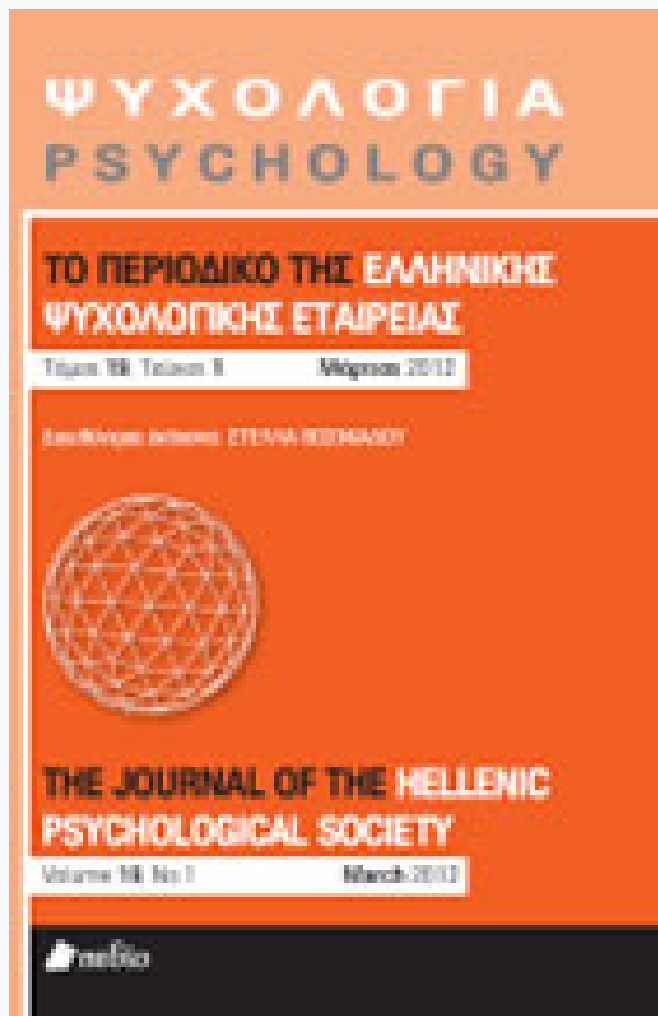


Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 19, No 3 (2012)



Positive Interventions in Cognitive-Behavioural Psychotherapy

Πασχαλία Μυτσκίδου, Βλοντάκης Ιωάννης

doi: [10.12681/psy_hps.23624](https://doi.org/10.12681/psy_hps.23624)

Copyright © 2020, Πασχαλία Μυτσκίδου, Βλοντάκης Ιωάννης



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

To cite this article:

Μυτσκίδου Π., & Ιωάννης Β. (2020). Positive Interventions in Cognitive-Behavioural Psychotherapy. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 19(3), 297–312. https://doi.org/10.12681/psy_hps.23624

Θετικές παρεμβάσεις στη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία

ΜΥΤΣΚΙΔΟΥ ΠΑΣΧΑΛΙΑ, PhD.¹

ΒΛΟΝΤΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ²

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία αποτελεί μια εμπειρικά τεκμηριωμένη θεραπευτική προσέγγιση. Αν και αποτελεί τη θεραπεία επιλογής των αγχωδών και συναισθηματικών διαταραχών, ένα ποσοστό ασθενών που λαμβάνουν Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία παρουσιάζουν συμπτώματα ακόμη και μετά τη λήξη της θεραπείας ή υποτροπές σε μακρόχρονες αξιολογήσεις. Κατά διαστήματα διάφορες τεχνικές έχουν προταθεί με στόχο τον εμπλουτισμό της συγκεκριμένης προσέγγισης και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητάς της. Από τον ευρύτερο χώρο της Θετικής Ψυχολογίας, τρία θεραπευτικά προγράμματα, η Θεραπεία Ευζωίας, η Θεραπεία Χτισίματος Ελπίδας και η Θεραπεία Ποιότητας Ζωής, έχουν ενσωματωθεί σε ψυχοθεραπείες Γνωσιακού-Συμπεριφορικού τύπου με στόχο τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητάς τους και την πρόληψη υποτροπής. Σε αυτό το άρθρο παρουσιάζονται το θεωρητικό υπόβαθρο, η δομή και οι τεχνικές των θεραπευτικών αυτών προγραμμάτων. Αναφέρονται τα πρώτα ερευνητικά ευρήματα αναφορικά με την αποτελεσματικότητά τους σε θεραπεία ασθενών με άγχος και κατάθλιψη. Τέλος, γίνεται μια κριτική αποτίμηση της συμβολής τους στην αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής- Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας.

Λέξεις-κλειδιά: Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία, Θετικές παρεμβάσεις, Αποτελεσματικότητα.

1. Εισαγωγή

Από την εποχή της ίδρυσής της, στη δεκατία του 1960, ως σήμερα, η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία (ΓΣΨ) έχει επιτύχει να αναδειχθεί σε μια αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση που βασίζεται τόσο σε μια στέρεη θεωρητική βάση όσο και σε πληθώρα εμπειρικών ευρημάτων, με αποτέλεσμα να αποτελεί τη θεραπεία επι-

λογής των αγχωδών και συναισθηματικών διαταραχών (Barlow, 2002. National Institute for Clinical Excellence, 2004).

Χαρακτηρίζεται από τη χρήση ξεκάθαρα περιγεγραμμένων τεχνικών που μπορούν εύκολα να διδαχθούν σε νέους θεραπευτές και των οποίων η εφαρμογή μπορεί εύκολα να ελεγχθεί και να αξιολογηθεί. Συγκεκριμένα, αναφορικά με τη θεραπεία των αγχωδών διαταραχών, η ΓΣΨ περιλαμ-

1. Διεύθυνση: Μυτσκίδου Πασχαλία: Λ. Κηφισίας 36, 115 26 Αθήνα. E-mail: pasxalia@otenet.gr

2. Διεύθυνση: Ακτή Θεμιστοκλέους 130, 185 39, Πειραιάς.

βάνει: (α) έκθεση στις καταστάσεις που προκαλούν φόβο, και (β) εκπαίδευση στην αναγνώριση και τροποποίηση των δυσλειτουργικών σκέψεων (Clinical Practice Guidelines, 2006. Βαϊδάκης, 2008). Η θεραπεία των συναισθηματικών διαταραχών επικεντρώνεται: (α) στην τροποποίηση δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών και δυσλειτουργικών σκέψεων που συνδέονται με την κατάθλιψη, (β) στην απόκτηση ικανοτήτων και την εφαρμογή τους με στόχο την εξάσκηση σε αυτές στις περιόδους μεταξύ των συνεδριών και, τέλος, (γ) στη χρήση τεχνικών συμπεριφορικής κινητοποίησης, όπως καταγραφή δραστηριοτήτων, αξιολόγηση στόχων ζωής και αξιών, προγραμματισμό δραστηριοτήτων, εκπαίδευση στη χαλάρωση κ.ά. (American Psychiatric Association, Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depression, 2010. Kanter et al., 2010).

Πολλές έρευνες αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της ΓΣΨ (για ανασκόπηση, βλ. Butler et al., 2006. Hofmann & Smits, 2008. Hollon & Ronniah, 2010. Otte, 2011). Ειδικά για τις διαταραχές άγχους, τα πλεονεκτήματα της θεραπείας φαίνεται να διατηρούνται για τουλάχιστον δύο χρόνια μετά τη λήξη της (Bruce et al., 1999. Clark et al., 1999. Hunt & Andrews, 1998. Stuart et al., 2000) ενώ το 62% των ασθενών βρέθηκε να διατηρεί τα οφέλη του σε επανέλεγχο μετά από τουλάχιστον 10 έτη (Fava et al., 2001). Όσον αφορά στην κατάθλιψη, περίπου τα δύο τρίτα των ασθενών που λαμβάνουν ΓΣΨ ευνοούνται άμεσα (Hollon et al., 2005), ενώ η πιθανότητα υποτροπής μετά τη λήξη της θεραπείας φαίνεται να είναι μικρότερη από εκείνη όσων ακολουθούν αποκλειστικά θεραπεία με φάρμακα (Vittengl et al., 2007. Hollon & Ronniah, 2010). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι ένας στους πέντε ασθενείς αποφεύγει την υποτροπή όταν, στην οξεία φάση της διαταραχής, η θεραπεία περιλαμβάνει εκτός από φαρμακευτική αγωγή και Γνωσιακή Θεραπεία (ΓΘ) ή αποκλειστικά ΓΘ. Όταν η ΓΘ συνεχίζεται μετά την οξεία φάση προκαλεί μείωση κατά 12% της πιθανότητας υποτροπής μετά τη λήξη της και 14% στον επανέλεγχο σε σχέση με θεραπεία με φάρμακα (Vittengl et al., 2007).

Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι η ΓΣΨ φαίνεται

να είναι αποτελεσματική, προκαλεί προβληματισμό το γεγονός ότι ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με προβλήματα άγχους και κατάθλιψης παρουσιάζουν υποτροπή σε μελέτες με μακρόχρονο επανέλεγχο. Συγκεκριμένα, ασθενείς με κατάθλιψη που έλαβαν ΓΘ στην οξεία φάση της διαταραχής παρουσιάζουν ποσοστά υποτροπής 29% και 54% ένα και δύο χρόνια αντίστοιχα μετά τη λήξη της θεραπείας (Vittengl et al., 2007), ενώ σε άλλη έρευνα το ποσοστό υποτροπής για ΓΣΨ με κλινική διαχείριση κυμαίνεται στο 38% και στο 60% δύομιση και έξι χρόνια, αντίστοιχα, μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης (Paykel et al., 2005). Αντίστοιχα, για τις αγχώδεις διαταραχές μια ανασκόπηση ερευνών με επανέλεγχο 2-14 ετών καταδεικνύει ότι μόνο το 38% των ασθενών ανάρωσε χωρίς καθόλου ή ελάχιστη επιπλέον θεραπεία κατά την περίοδο μέχρι τον επανέλεγχο ενώ ένα ποσοστό 30% παρουσίασε πενιχρά αποτελέσματα παρά την εντατική θεραπεία για αρκετά χρόνια (Durham et al., 2011).

Με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της ΓΣΨ, νέες μεθόδους παρουσιάζονται συνεχώς στη διεθνή βιβλιογραφία (Martin, 2011). Πρόσφατα, θεραπευτικά προγράμματα και τεχνικές από τον ευρύτερο χώρο της Θετικής Ψυχολογίας, έχουν εισαχθεί στη ΓΣΨ ως συμπληρωματικές παρεμβάσεις με στόχο τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητάς της και την πρόληψη υποτροπής (Karkowski, Garratt & Ilardi, 2006).

Η Θετική Ψυχολογία αποτελεί ένα νέο, πολλά υποσχόμενο κλάδο της Ψυχολογίας (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Εμφανίστηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και ασχολείται με την προαγωγή της ευημερίας, της ευζωίας και της ανάπτυξης των ανθρώπων. Επιχειρεί να γεφυρώσει το κενό ανάμεσα στην απουσία ψυχικής νόσου και την ευημερία, καθώς η ικανότητα της ψυχολογίας να θεραπεύει σε μεγάλο βαθμό μια σειρά από διαταραχές, όπως για παράδειγμα το άγχος και την κατάθλιψη, δεν ευγγύεται ταυτόχρονα την ευημερία των ασθενών (Diener & Lucas, 2000).

Η Θετική Ψυχολογία δίνει έμφαση στο ρόλο των δυνατοτήτων των ανθρώπων και τη βίωση θετικών συναισθημάτων. Τα θετικά συναισθήματα φαίνεται να διευρύνουν το ρεπερτόριο του ατόμου

που αφορά στη στιγμιαία τάση σκέψης-δράσης (Fredrickson & Branigan, 2005), με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες επιτυχίας του ατόμου και ως εκ τούτου η πιθανότητα να βιώσει εκ νέου θετικά συναισθήματα. Η βίωση και άλλων θετικών συναισθημάτων οδηγεί σε νέα *γνωσιακή διεύρυνση* που παράγει νέα θετικά συναισθήματα με αποτέλεσμα να δημιουργείται μια ατέρμονα ανεπισσώμενη αλυσίδα διεύρυνσης και βίωσης θετικών συναισθημάτων. Επιπλέον, τα θετικά συναισθήματα φαίνεται να αναιρούν τις αρνητικές συνέπειες που σχετίζονται με τη βίωση αρνητικών συναισθημάτων και να λειτουργούν προστατευτικά για το άτομο απέναντι στην αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων στο μέλλον (Fredrickson, 1998, 2001. Fredrickson & Joiner, 2002. Fredrickson et al., 2000. Garland et al., 2010), ενισχύοντας την ανθεκτικότητά του απέναντι στις αντιξοότητες (Cohn et al., 2009. Johnson et al., 2010. Fredrickson et al., 2003). [Για μια αναλυτική παρουσίαση των γενικών χαρακτηριστικών και αρχών της Θετικής Ψυχολογίας. βλ. Σταλίκας & Μυτσκίδου (2011). *Εισαγωγή στη Θετική Ψυχολογία*. Εκδόσεις Τόπος].

Ός αποτέλεσμα, η Θετική Ψυχολογία αναθεωρεί το ρόλο των θετικών συναισθημάτων και χαρακτηριστικών των ανθρώπων στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας, και από ενδείξεις βελτίωσης τα ανάγει σε μηχανισμούς αλλαγής (Fitzpatrick & Stalikas, 2008), ανοίγοντας νέες προοπτικές στην ερμηνεία και διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Υιοθετώντας τεχνικές από κλασικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως η ΓΣΨ, με νέο στόχο και προσανατολισμό, η Θετική Ψυχολογία προτείνει νέα θεραπευτικά προγράμματα και τεχνικές. Τρία από αυτά, η Θεραπεία Ευζωίας (Well-Being Therapy. Ryff, 1989), η Θεραπεία Χτισίματος Ελπίδας (Hope Therapy. Lopez et al., 2004), και Θεραπεία Ποιότητας Ζωής (Quality of Life Therapy. Frisch, 2006), που έχουν προταθεί από τους δημιουργούς τους ως συμπληρωματικές παρεμβάσεις στη ΓΣΨ των αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών, θα παρουσιαστούν αναλυτικά. Ο λόγος για την παρουσίαση μόνον των συγκεκριμένων θεραπευτικών προγραμμάτων είναι διότι αποτελούν τα περισσότερο ολοκληρωμένα και ικανά να εφαρμοστούν και ταυτόχρονα

τα μόνα που έχουν ελεγχθεί σε εμπειρικές μελέτες που παρέχουν ενδείξεις για την αποτελεσματικότητά τους.

Συγκεκριμένα, θα παρουσιαστεί αναλυτικά το θεωρητικό τους υπόβαθρο και οι τεχνικές τους και θα γίνει αποτίμηση της αποτελεσματικότητάς τους. Στόχος είναι η διερεύνηση της κλινικής χρησιμότητάς τους στη ΓΣΨ αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών.

2. Θεραπεία Ευζωίας

Η Θεραπεία Ευζωίας αποτελεί μια βραχεία ενισχυτική θεραπευτική προσέγγιση που δημιουργήθηκε από τον Fava (1999). Στοχεύει στην αύξηση της ευζωίας και της ανθεκτικότητας του ατόμου (Fava & Tomba, 2009) και μπορεί να εφαρμοστεί είτε στο πλαίσιο ΓΣ ψυχοθεραπείας, ως επικουρική θεραπευτική στρατηγική, είτε ως αποκλειστική παρέμβαση με κύριο στόχο την πρόληψη υποτροπής. Απευθύνεται κυρίως σε ασθενείς με συναισθηματικές ή αγχώδεις διαταραχές που δεν έχουν ανταποκριθεί σε προηγούμενες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις ή φαρμακοθεραπεία και εξακολουθούν να παρουσιάζουν συμπτώματα.

Βασίζεται θεωρητικά στο μοντέλο της ψυχολογικής ευζωίας της Carol Ryff (1989) σύμφωνα με το οποίο η λειτουργικότητα των ανθρώπων αναπτύσσεται σε έξι διαστάσεις: *κυριαρχία στο περιβάλλον, προσωπική ανάπτυξη, αυτοαποδοχή, σκοπός ζωής, αυτονομία και θετικές σχέσεις με τους άλλους*. Οι άνθρωποι με ψυχικές δυσκολίες έχουν συνήθως δυσκολίες και ελλείψεις σε αυτούς τους τομείς που τους εμποδίζουν να αναπτύξουν θετικά συναισθηματικά στοιχεία της προσωπικότητάς τους και να ζήσουν καλά. Η Θεραπεία Ευζωίας στοχεύει στον εντοπισμό αυτών των ελλείψεων ή αδυναμιών και στη βελτίωση της λειτουργικότητας, καθώς υποστηρίζει ότι η απουσία αισθήματος ευζωίας δημιουργεί συνθήκες ευαλωτότητας σε πιθανές μελλοντικές αντιξοότητες. Η δυνατότητα του ατόμου να διατηρούν ή να επανέρχονται σε υψηλά επίπεδα ευζωίας αποτελεί ένδειξη ανθεκτικότητας (Ryff et al., 1998).

Πρόκειται για μια δομημένη, στοχοκατευθυνόμενη και προσανατολισμένη στο πρόβλημα θεραπεία. Εκτείνεται σε 8 θεραπευτικές συνεδρίες, διάρκειας 30-50 λεπτών και βασίζεται στην αυτο-παρατήρηση, με τη χρήση δομημένων ημερολογίων και τη συνεργασία του ασθενή και του θεραπευτή. Οι θεραπευτικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι: (α) *γνωσιακή αναδόμηση*, (β) *δόμηση ημερήσιων δραστηριοτήτων*, και (γ) *εκπαίδευση στη διεκδικητικότητα και την επίλυση προβλημάτων*. Οι παραπάνω τεχνικές αποτελούν βασικές και αναπόσπαστες τεχνικές της ΓΣΨ για την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση της παθολογίας, που ωστόσο, στα πλαίσια της Θεραπείας Ευζωίας, επικεντρώνονται στην αξιολόγηση και ανάπτυξη της ικανοποίησης και λειτουργικότητας του ατόμου.

Πιο αναλυτικά, αρχικά εντοπίζονται και αναγνωρίζονται οι στιγμές ευζωίας στην καθημερινότητα του ασθενή, με στόχο την ευαισθητοποίησή του στην εμφάνισή τους, καθώς φαίνεται ότι αν και υπάρχουν συνήθως περνούν απαρατήρητες. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι διαστάσεις της ευζωίας και ο ασθενής ενθαρρύνεται να αναγνωρίσει τις σκέψεις και τις συμπεριφορές του που παρεμποδίζουν την καλή ζωή. Αυτή η φάση της θεραπείας είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς ο θεραπευτής εντοπίζει τις διαστάσεις που παραμένουν ανεπηρέαστες από παράλογες και αυτόματες σκέψεις, αλλά και εκείνες στις οποίες υπάρχουν αδυναμίες και ελλείψεις. Η εφαρμογή γνωσιακών τεχνικών, όπως η γνωσιακή αναδόμηση και η αναζήτηση αποδείξεων υπέρ και κατά των διαφόρων πεποιθήσεων του θεραπευόμενου, στοχεύει στη μεταβολή του τρόπου σκέψης του ασθενή και κατ'επέκταση στην επίδρασή της στις διάφορες διαστάσεις. Επιπλέον, ο θεραπευόμενος ενθαρρύνεται να εμπλακεί σε δραστηριότητες που εγείρουν ευχαρίστηση, με ανάθεση καθημερινών ευχάριστων δραστηριοτήτων. Στο τελευταίο μέρος της παρέμβασης, ο θεραπευτής, μέσω των ημερολογίων των επεισοδίων ευζωίας, εντοπίζει ανεπάρκειες στις διάφορες διαστάσεις και τις παρουσιάζει στο θεραπευόμενο προοδευτικά, ενώ συνεχίζεται ο εντοπισμός των γνωσιακών δυσλειτουργιών και επιχειρείται η δημιουργία εναλλακτικών (Fava & Ruini, 2003. Fava & Tomba, 2009).

Το τελικό ζητούμενο της θεραπείας είναι η αλλαγή να μην περιορίζεται στη σκέψη αλλά να αντανακλά σε συγκεκριμένες συμπεριφορές. Για παράδειγμα, ένας ασθενής με αγχώδη διαταραχή που παρουσιάζει υποτροπή με ταυτόχρονη επιβάρυνση της συναισθηματικής του κατάστασης, παρατηρεί μέσω της συγκεκριμένης παρέμβασης ότι έχει έλλειμμα στη διάσταση της αυτονομίας, και πιο συγκεκριμένα στην ικανότητα διεκδίκησης. Μετά από εκπαίδευση στη διεκδικητικότητα, του ανατίθεται να εκφράζει αντιρρήσεις όταν διαφωνεί, να αρνείται, ή να εκφράζει τη γνώμη του στον χώρο εργασίας του, ώστε να αισθανθεί περισσότερο αυτόνομος και ικανός. Συνιστάται η καθημερινή άσκηση ενώ παράλληλα συζητούνται πιθανές λύσεις στα προβλήματα που τον αγχώνουν.

Αποτελεσματικότητα

Η Θεραπεία Ευζωίας έχει εξεταστεί αναφορικά με την αποτελεσματικότητά της σε πρώιμες έρευνες, με μικρά δείγματα, είτε ως συμπληρωματική παρέμβαση σε ΓΣΨ Γενικευμένης Διαταραχής Άγχους και Διαταραχής πανικού με Αγοραφοβία (Fava et al., 1997, 2005) είτε σε ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές άγχους που παρουσίαζαν υπολειμματικά συμπτώματα μετά από ΓΣΨ ή υποτροπιάζουσα κατάθλιψη (Fava et al., 1998a, 1998b). Βρέθηκε να έχει καλά πρώτα αποτελέσματα πράγμα που παρέχει θετικές ενδείξεις για την περαιτέρω εφαρμογή της και την καλύτερη εμπειρική τεκμηρίωσή της, όπως επιβεβαίωσε και πρόσφατη έρευνα στο Ιράν (Moeenizadeh & Salagame, 2010).

Πιο αναλυτικά, σε σαράντα ασθενείς με υποτροπιάζουσα μείζονα κατάθλιψη που είχαν ιαθεί πλήρως από το τελευταίο επεισόδιο με αντικαταθλιπτικά (Fava et al., 1998b), δόθηκε είτε Θεραπεία Ευζωίας ως μέρος ΓΣΨ είτε κλινική διαχείριση και υποστήριξη. Η αντικαταθλιπτική αγωγή σταθεροποιήθηκε και στις δύο ομάδες κατά τη διάρκεια των παρεμβάσεων και σταδιακά διεκόπη. Η ομάδα της ΓΣΨ και Θεραπείας Ευζωίας παρουσίασε σημαντική μείωση στο ποσοστό των υπολειμματικών συμπτωμάτων μετά τη διακοπή των φαρμάκων ($p < 0,001$) σε σύγκριση με την

ομάδα της κλινικής διαχείρισης. Επιπλέον, παρουσίασε σημαντική μείωση στο ποσοστό υποτροπών (25%) στη διειρήνη παρακολούθηση σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (80%). Σε επανεξέταση έξι ετών (Fava et al., 2004), τα ποσοστά υποτροπής διαμορφώθηκαν σε 40% και 90% αντίστοιχα.

Σε επόμενη ελεγχόμενη μελέτη, η Θεραπεία Ευζωίας χρησιμοποιήθηκε ως αποκλειστική παρέμβαση (Fava et al., 1998a) και συγκρίθηκε απευθείας με ΓΣΨ, σε είκοσι ασθενείς με αγχώδεις και συναισθηματικές διαταραχές που είχαν λάβει συμπεριφορική θεραπεία ή φαρμακοθεραπεία αντίστοιχα και παρουσίαζαν υπολλειματικά συμπτώματα. Μετά τη λήξη της παρέμβασης, η πρώτη ομάδα παρουσίασε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό υπολλειματικών συμπτωμάτων ($p < 0,001$) και σημαντική αύξηση στα επίπεδα ευζωίας ($p < 0,05$). Σε μεταγενέστερη έρευνα (Fava et al., 2005), η Θεραπεία Ευζωίας εφαρμόστηκε σε ασθενείς με Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους. Συγκεκριμένα, οχτώ συνεδρίες ΓΣΨ συγκρίθηκαν με τέσσερις συνεδρίες ΓΣΨ που ακολουθήθηκαν από τέσσερις συνεδρίες Θεραπείας Ευζωίας. Και οι δύο ομάδες παρουσίασαν σημαντική μείωση των επιπέδων άγχους, με σαφές ωστόσο πλεονέκτημα της ομάδας μεικτής θεραπείας τόσο όσον αφορά στη μείωση των συμπτωμάτων άγχους όσο και στη βελτίωση της ευζωίας.

Τέλος, σε πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ιράν (Moeenizadeh & Salagame, 2010), σαράντα έφηβοι ή ενήλικοι φοιτητές με κατάθλιψη, είκοσι άντρες και είκοσι γυναίκες, έλαβαν είτε ΓΣΨ είτε Θεραπεία Ευζωίας. Και οι δύο ομάδες βελτιώθηκαν σημαντικά, ωστόσο η ομάδα που έλαβε Θεραπεία Ευζωίας παρουσίασε μεγαλύτερη βελτίωση και σημαντική μείωση στα μισά από τα συμπτώματα που αξιολογήθηκαν με το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης (Beck et al., 1996). Το ενδιαφέρον είναι ότι τα συμπτώματα αυτά αφορούσαν τόσο στο γνωσιακό-συναισθηματικό παράγοντα, όπως λύπη, απαισιοδοξία, προηγούμενη αποτυχία, ενοχές, αίσθημα απαξίας, δυσκολία λήψης αποφάσεων, όσο και στον σωματικό, όπως κλάματα, ταραχή, έλλειψη ενδιαφέροντος και έλλειψη εν-

διαφέροντος για το σεξ, γεγονός που υποδεικνύει ότι η θεραπεία ευζωίας επιδρά σε συμπτώματα που αφορούν όχι μόνο σε γνωσιακές αλλά και σε σωματικές εκφράσεις της διαταραχής. Τέλος, βρέθηκε μια σημαντική αρνητική συσχέτιση σε επίπεδο 0,01 (διπλής κατεύθυνσης) μεταξύ των επιπέδων κατάθλιψης και ευζωίας, υποδεικνύοντας ότι τουλάχιστον στη συγκεκριμένη έρευνα όταν η ευζωία αυξάνεται, η κατάθλιψη μειώνεται. Τα συγκεκριμένα ευρήματα ενισχύουν τις υποθέσεις για τους πιθανούς μηχανισμούς δράσης της συγκεκριμένης θεραπείας, που παρουσιάζονται στη βιβλιογραφία (Fava & Tomba, 2009).

Πιθανοί μηχανισμοί δράσης της θεραπείας

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας μπορεί να υποστηριχθεί από δύο κυρίως κλινικά φαινόμενα (Ryff & Singer, 1998, 2000). Πρώτον, την προστατευτική δράση που φαίνεται να ασκεί η αύξηση της ευζωίας στην ευαλωτότητα από χρόνιο και οξύ στρες, όπως διαφαίνεται από έρευνες που αφορούν στην ψυχολογική ανθεκτικότητα, και δεύτερον στην περίπλοκη ισορροπία μεταξύ θετικών και αρνητικών συναισθημάτων. Υπάρχει εκτεταμένη έρευνα (Rafanelli et al., 2000) που δείχνει αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ θετικών και αρνητικών συναισθημάτων. Άρα, είναι πιθανό, αλλαγές στα επίπεδα ευζωίας να οδηγούν στη μείωση της υποκειμενικής δυσφορίας και αντίστροφα. Στην οξεία φάση, η απάλειψη των συμπτωμάτων μπορεί να επιφέρει θεμελιώδεις αλλαγές στα επίπεδα ευζωίας, ενώ το αντίστροφο είναι πιθανό να συμβαίνει στην υπολλειματική φάση, δηλαδή το αίσθημα ευζωίας να μειώνει τα υπολλειματικά συμπτώματα.

Μια ακόμη πολύ ενδιαφέρουσα διάσταση, που αφορά στη δράση της Θεραπείας Ευζωίας στα πλαίσια ΓΣ ψυχοθεραπείας, είναι η θέση ότι η ΓΣΨ είναι πιθανό να δρα σε μοριακό επίπεδο, μεταβάλλοντας την έκφραση των γονιδίων που σχετίζονται με το άγχος και την πρωτεϊνσύνθεση, ή επηρεάζοντας τους μηχανισμούς που εμπλέκονται στη μάθηση και την απόκτηση της μνήμης σε νευρονικές δομές (Godard & Charney, 1977). Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι η χαρά και η λύπη

επηρεάζουν διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου: η λύπη ενεργοποιεί λιμβικές και παραλιμβικές περιοχές, ενώ η χαρά σχετίζεται με μείωση της φλοιώδους δραστηριότητας του βρεγματικού λοβού (George et al., 1995). Αυτά τα δεδομένα δεν δηλώνουν απλά αντίθετη δραστηριότητα σε ίδιες περιοχές του εγκεφάλου. Διαφορετικά νευρωνικά κυκλώματα που συνδέονται με μηχανισμούς ανταμοιβής, μάθησης και απάλειψης του φόβου φαίνεται να εμπλέκουν τις ίδιες εγκεφαλικές δομές και ιδιαίτερα την αμυγδαλή, τον επικλινη πυρήνα και το προμετωπιαίο φλοιό (Charney, 2004). Επιπλέον, κάθε φορά που μια τραυματική εμπειρία ανακτάται, εντάσσεται σε μια εν ενεργεία αντιληπτική και συναισθηματική εμπειρία (Charney, 2004). Όπως υποστηρίζουν, οι Singer και συνεργάτες (2005), η θεραπεία ευζωίας είναι δυνατό να ενεργοποιεί δίκτυα δενδριτών στον ιππόκαμπο και να επιδρά στην αμυγδαλή, στο σημείο αποθήκευσης των αναμνήσεων φοβικών ή στρεσογόνων εμπειριών, με αποτέλεσμα μια αποδυνάμωση της δυσφορίας και των τραυματικών αναμνήσεων.

Κατά συνέπεια, οι υποστηρικτές της Θεραπείας Ευζωίας επισημαίνουν, ότι η παθοφυσιολογική δράση της θεραπείας μπορεί να είναι διαφορετική από τη ΓΣΨ που είναι προσανατολισμένη στο σύμπτωμα, με τον ίδιο τρόπο που η ευζωία και η δυσφορία δεν αποτελούν απλά αντίθετες αλλά και αλληλοεπηρεαζόμενες καταστάσεις (Rafanelli et al., 2000). Ένα εύρημα που επιφέρει ενδείξεις για υποστήριξη αυτού του μηχανισμού δράσης αφορά στη μελέτη μιας μεμονωμένης περίπτωσης, όπου ο ασθενής έλαβε συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής με Θεραπεία Ευζωίας, καθώς δεν παρατηρήθηκε η ανοχή που ακολουθεί τη μακρόχρονη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά, και οφείλεται στην ενεργοποίηση του άξονα υποθάλαμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA). Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η δράση της Θεραπείας Ευζωίας είναι πιθανό να επανέφερε τον άξονα HPA σε φυσιολογική δραστηριότητα (Sonino & Fava, 2003).

Τέλος, μια πρόσφατη προσπάθεια εξήγησης της αποτελεσματικότητας της Θεραπείας Ευζωίας στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης πα-

ρουσιάζεται από τους Wood και Joseph (2010). Σε πρόσφατη έρευνά τους σε 5566 ανθρώπους, οι οποίοι συμμετείχαν σε μια μελέτη κόττης που ξεκίνησε το 1957, βρήκαν ότι όσοι παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα ευζωίας ήταν 7,16 φορές περισσότερο πιθανό να παρουσιάσουν κατάθλιψη 10 χρόνια μετά. Μετά τον έλεγχο παραγόντων όπως η προσωπικότητα, η δυσλειτουργικότητα, προηγούμενο περιστατικό κατάθλιψης, δημογραφικά, και οικονομικά στοιχεία, και τέλος στοιχεία αναφορικά με τη γενική υγεία, η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης στη συγκεκριμένη ομάδα παρέμεινε διπλάσια. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι εκτός από την ύπαρξη «αρνητικών» χαρακτηριστικών, η απουσία «θετικών» αποτελεί ένα επιπρόσθετο και ουσιώδη παράγοντα επικινδυνότητας στην εμφάνιση κατάθλιψης.

Τα παραπάνω ευρήματα σε συνδυασμό με τις θετικές ενδείξεις από τις πρώτες εμπειρικές μελέτες σε κλινικό πληθυσμό καθιστούν την περαιτέρω διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της Θεραπείας Ευζωίας επιτακτική και ταυτόχρονα ελπιδοφόρα.

3. Θεραπεία Χτισίματος Ελπίδας

Η Θεραπεία Χτισίματος Ελπίδας βασίζεται στη γενική παραδοχή ότι οι άνθρωποι που απευθύνονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν σε μεγάλο βαθμό χάσει την ελπίδα τους, συνήθως νοιώθουν διαφορετικοί, με ασυνήθιστα προβλήματα, τα οποία θεωρούν πως δεν θα ξεπεράσουν ποτέ.

Η Θεραπεία Χτισίματος Ελπίδας βασίζεται θεωρητικά στη Θεωρία της Ελπίδας του Snyder (1996), ένα γνωσιακό μοντέλο που επικεντρώνεται στον καθορισμό στόχων και στο σχεδιασμό της πορείας προς την επίτευξή τους. Σύμφωνα με τη θεωρία, η ελπίδα καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από δύο βασικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Το πρώτο αναφέρεται στην ικανότητά του να σκέφτεται με άξονα τα *μονοπάτια* (*pathways*) που μπορούν να το οδηγήσουν στην επίτευξη των στόχων του. Το άτομο μπορεί να δημιουργεί μια εικόνα του εαυτού του στο παρόν, μια εικόνα του εαυτού του στο μέλλον στην κατάσταση που θέ-

λει να φτάσει, και τουλάχιστον ένα μονοπάτι-τρόπο για την επιτυχία αυτού του στόχου. Το δεύτερο αναφέρεται στην αντίληψη του ατόμου σχετικά με την ικανότητά του να ακολουθήσει την πορεία που θα το οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου, ακόμα και κάτω από αντίξοες συνθήκες. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται σε μία σφαιρική αντίληψη του ατόμου σχετικά με το αν διαθέτει τα μέσα (*agencíes*) που απαιτούνται προκειμένου να κατακτήσει τους στόχους που θέτει στη ζωή του. Η αντίληψη αυτή χιτίζεται νωρίς στη ζωή του ατόμου ανάλογα με τις επιτυχίες ή αποτυχίες που βιώνει. Τα συναισθήματα που συνοδεύουν την έκβαση των προσπαθειών του επηρεάζουν τις μελλοντικές προσπάθειές του (Cheavens et al., 2006). Συγκεκριμένα, πριν από την επίτευξη ενός νέου στόχου, το άτομο αξιολογεί την αξία του στόχου και την ικανότητά του να τον πετύχει και σχεδιάζει τρόπους για την επίτευξή του. Η έκβαση ανατροφοδοτεί τις αντιλήψεις του αναφορικά με την πορεία του και την ικανότητά του τόσο για το συγκεκριμένο στόχο, όσο και γενικότερα. Επαναλαμβανόμενες αποτυχίες είναι δυνατό να οδηγήσουν στην απώλεια της ελπίδας σε ένα συγκεκριμένο τομέα ζωής. Απροσδόκητα γεγονότα ή στρεσογόνοι παράγοντες που είναι πιθανό να εμφανιστούν στην πορεία προς την επίτευξη οποιουδήποτε στόχου, είναι δυνατό να επηρεάσουν την εκτίμηση του ατόμου αναφορικά με την ικανότητά του και να μειώσουν το κίνητρό του.

Με λίγα λόγια, το μοντέλο της ελπίδας χαρακτηρίζεται από μηχανισμούς προώθησης (σκέψεις) αλλά και ανατροφοδότησης (συναισθήματα) που επηρεάζουν την επιτυχία του ατόμου σε κάθε στόχο. Αυτή η πορεία εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του ατόμου, την προσωπική του ιστορία επιτυχιών και αποτυχιών και τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης κατάστασης.

Η Θεραπεία Χτισίματος Ελπίδας έχει δύο βασικούς στόχους: το *χιτίσιμο ελπίδας* και την *αντιμετώπιση των παράλογων πεποιθήσεων διαφορετικότητας* που διέπουν συνήθως τους ασθενείς με ψυχικά προβλήματα και εμποδίζουν την ανάπτυξη της ελπίδας. Το *χιτίσιμο της ελπίδας* είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί σε διαφορετικές φάσεις της θεραπείας. Στα πλαίσια της αξιολόγησης, η

εκτίμηση των επιτευγμάτων και των δυνατοτήτων του ασθενούς βοηθά τον θεραπευτή να αποφασίσει αν απαιτείται περαιτέρω χιτίσιμο της ελπίδας αναφορικά με τις ικανότητές του. Στις πρώτες συνεδρίες, ο καθορισμός πλαισίου και θεραπευτικών στόχων, θεμελιώδης αρχή της ΓΣΨ, ενθαρρύνει το θεραπευόμενο να θέσει υψηλότερους στόχους, να νιώσει ικανοποίηση με την επίτευξή τους και ως συνέπεια να αυξήσει την ελπίδα του. Ανάλογα, με τους στόχους που θέτουν θεραπευόμενος και θεραπευτής, ορίζονται οι μέθοδοι για την επίτευξή τους. Για παράδειγμα, στις αγχώδεις διαταραχές φαίνεται ότι η έκθεση στο φοβικό ερέθισμα είναι το βασικό μονοπάτι για την ανακούφιση από τα συμπτώματα. Στην πορεία της θεραπείας, ο ασθενής ενθαρρύνεται να σχεδιάσει μόνος του μονοπάτια, ώστε να ενεργοποιηθεί μια διαδικασία συνεχούς εξέλιξης (Cheavens, Feldman, Woodward & Snyder, 2006). Αναφορικά, με τις *πεποιθήσεις διαφορετικότητας*, είναι σημαντικό να αντιληφθούν οι ασθενείς ότι πολλοί άνθρωποι υποφέρουν από παρόμοια προβλήματα, να αισθανθούν «κανονικοί» και να σταματήσουν να αισθάνονται ντροπισσμένοι και περιθωριοποιημένοι, ώστε να κινητοποιηθούν, να θέσουν στόχους και να εμπλακούν στις απαιτητικές ασκήσεις της θεραπείας.

Η συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση ολοκληρώνεται σε έξι στάδια. Μετά την αξιολόγηση της ελπίδας του θεραπευόμενου και την εκπαίδευσή του στη θεωρία της ελπίδας και τη σημασία της στη θεραπεία του, ο θεραπευόμενος με την καθοδήγηση του θεραπευτή του, θέτει θετικούς και συγκεκριμένους θεραπευτικούς στόχους, καθοδηγείται να σχεδιάσει τα μονοπάτια που θα ακολουθήσει για να πετύχει τους στόχους του και να επιλέξει τα πιο αποτελεσματικά. Στο τελικό στάδιο, προσεγγίζει τους στόχους στην καθημερινή του ζωή και καταγράφει την αποτελεσματικότητα των μονοπατιών που χρησιμοποιεί. Η διαδικασία είναι κυκλική με συνεχή αξιολόγηση και ανατροφοδότηση από το θεραπευτή και το θεραπευόμενο. Σκέψεις και συμπεριφορές που φαίνεται να μην βοηθούν στην επίτευξη των στόχων τροποποιούνται ή αναπροσαρμόζονται.

Οι ασκήσεις και τεχνικές που χρησιμοποιεί η Θεραπεία Χτισίματος Ελπίδας βασίζονται σε γνω-

σιακά-συμπεριφορικά μοντέλα παρέμβασης και είναι οι εξής: (α) η τεχνική της ελπιδοφόρας προσδοκίας, (β) η τεχνική του πλαισίου της ιστορίας, (γ) ασκήσεις ευαισθητοποίησης, και, (δ) η τεχνική της θετικής αντιστροφής.

Η *Τεχνική της ελπιδοφόρας προσδοκίας (Silver Lining)*, η ονομασία της οποίας προέρχεται από την αγγλική έκφραση «*finding the silver lining in the cloud*», αναφέρεται στην εκπαίδευση των θεραπευόμενων στο να βρίσκουν θετικά χαρακτηριστικά στις αρνητικές εμπειρίες ζωής. Για παράδειγμα, αν κάποιος χάσει τη δουλειά του μαθαίνει να βλέπει μικρά θετικά στοιχεία, όπως την αξιολογη εμπειρία που αποκόμισε και η οποία θα τον βοηθήσει στις μελλοντικές του επιλογές. Με αυτόν τον τρόπο, η απώλεια γίνεται ευκαιρία μάθησης, αξιολόγησης, αναδιοργάνωσης, και τελικά ανεύρεσης μιας νέας, ίσως καλύτερης, εργασίας. Η συγκεκριμένη τεχνική δεν παραβλέπει τα αρνητικά γεγονότα, ούτε αποφεύγει τις συναισθηματικές διεργασίες που έπονται των γεγονότων αυτών. Απλά, μαθαίνει στους ανθρώπους να εξισορροπούν τα αρνητικά με την αναζήτηση και αναγνώριση μικρών θετικών πτυχών, καθιστώντας τους ευεπίφορους στην ελπίδα και στην αντιμετώπιση μικρών απογοητεύσεων και ματαιώσεων.

Η *Τεχνική του πλαισίου της ιστορίας (Storyboard)* αφορά στην οπτικοποίηση της επιτυχούς έκβασης ενός στόχου που ο ασθενής επιθυμεί να πετύχει (Rinskid et al., 1996). Καλείται να φανταστεί και να αφηγηθεί τη σταδιακή, επιτυχημένη του πορεία προς το στόχο ώστε να επιτευχθεί μια ικανοποιητική αίσθηση διαχείρισης της κατάστασης. Ο θεραπευτής καθοδηγεί τον ασθενή να φανταστεί τον εαυτό του να προχωρά με λειτουργικά βήματα νοιώθοντας σε κάθε βήμα ικανοποίηση και αυτοπεποίθηση. Τελικά, καλείται να σκεφτεί όλα τα βήματα ως μια ολοκληρωμένη ιστορία. Αυτή η ιστορία μοιάζει με τη νοητική πρόβα που χρησιμοποιείται κατά κόρον στη ΓΣΨ με ένα επιπλέον στοιχείο, φαντάζεται κανείς τον εαυτό του σίγουρο και ανταγωνιστικό, κάνοντας ένα βήμα τη φορά, και στη συνέχεια συγκεντρώνει όλα τα βήματα μαζί, δημιουργώντας ένα επιτυχημένο τελικό στόχο.

Η τεχνική των *Ασκήσεων Ευαισθητοποίησης (Priming)* βασίζεται στην έρευνα για τη γνωσιακή προσβασιμότητα, ένα φαινόμενο που αναφέρεται στην ευκολία και ετοιμότητα με τις οποίες διάφορα θέματα, σχήματα και γνώσεις έρχονται στο μυαλό μας. Όλοι διαθέτουμε θετικά γνωσιακά σχήματα, ωστόσο η προσβασιμότητά μας σε αυτά δεν είναι το ίδιο εύκολη και συχνή. Οι συγκεκριμένες ασκήσεις αποτελούν στρατηγικές ευαισθητοποίησης στα θετικά σχήματα με στόχο την αύξηση της προσβασιμότητάς, ώστε να επηρεαστεί ο τρόπος ανάμνησης και αξιολόγησης ενός γεγονότος (Rinskind, 2006). Συγκεκριμένα, ο θεραπευτής και ο ασθενής γράφουν λέξεις με θετικό περιεχόμενο, όπως «ελπίδα», «ικανός», και στη συνέχεια διευρύνουν κάποιες ομάδες λέξεων με άλλες παρόμοιες ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς. Η ευαισθητοποίηση και πρόσβαση στις «θετικές» λέξεις μπορεί να οδηγήσει τους ανθρώπους στο να μεταφράζουν αποτυχίες με μια θετική οπτική.

Τέλος, η *Τεχνική της Θετικής αντιστροφής (What if)* επιχειρεί να ανασκευάσει την ανησυχία που βασανίζει το άτομο και να ενισχύσει την ελπίδα. Αρχικά, με τη βοήθεια ενός ημερολογίου, εντοπίζονται οι ανησυχίες του ατόμου και, στη συνέχεια, αυτό καλείται να σκεφτεί αναφορικά με τη θετική έκβασή τους. Για παράδειγμα, στην ανησυχία του ατόμου για το τι θα συμβεί αν δεν καταφέρει να βρει δουλειά, η εργασία αφορά στην καταγραφή σκέψεων αναφορικά με το τι θα γίνει αν βρει δουλειά. Με τον τρόπο αυτό επιχειρείται οι ασύμβατες με την ανησυχία θετικές σκέψεις που θα προκύψουν, να μειώσουν την ισχύ των αρνητικών σκέψεων. Επιπλέον, αναμένεται να ενισχυθεί το αίσθημα αυτοκυριαρχίας του θεραπευομένου καθώς του δίνεται η δυνατότητα να βρει θετικά μονοπάτια στην επίτευξη των στόχων του. Συγκεκριμένα, αρχικά το άτομο μαθαίνει να γενικεύει θετικές πιθανότητες που ιδεωδώς μπορούν να συμβούν, όπως για παράδειγμα τι θα συμβεί αν η συνέντευξη για τη δουλειά πάει καλά και στη συνέχεια να προετοιμαστεί νοητικά για πιθανά εμπόδια που ίσως εμφανιστούν και να χαράζει νέα μονοπάτια και εναλλακτικές λύσεις για την επίλυσή τους.

Αποτελεσματικότητα

Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της Θεραπείας Χτισίματος Ελπίδας βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο. Μια έρευνα έχει ελέγξει τη χρησιμότητα της τεχνικής της ελπιδοφόρας προσδοκίας, η οποία έδειξε αύξηση της επιμονής των φοιτητών που είχαν εκπαιδευτεί σε αυτήν να επιλύσουν έναν αδύνατο αναγραμματισμό λέξεων, σε σύγκριση με ομάδα ελέγχου που εκπαιδεύτηκε στη χαλάρωση (Rinskind, Sarampote & Mercier, 1996), ενώ δύο νεότερες έχουν εξετάσει τη γενικότερη εφαρμογή της.

Συγκεκριμένα, οι Klausner και συνεργάτες (1998) βρήκαν ότι ασθενείς άνω των 55 ετών με διάγνωση κατάθλιψης που έλαβαν ομαδική Θεραπεία Χτισίματος Ελπίδας παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση στην καταθλιπτική τους συμπτωματολογία και ωφελήθηκαν περισσότερο σε τομείς που αφορούν στην έλλειψη ελπίδας, το άγχος και την κοινωνική λειτουργικότητα, σε σύγκριση με ομάδα ελέγχου όπου οι ασθενείς καλούνταν να συζητήσουν αναμνήσεις από διάφορες περιόδους της ζωής τους, μια παρέμβαση που φαίνεται να είναι βοηθητική στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Karimi, et al., 2010). Όλοι οι ασθενείς λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή και κανείς δεν παρουσίασε πλήρη αποδρομή των συμπτωμάτων στη λήξη της θεραπείας. Σε νεότερη έρευνα, 32 αγχώδεις ασθενείς νεαρής ηλικίας μετά από οχτώ συνεδρίες ομαδικής Θεραπείας Χτισίματος Ελπίδας παρουσίασαν σημαντική βελτίωση ($p < 0,05$) της ελπίδας, του νοήματος ζωής και της αυτοεκτίμησης καθώς και μείωση του άγχους και της κατάθλιψης (Cheavens et al., 2006).

4. Θεραπεία Ποιότητας Ζωής

Η Θεραπεία Ποιότητας Ζωής διατυπώθηκε από τον Michael Frisch (1998) με στόχο τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας της ζωής των ανθρώπων και απευθύνεται σε κλινικό και μη κλινικό πληθυσμό. Στο πλαίσιο της ΓΣΨ είναι δυνατό να εφαρμοστεί σε ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές που βρίσκονται σε οξεία φάση (Frisch,

2006, σελ. 3) ή ως στρατηγική πρόληψης υποτροπής.

Η Θεραπεία Ποιότητας Ζωής αποτελεί μία θεραπεία νοήματος, συνειδητοποίησης και χτισίματος δεξιοτήτων στους σημαντικούς τομείς της καθημερινότητας του ατόμου (Frisch, 2006). Τρεις είναι οι βασικές αρχές της: το *εσωτερικό πλεόνασμα* (inner abundance), η *εύρεση νοήματος στη ζωή* (meaning making in life) και ο *ποιοτικός χρόνος* (quality time). Το εσωτερικό πλεόνασμα αναφέρεται σε μία κατάσταση συναισθηματικής πληρότητας και εσωτερικής γαλήνης, που προκύπτουν από τη φροντίδα και τη στοργή που το άτομο προσφέρει στον εαυτό του, σε συνδυασμό με την ετοιμότητα να αντιμετωπίζει τις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Η εύρεση νοήματος ζωής βοηθά τα άτομα να εντοπίσουν τους στόχους τους στους διάφορους τομείς της ζωής, ενώ ο ποιοτικός χρόνος προσφέρει τη δυνατότητα για ξεκούραση, περισυλλογή και επίλυση προβλημάτων (Frisch, 2009).

Η θεραπεία αυτή στηρίζεται στο μοντέλο για την ποιότητα ζωής CASIO (Cambell, 1976) σύμφωνα με το οποίο η συνολική ποιότητα ζωής του ατόμου διαμορφώνεται από την ποιότητα του συνόλου των επιμέρους τομέων της ζωής του, που στην ουσία αποτελούν τους προσωπικούς του στόχους. Συγκεκριμένα, το *μοντέλο CASIO* προτείνει ότι η διαφορά ανάμεσα στην ικανοποίηση που επιθυμεί το άτομο και σε εκείνη που αισθάνεται σε κάθε τομέα της ζωής του, καθορίζεται από τέσσερα συστατικά, τα αρχικά των οποίων αποτελούν και το όνομα του μοντέλου: (α) τις *αντικειμενικές καταστάσεις* (Circumstances) ή *χαρακτηριστικά* (Characteristics) του τομέα, (β) τη *στάση* (Attitude) του ατόμου σχετικά με τη σημασία αυτού του τομέα, (γ) την αξιολόγηση για την πληρότητα που αισθάνεται, η οποία βασίζεται στα *πρότυπά* του (Standards) αναφορικά με τα επιτεύγματά του, και, (δ) την *αξία* (Importance) που δίνει στον συγκεκριμένο τομέα για τη συνολική ευτυχία του. Αυτά τα τέσσερα συστατικά συνδυάζονται με τη *συνολική* (Overall) *ικανοποίηση* σε άλλους τομείς της ζωής που δεν είναι άμεσου ενδιαφέροντος.

Η Θεραπεία Ποιότητας Ζωής στοχεύει στην

επισημάνση της δυσλειτουργίας στους διάφορους τομείς της ζωής και την αλλαγή που θα οδηγήσει στη συνολική ικανοποίηση (Frisch, 2006, σελ. 25). Η παρέμβαση στην αξία φάση ξεκινά με την αξιολόγηση της συνολικής ποιότητας, την εξέταση των στόχων του θεραπευόμενου και τον εντοπισμό των επιμέρους τομέων που είναι δυσλειτουργικοί και συμβάλλουν στη μείωση της συνολικής ικανοποίησης. Γίνεται ανάλυση με το μοντέλο CASIO ώστε να εντοπιστούν οι αιτίες που δημιουργούν τη δυσλειτουργία και ορίζεται το πλάνο παρέμβασης.

Το περιεχόμενο των συνεδριών της θεραπευτικής παρέμβασης καθορίζεται από τον πελάτη με στόχο την ανάληψη ευθύνης, που αποτελεί βασικό θεραπευτικό στόχο για την εκμάθηση νέων τρόπων άντλησης ικανοποίησης. Ο θεραπευόμενος ενθαρρύνεται να κρατάει σημειώσεις κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, με στόχο να ανατρέχει σε αυτές κατά τη διάρκεια της εβδομάδας. Στη λήξη κάθε συνεδρίας δίνονται ασκήσεις για το σπίτι, σε θέματα που έχει γίνει εκπαίδευση εντός των συνεδριών. Μερικές από τις βασικές θεραπευτικές τεχνικές στις οποίες εκπαιδεύονται οι θεραπευόμενοι είναι: (α) η τεχνική της πιο τρομακτικής νεκρολογίας, (β) η τεχνική της κλεψύδρας, (γ) η τεχνική των βημάτων ζεν, και (δ) το σενάριο νέας ζωής.

Κατά την εφαρμογή της *Τεχνικής της πιο τρομακτικής νεκρολογίας* ο πελάτης γράφει μια νεκρολογία για τον εαυτό του όπου περιγράφει μια πολυετή ζωή χωρίς θετικές αλλαγές, με άσχημες συνήθειες και έλλειψη ικανοποίησης. Τα αποτελέσματα των αρνητικών συνηθειών και σκέψεων προβάλλονται νοερά στο μέλλον, με στόχο να αποτελέσει το συγκεκριμένο σενάριο μέσο αφύπνισης και κίνητρο για αλλαγή (Frisch, 2006, σελ. 180).

Στην *Τεχνική της κλεψύδρας*, μία κλεψύδρα τοποθετείται στο γραφείο του πελάτη ως υπενθύμιση του περιορισμένου χρόνου του στη γη και της ανάγκης για κυνήγι των στόχων και των ονείρων του στο παρόν.

Στην *Τεχνική των βημάτων ζεν*, οι στόχοι ζωής που έχει θέσει ο πελάτης χωρίζονται σε μικρότερα μέρη και ενδιάμεσους στόχους, για τον επόμενο χρόνο, μήνα και ακόμη και ημέρα, σύμφωνα με τη γνωσιακή τεχνική της κλιμακωτής ανά-

θεσης έργου (Beck και et al., 1979). Με τον τρόπο αυτό καθορίζονται μικρές ασκήσεις των 5-30 λεπτών. Για παράδειγμα, όταν ο στόχος κάποιου είναι να κάνει καριέρα στον χώρο της υγείας, μπορεί να ξεκινήσει από ένα πεντάλεπτο τηλεφώνημα σε έναν οικογενειακό φίλο που είναι γιατρός, για να μάθει πληροφορίες για τη δουλειά και τις ευκαιρίες για καριέρα που υπάρχουν στον χώρο.

Τέλος, το *Σενάριο Νέας Ζωής* διδάσκει στους πελάτες να αναγνωρίζουν τα αρνητικά γνωσιακά σχήματα στη ζωή τους και να γράφουν ένα νέο σενάριο ζωής με υγιείς και ευχάριστες πεποιθήσεις. Η καταγραφή του σεναρίου γίνεται σταδιακά. Αρχικά, ο πελάτης γράφει το σενάριο της ζωής του όπου περιλαμβάνει τις αρνητικές πεποιθήσεις του, οι οποίες εμποδίζουν την ευτυχία και την αίσθηση ικανοποίησης. Στη συνέχεια, γράφει ένα νέο σενάριο όπου αντικαθιστά όλες τις μη υγιείς πεποιθήσεις. Στο τρίτο στάδιο, καλείται να συμπεριφέρεται σύμφωνα με το νέο σενάριο και παρατηρεί τις όποιες αλλαγές εμφανίζονται στα επίπεδα ευζωίας του. Τέλος, αξιολογεί και αναθεωρεί το τελικό του σενάριο, εφόσον και όταν χρειάζεται, μέχρι να νοιώσει ευτυχής και παραγωγικός.

Αναφορικά με την πρόληψη υποτροπής, η Θεραπεία Ποιότητας Ζωής υποστηρίζει ότι οι υποτροπές οφείλονται είτε στην ύπαρξη κάποιας διαταραχής είτε στην έλλειψη χαράς και χρησιμοποίηση τέσσερις στρατηγικές: (α) τη στρατηγική «γίνε ευτυχής», (β) τις συνήθειες χαράς, (γ) τις συνεδρίες ενίσχυσης, και, (δ) τις ειδικές ικανότητες πρόληψης υποτροπής που αφορούν κλινικούς ή μη πληθυσμούς. Συγκεκριμένα, η γενική στρατηγική «γίνε ευτυχής» αποσκοπεί στο χτίσιμο ενός αποθέματος χαράς που θα λειτουργήσει ως ανάχωμα σε πιθανά μελλοντικά αγχογόνα γεγονότα και θα αυξήσει την αντοχή στις αντιξοότητες της ζωής που θα μπορούσαν να αποτελέσουν αφορμές για υποτροπή. Οι *συνήθειες χαράς* εφαρμόζονται με τη βοήθεια ενός προγράμματος όπου ο ασθενής καλείται να αυξήσει τις θετικές του συνήθειες μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο την πιθανότητα βίωσης αρνητικών συναισθημάτων. Η λογική του προγράμματος αφορά στο χτίσιμο θετικών συνηθειών, την κινητοποίηση και την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, καθώς και την προ-

ετοιμασία για την αντιμετώπιση της υποτροπής με εναλλακτικές δραστηριότητες που προάγουν τα θετικά συναισθήματα. Οι *συνεδρίες ενίσχυσης* βοηθούν στην υπενθύμιση των αποκτηθεισών ικανοτήτων, και τέλος οι *ειδικές ικανότητες πρόληψης της υποτροπής* αποτελούν παρεμβάσεις για την πρόληψη ή τη διαχείρισή της που εφαρμόζονται στο τέλος της θεραπείας. Αφορούν σε συζήτηση των στόχων που έχουν επιτευχθεί κατά τη διάρκεια της θεραπείας και οδηγίες αναφορικά με τον τρόπο δράσης των θεραπευομένων ώστε να γίνουν θεραπευτές του εαυτού τους, εφαρμόζοντας τις νέες ικανότητες που έχουν αποκτήσει.

Αποτελεσματικότητα

Η αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Ποιότητας Ζωής έχει εξεταστεί σε δύο μόνο έρευνες. Συγκεκριμένα, στην πρώτη έρευνα (Grant et al., 1995), 16 ασθενείς με κατάθλιψη πραγματοποίησαν εβδομαδιαίες συναντήσεις όπου συζητούσαν για το εγχειρίδιο της Θεραπείας Ποιότητας Ζωής. Όλοι όσοι ολοκλήρωσαν την παρέμβαση αξιολογήθηκαν ως υγιείς, αναφορικά με τη διάγνωση της κατάθλιψης, ενώ παρουσίασαν σημαντική αύξηση στην ποιότητα ζωής και το αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας. Τα παραπάνω κέρδη διατηρήθηκαν στην επαναξιολόγηση.

Η δεύτερη έρευνα αφορά στην εφαρμογή της θεραπείας σε ασθενείς με διαταραχή του συναισθήματος οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση (Rodrigue et al., 2005). Το δείγμα αφορά 35 ασθενείς σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση ήπατος, 17 από τους οποίους έλαβαν Θεραπεία Ποιότητας Ζωής ενώ οι υπόλοιποι υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Όλες οι συνεδρίες γίνονταν τηλεφωνικά ενώ η αξιολόγηση γινόταν σε τρεις χρονικές στιγμές, στην αρχή της θεραπείας, ένα και τρεις μήνες μετά. Σε σύγκριση με την ομάδα της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, όσοι έλαβαν θεραπεία ποιότητας ζωής είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά στην ποιότητα ζωής, χαμηλότερη βαθμολογία αναφορικά με της συναισθηματικούς διαταραχή καθώς και υψηλότερη εκτίμηση στην κοινωνική λειτουργικότητα και στις δύο επαναξιολογήσεις.

5. Συζήτηση

Οι θετικές παρεμβάσεις που παρουσιάστηκαν αποτελούν, σύμφωνα με τους δημιουργούς τους, δομημένες θεραπευτικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν μια σειρά θεραπευτικών τεχνικών και είναι δυνατό να ενσωματωθούν στη ΓΣΨ με στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητάς της.

Οι τεχνικές αυτές στηρίζονται στην ουσία σε γνωσιακές και συμπεριφορικές τεχνικές, με κάποιες να χρησιμοποιούνται ήδη στην κλινική πρακτική. Ωστόσο, στο πλαίσιο των συγκεκριμένων παρεμβάσεων παρουσιάζουν δύο νέα στοιχεία: επικεντρώνονται σε θετικά στοιχεία του περιβάλλοντος του θεραπευόμενου και στις δυνατότητές του και όχι στα προβλήματα, τις ελλείψεις τις αποφυγές και τα γνωσιακά του λάθη, όπως στην κλασική μορφή της ΓΣ ψυχοθεραπείας και οργανώνονται σε ένα ενιαίο σύνολο στη βάση ενός συγκεκριμένου θεωρητικού μοντέλου. Στοχεύουν στην αύξηση των δραστηριοτήτων που θα ενισχύσουν τις θετικές εμπειρίες και τις δυνατότητες των θεραπευομένων, την επικέντρωση στα επιτεύγματα και τις επιτυχίες, όσο μικρές και αν είναι, και τέλος την εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων, τη γνωσιακή αναδόμηση και τη διεκδικητικότητα. Όλα τα παραπάνω αναμένεται και φαίνεται ότι συνδέονται με αύξηση της ελπίδας, του επιπέδου ευζωίας και της ποιότητας ζωής.

Η ελπίδα, η ποιότητα ζωής και η ευζωία αποτελούσαν πάντοτε στόχους της θεραπευτικής παρέμβασης, ωστόσο αξιολογούνταν κυρίως ως το αποτέλεσμα της. Ο κλινικός παρατηρούσε την αύξηση της λειτουργικότητας του ασθενούς στο διάστημα από τη λήξη της ενεργούς θεραπείας και ως την επαναξιολόγηση, και η αύξηση της ευζωίας και της ελπίδας θεωρούνταν δείγματα της γενίκευσης των θεραπευτικών κερδών μιας επιτυχημένης θεραπείας. Τα συγκεκριμένα θεραπευτικά μοντέλα προσδίδουν σε αυτά τα θετικά χαρακτηριστικά νέους ρόλους. Θεωρούν την ευζωία, την ελπίδα και την ποιότητα ζωής ενεργά θεραπευτικά συστατικά, που είναι δυνατό να λειτουργήσουν αυτόνομα και αποκλειστικά ως θεραπευτικές παρεμβάσεις. Βέβαια, επισημαίνουν ότι η αύξηση των επιπέδων τους δεν αποτελεί αυτόμα-

τα ένδειξη ευτυχίας και υγείας καθώς χρειάζεται να συνοδεύεται από αλλαγές στη συμπεριφορά και στον τρόπο σκέψης που θα καταστήσουν το άτομο ικανό να καλλιεργήσει αυτά τα χαρακτηριστικά ώστε να αυξήσει τη βίωση θετικών εμπειριών και συναισθημάτων στο μέλλον. Για το λόγο αυτό τονίζουν την ανάγκη εκπαίδευσης των ασθενών όχι μόνο στη διαχείριση και επίλυση προβλημάτων αλλά και στη χρησιμοποίηση και αύξηση των θετικών χαρακτηριστικών και δυνατοτήτων τους.

Οι θεωρητικές αυτές απόψεις λογικοφανείς, ενδιαφέρουσες και ελπιδοφόρες φαίνεται να αποκτούν κάποια εμπειρική τεκμηρίωση. Σύμφωνα με πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, η βίωση θετικών συναισθημάτων είναι δυνατό να προκαλέσει μόνιμες αλλαγές στη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου, γεγονός που είναι δυνατό να ενισχύσει προσαρμοστικές σκέψεις και την υιοθέτηση προσαρμοστικών συμπεριφορών (για ανασκόπηση βλ. Garland & Howard, 2009). Γενικότερα, τα στοιχεία μέχρι σήμερα δείχνουν ότι η βίωση θετικών συναισθημάτων ενισχύει τους μηχανισμούς διαχείρισης προβλημάτων των ατόμων και μέσω αυτού επηρεάζει μακροπρόθεσμα τη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης και την αύξηση της ψυχολογικής ευεξίας των ατόμων (Cohn et al., 2009. Folkman & Moskowitz, 2000. Fredrickson & Joiner, 2002).

Ωστόσο, ειδικότερα για τις συγκεκριμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις, ο ισχυρισμός ότι βελτιώνουν μια επαρκώς τεκμηριωμένη θεραπεία μένει να αποδειχθεί. Η ερευνητική δραστηριότητα προς αυτή την κατεύθυνση βρίσκεται ακόμη σε πρώιμο στάδιο. Η Θεραπεία Ευζωίας είναι ίσως η μόνη από τις τρεις παρεμβάσεις που φαίνεται να είναι αποτελεσματική τόσο συμπληρωματικά με ΓΣΨ όσο και ως αυτόνομη παρέμβαση στη μείωση των υπολειμματικών συμπτωμάτων και υποτροπών και στην αύξηση της ευζωίας. Ο συνδυασμός της με ΓΣΨ φαίνεται να είναι περισσότερο αποτελεσματικός από την απλή κλινική διαχείριση στην αντιμετώπιση υποτροπιάζουσας κατάθλιψης ή τη ΓΣΨ σε Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους, ωστόσο οι έρευνες αυτές αφορούν μικρά δείγματα και τα ευρήματά τους δεν μπορούν να γενικευτούν. Επιπλέον, σε μια έρευνα όπου έγινε σύγκριση της Θεραπείας Ευζωίας με ΓΣΨ, κάποιοι

από τους ασθενείς είχαν υποβληθεί προηγουμένως σε ΓΣΨ, γεγονός που περιπλέκει την εξαγωγή συμπερασμάτων, καθώς η βελτίωση που παρατηρείται θα μπορούσε να αποδοθεί στη θεραπεία που προηγήθηκε, καθώς είναι γνωστό ότι αρκετοί ασθενείς που έχουν εμπλακεί σε ΓΣΨ συνεχίζουν να βελτιώνονται μετά τη λήξη της (Rufes et al., 2005. Σωτηροπούλου, 2005). Παρ' όλα αυτά, δύο πολύ ενδιαφέροντα ευρήματα που αφορούν στην πρόσφατη έρευνα των Moenizadeh και Salagame (2010) δείχνουν ότι η αύξηση της ευζωίας συνεπάγεται μείωση της κατάθλιψης και η βελτίωση αυτή αφορά συμπτώματα τόσο γνωσιακά όσο και σωματικά. Τα συγκεκριμένα ευρήματα συνάδουν τόσο με τη θεωρητική βάση της θετικής ψυχολογίας όσο και με πρόσφατα εμπειρικά δεδομένα Cohn et al., 2009. Folkman & Moskowitz, 2000. Fredrickson & Joiner, 2002. Wood & Joseph, 2010) και δημιουργούν ευοίωνες προοπτικές για τη συγκεκριμένη παρέμβαση.

Η Θεραπεία Χτισίματος Ελπίδας έχει ελεγχθεί σε δύο μόνο έρευνες, σε καμία από τις οποίες η ΓΣΨ δεν αποτελεί μέρος του θεραπευτικού πακέτου ή συγκρινόμενη θεραπεία. Προφανώς, οι δημιουργοί της τη θεωρούν συμπλήρωμα της ΓΣΨ λόγω του κοινού θεωρητικού προσανατολισμού και των δύο παρεμβάσεων αναφορικά με τον ρόλο των γνωσιών στη διατήρηση της ψυχοπαθολογίας καθώς και του παρόμοιου τρόπου διαχείρισης και παρέμβασης μέσω τεχνικών ενίσχυσης και γνωσιακής αναδόμησης, χωρίς ωστόσο να έχουν ελέγξει ερευνητικά τον ισχυρισμό τους. Οι έρευνες αποτελεσματικότητας δείχνουν ότι η Θεραπεία Χτισίματος Ελπίδας είναι βοηθητική στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των επιπέδων άγχους, την αύξηση της ελπίδας, του νοήματος ζωής και της αυτοεκτίμησης, ωστόσο σε κανένα βαθμό δεν αποδεικνύουν ότι αυτή η βελτίωση υπερβαίνει ή συμπληρώνει εκείνη της ΓΣΨ, διατηρείται στο χρόνο ή τελικά μειώνει τις υποτροπές. Παρόμοια, η Θεραπεία Ποιότητας Ζωής δεν έχει σε καμία μελέτη συγκριθεί ή αποτελέσει μέρος της ΓΣΨ. Φαίνεται να δρα αποτελεσματικά στη μείωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και την αύξηση της λειτουργικότητας, ευρήματα, που όπως και εκείνα αναφορικά

με τη Θεραπεία Χτισίματος Ελπίδας, δεν αφορούν στη σύγκριση με ΓΣΨ ή στην υπαγωγή της σε αυτήν ως συμπληρωματική παρέμβαση.

Γενικότερα, ο μικρός αριθμός ερευνών αποτελεσματικότητας και των τριών μοντέλων, τα μικρά δείγματα και ο ερευνητικός σχεδιασμός δεν επιτρέπουν με βεβαιότητα την εξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με τη χρησιμότητά τους, πολύ δε περισσότερο τον ισχυρισμό ότι αυξάνουν την αποτελεσματικότητα της ΓΣΨ και μειώνουν τις υποτροπές σε συγκεκριμένο κλινικό πληθυσμό, δηλαδή τους ασθενείς με άγχος και κατάθλιψη.

Παρ' όλα αυτά, κρίνουμε απαραίτητο την ενημέρωση των θεραπειών για τις νέες αυτές θετικές παρεμβάσεις και την αποτελεσματικότητά τους με στόχο την ορθολογική χρήση τους στα πλαίσια της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Η προσεκτική και επιλεκτική ενσωμάτωσή τους στον θεραπευτικό σχεδιασμό περιστατικών που δεν παρουσιάζουν την αναμενόμενη εξέλιξη είναι πιθανό να είναι βοηθητική τόσο για την εξέλιξη των συγκεκριμένων περιστατικών όσο και για την ερευνητική αξιολόγηση των ίδιων των παρεμβάσεων. Ωστόσο, μια γενικευμένη χρήση τους που θα μπορούσε να προέρχεται από τον ενθουσιασμό με τον οποίο αντιμετωπίζονται συχνά οι θετικές αυτές παρεμβάσεις, φαίνεται να μη υποστηρίζεται ακόμη από τα ερευνητικά ευρήματα.

Οι θετικές αυτές παρεμβάσεις φέρνουν στο προσκήνιο ένα ενδιαφέρον ζήτημα που υπερβαίνει τη θεραπεία συνδρόμων και την αποδρομή συμπτωμάτων, την αύξηση της ευζωίας και της ποιότητας ζωής. Ωστόσο, φαίνεται να έχουν ακόμη πολύ ερευνητικό δρόμο να διανύσουν ώστε να αποδείξουν τόσο το ρόλο των θετικών χαρακτηριστικών ως μηχανισμών αλλαγής όσο και τη χρησιμότητά τους στην αύξηση της αποτελεσματικότητας εμπειρικά τεκμηριωμένων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων και μεθόδων.

Βιβλιογραφία

American Psychiatric Association (2010). *Practice Guideline for the Treatment of patients with Major Depressive Disorder*. Retrieved September 27,

- 2010, from <http://www.psychiatryonline.com/pracGuide>.
- Baϊδάκης, Ν. (2008). Κατευθυντήριες θεραπευτικές οδηγίες για τη Διαταραχή Πανικού. *Hellenic Psychiatry, General Hospital*, 5(1), 21-27.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597.
- Bruce, T., Spiegel, D., & Hegel, M. (1999). Cognitive-behavioral therapy helps prevent relapse and recurrence of panic disorder following alprazolam discontinuation: a long-term follow-up of the Peoria and Dartmouth studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 151-156.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Campbell, A., Converse, P.E., & Rogers, W.L. (1976). *The quality of American life*. New York: Russell Stage.
- Charney, D.S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 161, 195-216.
- Cheavens, S.J., Feldman, D.B., Woodward, J.T. & Snyder, C.R. (2006). Hope in cognitive psychotherapies: on working with client strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 135-144.
- Cheavens, J., Feldman, D.B., Gum, A., Michael, S.T., & Snyder, C.R. (2006). Hope Therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77, 61-78.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 583-589.
- Clinical Practice Guidelines: management of Anxiety Disorders (2006). *Canadian Journal of Psychiatry* 51(2), 23S-29S.
- Cohn, M.A., Fredrickson, B.L., Brown, S.L., Mikels, J.A., & Conway, A.M. (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life

- satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9(3), 361-368.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (2000). Subjective emotional well-being. In M. Lewis & J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed.) (pp. 325-337). New York: Guilford.
- Durham, R.C., Higgins, C., Chambers, J.A., Swan, J.S., & Dow, M.G.T. (2012). Long-term outcome of eight clinical trials of CBT for anxiety disorders: Symptom profile of sustained recovery and treatment-resistant groups. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 875-881.
- Fava, G.A. (1999). Well-being therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 171-178.
- Fava, G.A., Savron, G., Grandis, S., & Rafanelli, C. (1997). Cognitive Behavioral management of drug - resistant major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 278-282.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998a). Well-being therapy: A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28, 475-480.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998b). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 55, 816-820.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., Ruini, C., Mangelli, L., & Belluardo, P. (2001). Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. *Psychological Medicine*, 31, 891-898.
- Fava, G.A., & Ruini, C. (2003). Management of recurrent depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 3-9.
- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., & Grandi, S. (2004). Six year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1872-1876.
- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2005). Well-Being Therapy of Generalized Anxiety Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 26-30.
- Fava, G.A. & Tomba, E. (2009). Increasing Psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality* 77(6), 1903-1934.
- Fitzpatrick, M.R. & Stalikas, A. (2008). Integrating positive emotions into theory, research, and practice: a new challenge for psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(2), 248-258.
- Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654.
- Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B.L. & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion*, 19(3), 313-332.
- Fredrickson, B.L. & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13(2), 172-175.
- Fredrickson, B.L., Mancuso, R.A., Braniganm C., & Tugade, M.M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, 24, 237-258.
- Fredrickson, B.L., Tugade, M.M., Waugh, C.E., & Larkin, G.R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376.
- Frisch, M.B. (1998). Quality of life therapy and assessment in health care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 19-40
- Frisch, M.B. (2006). *Quality of Life Therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Frisch, M.B. (2009). Quality of Life Therapy and Coaching (QOLTC). In S.J. Lopez (Ed.). *Encyclopedia of Positive Psychology* (pp. 824-826). New York: Wiley-Blackwell.
- Garland, E.L., Fredrickson, B., Kring, A.M., Johnson, D.P., Meyer, P.S., & Penn, D.L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: insights from the Broaden-and-Build Theory and Affective Neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 849-864.
- Garland, E.L. & Howard, M.O. (2009). Neuroplasticity,

- psychosocial genomics, and the biopsychosocial paradigm in the 21st Century. *Health and Social Work*, 34(3), 191-199.
- George, M.S., Ketter, T.A., Parekh, P.I., Horowitz, B., & Post, R.M. (1995). Brain activity during transient sadness and happiness in healthy women. *American Journal of Psychiatry*, 152, 341-351.
- Goddard, A.W. & Charney, D.S. (1997). Toward an integrated neurobiology of panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(2), 4-11.
- Grant, G.M., Salcedo, V., Hynan, L.S., Frisch, M.B., & Puster, K. (1995). Effectiveness of quality of life therapy for depression. *Psychological Reports*, 76(3), 1203-1208.
- Hofmann, S.G. & Smits, J.A. J. (2008). Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders: A meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621-632.
- Hollon, S.D. & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27, 891-932
- Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Amsterdam, J.D., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., Lobett, M.L., Young, P.R., Haman, K.L., Freeman, B.B. & Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Hunt, C. & Andrews, G. (1998). Long-term outcome of panic disorder and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 395-406.
- Johnson, J., Gooding, P.A., Wood, A.M. & Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy* 48, 179-186.
- Kanter, J.W., Manos, R.C., Bowe, W.M., Baruch, D.E., Busch, A.M., & Rusch, L.C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review* 30, 608-620.
- Karimi, H., Doaltshahee, B., Momeni, K., Khodabakhshi, A., Rezaei, M., & Kamrani, A.A. (2010). Effectiveness of integrative and instrumental reminiscence therapies on depression symptoms reduction in institutionalized older adults: An empirical study. *Aging and Mental Health*, 14(7), 881-887.
- Karwoski, L., Garratt, G.M., & Ilardi, S.S. (2006). On the integration of Cognitive-Behavioral Therapy for depression and positive psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20(2), 159-170.
- Klausner, E. J., Clarkin, J.F., Spielman, L., Pupo, C., Abrams, R., & Alexopoulos, G. S. (1998). Late-life depression and functional disability: the role of goal-focused group psychotherapy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(10), 707-16
- Lopez, S.J., Snyder, C.R., Magyar-Moe, J.L., Edwards, L.M., Pedrotti, J.T., Janowski, K., Turner, J.L., & Pressgrove, C. (2004). Strategies for accentuating hope. In P. A., Linley, & S., Joseph (Eds.), *Positive Psychology in Practice* (pp. 388-404). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Martin, A.M. (2011). Recent advances in the treatment of anxiety disorders. *Canadian Psychology*, 52(1), 1-9.
- Moeenizadeh, M. & Salagame, K. K. (2010). The impact of Well-Being Therapy on Symptoms of Depression. *International Journal of Psychological Studies*, 2(2), 223-230.
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with and without agoraphobia, and generalized anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care*. Retrieved December 20, 2004 from www.nice.or.uk/CG022quickrefguide.
- Otte, C. (2011). Cognitive behavioural therapy in anxiety disorders: current state of evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13, 413-421.
- Paykel, E.S., Scott, J., Cornwall, P.L., Abbott, R., Crane, C., Pope, M., & Johnson, A.L. (2005). Duration of relapse prevention after cognitive therapy in residual depression: follow-up of controlled trial. *Psychological Medicine*, 35(1), 59-68.
- Rafanelli, C., Park, S.K., Ruini, C., Ottolini, F., Cazzaro, M., & Fava, G.A. (2000). Rating well-being and distress. *Stress Medicine*, 16, 55-61.
- Rinskind, J.H. (2006). Links between Cognitive-Behavioral Hope-Building and positive psychology: applications to a psychotic patient. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 171-182.
- Rinskind, J.H., Sarampote, C., & Mercier, M.A. (1996). For every malady as overreign cure: Optimism training. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 10, 103-117.
- Rodrigue, J.R., Baz, M.A., Widows, M.R. & Ehlers,

- S.L. (2005). A randomized evaluation of Quality-of-Life Therapy with patients awaiting lung transplantation. *American Journal of Transplantation*, 5, 2425-2432.
- Rufer, M., Hand, I., Alslieben, H., Braatz, A., Ortman, J., Katenkamp, B., Fricke, S. & Peter, H. (2005). Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo. A 7-year follow-up of a randomized double-blind trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(2), 121-128.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C.D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-20.
- Ryff, C.D., & Singer, B. (2000). Interpersonal flourishing: a positive health agenda for the new millennium. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 30-44.
- Ryff, C.D., Singer, B., Dienberg Love, G., & Essex, M.J. (1998). Resilience in adulthood and later life. In J. Lomranz (Ed.), *Handbook of aging and mental health* (pp. 69-96). New York: Plenum.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Singer, B., Friedman, E., Seeman, T., Fava, G.A., & Ryff, C.D. (2005). Protective environments and health status: Cross-talk between human and animal studies. *Neurobiology of Aging*, 26, s113-s118.
- Snyder, C.R. (1996). To hope, to lose, and hope again. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 1, 3-16.
- Sonino, N., & Fava, G. A. (2003). Tolerance to antidepressant treatment may be overcome by ketoconazole. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 171-173.
- Σταλίκας, Α. & Μυτσκίδου Π. (2011). *Εισαγωγή στη Θετική Ψυχολογία*. Αθήνα: Τόπος.
- Stuart, G.L., Treat, T.A., & Wade, W.A. (2000). Effectiveness of an empirically based treatment for panic disorder delivered in a service clinic setting: 1-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 506-512.
- Σωτηροπούλου, Π. (2005). *Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών μιας Μονάδας Εξωτερικών Ιατρικών Ψυχοθεραπείας Διαταραχών Παθολογικού Άγχους και Ανάλυση Κόστους-Ωφέλειας*. Διδακτορική Διατριβή. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.
- Vittengl, J.R., Clark, L.A., Dunn, T.W., & Jarrett, R.B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 475-88.
- Wood, A.M. & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders* 122, 213-217.

Positive Interventions in Cognitive-Behavioural Psychotherapy

MITSKIDOU PASCHALIA, PHD.¹

VLONTAKIS IOANNIS²

ABSTRACT

Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) is a well-established, evidence-based psychotherapy. Although it is the therapy of choice for both depression and anxiety disorders, many patients remain symptomatic after termination of their treatment, while relapses are not uncommon in the long-term follow-ups. Over time, different techniques have been proposed in order to enrich cognitive-behavioural psychotherapy and increase its effectiveness. From the field of Positive Psychology, three psychotherapeutic strategies, Well-Being Therapy, Hope Therapy and Quality of Life Therapy, have been applied as additional ingredients in cognitive-behavioral packages. They are applied either as relapse prevention or as therapeutic strategies, in patients with affective and anxiety disorders who failed to respond to standard psychotherapeutic treatments. This paper presents the clinical and conceptual framework, as well as the structure and application of each strategy. Their potential clinical usefulness and results of preliminary validation studies are presented. Finally, their contribution in enriching the effectiveness of CBT is discussed.

Keywords: Cognitive-Behavioural Psychotherapy, Positive interventions, Effectiveness.

1. Address: Kifissias, Av. 36, 115 26. E-mail: pasxalia@otenet.gr

2. Address: Themistokleous Coast, 130, 185 39, Piraeus.