάρχει μικρότερος χρόνος αναμονής για τους πάσχοντες, και εξέταση βελτίωσης της διαδικασίας εισαγωγής στη θεραπεία π.χ. με τη διενέργεια κλινικών αξιολογήσεων βασισμένων σε δομημένες συνεντεύξεις
6. Εισαγωγή νέων υπηρεσιών στη ΜΘΣ, όπως ομαδικές ψυχοθεραπείες (π.χ. στο παράδειγμα της κοινωνικής φοβίας) ή ανάπτυξη προγραμμάτων θεραπείας

στο σπίτι για τους πάσχοντες που δεν μπορούν να μεταβούν στη ΜΘΣ
• εξαιτίας της ασθένειάς τους (π.χ. περιορισμένοι στο σπίτι Αγοραφοβικοί)

7. Ανάπτυξη προγραμμάτων αυτο-βοήθειας (με βιβλία, κασέτες ήχου και βίντεο και ηλεκτρονικούς υπολογιστές) για αντιμετώπιση μεγαλύτερου αριθμού πασχόντων.

Βιβλιογραφία

1. Αγγελόπουλος Ν., Μανωλέσος Γ. & Λιάκος Α. (1987) Ψυχιατρική κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο (Εμπειρίες από τη λειτουργία του θεσμού στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων). Εγκέφαλος, 24, 154-158.
2. Adler D. & Price J.H. (1985) Relation of Agoraphobics Health Locus of Control orientation to severity of Agoraphobia. Psychological Reports, 56, 619-625.
3. Alevizos B., Lykouras E. & Stefanis CN. (1984) Psychotropic drugs in prescriptions of different specialities. Iatriki, 46, 280-285.
4. Al-Kubaisy T, Marks IM, Logsdail S, Marks MP et al. (1992) Role of exposure homework in phobia reduction: A controlled study. Behavior Therapy, 23(4), 599-621.
5. American Psychiatric Association (1968) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed). Washington, DC: APA.
6. American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed). Washington, DC: APA.
7. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^a ed.). Washington, DC: APA.
8. American Psychological Association (2002) Criteria for evaluating treatment guidelines, American Psychologist, 57, 1052-1059.
9. Angermeyer MC. & Matschinger H. (1996) Public attitudes towards psychiatric treatment. Acta Psychiatrica Scandinavica, 94, 326-336.
10. Axelrod S. & Wetzler S. (1989) Factors associated with better compliance with psychiatric aftercare. Hospital and Community Psychiatry, 40, 397-401.

11. Bakker A., Van Balkom AJLM., Spinhoven P., Blaauw BMJW. & van Dyck R. (1998) Follow up on the treatment of panic disorder with and without agoraphobia: a quantitative review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 414-419.
12. Bandelow B., Sievert K., Rothemeyer M., Hajak G. & Ruther E. (1995) What treatment do patients with panic disorder and agoraphobia get? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245, 165-171.
13. Bandura A. (1969) Modelling approaches to the modification of phobic disorders. *International Psychiatry Clin.*, 6, 201-223.
14. Bandura A., Blahard EB. & Ritter B. (1969) Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective and attitudinal changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 173-199.
15. Bandura A. (1977). *Social learning theory*. Prenticer-Hall Inc., Englewood Cliffs, N.J.
16. Bandura A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
17. Barlow DJ. & Lehmann CL. (1996) Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders. Implications for national health care. *Archives of General Psychiatry*, 53 (8), 727-735.
18. Barlow DH & Mark Durand V. (2001) *Ψυχολογία και παθολογική συμπεριφορά. Μια συνθετική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση*. Ελλην, Αθήνα.
19. Barchas JD., Berger PA., Cianarello RD. & Elliot G. (1977) *Psychopharmacology : From theory to practice*. Oxford University Press.

20. Başoğlu M., Marks I.M., Kilic C., Brewin C. & Swinson R. (1994). Alprazolam and Exposure for panic disorder with agoraphobia. Attribution of improvement to medication predicts subsequent relapse. *British Journal of Psychiatry*, 164, 652-659.
21. Başoğlu, M., Livanou, M., Şalcioğlu, E., Kalender, D. (2003a) A brief behavioural treatment of chronic posttraumatic stress disorder in earthquake survivors: Results from an open clinical trial. *Psychological Medicine*, 33, 647-654.
22. Başoğlu, M., Livanou, M., Şalcioğlu, E. (2003b). A single session with an earthquake simulator for traumatic stress in earthquake survivors. *American Journal of Psychiatry*, 160, 788-790.
23. Başoğlu, M., Kilic C., Şalcioğlu, E. & Livanou, M., (2004) Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey : An epidemiological study. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 133-141.
24. Başoğlu M., Şalcioğlu E., Livanou M., Kalender D., Acar G. (2005) A single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder: A randomised waitlist controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 1-11.
25. Beck A.T. & Beamesderfer A. (1974). Assessment of depression: The Depression Inventory. In : P. Pichot (eds), *Psychological measurements in Psychopharmacology* (Vol 7) Basel: S. Karger 1974.
26. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

27. Beck JG., Carmin CN & Henninger NL. (1998). The utility of the fear Survey schedule III : An extended replication. *Journal of Anxiety disorders*, 12, 177-192.
28. Βλαχάκη Ε. (1999) Το Κ.Ψ.Υ. ως πρώτη εστία ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα και οι μεταμορφώσεις του μέσω των διαφορετικών πολιτικών επιλογών για την ψυχική υγεία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 66, 99-101.
29. Boardman AP. (1987). The General Health Questionnaire and the detection of emotional disorder by general practitioners. *British Journal of Psychiatry*, 151, 373-381.
30. Boardman AP., Bilanakis N., Zouni M. & Bouras N. (1992) The detection of psychiatric cases by Greek physicians : Report on a study carried out in a Greek Primary Care Setting. *International Journal of Social Psychiatry*, 38, 235-241.
31. Bouchard S., Gauthier JL., Laberge B., French D., Pelletier MH. & Godbout C. (1995) Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 213-224.
32. Brady KT. & Lydiard RB. (1993) The association of alcoholism and anxiety. *Psychiatric Quarterly*, 64, 135-149.
33. Bridges KW. & Goldberg DP. (1985) Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 563-570.
34. Brandley B.P., Gossop M., Brewin C.R. et al. (1992). Attributions and relapse in opiate addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 470-472.
35. Broadbeck C. & Michelson L. (1987). Problem solving skills and attributional styles of agoraphobics. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 593-610.

36. Burgess M., Gill M. & Marks IM. (1998) Postal self-exposure treatment of recurrent nightmares : randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 172, 257-262.
37. Burke M., Drummond LM. & Johnston DW. (1997) Treatment choice for agoraphobic women: exposure of cognitive-behaviour therapy? *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
38. Butler G., Fennell M., Robson P. & Gelder M. (1991) Comparison of Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 161-175.
39. Centorino F., Herman MA., Drago-Ferrante G., Rendall M., Apicella A., Langar G. & Baldessarini RJ. (2001) Factors associated with noncompliance with psychiatric outpatient visits. *Psychiatric Services*, 52, 378-380.
40. Chambless DL. & Gillis MM. (1993) Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
41. Christensen H., Hadzi P., Andrews G. & Mattick R. (1987) Behavior therapy and tricyclic medication for the treatment of obsessive-compulsive disorder : A quantitative review .*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 701-711.
42. Γιαννίτσας, Ν. (1989). Ενδο-προσωπικός και εξω-προσωπικός έλεγχος. Παιδαγωγική και Ψυχολογική Εγκυκλοπαιδεία-Λεξικό, 4(1882). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
43. Clark DM., Salkovskis PM., Hackmann A., Middleton H., Anastasiades P. & Gelder M. (1994) A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and

- imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164(6), 759-769.
44. Clark DA. & Steer R. (1996). Empirical status of a cognitive model of anxiety and depression. In : Salkovskis P. (ed). *Frontiers of cognitive therapy*, (pp 75-97). The Guilford Press.
 45. Clark DM. (1999) Anxiety disorders : why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy*, 37, s5-s27.
 46. Clark DM., Ehlers A., McManus F., Hackmann A., Fennell M., Campbell H., Flower T., Davenport C., Louis B. (2003) Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71(6), 1058-1067.
 47. Clum GA., Clum GA. & Surls R. (1993) A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 317-326.
 48. Cox BJ., Norton GR., Swinson RP. & Endler NS. (1990) Substance abuse and panic-related anxiety : a critical review. *Behavior Research and Therapy*, 28, 385-393.
 49. Cox BJ., Endler NS. & Lee PS. (1992) A meta-analysis of treatments for panic disorder with agoraphobia : Imipramine, alprazolam and in vivo exposure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 175-182.
 50. Cowley DS. (1992) Alcohol abuse, substance abuse and panic disorder. *American Journal of Medicine*, 92 (suppl 1A), 41-48.
 51. Croft-Jeffreys C & Wilkinson G. (1989) Estimated costs of neurotic disorder in UK general practice 1985. *Psychological Medicine*, 19, 549-558.
 52. de Beurs E., van Balkom AJ., Lange A., Koele P. & van Dycke R. (1995) Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine,

- placebo and psychological panic management combined with exposure and or exposure in vivo alone. *American Journal of Psychiatry*, 152, 683-691.
53. Dimenas ES., Dahlof CG., Jern SC. & Wiklund IM. (1990) Defining quality of life in medicine. *Scandinavian Journal of Primary Health Care Suppl*, 1, 7-10.
 54. Dohrenwend BP. & Shrout P (1981) Toward the development of a two-stage procedure for case identification and classification in psychiatric epidemiology. In : RG. Simons (ed.), *Research in Community Mental Health*. Vol. 2, JAJ Press, New York.
 55. Drummond MF., O' Brien B., Stoddart GL. & Torrance GW. (1997). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 2nd edition. Oxford Medical Publications.
 56. Durham RC. & Turvey AA. (1987) Cognitive therapy vs behavior therapy in the treatment of chronic general anxiety : outcome at discharge and at six-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 229-234.
 57. Edlund MJ. & Swann AC. (1987) The economic and social costs of panic disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(12), 1277-1279.
 58. Eisenberg L. (1992) Tracking depression and anxiety in primary care. *New England Journal of Medicine*, 326, 1080-1086.
 59. Emmelkamp P.M.G. & Cohen-Kattenis P. (1975). Relationship of locus of control to phobic anxiety and depression. *Psychological Reports*, 36, 390.
 60. Emmelkamp PMG, van der Helm M., van Zanten B. & Plochg I. (1980) Treatment of obsessive-compulsive patients: the contribution of self-instructional training to the effectiveness of exposure. *Behavior Research and Therapy*, 18, 61-66.

61. Emmelkamp PMG. (1982) Phobic and obsessive compulsive disorders: Theory, research and practice. New York, Plenum Press.
62. Emmelkamp PMG & van der Hout A. (1983) Failure in treating agoraphobia. In : Foa EB, Emmelkamp PMG. (eds). Failures in Behavior Therapy, New York, Wiley.
63. Emmelkamp PMG. (1994). Behavior therapy with adults. In: Bergin AE. & Garfield SL. (eds), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.). New York: Wiley.
64. Fava GA., Zielezny M., Savron G & Grandi S. (1995) Long-term effects of behavioural treatment for panic disorder with agoraphobia. British Journal of Psychiatry, 166, 87-92.
65. Fava GA., Rafanelli C., Grandi S., Conti S., Ruini C., Mangelli L. & Belluardo P. (2001a) Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. Psychological Medicine, 31, 891-898.
66. Fava GA., Grandi S. Rafanelli C., Ruini C. Conti S. & Belluardo P. (2001b) Long-term outcome of social phobia treated by exposure. Psychological Medicine, 31, 899-905.
67. Ferguson B., Cooper S., Brothwell J., Markantonakis A., & Tyrer P. (1992) The clinical evaluation of a new community psychiatric service based on general practice psychiatric clinics. British Journal of Psychiatry, 160, 493-97.
68. Fifer SK., Mathias SD., Patrick DL., Mazonson PD., Lubeck DP & Buesching DP. (1994) Untreated anxiety among adult primary care patients in a Health Maintenance Organization. Archives of General Psychiatry, 51, 740-750.

69. Foa EB., Steketee G., Grayson JB & Doppelt HG. (1983) Treatment of
• Obsessive-Compulsives: when do we fail? In : Failures in Behavior Therapy,
Foa E. & Emmelkamp P. (eds), John Wiley & Sons Inc.
70. Foa EB., Franklin ME. & Moser J. (2002) Context in the clinic : How well do
cognitive-behavioral therapies and medications work in combination?
Biological Psychiatry, 52, 987-997.
71. Foon A.E.(1987). Review: Locus of control as a predictor of outcome of
psychotherapy. British Journal of Medical Psychology: 60, 99-107.
72. Garfield SL. Research on client variables in psychotherapy. In : Garfield SL.,
Bergin AE (eds). Handbook of Psychotherapy and behavior change. (pp 213-
256). John Wiley & Sons, 1986.
73. Gelder MG. (1989) The classification of anxiety disorders. British Journal of
Psychiatry, (suppl), 4, 28-32.
74. Ghosh A. & Marks IM. (1987) Self-treatment of agoraphobia by exposure.
Behaviour Therapy, 18, 3-15.
75. Ghosh A. Marks IM. & Carr AC. (1988) Therapist contact and outcome of
self-exposure treatment for phobias. A controlled study. British Journal of
Psychiatry, 152, 234-238.
76. Gill TM. & Feinstein AR. (1994) A critical appraisal of the quality of life
measurements. JAMA, 24-31, 272 (8), 619-26.
77. Goldberg D. & Huxley P. (1980) Mental illness in the community: the
pathway to psychiatric care. Tavistock Publications: London.
78. Goldberg D., Jackson G., Gater R., Campbell M., & Jennett N. (1996) The
treatment of common mental disorders by a community team based in primary
care : a cost-effectiveness study. Psychological Medicine, 26 (3), 487-92.

79. Goldberg D. & Gournay K. (1997) The general practitioner, the psychiatrist and the burden of mental health care. London : Institute of Psychiatry.
80. Goldstein A. & Ghambless D. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
81. Goodwin RD., Stayner DA., Chinman MJ., Wu P., Kraemer Tebes J. & Davidson L. (2002) The relationship between anxiety and substance use disorders among individuals with severe affective disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 245-252.
82. Greenberg PE., Sisitsky T., Kessler RC., Finkelstein SN., Berndt ER., Davidson JRT., Ballenger JC. & Fyer AJ. (1999) The economic burden of Anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (7), 427-435.
83. Greist JH., Marks IM., Baer L., Kobak KA., Wenzel KW., Hirsch MJ., Mantle JM. & Clary CM. (2002) Behavior Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder guided by a computer with relaxation as a control. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 138-145.
84. Gruber, K., Moran, P.J., Roth, W.T., Taylor, C.B. (2001) Computer-assisted cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Behavior Therapy*, 32, 1, 155-165.
85. Harvey JA. (1971) Complexities of drug analysis. In : *Behavioral analysis of Drug action : Research and Commentary*. Harvey JA (ed). (pp 114-115). Glenview: Scott, Foresman and Co.
86. Haug TT., Blomhoff S., Hellstrom K., Holme I., Humble M., Madsbu HP. & Wold JE. (2003) Exposure therapy and sertraline in social phobia: 1-year

- follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 182(4), 312-318.
87. Heimberg RG., Becker RE., Goldfinger K. & Vermilya JA. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring and homework assignments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 236-245.
88. Heimberg RG., Dodge CS., Hope DA., Kennedy CR., Zollo LJ & Becker RE (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
89. Heimberg RG., Salzman DG., Holt CS. & Blendell KA. (1993b). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year follow-up. *Cognitive Therapy & Research*, 17(4), 325-339.
90. Hoffart A. & Martinsen E.W. (1990). Agoraphobia, Depression, Mental Health Locus of Control and attributional styles. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 343-351.
91. Hoffart A. (1995) A comparison of cognitive and guided mastery therapy of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 423-434.
92. Hoffart A., Thornes K., & Hedley LM. (1995) DSM-III-R Axis I and Axis II disorders in agoraphobic inpatients with and without panic disorders before and after psychosocial treatment. *Psychiatry Research*, 56, 1-9.
93. Hollon SD. & Beck AT. (1994) Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In: Bergin AE. & Garfield SL. (eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
94. Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

95. Horvath, A.O. (2001). The alliance. *Psychotherapy*, 38, 365-372.
96. Horvath AO. & Bedi RP. (2002) The alliance. In : *Psychotherapy relationships that work : Therapist Contributions and responsiveness to patients*. Norcross JC. (ed). Oxford University Press.
97. Hunt C. & Andrews G. (1992) Drop-out rate as a performance indicator in psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 275-278.
98. Hunt C. & Andrews G. (1998) Long-term outcome of panic disorder and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(4), 395-406.
99. Issakidis C. & Andrews G. (2003) Rationing of health care: Clinical decision making in an outpatient clinic for anxiety disorders. *J Anxiety disorders*, 17, 59-74.
100. Ιωσηφίδη Π. & Ιωσηφίδης Ι. (2002). Η προσωποκεντρική προσέγγιση του C. Rogers. Στο : Γ. Α. Ποταμιάνος (επιμ.), *Θεωρίες προσωπικότητας και κλινική πρακτική* (σσ. 197-246). *Ελληνικά Γράμματα*.
101. Jackson G., Gater R., Goldberg D., Tantam D., Loftus L. & Taylor H. (1993) A new community mental health team based in primary care. A description of the service and its effects on service use in the first year. *British Journal of Psychiatry*, 162, 375-84.
102. Jansonn L. & Ost LG. (1982) Behavioral treatments of Agoraphobia: An evaluative review. *Clinical Psychology Review*, 2, 311-336.
103. Johnson J., Weissman M. & Klerman G. (1992) Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA*, 267, 1478-1483.

104. Κασβίκης Γ. (1984) Μελέτη των δημογραφικών και φαινομενολογικών χαρακτηριστικών 280 αρρώστων με ιδεο-ψυχαναγκαστική νεύρωση. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών.
105. Kasvikis Y, Skaloubaka D, Tzeranis S, Timoyiannaki M & Papadatos Y. (1989) First year clinical experience of a new Behavioral Treatment Unit: Demographic and clinical characteristics of attendants. 8th. World Congress of Psychiatry, Excerpta Medica, 107.
106. Κασβίκης Γ., Σκαλούμπακα Δ. & Μυτσκίδου Π. (2003) Η επίδραση της θεραπείας έκθεσης στην απόδοση ελέγχου της υγείας 36 αγοραφοβικών ασθενών. Ψυχιατρική, 14, 191-199.
107. Κασβίκης Γ. (2004). Αξιολόγηση των υπηρεσιών της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς της Αθήνας τα τελευταία 15 χρόνια. Ετήσιο συνέδριο Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, Κως (Μάιος, 2004).
108. Kasvikis Y. (2005) Routine monitoring of outcome of the Behavior Treatment Unit – Center of Mental Health : 15 years of functioning. First WPA Regional and Intersectional Congress, Athens, Greece, (March 2005).
109. Κασβίκης Γ., Πούλου Κ., Σωτηροπούλου Β., Μυτσκίδου Π. & Λιβανού Μ. Ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής έκδοσης του Ερωτηματολογίου Φόβου των Marks και Mathews (υπεβλήθη).
110. Katon W., Von Korff M. & Lin E. (1992) Panic disorder : relationship to high medical utilization. American Journal of Medicine, 92 (suppl 1A), 7S-11S.
111. Katon W. (1996) Panic Disorder : Relationship to High Medical Utilization, unexplained physical symptoms and medical costs. Journal of Clinical Psychiatry, 57 (suppl 10), 11-18.

112. Katon W., Roy-Byrne P., Russo J., Cowley D. (2002) Cost-effectiveness and Cost Offset of a Collaborative Care Intervention for Primary Care Patients With Panic Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 098-1104.
113. Kessler LG., Burns BJ., Shapiro S., Tischler GL., George LK., Hough RL., Bodison D. & Miller RH. (1987) Psychiatric diagnoses of medical service users: evidence from the Epidemiologic Catchment Area program. *American Journal of Public Health*, 77, 18-24.
114. Kessler RC., McGonagle KA., Zhao S., Nelson CB., Hughes M., Eshleman S., Wittchen HU. & Kendler KS. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 8-19.
115. Kessler RC., Aguilar-Gaxiola S., Berglund PA., Caraveo-Anduaga JJ., De Wit DJ., Greenfield SF., Kolody B., Olfson M. & Vega WA. (2001) Patterns and predictors of treatment seeking after onset of substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1065-1071.
116. Kenwright M., Liness S. & Marks IM. (2001) Reducing demands on clinicians by offering computer-aided self-help for phobia/panic : a feasibility study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 456-459.
117. Keane, D. A., Fairbank, J. A., Caddell, J. M, Zimering, R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245-260.
118. Kirk, J. (1993). Cognitive-behavioural assessment. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk, & D. Clark (Eds.), *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems* (pp.13-51). Oxford University Press.

119. Ko SM, Tan SL & Leong B (1996). Behaviour Therapy in Psychiatric Outpatients. *Singapore Med J*, 37(2), 168-71.
120. Kosten TR., Fontana A., Sernyak MJ. & Rosenheck R. (2000) Benzodiazepine use in posttraumatic stress disorder among veterans with substance abuse. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 188, 454-459.
121. Κουμαντάνου Ε. (2001) Μελέτη των κλινικών δημογραφικών και φαινομενολογικών χαρακτηριστικών 60 ασθενών με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή. Διπλωματική εργασία. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Φιλοσοφική Σχολή, Πρόγραμμα Ψυχολογίας, Αθήνα.
122. Κουμαντάνου Α., Σωτηροπούλου Β., Πούλου Κ., & Κασβίκης Γ. (2004) Δημογραφικά και φαινομενολογικά χαρακτηριστικά 60 ελλήνων ασθενών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. *Ψυχιατρική*, 15(3), 236-244.
123. Kushner MG., Abrams K. & Borchardt D. (2000) The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20, 149-171.
124. Κυριόπουλος Γ. (2002) Η χρησιμοποίηση των οικονομικών δεικτών ως εργαλείο άσκησης πολιτικής υγείας. Στο : Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. Οι Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.
125. Κωστόπουλος Χ., Καραποστόλη Ν., Πολύζος Ν., Μπαρδής Β., Μπαρτσώκας Δ., Πιερράκος Γ. & Τσέγκος ΙΚ. (2003) Το κόστος υπηρεσιών μιας ημερήσιας ψυχοθεραπευτικής μονάδας. *Ψυχιατρική*, 2003, 14, 121-135.
126. Lazarus R.S. (1966) Psychological stress and the coping process. New York, McGraw-Hill.

127. Levenson H. (1973) Multidimensional Locus of Control in psychiatric patients. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 397-404.
128. Levenson H. (1974) Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *J. of Personality Assessment*, 38, 377-383.
129. Levenson H. (1981) Differentiating among Internality, Powerful others and Chance. In : H.M. Lefcourt (ed). *Research with the locus of Control construct, Volume I: Assesment Methods*. N.Y., Academic Press.
130. Λιάκος Α. & Γιαννίτση Σ. (1984) Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*, 21, 71-76.
131. Leon A., Portera L. & Weissman M. (1995) The Social Costs of Anxiety Disorders. *British Journal Psychiatry*, 166(suppl. 27), 19-22.
132. Lepine JP. (2001) Epidemiology, Burden and Disability in Depression and Anxiety, *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl 13), 4 – 10.
133. Lepine JP. (2002) The epidemiology of Anxiety Disorders : Prevalence and Societal Costs, *Journal of Clinical Psychiatry*, (suppl 14), 4-8.
134. Lesser IM., Rubin RT & Pecknold JC. (1988) Secondary depression in panic disorder and agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 45, 437.
135. Lidell A., di Fazio L., Blachwood J. & Ackerman C. (1994) Long-term follow-up of treated dental phobics. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 605-610.
136. Lipsitz J., Markowitz JC., Cherry S. & Fyer AJ. (1999) Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1814-1816.

137. Litt D.M. Cognitive Mediators of Stressful Experiences: Self-Efficacy and Perceived Control. *Cognitive Therapy and Research*. 1988, 12:241-260.
138. Livanou M, Kasvikis Y, Başoğlu M, Mitskidou P, Sotiropoulou V, Spanea E, Mitsopoulou T, Voutsas N. (2005) Earthquake-related psychological distress and associated factors 4 years after the Parnitha earthquake in Greece. *European Psychiatry*, 20, 137-144.
139. Livanou M., Başoğlu, M., Kasvikis Y., Sotiropoulou V., Mitsopoulou T., Mytskidou P., Voutsas N. & Spanea E. Fear and avoidance behaviours 4 years after an earthquake in Greece (υπεβλήθη).
140. Lovell K., Cox D., Garvey R., Raines D., Richards D., Conroy P. & Repper D. (2003) Agoraphobia : nurse therapist-facilitated self-help manual. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 623-630.
141. Lubin H., Loris M., Burt J. & Johnson DR. (1998) Efficacy of psychoeducational group therapy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder among multiply traumatized women. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1172-1177.
142. Lytle RA., Hazlett-Stevens H. & Borkovec TD. (2002) Efficacy of Eye-Movement Desensitization in the treatment of cognitive intrusions related to a past stressful event. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 273-288.
143. Μαδιανός Μ., Κουνανάκη Α., Μαδιανού Δ., Βλαχονικολής Ι. & Στεφανής Κ. (1983) Επιδημιολογία των ψυχικών παθήσεων στην Ελλάδα : Προκαταρκτικά ευρήματα. *Εγκέφαλος*, 20,16-23.
144. Madianos M., Vlachonikolis I., Madianou D. & Stefanis C. (1985) Prevalence of psychological disorders in the Athens area. Prediction of causal factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 479-487.

145. Madianos MG., Stefanis CN. & Madianou D. (1987) Prevalence of mental disorders and utilization of mental health services in two areas of greater Athens. In : *Psychiatric Epidemiology : Progress and Practices* (ed., B. Cooper) Croom Helm, London 1987.
146. Markowitz JS., Weissman MM., Quelette R., Lish JD & Klerman G. (1989) Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46, 984-992.
147. Marks IM, Mathews AM (1979). Brief Standard self-rating for phobic patients. *Behavioral Research and Therapy*, 17, 263-267.
148. Marks IM. (1981) *Cure and care of neuroses. Theory and practice of behavioural psychotherapy.* John Wiley and sons.
149. Marks I. (1985) Controlled trial of psychiatric nurse therapist in primary care. *British Medical Journal of Clinical Research*, 20, 1181-1184.
150. Marks IM. (1986) The epidemiology of anxiety. *Social Psychiatry*, 21, 167-171.
151. Marks I. (1986). *Behaviour Psychotherapy in General Psychiatry. Helping patients to help themselves.* British Journal of Psychiatry, 150, 593-597.
152. Marks I (1986). *Behavioural Psychotherapy : Maudsley Pocketbook of Clinical Management.* Wright, Bristol.
153. Marks IM. (1987). *Fears, phobias and rituals.* Oxford University Press.
154. Marks IM. (1987) The Development of Normal Fear : A Review. *Journal of Child Psychology*, 28, 667-697.
155. Marks IM. (1988) Blood – Injury Phobia : A Review. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1207-1213.

156. Marks, I. M., Swinson, R. P., Basoglu, M., Kuch, K., Noshirvani, H., O'Sullivan, G., Lelliott, P. T., Kirby, M., McNamee, G., Sengun, S., & Wickwire, K. (1993) Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia : a controlled study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry*, 162, 776-787.
157. Marks IM (1994) Unevaluated or inefficient approaches are hard to justify. *British Medical Journal*, 309, 1071-2.
158. Marks, I. M., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
159. Marks IM. (2002) The maturing of therapy. *British Journal of Psychiatry*, 200-204.
160. Marks IM., Mataix-Cols D., Kenwright M., Cameron R., Hirsch S. & Gega L. (2003) Pragmatic evaluation of computer-aided self-help for anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry*, 183, 57-65.
161. Marks IM., Kenwright M., McDonough M., Whittaker M. & Mataix-Cols D. (2004) Saving clinician's time by delegating routine aspects of therapy to a computer: a randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine*, 34, 9-18.
162. Marshall WL. (1985) Variable exposure in flooding. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 117.
163. Marshall WL. (1988) Behavioural indices of habituation and sensitization during exposure to phobic stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 67-77.

164. Martin, D.J. (1998). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. Unpublished PhD, Ohio University.
165. Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, K.M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 68, 438-450.
166. Martinsen EW., Thorbjorn O., Tonset E., Nyland KE. & Trond AF. (1998) CBT group therapy for PD in the general clinical setting: a naturalistic study with 1-year follow up, *J Clin Psychiatry*, 59, 437-442.
167. Mathews A.M., Gelder M.G. & Kohnston D.W. (1981). Agoraphobia: nature and treatment. Guilford Press, N.Y. Mattick R. & Peters L. (1988).
168. Mattick R. & Peters L. (1988). Treatment of severe social phobia: effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
169. Mattick RP., Peters L. & Clarke JC. (1989) Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
170. Mattick RP., Andrews G., Hadzi-Pavlovic D. & Christensen H. (1990) Treatment of panic and agoraphobia : an integrative review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 567-576.
171. Mavreas VG., Beis A., Mouyias A., Rigoni F. & Lyketsos GC. (1986) Prevalence of psychiatric disorders in Athens. A community study. *Social Psychiatry*, 21,172-181.

172. Mavreas VG. & Bebbington PE. (1987) Psychiatric morbidity in
• London's Greek-Cypriot immigrant community. I. Associations with
sociodemographic variables. *Social Psychiatry*, 22, 150-159.
173. Mavreas VG. & Bebbington PE. (1988) Greeks, Greek Cypriots and
Londoners : a comparison of morbidity. *Psychological Medicine*, 18, 433-442.
174. Mavreas VG, Kontea M, Dikeos D, Neroutsos E, Sfikaki M, Aritzi S,
Stefanis C. (1995). World Health Organization Study of Psychological
Problems in General Health Care Settings. Centre Report: Athens. In: Ustun
TB et al. *Mental illness in General Health Care: An International Study*.
Chichester, England : Wiley Press.
175. McAllister WR. & McAllister DE. (1995). Two-factor theory :
Implications for understanding anxiety-based clinical phenomena. In W.
O'Donohue & L. Krasner (Eds), *Theories of behavior therapy: exploring
behavior change*. Washington, DC : American Psychological Association.
176. McCaffery F., Brown M., Marks IM., Millar E. & Samarasinghe D.
(1983) *Handbook of Clinical Administration (for Joint Board of clinical
nursing studies – Course 650)*, London, Maudsley Hospital.
177. McCrone P., Knapp M., Proudfoot J., Ryden C., Cavanagh K., Shapiro
DA., Ilson S., Gray JA., Goldberg D., Mann A., Marks I., Everitt B. & Tyllee
A. (2004) Cost-effectiveness of computerized cognitive-behavioural therapy
for anxiety and depression in primary care : randomized controlled trial.
British Journal of Psychiatry, 185, 55-62.
178. McCusker J., Boulenger JP., Bellavance F., Boyer R. & Miller JM.
(2000) Outcomes in a referral cohort of patients with anxiety disorders. *J
Nervous Mental Disorders*, 188(1):3-12.

179. McKenzie N., Blanes T. & Marks IM. (1995) Computerised clinical benefit-cost audit of mental health care II: time input, costs, patient satisfaction. *Journal of Mental Health*, 1, 71-78.
180. McKenzie N. & Marks I.M., (2003). Routine monitoring of outcome over 11 years in a residential behavioural psychotherapy unit. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72: 223-227.
181. McMillan, T.M. (1991). Post traumatic stress disorder and severe head injury. *British Journal of Psychiatry*, 159, 431-433.
182. Mellon R. (2000). A Greek-language inventory of fears : Psychometric properties and factor structure of self-reports of fears on the Hellenic Fear Survey Schedule. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22, 123-140.
183. Mellon R., Koliadis EA & Paraskevopoulos TD. (2004). Normative developments of fears in Greece : Self- reports on the Hellenic Fear Survey Schedule for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 233-254.
184. Mendlowicz M. & Stein M. (2000) Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 157, 669-682.
185. Michelson L. & Mavissakalian M. (1983) Temporal stability of self-report measures in agoraphobia research. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 695-698.
186. Michelson LK., Marchione KE., Greenwald M., Testa S. & Marchione NJ. (1996) A comparative outcome study and follow-up investigation of panic disorder with agoraphobia: the relative and combined efficacy of cognitive therapy, relaxation training, and therapist-assisted exposure. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 297-330.

187. Milrod B. (1993) The continued usefulness of psychoanalysis in the treatment armamentarium for panic disorder. *Journal of American Psychological Association*, 43, 151-162.
188. Milrod B., Busch FN., Hollander E., Aronson A. & Siever L. (1996) A 23-year old woman with panic disorder treated with psychodynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 153, 698-703.
189. Μπουλουγούρης Ι. (1992). Συμπεριφεριολογική ανάλυση και σχεδιασμός θεραπευτικής προσέγγισης. Στο Ν.Ε. Δέγλερης, Α. Κаланτζή-Αζίζι. Θέματα Ψυχοθεραπείας της Συμπεριφοράς. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
190. Moroz Z. (2004) High potency benzodiazepines : recent clinical results. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (suppl. 5), 13-18.
191. Mowrer, OH. (1947). On the dual nature of learning: A reinterpretation of conditioning and problem solving. *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
192. Μυτσκίδου Π. (1999) Ο ρόλος της απόδοσης ελέγχου για την ψυχική υγεία στη Γνωσιακή / Συμπεριφεριολογική παρέμβαση: Το παράδειγμα της Αγοραφοβίας. Διπλωματική Εργασία. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Φιλοσοφική Σχολή, Πρόγραμμα Ψυχολογίας, Αθήνα.
193. Μυτσκίδου Π. Η διερεύνηση ποιοτικών μεταβλητών που επηρεάζουν τη ψυχοθεραπευτική διαδικασία όπως η θεραπευτική συμμαχία και τα θετικά συναισθήματα και η σχέση τους με παράγοντες όπως η συνεργασιμότητα του θεραπευόμενου στην εκτέλεση έργου μεταξύ των θεραπευτικών συνεδριών και η ολοκλήρωση ή διακοπή της θεραπείας. Διδακτορική διατριβή (σε εξέλιξη).

194. Muijen M., Marks I., Connolly J., Audini B., & McNamee G. (1992)
•The daily living programme. Preliminary comparison of community vs hospital-based treatment for the seriously mentally ill facing emergency admission. *British Journal of Psychiatry*, 160, 379-84.
195. Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JH. (2002) The Work and Social Adjustment Scale : a simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*, 180, 461-64.
196. Murray J. & Sheperd S. (1988) Alternative or additional medicine? A new dilemma for the doctor. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 38, 511-514.
197. Newman MG., Errickson T., Przeworski A. & Dzus E. (2003) Self-help and minimal contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, 59, 251-274.
198. Nicholson IR. (1994) Factors involved in failure to keep initial appointments with mental health professionals. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 276-278.
199. Norcross JC. (2002) Empirically supported therapy relationships. In : *Psychotherapy relationships that work : Therapist Contributions and responsiveness to patients*. Norcross JC. (ed). Oxford University Press.
200. Nutt DJ. (2005) Overview of diagnosis and drug treatments of anxiety disorders. *CNS Spectr*, 10, 49-56.
201. Ormel J. & Tiemens B.(1995) Recognition and treatment of mental illness in primary care. Towards a better understanding of a multi-faceted problem. *General Hospital Psychiatry*, 17(3), 160-164.

202. Osgood-Hynes DJ., Greist JH., Marks IM., Baer L. Heneman SW., Wenzel KW., Manzo PA., Parkin JR., Spierings CJ., Dotti SL. & Vitse HM. (1998) Self-administered psychotherapy for depression using a telephone-accessed computer system plus booklets : an open US-UK study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 358-365.
203. Ost LG., Lindahl IL., Sterner U. & Jerremalm A. (1984) Exposure in vivo vs applied relaxation in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 205-216.
204. Ost LG & Sterner U. (1987) Applied tension. A specific behavioural method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 25-29.
205. Ost LG. (1987) Applied relaxation: Description of a a coping technique and a review of controlled trials. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 397-409.
206. Ost LG. (1989) One session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 123-130.
207. Ost LG. (1989) One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 1-7.
208. Ost LG., Fellenius J. & Sterner U. (1991) Applied tension, exposure in vivo, and tension-only in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 561-574.
209. Ost LG., Salkovskis P. & Hellstrom K. (1991) One-session therapist directed exposure vs self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy*, 22, 407-422.

210. Ost LG., Westling BE. & Hellstrom R. (1993) Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 383-394.
211. Ost LG. & Westling BE. (1995) Applied relaxation vs cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 145-158.
212. Ost LG., Thulin U. & Ramnero J. (2004) Cognitive behavior therapy vs exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1105-1127.
213. Otto MW., Pollack AH & Maki KM. (2000) Empirically supported treatments for panic disorder : costs, benefits and stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 556-563.
214. Ozturk OM., Atakan Z. & Demiriz E (1980) An epidemiological study of psychiatric symptoms in a semi-rural setting in Turkey. Paper presented at the Mediterranean Social Psychiatry Conference. Dubrovnic, 1980.
215. Pallant J. (2001). *SPSS survival manual*. Open University Press, Philadelphia, USA.
216. Paollino JGP. & Moore TW. (1984) Appointment compliance behavior of community mental health patients : a discriminant analysis. *Community mental Health Journal*, 20, 103-108.
217. Park JM., Mataix-Cols D., Marks IM., Ngamthipwatthana T., Marks M., Araya R. & Al-Kubaisy T. (2001) Two-year follow up after a randomized controlled trial of self- and clinician-accompanied exposure for phobia / panic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 178, 543-548.
218. Pavlov I. (1927). *Conditioned reflexes*. Oxford University Press.

219. Philips EL. (1988) Patient compliance: new light on health delivery systems in medicine and psychotherapy. Hans Huber.
220. Pichot P. (1994) Nosological models in psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 164, 232-240.
221. Πολύζος Α., Μπαρδής Β., Μπαρτζώκας Δ., Πιερράκος Γ., Παντελάκη Κ. & Κωστόπουλος Χ. (2004) Το κόστος της ψυχοθεραπείας. Οικονομική και λειτουργική αξιολόγηση μιας ημερήσιας ψυχοθεραπευτικής μονάδας (Ανοικτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο). Αθήνα : Εναλλακτικές Εκδόσεις.
222. Ποταμιάνος Γ. (2000) Κλινική ψυχολογία : σύγχρονα θέματα κλινικής πρακτικής και έρευνας. Ελληνικά Γράμματα.
223. Πούλου Κ. (2001) Διερευνητική μελέτη των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του Ερωτηματολογίου Φόβου σε Ελληνικό πληθυσμό. Διπλωματική Εργασία. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Φιλοσοφική Σχολή, Πρόγραμμα Ψυχολογίας, Αθήνα.
224. Proudfoot J., Ryden C., Everitt B., Shapiro DA., Goldberg D., Mann A., Tylee A., Marks I. & Gray JA. (2004) Clinical efficacy of computerized cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care : randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 46-54.
225. Rabavilas AD., Boulougouris JC. & Perissaki C. (1979) Therapist qualities related to outcome with exposure in vivo in neurotic patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 293-299.
226. Raphael B. & Wooding S. (2004) Debriefing : its evolution and current status. *Psychiatr Clin North Am*, 27, 407-423.
227. Regier DA., Boyd JH., Burke JD., Rae DS., Myers JK., Kramer M., Robins LN., George LK., Karno M. & Locke BZ. (1988) One-month

- prevalence of mental disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 45, 977-986.
228. Regier DA., Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. (1993). The de facto US Mental and Affective disorders service system.: Epidemiologic catchment area prospective of 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry*, 50,: 85-94.
 229. Rice DP and Miller LS. (1998) Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *Br J Psychiatry*, 173 (suppl. 34), 4-9.
 230. Richards, D. & Rose, J. (1991). Exposure therapy for post traumatic stress disorder: four case studies. *British Journal of Psychiatry*, 153, 836-840.
 231. Richards, D.A., Lovell, K., Marks, I. M. (1994). Post-traumatic stress disorder: evaluation of a behavioral treatment programme. *Journal of Traumatic stress*, 7, 669-680.
 232. Richardson P. (1997) ABC of mental health. Psychological treatments. *British Medical Journal*, 315, 733-735.
 233. Roth A. & Fonagy P. (1996) What works for whom? A critical review of psychotherapy research. The Guilford Press.
 234. Rothbaum BO., Hodges L. & Kooper R. (1997) Virtual reality exposure therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 219-226.
 235. Rothbaum BO., Hodges L., Watson BA., Kessler CD. & Opdyke D. (1996) Virtual reality exposure therapy in the treatment of fear of flying: a case report. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 477-481.

236. Rotter JB. (1954) Social learning and clinical psychology. Englewood Cliffs : Prentice – Hall.
237. Rotter J. & Murly R. (1965). Internal vs External control of reinforcement and decision time. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 598-604.
238. Rotter J.B. (1966). Generalized expectancies for internal vs external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(609), 1-28.
239. Rutz W., Carlsson P., von Knorring L. & Walinder J. (1992) Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 457-464.
240. Salvador Carulla L., J. Segui, P. Fernandez – Cano & J. Canet (1995) Costs and offset effect in Panic Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166(suppl. 27), 23-28.
241. Sayette MA. (1999) Does drinking reduce stress? *Alcohol Research and Health*, 23, 250-255.
242. Scholing A. & Emmelkamp P. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 667-681.
243. Scholing A. & Emmelkamp PM. (1996). Treatment of generalized social phobia: results at long-term follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 447-452.
244. Scholing A. & Emmelkamp PM. (1996). Treatment of fear of blushing, sweating, or trembling: Results at long-term follow-up. *Behavior Modification*, 20(3), 338-356.

245. Seligman M. (1971). Phobias and preparedness. *Behaviour Therapy*, 2, 307-320
Scholing A. & Emmelkamp P. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 667-681.
246. Shapiro F. (2002) Eye Movement Desensitization and Reprocessing : 12 years after its introduction : past and future research. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1-22.
247. Shipley K., Lilborn B., Hansell A., Tyrer L & Tyrer P. (2000) Patient satisfaction: a valid index of quality of care in a psychiatric service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 330-333.
248. Silverstone PH. (2004) Qualitative review of SNRIs in anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (suppl. 17), 19-28.
249. Simon G. (1992) Psychiatric disorder and functional somatic symptoms as predictors of health care use. *Psychiatric Medicine*, 10, 49-60.
250. Simpson RJ, Kazmierczak T, Power K et al. Controlled comparison of patients with panic disorder. *Br J Gen Practice*, 1994; 44 : 352-356.
251. Skinner B.F. (1938) The behavior of organisms : An experimental analysis. New York : Appleton-Century-Crofts.
252. Smith TA., Kroeger RF., Lyon HE. & Mullins MR. (1990) Evaluating a behavioural method to manage dental fears: A two year study of dental practices. *Journal of the American Dental Association*, 121, 525-530.
253. Σουλιώτης Κ. (2002) Ανάλυση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα 1989-2000. Μεθοδολογικές διευκρινίσεις και διαπιστώσεις για το σύστημα υγείας. Στο : Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. *Οι Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*.

Μεθοδολογικά Προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας,
Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

254. Spielberger CD., Gorsuch RL. & Lushene RE. (1970). Manual for the state – trait anxiety inventory. Palo Alto, Calif. Consulting Psychologists Press.
255. Spielberger CD., Vagg PR., Barker RL. Donham GW. & Westberry LG (1980) The factor structure of the State – trait anxiety inventory. In : Spielberger CD. And Sarason LG (eds), Stress and anxiety, Vol. 7, New York, Hemisphere.
256. Starcevic V., Linden M., Uhlenhuth EH., Kolar D & Latas M. (2004) Treatment of panic disorder with agoraphobia in an anxiety disorders clinic: factors influencing psychiatrists' treatment choices. *Psychiatry Research*, 125, 41-52.
257. Swinson RP. Soulios C., Cox BJ. & Kuch K. (1992) Brief treatment of emergency room patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 149, 944-946.
258. Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E, Barrowclough, C. (1999a). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 13-18.
259. Tarrier, N., Sommerfield, C., Pilgrim, H., Humphreys, L. (1999b). Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder: twelve-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 175, 571-575.

260. Tehrani E., Krussel J., Borg L. & Monk-Jorgensen P. (1996). Dropping-out of psychiatric treatment : a prospective study of a first admission cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 266-271 .
261. Taylor S. (1996) Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
262. Teusch L., Bohme H. & Gastpar M. (1997) The benefit of an insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms. *Psychotherapy and psychosomatics*, 66, 293-301.
263. Thornicroft G., Colson L. & Marks IM (1991). An in-patient behavioural psychotherapy unit: description and audit. *British Journal of Psychiatry*, 158, 362-367.
264. Thornicroft G. & Maingray S. (2002) The global response to mental illness : an enormous health burden is increasingly being recognize *British Medical Journal*, 325, 608-9.
265. Τζέμος Ι. (1987). Η στάθμιση του ερωτηματολογίου κατάθλιψης του Beck. Διδακτορική διατριβή, Παν. Αθηνών.
266. Trull TJ., Nietzel MT., & Main A. (1988) The use of meta-analysis to assess the clinical significance of behavior therapy for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 527 – 538.
267. Τσάτσος Ν. (2001) Παραοικονομία και φοροδιαφυγή στην Ελλάδα, IOBE, Παπαζήσης, Αθήνα.
268. Tylee A. (2001) Major Depressive Disorder (MDD) from the patient's perspective: overcoming barriers to appropriate care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 5 (suppl), s37-s42.

269. Tyrer P., Sievewright N., & Wollerton S. (1984) General practice psychiatric clinics, impact on psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, 145, 15-19.
270. US Dept Health Human Services, Public Health Service National Center for Health Statistics. National Medical care utilization and Expenditure Survey (NMCUES). Washington DC : US Government Printing Office; November 1985.
271. Van Balkom AJLM., van Oppen P., Wermeulen AWA., van Dyck R., Nauta MCE. & Vorst HCM. (1994) Meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14, 359-381.
272. Van Balkom AJLM., Nauta MCE. & Bakker A. (1995) Meta-analysis on the treatment of panic disorder with agoraphobia : review and examination. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 1-14.
273. Van Balkom AJLM., Bakker A., Spinhoven P., Blaauw B., Bart MJW., Smeenk S. & Ruesink B. (1997) A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia : a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral and combination treatments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 510-516.
274. Van den Hout M., Arntz A. & Hoekstra R. (1994) Exposure reduced agoraphobia but not panic, and cognitive therapy reduced panic but not agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 447-451.
275. Vaughan, K. & Tarrier, N. (1992). The use of image habituation training with post-traumatic stress disorders. *British Journal of Psychiatry*, 161, 658-664.

276. Vazquez-Barquero JL., Diez-Manrique JF., Pena C., Aldma J., Samaniego Rodriguez C., Menendez Arango J. & Mirapeix C. (1987) A community mental health survey in Cantabria : A general description of morbidity. *Psychological Medicine*, 17, 227-241.
277. Wagner, R., Mnicavasagar, V. & Silove, D. (2002). Challenges and early experiences in the development of an anxiety clinic in the public health sector. *General Hospital Psychiatry*, 24: 406-11.
278. Wallston KA. & Wallston BS. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus Of Control Scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160-171.
279. Walker E., Katon W., Russo J., Ciechanowski P., Newman E. & Wagner A. (2003) Health Care Costs Associated with Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Women. *Archives of General Psychiatry*, 60, 369-374.
280. Weems CF., Silverman WK., Saavedra LM., Pina AA. White J. & Lumpkin P (1999). The discrimination of children's fears using the Revised Fear Survey Schedule for Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 941-952.
281. Weissman MM., Leaf PJ., Bruce ML. & Florio L. (1986) Panic disorder : Clinical characteristics, epidemiology and treatment. *Psychopharmacology Bulletin*, 26, 543-545.
282. Wells A & Papageorgiou C. (2001) Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behaviour Research & Therapy*, 39(6), 713-720.
283. Williams SL. & Falbo J. (1996) Cognitive and performance based treatments for panic attacks in people with varying degrees of agoraphobic disability. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 253-264.

284. Wittchen HU., Essau CA. & Krieg JC. (1991). Anxiety disorders: similarities and differences of comorbidity in treated and untreated groups. *British J Psychiatry*, 159 (suppl., 12), 23-33.
285. Wlazlo Z., Schroeder-Hartwig K., Hand I., Kaiser G. et al. (1990) Exposure in vivo vs social skills training for social phobia: Long-term outcome and differential effects. *Behaviour Research & Therapy*, 28(3), 181-193.
286. World Health Organization. World health report 2001. Geneva: WHO, 2001.
287. Χριστοδούλου ΓΝ., Κονταξάκης ΒΠ., Μαρκουλάκη Ε., Ζαφειρίου Γ. (1994) Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής: Ιστορική αναδρομή, δομή, λειτουργίες και προοπτικές. Στο: Χριστοδούλου ΓΝ., Κονταξάκης ΒΠ. Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής, α' τόμος, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα.
288. Yates F. (1996) Restoring the balance (CD ROM). Available from the Mental Health Foundation, 7th floor, 83 Victoria Street, London SW1H 0HW (tel. 020 7802 0300).
289. Zane M. & Powell D. (1985). The management of patients in a phobia clinic. *American Journal of Psychotherapy*, 39, 331-345.
290. Zimmerman P., Wittchen HU., Hofler M., Pfister H. Kessler RC. & Lieb R. (2003) Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders : a 4 year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33, 1211-1222.
291. Zohar J. & Westenberg HGM. (2000) Anxiety disorders: a review of tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (suppl. 403), 39-49.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΚΕΝΤΡΟΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς

Βασιλέως Ηρακλείου 8

τηλ. : 210 - 8229681

Υ π ε ύ θ υ ν η Δ ή λ ω σ η

Αποδέχομαι χωρίς να μου έχει ασκηθεί πίεση από κανέναν να χρησιμοποιηθούν ανώνυμα τα αποτελέσματα της θεραπείας μου για ερευνητικούς σκοπούς.

Ο/Η Δηλ.....

Αριθμός Ταυτότητας

.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΦΟΒΟΥ

Όνομα..... Ηλικία..... Φύλο..... Ημ/νία.....

Διάλεξε έναν αριθμό απο την παρακάτω κλίμακα που να δείχνει πόσο θα απέφευγες κάθε μία απο τις περιστάσεις που αναφέρονται λόγω φόβου ή άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων. Μετά γράψε τον αριθμό που διάλεξες, στο τετράγωνο απέναντι απο την κάθε περίπτωση.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
δεν θα την απέφευγα ποτέ		θα την απέφευγα λίγες φορές		θα την απέφευγα αρκετές φορές		θα την απέφευγα περισσότερες φορές		θα την απέφευγα πάντοτε

1.Κύρια φοβία για την οποία ζητάς θεραπεία(περίγραψε με δικά σου λόγια)

.....

2.Ενέσεις ή μικροεπεμβάσεις.....

3.Να τρώω και να πίνω με άλλους ανθρώπους.....

4.Νοσοκομεία.....

5.Να ταξιδεύω μόνος με λεωφορείο ή τρένο.....

6.Να περπατάω μόνος σε πολυσύχναστους δρόμους.....

7.Να με παρακολουθούν με το βλέμμα.....

8.Να πηγαίνω σε πολυσύχναστα μαγαζιά.....

9.Να μιλάω με ανθρώπους εξουσίας.....

10.Να βλέπω αίμα.....

11.Να μου κάνουν κριτική.....

12.Να πηγαίνω μόνος (ή) μακριά απο το σπίτι μου.....

13.Να σκέφτομαι τραυματισμό ή αρρώστια.....

14.Να μιλώ ή να ενεργώ μπροστά σε ακροατήριο.....

15.Μεγάλοι ανοιχτοί χώροι.....

16.Να επισκέπτομαι τον οδοντογιατρό.....

17.Άλλες περιστάσεις(περίγραψε).....

Άφησε λευκό

ΑΓ ΑΤ ΚΟΙ

Σύνολο (παράλειψε 1 και 17)

Τώρα διάλεξε έναν αριθμό απο την παρακάτω κλίμακα που να δείχνει πόσο σε ενοχλεί κάθε ένα από τα προβλήματα που αναφέρονται και γράψε τον αριθμό στο τετράγωνο απέναντι.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Δεν με ενοχλεί καθόλου		με ενοχλεί λίγο		με ενοχλεί σίγουρα		με ενοχλεί έντονα		με ενοχλεί πάρα πολύ σοβαρά

18. Αισθάνομαι κακοδιάθετος ή στεναχωρημένος.....
19. Αισθάνομαι ευερέθιστος ή θυμωμένος.....
20. Αισθάνομαι ψυχική ένταση.....
21. Δι σάρει στες σκέψεις έρχονται στο μυαλό μου
22. Αισθάνομαι αποξένωση απο τον εαυτό μου και το περιβάλλον μου.....
23. Άλλα αισθήματα(περίγραψε).....

Σύνολο

--

Πως θα βαθμολογούσες την τωρινή κατάσταση των φοβικών σου συμπτωμάτων στην παρακάτω κλίμακα;

0	1	2	3	4	5	6	7	8
καμία φοβία		ελαφρά ενοχλητική δεν επηρεάζει τη ζωή μου		σίγουρα ενοχλητική επηρεάζει τη ζωή μου		έντονα ενοχλητική επηρεάζει τη ζωή μου		πολύ σοβαρή ενοχλητική επηρεάζει τη ζωή μου

Παρακαλώ να βάλεις ένα κύκλο στους αριθμούς ανάμεσα στο 0 και το 8

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ (Α)

Όνομα.....Αριθ. Φακέλου.....
Εξεταστής.....Ημ/νία.....

Παρακαλούμε να βάλετε μόνο έναν κύκλο μπροστά στην απάντηση που εκφράζει καλύτερα πως αισθάνεσθε. Σημειώστε μία απάντηση από κάθε ενότητα.

- A. 0. Δεν αισθάνομαι λυπημένος
1. Αισθάνομαι λυπημένος ή μελαγχολικός
2α. Είμαι λυπημένος ή μελαγχολικός συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό.
2β. Είμαι τόσο μελαγχολικός ή δυστυχισμένος ώστε αυτό μου προξενεί πόνο.
3. Είμαι τόσο μελαγχολικός ή δυστυχισμένος ώστε δεν μπορώ να το αντέξω.
- B. 0. Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος ή αποθαρρυνμένος για το μέλλον.
1. Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον.
2α. Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον
2β. Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου.
3. Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν.
- Γ. 0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος.
1. Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένος περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους
2α. Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα άξια λόγου.
2β. Καθώς σκέφτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες
3. Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος σαν άτομο (σύζυγος - μητέρα).
- Δ. 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος
1α. Αισθάνομαι βαριεστημένος σχεδόν όλη την ώρα.
1β. Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα.
2. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα.
3. Αισθάνομαι δυσαρεστημένος με το κάθε τι
- E. 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχο τον εαυτό μου.
1. Πολλές φορές αισθάνομαι κακός ή χωρίς αξία.
2α. Αισθάνομαι πολύ ένοχος.
2β. Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακός ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα.
2. Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακός ή ανάξιος
- Z. 0. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.
1. Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί.
2. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ.
3α. Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ.
3β. Θέλω να τιμωρηθώ

- H. 0. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου.
 1α. Αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου.
 1β. Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου.
 2. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου.
 3. Μισώ τον εαυτό μου.
- Θ. 0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος από τους άλλους.
 1. Είμαι αυστηρός με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου.
 2α. Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου.
 2β. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που συμβαίνει.
- I. 0. Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου.
 1. Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο.
 2α. Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα.
 2β. Μου φαίνεται ότι η οικογένειά μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα.
 2γ. Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας.
 2. Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα.
- K. 0. Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο.
 1. Κλαίω τώρα περισσότερο από ότι συνήθως.
 2. Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να το σταματήσω.
 3. Άλλοτε μπορούσα να κλάψω, αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν το θέλω.
- Λ. 0. Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένος από ότι συνήθως.
 1. Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο από ότι συνήθως.
 2. Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένος.
 3. Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευρίαζαν συνήθως.
- M. 0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για άλλους ανθρώπους.
 1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους από ότι παλιότερα.
 2. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματά μου για αυτούς έχουν λιγοστέψει.
 3. Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δεν νοιάζομαι καθόλου γι' αυτούς.
- N. 0. Είμαι το ίδιο αποφασιστικός όπως πάντα.
 1. Τελευταία αναβάλλω το να παίρνω αποφάσεις.
 2. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις.
 3. Δεν μπορώ να πάρω καμιά απόφαση.
- Ξ. 0. Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνισή μου είναι χειρότερη από άλλοτε.
 1. Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένος και αντιπαθητικός.
 2. Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, ώστε να φαίνομαι αντιπαθητικός.
 3. Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημος και αποκρουστικός.

- Ο. 0. Τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως και πρώτα.
 1α. Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάποια δουλειά.
 1β. Δεν τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως πρώτα.
 2. Χρειάζεται να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να κάνω κάτι.
 3. Μου είναι αδύνατο να εργαστώ.
- Π. 0. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως.
 1. Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένος από άλλοτε.
 2. Ξυπνώ το πρωί 2 - 3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
 3. Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο.
- Ρ. 0. Δεν κουράζομαι ευκολότερα από ότι συνήθως.
 1. Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα.
 2. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω.
 3. Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτε.
- Σ. 0. Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε.
 1. Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε.
 2. Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.
 3. Δεν έχω πια καθόλου όρεξη.
- Τ. 0. Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό.
 1. Έχω χάσει περισσότερο από 2 κιλά.
 2. Έχω χάσει περισσότερο από 4 κιλά.
 3. Έχω χάσει περισσότερο από 7 κιλά.
- Υ. 0. Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε.
 1. Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχιά ή δυσκοιλιότητα.
 2. Με απασχολεί τόσο πολύ το πως αισθάνομαι ή το τί αισθάνομαι ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφτώ τίποτε άλλο.
 3. Είμαι εντελώς απορροφημένος με το τι αισθάνομαι.
- Φ. 0. Δεν έχω προσέξει τελευταία καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τους άνδρες).
 1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ (για τις γυναίκες) από ότι συνήθως.
 2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο τώρα για το σεξ (για τις γυναίκες)
 3. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τις γυναίκες)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ (Γ)

Όνομα.....Αριθ. Φακέλου.....
Εξεταστής.....Ημ/νία.....

Παρακαλούμε να βάλετε μόνο έναν κύκλο μπροστά στην απάντηση που εκφράζει καλύτερα πως αισθάνεσθε. Σημειώστε μία απάντηση από κάθε ενότητα.

- A. 0. Δεν αισθάνομαι λυπημένη.
1. Αισθάνομαι λυπημένη ή μελαγχολική.
2α. Είμαι λυπημένη ή μελαγχολική συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό.
2β. Είμαι τόσο μελαγχολική ή δυστυχισμένη ώστε αυτό μου προξενεί πόνο.
3. Είμαι τόσο μελαγχολική ή δυστυχισμένη ώστε δεν μπορώ να το αντέξω.
- B. 0. Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξη ή αποθαρρυνόμενη για το μέλλον.
1. Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον.
2α. Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον
2β. Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου.
3. Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν.
- Γ. 0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένη.
1. Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένη περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους
2α. Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα άξια λόγου.
2β. Καθώς σκέφτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες
3. Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένο σαν άτομο (σύζυγος - μητέρα).
- Δ. 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένη.
1α. Αισθάνομαι βαριεστημένη σχεδόν όλη την ώρα.
1β. Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα.
2. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα.
3. Αισθάνομαι δυσαρεστημένη με το κάθε τι
- E. 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχο τον εαυτό μου.
1. Πολλές φορές αισθάνομαι κακή ή χωρίς αξία.
2α. Αισθάνομαι πολύ ένοχη.
2β. Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακή ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα.
2. Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακή ή ανάξια.
- Z. 0. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.
1. Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί.
2. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ.
3α. Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ.
3β. Θέλω να τιμωρηθώ

- Η. 0. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένη από τον εαυτό μου.
 1α. Αισθάνομαι απογοητευμένη από τον εαυτό μου.
 1β. Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου.
 2. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου.
 3. Μισώ τον εαυτό μου.
- Θ. 0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερη από τους άλλους.
 1. Είμαι αυστηρή με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου.
 2α. Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου.
 2β. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που συμβαίνει.
- Ι. 0. Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου.
 1. Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο.
 2α. Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα.
 2β. Μου φαίνεται ότι η οικογένειά μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα.
 2γ. Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας.
 2. Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα.
- Κ. 0. Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο.
 1. Κλαίω τώρα περισσότερο από ότι συνήθως.
 2. Κλαίω συνεχώς δεν μπορώ να το σταματήσω
 3. Άλλοτε μπορούσα να κλάψω, αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν το θέλω.
- Λ. 0. Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένη από ότι συνήθως.
 1. ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο από ότι συνήθως.
 2. Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένη.
 3. Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευρίαζαν συνήθως.
- Μ. 0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για άλλους ανθρώπους.
 1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους από ότι παλιότερα.
 2. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματά μου για αυτούς έχουν λιγοστεύσει.
 3. Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δεν νοιάζομαι καθόλου για αυτούς.
- Ν. 0. Είμαι το ίδιο αποφασιστική όπως πάντα.
 1. Τελευταία αναβάλλω το να παίρνω αποφάσεις.
 2. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις.
 3. Δεν μπορώ να πάρω καμιά απόφαση.
- Ξ. 0. Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνισή μου είναι χειρότερη από άλλοτε.
 1. Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένη και αντιπαθητική.
 2. Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, ώστε να φαίνομαι αντιπαθητική.
 3. Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημη και αποκρουστική.

- O. 0. Τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως και πρώτα.
 1α. Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάποια δουλειά.
 1β. Δεν τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως πρώτα.
 2. Χρειάζεται να πιάσω πολύ τον εαυτό μου για να κάνω κάτι.
 3. Μου είναι αδύνατο να εργαστώ.
- Π. 0. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως.
 1. Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένη από άλλοτε.
 2. Ξυπνώ το πρωί 2 - 3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
 3. Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο.
- P. 0. Δεν κουράζομαι ευκολότερα από ότι συνήθως.
 1. Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα.
 2. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω.
 3. Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτε.
- Σ. 0. Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε.
 1. Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε.
 2. Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.
 3. Δεν έχω πια καθόλου όρεξη.
- T. 0. Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό.
 1. Έχω χάσει περισσότερο από 2 κιλά.
 2. Έχω χάσει περισσότερο από 4 κιλά.
 3. Έχω χάσει περισσότερο από 7 κιλά.
- Υ. 0. Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε.
 1. Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχιά ή δυσκοιλιότητα.
 2. Με απασχολεί τόσο πολύ το πως αισθάνομαι ή το τί αισθάνομαι ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφτώ τίποτε άλλο.
 3. Είμαι εντελώς απορροφημένη με το τι αισθάνομαι.
- Φ. 0. Δεν έχω προσέξει τελευταία καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τους άνδρες).
 1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ (για τους άνδρες) από ότι συνήθως.
 2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο τώρα για το σεξ (για τους άνδρες).
 3. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τους άνδρες).

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΓΧΟΥΣ ΤΟΥ SPIELBERGER

Όνομα.....

Ημερομηνία

ΟΔΗΓΙΕΣ: Πιο κάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και κατόπιν βάλτε έναν κύκλο στο αντίστοιχο τετραγωνάκι στα δεξιά της φράσης για να δείξετε πώς αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μην ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σ' αυτό που αισθάνεστε τώρα.

	Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ
1. Αισθάνομαι ήρεμος	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
3. Νιώθω μια εσωτερική ένταση	1	2	3	4
4. Έχω αγωνία	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άνετα	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος	1	2	3	4
7. Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι ανατασμένος	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι άγχος	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικά	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι νευρικήτητα	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι ήσυχος	1	2	3	4
14. Βρίσκομαι σε διέγερση	1	2	3	4
15. Είμαι χαλαρωμένος	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
17. Ανησυχώ	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ: Πιο κάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και κατόπιν βάλτε έναν κύκλο στο αντίστοιχο τετραγωνάκι στα δεξιά της φράσης για να δείξετε πώς αισθάνεστε συνήθως. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μην ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει πώς αισθάνεστε γενικά.

	Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ
21. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4
22. Κουράζομαι εύκολα	1	2	3	4
23. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία	1	2	3	4
24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι	1	2	3	4
25. Μένω πίσω στις δουλειές μου γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα	1	2	3	4
26. Αισθάνομαι αναπαυμένος	1	2	3	4
27. Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και συγκεντρωμένος	1	2	3	4
28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω	1	2	3	4
29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία	1	2	3	4
30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση	1	2	3	4
31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα	1	2	3	4
32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
33. Αισθάνομαι ασφαλή	1	2	3	4
34. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας	1	2	3	4
35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση	1	2	3	4
36. Είμαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και μ' ενοχλεί	1	2	3	4
38. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου	1	2	3	4
39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας	1	2	3	4
40. Έρχομαι σε μια κατάσταση εντάσεως ή αναστατώσεως όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου	1	2	3	4

Ερωτηματολόγιο Απόδοσης Ελέγχου Ψυχικής Υγείας

Όνομα.....Αριθ.Φακέλου.....
Εξεταστής.....Ημ/νία.....

Παρακάτω υπάρχουν μερικές προτάσεις σχετικά με την υγεία και την ασθένεια. Με κάθε μια μπορείτε να συμφωνείτε ή να διαφωνείτε, έτσι κάτω από κάθε μιά υπάρχει μια κλίμακα που κυμαίνεται από την «απόλυτη διαφωνία μέχρι την απόλυτη συμφωνία». Διαβάστε την πρόταση και βάλτε έναν κύκλο γύρω από μία μόνον από τις εναλλακτικές εκτιμήσεις που τη συνοδεύουν. Παρακαλώ απαντήστε κάθε πρόταση χωρίς να ξοδεύετε πολύ χρόνο. Μην επηρεάζεστε από τις προηγούμενες απαντήσεις σας, αλλά απαντήστε όπως αισθάνεστε εσείς για κάθε πρόταση.

1. Αν αρρωστήσω η δική μου συμπεριφορά είναι που θα καθορίσει πόσο γρήγορα θα γίνω πάλι καλά.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ σχετικά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ σχετικά	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	--------------------	--------------------

2. Ότι και να κάνω αν πρόκειται να αρρωστήσω, θα αρρωστήσω.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ σχετικά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ σχετικά	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	--------------------	--------------------

3. Η τακτική επαφή με το γιατρό μου είναι για μένα ο καλύτερος τρόπος να αποφεύγω τις αρρώστιες.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ σχετικά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ σχετικά	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	--------------------	--------------------

4. Τα περισσότερα πράγματα που επηρεάζουν την υγεία μου, μου συμβαίνουν από ατυχία.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ σχετικά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ σχετικά	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	--------------------	--------------------

5. Όποτε δεν αισθάνομαι καλά, θα πρέπει να συμβουλευόμαι έναν γιατρό.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ σχετικά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ σχετικά	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	--------------------	--------------------

6. Έχω τον έλεγχο της υγείας μου.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ σχετικά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ σχετικά	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	--------------------	--------------------

7. Η οικογένειά μου παίζει μεγάλο ρόλο στο αν θα αρρωστήσω ή αν θα μείνω υγιής.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ σχετικά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ σχετικά	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	--------------------	--------------------

8. Όταν αρρωσταίνω εγώ είμαι ο φταίχτης.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ σχετικά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ σχετικά	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	--------------------	--------------------

9. Η τύχη παίζει μεγάλο ρόλο στο πόσο σύντομα θα αναρρώσω από μια αρρώστια.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ σχετικά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ σχετικά	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	--------------------	--------------------

10. Οι γιατροί ελέγχουν την υγεία μου.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ σχετικά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ σχετικά	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	--------------------	--------------------

11. Η καλή μου υγεία είναι ως επί το πλείστον ζήτημα καλής τύχης.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ σχετικά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ σχετικά	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	--------------------	--------------------

12. Το κυριότερο πράγμα που επηρεάζει την υγεία μου είναι το τί κάνω εγώ.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ σχετικά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ σχετικά	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	--------------------	--------------------

13. Αν φροντίζω τον εαυτό μου μπορώ να αποφεύγω τις αρρώστιες.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ σχετικά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ σχετικά	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	--------------------	--------------------

14. Όταν αναρρώσω από μια αρρώστια, είναι συνήθως επειδή οι άλλοι (π.χ. γιατροί, νοσοκόμοι, οικογένεια, φίλοι) με έχουν περιποιηθεί καλά.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ σχετικά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ σχετικά	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	--------------------	--------------------

15. Είναι πιθανό να αρρωστήσω οτιδήποτε και να κάνω.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ σχετικά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ σχετικά	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	--------------------	--------------------

16. Θα μείνω υγιής αν είναι γραφτό μου.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ σχετικά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ σχετικά	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	--------------------	--------------------

17. Αν ενεργήσω σωστά μπορώ να μείνω υγιής.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ σχετικά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ σχετικά	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	--------------------	--------------------

18. Όσον αφορά στην υγεία μου μπορώ να κάνω μόνον ότι με συμβουλεύει ο γιατρός μου.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ σχετικά	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ σχετικά	Συμφωνώ απόλυτα
--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	--------------------	--------------------

ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία:

ΟΔΗΓΙΕΣ: Διαβάστε κάθε μια από τις παρακάτω προτάσεις και χρησιμοποιώντας την κλίμακα από το 0 ως το 8 βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την τωρινή σας κατάσταση.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Εξαιτίας των προβλημάτων μου έχει επηρεαστεί αρνητικά / ή μειωθεί η ικανότητα μου να δουλέψω.

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8
καθόλου λίγο αρκετά πολύ πάρα πολύ /
δεν μπορώ
να δουλέψω

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΣΠΙΤΙΟΥ

Εξαιτίας των προβλημάτων μου έχει επηρεαστεί αρνητικά / ή μειωθεί η φροντίδα του σπιτιού (καθαριότητα, τακτοποίηση, πλήρωμα λογαριασμών, ψώνια, κτλ).

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8
καθόλου λίγο αρκετά πολύ πάρα πολύ

KOINΩNIKH ZΩH

Εξαιτίας των προβλημάτων μου έχουν επηρεαστεί αρνητικά / ή μειωθεί οι κοινωνικές μου δραστηριότητες (π.χ. να βγαίνω έξω, να κάνω επισκέψεις, να βλέπω φίλους, κτλ)

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8
καθόλου λίγο αρκετά πολύ πάρα πολύ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗ

Εξαιτίας των προβλημάτων μου έχουν επηρεαστεί αρνητικά / ή μειωθεί οι προσωπικές μου διασκέδασεις (π.χ. γόμψυ, τηλεόραση, διάβασμα, κτλ).

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8
καθόλου λίγο αρκετά πολύ πάρα πολύ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Εξαιτίας των προβλημάτων μου έχουν επηρεαστεί αρνητικά οι σχέσεις μου με την οικογένειά μου.

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8
καθόλου λίγο αρκετά πολύ πάρα πολύ

ΤΕΛΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Όνομα.....Αριθ.Φακέλου.....
Εξεταστής.....Ημ/νία.....

Ονοματεπώνυμο: Ημερομηνία:

Αν ήταν να κάνετε τώρα αυτές τις δραστηριότητες πόσο άγχος θα είχατε και πόσο θα τους αποφεύγατε σύμφωνα με τις παρακάτω κλίμακες;

Τελικοί Στόχοι	Βαθμός	
	Άγχους	Αποφυγής
1.		
2.		
3.		
4.		

Κλίμακα άγχους

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____
κανένα _____ λίγο άγχος _____ μέτριο _____ έντονο _____ αβάσταχτο
άγχος _____ άγχος _____ άγχος _____ άγχος

Κλίμακα αποφυγής

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____
δε θα απέφευγα / θα απέφευγα θα απέφευγα θα απέφευγα θα απέφευγα
καμμία αποφυγή λίγες φορές αρκετές φορές τις περισσότερες φορές πάντα
φορές

**Βαθμολόγηση της βαρύτητας της διαταραχής παθολογικού άγχους από το
θεραπευόμενο**

Όνομα.....Αριθ. Φακέλου.....
Θεραπευόμενος.....Ημ/νια.....

Βαθμολογείστε τη βαρύτητα των συμπτωμάτων σας κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα του, βάζοντας σε κύκλο τον πιο αντιπροσωπευτικό αριθμό της κλίμακας που ακολουθεί. Βαθμολογείστε τη βαρύτητα ανεξάρτητα από το αν παίρνετε φάρμακα ή ακολουθείτε κάποιου άλλου είδους θεραπεία.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Καμιά φοβία		Ελαφρά ενοχλητική/ δεν επηρεάζει τη ζωή μου		Σίγουρα ενοχλητική/ επηρεάζει αρκετά τη ζωή μου		Έντονα ενοχλητική/ επηρεάζει πολύ τη ζωή μου		Πολύ σοβαρή/ επηρεάζει σοβαρά τη ζωή μου

**Βαθμολόγηση της βαρύτητας της διαταραχής παθολογικού άγχους από τον
εξεταστή / θεραπευτή**

Όνομα.....Αριθ.Φακέλου.....
Εξεταστής / Θεραπευτής.....Ημ/νια.....

Βαθμολογείστε τη βαρύτητα της διαταραχής παθολογικού άγχους κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα του εξεταζόμενου βάζοντας σε κύκλο τον πιο αντιπροσωπευτικό αριθμό της κλίμακας που ακολουθεί. Βαθμολογείστε τη βαρύτητα ανεξάρτητα από το αν το άτομο παίρνει φάρμακα ή ακολουθεί κάποιου άλλου είδους θεραπεία.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Καμιά φοβία		Ελαφρά ενοχλητική/ δεν επηρεάζει τη ζωή του		Σίγουρα ενοχλητική/ επηρεάζει αρκετά τη ζωή του		Έντονα ενοχλητική/ επηρεάζει πολύ τη ζωή του		Πολύ σοβαρή/ επηρεάζει σοβαρά τη ζωή του

ΔΕΛΤΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΕΛΑΤΗ

Όνομα.....Αριθ.Φακέλου.....
Εξεταστής.....Ημερομηνία.....

1. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς με ικανοποίησαν:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
καθόλου		λίγο		μέτρια		πολύ		απόλυτα

2. Υπάρχει κάποια αλλαγή/ες που θα προτείνατε στη Μ.Θ.Σ. που θα συνέβαλλε στην καλύτερη εξυπηρέτησή σας;.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Η συνεργασία μου με το θεραπευτή μου με ικανοποίησε :

0	1	2	3	4	5	6	7	8
καθόλου		λίγο		μέτρια		πολύ		απόλυτα

4. Υπάρχει κάποια αλλαγή/ες που θα προτείνατε στο θεραπευτή σας που θα συνέβαλλε σε καλύτερη μεταξύ σας συνεργασία;.....
.....
.....
.....
.....
.....

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ

Το κείμενο που πρόκειται να διαβάσετε αποτελεί ένα συμβόλαιο με όρους που αφορούν τόσο εσάς όσο και το θεραπευτή σας. Πρωταρχικός του σκοπός είναι η γρηγορότερη και ασφαλέστερη διεξαγωγή της θεραπείας σας και η προφύλαξή σας από περιττές απογοητεύσεις. Δευτερευόντως αισιοδοξούμε να προωθήσουμε μ' αυτό τον τρόπο την πιο ομαλή εξέλιξη της σχέσης που θα αναπτυχθεί, ανάμεσα σε σας και το θεραπευτή σας.

Ο στόχος της θεραπείας είναι η δική σας εκπαίδευση, μέσα από τις δικές σας εμπειρίες, ώστε να γίνετε αποτελεσματικότεροι στη διαχείριση των προβλημάτων που σας έφεραν κοντά μας, εφαρμόζοντας διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης, για τις οποίες θα σας συμβουλευόμαστε.

- Η θεραπεία είναι μια σχέση συνεργασίας ανάμεσα στο θεραπευτή και το θεραπευόμενο από την αρχή μέχρι το τέλος της.
- Η λογική της θεραπείας οφείλει να είναι κατανόηση στο θεραπευόμενο. Οι ερωτήσεις, οι απορίες, οι αμφισβητήσεις και οι επιφυλάξεις από την πλευρά του είναι απαραίτητο να εκφράζονται στο θεραπευτή του.
- Η θεραπευτική εργασία (ασκήσεις) που αναλαμβάνει ο θεραπευόμενος είναι αποτέλεσμα συμφωνίας ανάμεσα στους δύο συμβαλλόμενους (θεραπευτή και θεραπευόμενο).
- Ο θεραπευτής δεν έχει δικαίωμα να επιβάλλει ασκήσεις στο θεραπευόμενο.
- Ο θεραπευόμενος είναι υποχρεωμένος να ολοκληρώνει πιστά τη θεραπευτική εργασία που έχει αναλάβει.
- Αυθαίρετες παραποιήσεις ή παραλείψεις ασκήσεων από την πλευρά του θεραπευόμενου χωρίς τη σύμφωνη γνώμη του θεραπευτή του, αντίκεινται στην αρχή της συνεργασιμότητας που διέπει τη θεραπεία.
- Επανελημμένες παραποιήσεις ή παραλείψεις ασκήσεων από το θεραπευόμενο είναι ικανές να προκαλέσουν τη διακοπή της συνεργασίας.
- Τα ραντεβού είναι σκόπιμο να ακυρώνονται ή να αναβάλλονται τουλάχιστον μια μέρα πριν την καθορισμένη μέρα και ώρα.

Ημερομηνία:

Όνομα θεραπευτή :

Όνομα θεραπευόμενου:

Υπογραφή :

Υπογραφή:



Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία,
Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς