

# Το γνωσιακό - συμπεριφορικό πρόγραμμα ομαδικής θεραπείας της κατάθλιψης του Lewinsohn: Δομή, Εφαρμογή και Αποτελεσματικότητα του προγράμματος

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΕΥΘΥΜΙΟΥ\*, ΜΑΡΙΝΑ Ι. ΨΩΜΑ\*

## Περίληψη

Το “The coping with depression course - CWDC” (Το Πρόγραμμα για την Αντιμετώπιση της Κατάθλιψης) των Lewinsohn et al. (1984) είναι μια ομαδική γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία για την κατάθλιψη. Αποτελεί μια δομημένη ψυχοεκπαιδευτική θεραπεία που βασίζεται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης και στην κλινική της εφαρμογή, στην Θεραπεία της Συμπεριφοράς. Το πρόγραμμα αποτελείται από 12 συνεδρίες και 2 αναμνηστικές. Η ψυχοεκπαιδευτική του δομή επιτρέπει να χρησιμοποιηθεί εύκολα και σε βιβλιοθεραπευτικές προσεγγίσεις (αυτοβοήθεια) καθώς και ως μέθοδος πρόληψης. Όπως η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει, το πρόγραμμα εφαρμόζεται σε ενήλικες, εφήβους, ηλικιωμένους, εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, ομάδες μειονοτήτων, καθώς και χρόνιους καταθλιπτικούς που δεν ανταποκρίνονται σε αντικαταθλιπτική θεραπεία. Σειρά ερευνών δείχνουν ότι αποτελεί μια αποτελεσματική θεραπεία της κατάθλιψης ακόμα και σε ασθενείς με χρόνια και ανθεκτική κατάθλιψη που δεν ανταποκρίνονταν σε αντικαταθλιπτική θεραπεία. Το πρόγραμμα έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα Ελληνικά, εφαρμόζεται στο Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς καθώς και σε πανεπιστημιακά συμβουλευτικά κέντρα, δεν έχει όμως ακόμη παρουσιάσει την αποτελεσματικότητά του σε ελληνικό δείγμα ασθενών.

**Λέξεις κλειδιά:** ομαδική γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, πρόγραμμα αντιμετώπισης της κατάθλιψης, ψυχοεκπαίδευση, κατάθλιψη

## Εισαγωγή, θεωρητικό πλαίσιο

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που επηρεάζει τη διάθεση του ατόμου και συνοδεύεται συνήθως από μειωμένη ενεργητικότητα και αυξημένη κόπωση. Το άτομο με κατάθλιψη συνήθως βιώνει αλλαγές στην όρεξη, στο βάρος, στον ύπνο, στον τρόπο όπου βλέπει τον εαυτό του (μειωμένη αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη), τις σχέσεις του με τους άλλους αλλά και στο πως βιώνει καταστάσεις. Το καταθλιπτικό συναίσθημα έχει ένταση, διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα και οδηγεί σε έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε πολλούς τομείς [1,2].

Η Γνωσιακή - Συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ) που χρησιμοποιείται συχνότερα για την κατάθλιψη βασίζεται στο μοντέλο του Aaron Beck [3]. Το μοντέλο περιλαμβάνει τρεις βασικές έννοιες με τις οποίες εξηγείται το ψυχολογικό υπόστρωμα της κατάθλιψης. Οι έννοιες αυτές είναι η γνωσιακή τριάδα, τα σχήματα και οι γνωσιακές παραποιήσεις. Η γνωσιακή τριάδα, στην κατάθλιψη, αναφέρεται στον αρνητικό τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του (ανεπαρκής, άξιος, μη αρεστός, άρρωστος), το κόσμο γύρω του (απαιτητικός, απορριπτικός) και το μέλλον (ζοφερό, επιφυλάσσει διαρκείς δυσκολίες, ματαιώσεις, απώλειες). Το σχήμα αναφέρεται σε μια γνωστική κατασκευή η οποία αποτελείται από σταθερά πρότυπα ερμηνείας ενός ορισμένου συνόλου ερεθισμάτων. Στην κατάθλιψη τα κυρίαρχα δυσλειτουργικά σχήματα οδηγούν σε συστηματική παραμόρφωση της πραγματικότητας (αρνητικές αντιλήψεις). Επίσης, οι γνωσιακές παραποιήσεις συντηρούν την πίστη του ατόμου στην ορθότητα και εγκυρότητα των αρνητικών πεποιθήσεων παρά την ύπαρξη στοιχείων για το αντίθετο. Συνήθη είδη γνωσιακών παραποιήσεων είναι το αυθαίρετο συμπέρασμα, η επιλεκτική αφαίρεση, η υπεργενίκευση, η μεγιστοποίηση και ελαχιστοποίηση, η προσωποποίηση και η διπολική σκέψη [4].

Η ομαδική παρέμβαση γνωσιακής – συμπεριφορι-

\*Δρ Κλινικής Ψυχολογίας Παν/μίου Αθηνών Διδάσκων ΕΚΠΑ (Π.Δ. 407/80) Υπεύθυνος Τμήματος Θεραπειών Ενηλίκων του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

\*\*Ψυχολόγος, - Ψυχοθεραπεύτρια, MSc Σχολικής Ψυχολογίας MSc. Παν/μίου Αθηνών Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

κής κατεύθυνσης ακολουθεί τις βασικές αρχές της Γνωσιακής Συμπεριφορικής θεωρίας. Στηρίζεται σε τρία στοιχεία: την ύπαρξη προγράμματος για κάθε συνάντηση, την επανατροφοδότηση και την αποσαφήνιση των στόχων [5]. Παράλληλα, δευτερογενώς χρησιμοποιείται η δυναμική της ομάδας για τη διευκόλυνση της επίτευξης των στόχων της. Μέχρι τώρα έχουν αναπτυχθεί προγράμματα Γνωσιακής - Συμπεριφορικής ομαδικής παρέμβασης για ένα μεγάλο εύρος διαταραχών τόσο για κλινικά σύνδρομα ενηλίκων όπως είναι οι αγχώδεις και οι συναισθηματικές διαταραχές, η σχιζοφρένεια, οι διαταραχές διατροφής και η μετατραυματική διαταραχή άγχους, όσο και για ψυχικές διαταραχές και μαθησιακές δυσκολίες παιδιών και εφήβων όπως είναι η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα, η νοητική υστέρηση, οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, οι διαταραχές βασικών σωματικών λειτουργιών και οι διαταραχές μάθησης και επικοινωνίας. Παράλληλα αναπτύχθηκαν προγράμματα για προβλήματα και δυσκολίες όπως είναι η διαχείριση του θυμού, ο πόνος, τα χρόνια προβλήματα υγείας, η επίτευξη αυτοελέγχου κ.ά. Στη χώρα μας ομαδικές παρεμβάσεις έχουν γίνει για τη διαχείριση του άγχους και των αγχωδών διαταραχών, για τη διαχείριση του στρες, για την αντιμετώπιση του άγχους σε παιδιά, εφήβους και εκπαιδευτικούς, για τη βελτίωση της ψυχοσωματικής υγείας μέσω της ενίσχυσης των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας, σε εφήβους με ινσουλοεξαρτώμενο διαβήτη, καθώς σε παιδιά με νεφρωσικό σύνδρομοδ.

Οι Γνωσιακές - Συμπεριφορικές ομαδικές παρεμβάσεις είναι σύντομες, επαρκείς και αποτελεσματικές, φαίνεται να είναι αποτελεσματικότερες από άλλους τύπους ομαδικών παρεμβάσεων (ψυχοδυναμικού ή διαπροσωπικού τύπου) καθώς οι συμμετέχοντες διατηρούν τα θεραπευτικά οφέλη [6,7]. Επίσης, συγκρίνοντας την αποτελεσματικότητα της ατομικής και με την ομαδική παρέμβαση δεν διέφεραν μεταξύ τους, εμφάνιζαν όμως σαφή ανωτερότητα από τη λίστα αναμονής [8]. Αν εξαιρεθεί το κόστος χρόνου και χρήματος, τόσο το ατομικό όσο και το ομαδικό θεραπευτικό μοντέλο για την κατάθλιψη αποδεικνύονται εξίσου αποτελεσματικά [7].

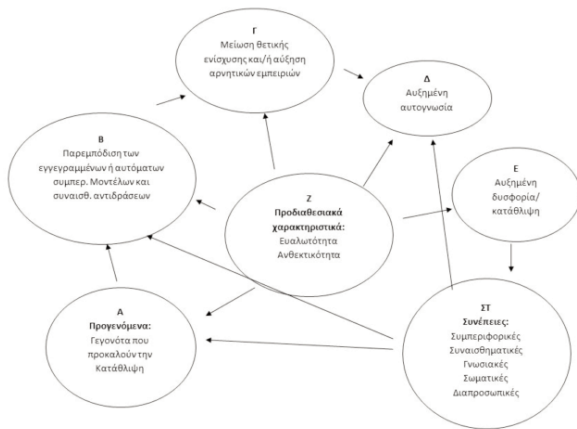
Η θεωρία που αναπτύχθηκε από τον Lewinsohn [9] για την κατάθλιψη (σχήμα 1) βασίζεται στη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και ρυθμού ενίσχυσης. Συγκεκριμένα, ένα χαμηλό επίπεδο θετικής ενίσχυσης δρα προκαλώντας καταθλιπτική συμπεριφορά. Η κατάθλιψη διατηρείται μέσω αυτού του χαμηλού επιπέδου. Η θετική ενίσχυση εξαρτάται από τα γεγονότα και τις δραστηριότητες, την

μαθησιακή προϋστορία, την ηλικία, το φύλο κ.α. Επίσης εξαρτάται από την διαθεσιμότητα των ενισχυτών, την κατάσταση και τις δεξιότητες του ανθρώπου. Η ενίσχυση τρίτων (συμπάθεια, λύπηση κ.α.) ιδίως του άμεσου κοινωνικού περιβάλλοντος είναι υπεύθυνη για την διατήρηση της κατάθλιψης καθώς αναστέλλει τον καταθλιπτικό να προσπαθήσει να αποκαταστήσει την μειωμένη ροή θετικής ενίσχυσης επηρεάζοντας τους παράγοντες που έδρασαν πάνω του για την ανάπτυξη της. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η θεραπεία εστιάζεται στην αύξηση των θετικών ενισχυτών καθώς ο καταθλιπτικός περνά πολύ χρόνο με παθητικές ενασχολήσεις που αποκλείουν θετική ενίσχυση. Παράλληλα η θεραπεία πρέπει να επικεντρωθεί στην ανάπτυξη κοινωνικών δραστηριοτήτων γιατί στους καταθλιπτικούς λείπει η ικανότητα να συμπεριφερθούν με τέτοιο τρόπο που θα κάνουν τον συνομιλητή τους να αισθανθεί άνετα (χαμηλωμένο βλέμμα, σιγανή φωνή, έλλειψη ανατροφοδότησης στην συζήτηση, έλλειψη ενδιαφέροντος για το περιεχόμενο της συζήτησης και για τους άλλους). Δεν ξέρουν να δείχνουν ανοιχτά τα αρνητικά τους συναισθήματα αλλά γκρινιάζουν και είναι εχθρικοί. Τέλος, πρέπει να βελτιώσουν τον τρόπο επικοινωνίας τους (παράπνο, έλλειψη ικανότητας να καταλάβουν τα μηνύματα των άλλων κ.α.) [10].



Σχήμα 1: Σχηματική απεικόνιση της αιτιολογίας και της διατήρησης της καταθλιπτικής συμπεριφοράς [11]

Οι Lewinsohn, Hoberman, Teri και Hautzinger [12] κατασκεύασαν ένα πιο ολοκληρωμένο θεωρητικό μοντέλο για την παθολογία και διατήρηση της κατάθλιψης (δες σχήμα 2). Το μοντέλο αυτό υποθέτει ότι υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός προσωπικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης. Επίσης, υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη μπορεί να μειωθεί αλλάζοντας τις συμπεριφορές, σκέψεις, συναισθήματα και το περιβάλλον του ατόμου.



Σχήμα 2. Ένα ολοκληρωμένο μοντέλο για την κατάθλιψη [14]

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο στρες – ευαλωτότητας, οι καταθλιπτικογόνες διαδικασίες ξεκινούν με την ύπαρξη προδιαθετικών παραγόντων ή γεγονότων που προκαλούν κατάθλιψη. Αυτοί οι στρεσογόνοι παράγοντες εισάγουν το άτομο σε ένα καταθλιπτικό επεισόδιο σε τέτοιο βαθμό που εμποδίζεται σημαντικά η ανάπτυξη θετικών συμπεριφορών του ατόμου. Η παρεμπόδιση αυτών των θετικών αλληλεπιδράσεων ατόμου-περιβάλλοντος επιφέρει μία αλλαγή στην ποιότητα των αλληλεπιδράσεων και έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων (δυσφορία). Συνεπώς το άτομο αρχίζει να βιώνει όλο και περισσότερα αρνητικές αλληλεπιδράσεις. Η συνεχόμενη αποτυχία του ατόμου για θετική ενίσχυση το οδηγεί σε αυξημένη επαγρύπνηση που οδηγεί σε αυτοκριτική, μεγέθυνση των αρνητικών επιδράσεων και απόσυρση. Αυτή η επαγρύπνηση οδηγεί το άτομο σε μεγέθυνση της αντίληψης ότι αποτυγχάνει να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις. Με τη σειρά του αυτό φέρνει περισσότερη αρνητική κριτική και απόσυρση. Όλα αυτά οδηγούν σε μεγαλύτερη δυσφορία και κατάθλιψη. Επομένως, το άτομο βιώνει ακόμα περισσότερες αρνητικές αλληλεπιδράσεις. Όλο αυτό δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο που συντηρεί την κατάθλιψη. Η θεραπεία της κατάθλιψης σύμφωνα με αυτό το μοντέλο απευθύνεται στην ύπαρξη στρεσογόνων γεγονότων ζωής, αρνητικών, δυσλειτουργικών γνωσιών, και στοχεύει στην αύξηση των ευχάριστων δραστηριοτήτων και την ανάπτυξη κοινωνικών δραστηριοτήτων [13].

## Το Πρόγραμμα για την “Αντιμετώπιση της Κατάθλιψης”, δομή και εφαρμογή

Το Πρόγραμμα «Coping With Depression Course» αναπτύχθηκε από τους Lewinsohn και Clarke [13] και πρόκειται για μια ομαδική γνωσιακή συμπεριφορική παρέμβαση για την κατάθλιψη. Αποτελεί μια αυστηρά δομημένη ψυχοεκπαιδευτική θεραπεία που βασίζεται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης [15] σύμφωνα με την οποία η συμπεριφορά (η κατάθλιψη) είναι αποτέλεσμα μάθησης που επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι καταθλιπτικοί θεωρούνται να είναι αποτέλεσμα δυσπροσαρμοστικής μάθησης και κατά συνέπεια πρέπει να ξεμάθουν ή να ξαναμάθουν [16].

Το πρόγραμμα αποτελείται από 12 συνεδρίες (κάθε μία διαρκεί δύο ώρες) και 2 αναμνηστικές μετά από ένα μήνα και έξι μήνες μετά το πέρας της θεραπείας. Το πρόγραμμα διαρκεί οχτώ εβδομάδες και για τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες λαμβάνουν χώρα δύο συνεδρίες τη βδομάδα. Στις δύο πρώτες συνεδρίες συζητούνται οι κανόνες της ομάδας, η συλλογιστική της θεραπείας, η θέση της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης για την κατάθλιψη, ενώ παράλληλα δίδονται και οδηγίες για την εκμάθηση δεξιοτήτων αυτορρύθμισης. Στις επόμενες οχτώ συνεδρίες δίνεται αρχικά έμφαση στην αύξηση των ευχάριστων δραστηριοτήτων, διδάσκονται κοινωνικές δεξιότητες, δίνεται έμφαση στον έλεγχο αρνητικών ή δυσλειτουργικών σκέψεων σύμφωνα με το πρότυπο του Ellis [17] και τέλος γίνεται εκπαίδευση στη χαλάρωση. Οι τελευταίες δύο συνεδρίες εστιάζουν σε θέματα που αφορούν στην ολοκλήρωση, διατήρηση των θεραπευτικών επιτυχιών και πρόληψη της υποτροπής. Όλες οι συνεδρίες περιλαμβάνουν μια σύντομη εισαγωγή από τον θεραπευτή στην οποία χρησιμοποιείται πλούσιο υλικό από το «Εγχειρίδιο του θεραπευτή», ανασκόπηση των εργασιών στο σπίτι, συζήτηση, παιχνίδια ρόλων τα οποία διδάσκονται με τη βοήθεια του συνθεραπευτή και δομημένες δραστηριότητες. Κατά την διάρκεια του προγράμματος χρησιμοποιείται ένα βιβλίο αυτοβοήθειας (Έλεγγε την κατάθλιψή σου, Control your depression) [18], ένα τετράδιο εργασιών για τους συμμετέχοντες (participant workbook) [19] και ένα εγχειρίδιο για τον συντονιστή (instructor's manual) [20]. Όλα τα πιο πάνω έχουν μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά σε ένα εγχειρίδιο το οποίο βρίσκεται υπό έκδοση [21]. Η ομάδα συνιστάται να περιλαμβάνει 6-10 θεραπευόμενους και έναν ή δύο θεραπευτές

[13].

Οι υποψήφιοι συμμετέχοντες λαμβάνουν μέρος σε δίωρη συνέντευξη, όπου συλλέγονται πληροφορίες ιστορικού και παρέχεται πληροφόρηση για το πρόγραμμα ώστε να αποφασίσουν τη συμμετοχή τους έχοντας επαρκή πληροφόρηση. Τα κριτήρια αποκλεισμού είναι η ύπαρξη νοητικής υστέρησης, σοβαρών δυσκολιών στην όραση ή την ακοή, διπολικής διαταραχής, σχιζοφρένειας ή χρήσης ουσιών [13].

Ο ρόλος του συντονιστή της ομάδας είναι περισσότερο εκπαιδευτικός παρά θεραπευτικός και οι συμμετέχοντες, κατά μία έννοια, θεωρούνται περισσότερο ως εκπαιδευόμενοι παρά ως ασθενείς. Δεν υπάρχει η κλασική θεραπευτική σχέση μεταξύ συντονιστή και συμμετεχόντων όπως είναι γνωστή από ομάδες αυτογνωσίας. Ο συντονιστής αναμένεται να είναι ενθουσιώδης, σαφής, ζεστός και ενδιαφέρεται για τη συνοχή της ομάδας, αλλά ως κύριο μέλημά του να αντιλαμβάνεται την αυστηρή εφαρμογή όλων των στοιχείων που απαρτίζουν το αυστηρά δομημένο πρόγραμμα παρέμβασης. Η δημιουργία θεραπευτικής συμμαχίας δεν αποτελεί κεντρικό σημείο της θεραπείας ή αυτοσκοπό όπως συμβαίνει με άλλες θεραπείες (ψυχοδυναμικές, προσωποκεντρικές), αλλά διευκολυντική των θεραπευτικών τεχνικών [16].

Το πρόγραμμα είναι ευέλικτο και προσαρμόζεται εύκολα έτσι ώστε να εφαρμοστεί σε ειδικούς πληθυσμούς. Αν και αρχικά το πρόγραμμα αυτό είχε σχεδιαστεί για να εφαρμόζεται σε ενήλικες, έχει χρησιμοποιηθεί, ύστερα από την κατάλληλη τροποποίηση, και με άλλους ειδικούς πληθυσμούς. Ήδη έχει αναπτυχθεί εγχειρίδιο παρέμβασης για εφήβους προσαρμοσμένο στις ανάγκες τους, ενώ παράλληλα προσφέρεται πρόγραμμα για γονείς [14], ηλικιωμένους με λιγότερες συνεδρίες και τεχνικές για να είναι λιγότερο κουραστικό, εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, ομάδες μειονοτήτων και φροντιστές ηλικιωμένων [16]. Ακόμα, έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη που δεν ανταποκρίνονταν σε αντικαταθλιπτική θεραπεία [22].

Στην Ελλάδα το πρόγραμμα αυτό έχει χρησιμοποιηθεί σε ομάδες στο Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών καθώς και στο Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (ΙΕΘΣ). Τη δεδομένη χρονική στιγμή λαμβάνουν χώρα δύο ομάδες για την διαχείριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο ΙΕΘΣ και αναμένεται σύντομη ανακοίνωση των αποτελεσμάτων.

## Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος

Κατά το παρελθόν πολλές έρευνες έχουν δείξει την αποτελεσματικότητα της ατομικής ψυχοθεραπείας στην θεραπεία της κατάθλιψης [23,24,25]. Η αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε μεθόδου θεραπείας της κατάθλιψης φαίνεται ότι σχετίζεται με τη βαρύτητα της κατάθλιψης πριν τη θεραπεία, τις προσδοκίες των συμμετεχόντων από τη θεραπεία, την ικανοποίηση σε σημαντικούς τομείς της ζωής, την υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον, τη σωματική υγεία, την έλλειψη αυτοκτονικών συμπεριφορών, τον βαθμό προσωπικού ελέγχου στη ζωή τους [13].

Συγκεκριμένα, ανασκοπήσεις έχουν δείξει ότι «το πρόγραμμα αντιμετώπισης της κατάθλιψης» του Lewinsohn είναι αποτελεσματικό για τη θεραπεία της κατάθλιψης και η αποτελεσματικότητά του μπορεί να συγκριθεί με άλλες μορφές ψυχοθεραπείας. Σε μια μεταανάλυση που έγινε από τον Cuijpers [16] συμπεριλήφθηκαν 20 έρευνες που επιλέχθηκαν με βάση συγκεκριμένα κριτήρια. Οι έρευνες περιελάμβαναν πειραματικό σχεδιασμό (χρήση ομάδας ελέγχου, τυχαία κατανομή στις συνθήκες, στοιχεία σχετικά με άτομα που εγκαταλείψαν και αξιολόγησης αποτελεσματικότητας μετά το πέρας της θεραπείας), συλλογή στοιχείων πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος, ικανοποιητική περιγραφή της διαδικασίας και χρήση των κατάλληλων στατιστικών αναλύσεων (αξιοπιστία και εγκυρότητα των εργαλείων).

Σε τρεις από τις δέκα έρευνες της μεταανάλυσης του Cuijpers [16] όπου «το πρόγραμμα αντιμετώπισης της κατάθλιψης» του Lewinsohn συγκρινόταν με μια ομάδα ελέγχου, βρέθηκε ότι το μέγεθος επίδρασης 26 ήταν 0,65 το οποίο υποδηλώνει μεγάλη αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Επίσης, υπολογίστηκε το μέγεθος επίδρασης (d) συγκρίνοντας την βελτίωση πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος. Το μέγεθος επίδρασης ήταν 1,21 (εξαιρετικά μεγάλη επίδραση). Επιπλέον υπολογίστηκε το μέγεθος επίδρασης για 1 μήνα, 6 μήνες, 1 χρόνο, 2 χρόνια μετά το πέρας της θεραπείας. Η επίδραση παραμένει σταθερή για ένα ως έξι μήνες. Μετά τον ένα χρόνο φαίνονται περισσότερα στοιχεία βελτίωσης

Αν και η ποιότητα των περισσότερων μελετών είναι υψηλή (high quality studies), τα αποτελέσματα αυτά πρέπει να εξεταστούν με μεγάλη προσοχή καθώς ο αριθμός των μελετών είναι σχετικά μικρός και δεν υπάρχει ομάδα ελέγχου στην επαναληπτική σύγκριση

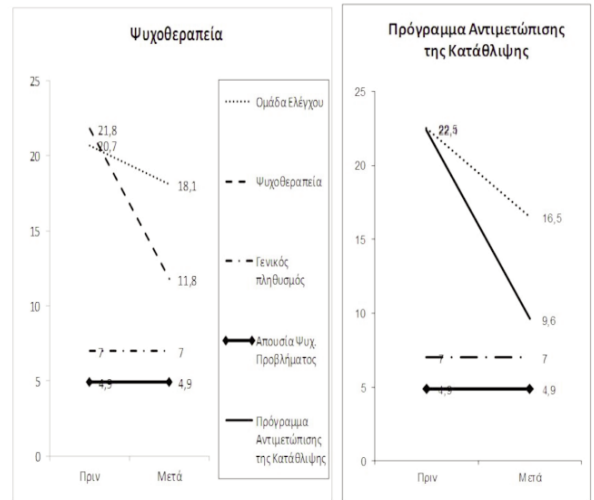


μετά από 1-2 χρόνια. Επιπλέον, σε τέσσερις από τις πέντε ομάδες που υπάρχουν δεδομένα για μετά από 1 και 2 χρόνια οι συμμετέχοντες είναι έφηβοι. Συνεπώς, δεν είναι ξεκάθαρο κατά πόσο τα αποτελέσματα αυτά μπορούν να γενικευτούν σε άλλες ομάδες. Επίσης, ο αριθμός των συμμετεχόντων είναι σχετικά μικρός. Σε κάποιες περιπτώσεις συμπεριλήφθηκαν ομάδες κάτω των 10 συμμετεχόντων. Ακόμα, στις περισσότερες έρευνες η ομάδα ελέγχου είναι από άτομα που περιμέναν στη λίστα αναμονής. Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ της ομάδας ελέγχου από άτομα που περιμένουν στη λίστα αναμονής, από εικονική ομάδα και ομάδα χωρίς θεραπεία.

Ακόμα, διαφέρουν τα κριτήρια με τα οποία επιλέχθηκαν οι συμμετέχοντες. Σε 8 μελέτες, οι συμμετέχοντες πληρούσαν τα κριτήρια του DSM για την κατάθλιψη. Στις υπόλοιπες, οι συμμετέχοντες είτε δεν πληρούσαν όλα τα κριτήρια της κατάθλιψης είτε χρησιμοποιήθηκαν μη κλινικές συνεντεύξεις για τη διάγνωση. Επιπλέον, μόνο δύο έρευνες συγκρίνουν «το πρόγραμμα αντιμετώπισης της κατάθλιψης» με κάποια άλλη παρέμβαση [16]. Παρ' όλους αυτούς τους περιορισμούς μία μεταανάλυση κρίνεται απαραίτητη καθώς προσφέρει μια γενική εικόνα για την αποτελεσματικότητα αυτού του προγράμματος και η εικόνα αυτή δείχνει αισιόδοξα αποτελέσματα.

Θέλοντας να συγκριθεί η αποτελεσματικότητα του «προγράμματος αντιμετώπισης της κατάθλιψης» σε σχέση με άλλες παρεμβάσεις, συγκρίθηκε το μέγεθος επίδρασης αυτής της έρευνας με άλλη μεταανάλυση. Στην μεταανάλυση των Robinson, Berman και Neimeyer [27] για χρήση ψυχοθεραπείας στη θεραπεία της κατάθλιψης, το μέγεθος επίδρασης ήταν λίγο μεγαλύτερο (0,73). Η διαφορά είναι μικρή και μπορεί να οφείλεται σε διαφορές στην μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε, στην επιλογή των μελετών (έρευνες με βιβλιοθεραπεία) και των συμμετεχόντων (χρήστες ουσιών, φροντιστές ηλικιωμένων). Επομένως, αν εστιάσουμε στο «πρόγραμμα αντιμετώπισης της κατάθλιψης» για ενήλικες, το μέγεθος επίδρασης είναι 0,84. Επιπλέον, συγκρίθηκαν τα στοιχεία στο Beck Depression Inventory (BDI) πριν και μετά την εφαρμογή του «προγράμματος αντιμετώπισης της κατάθλιψης» του Lewinsohn (σχ. 3). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η σύγκριση έγινε με εστίαση σε ένα μόνο δεδομένο, τις μετρήσεις του BDI. Στο σχήμα 3 κάτω από την επικεφαλίδα «Ψυχοθεραπεία» συμπεριλήφθηκαν παραδοσιακές μορφές ομαδικής γνωσιακής ή συμπεριφορικής ή

διαπροσωπικής θεραπείας, όπως και φαρμακοθεραπείας)



Σχήμα 3. Η επίδραση διαφόρων μορφών ψυχοθεραπείας και του προγράμματος αντιμετώπισης της κατάθλιψης του Lewinsohn, όπως μετρήθηκε με το BDI [16]

Σε έρευνα με ασθενείς που έχουν χρόνια κατάθλιψη και δεν ανταποκρίνονταν σε άλλη αντικαταθλιπτική θεραπεία που είχε χρησιμοποιηθεί κατά το παρελθόν, βρέθηκε ότι μειώθηκαν σημαντικά τα συμπτώματα της κατάθλιψης, βελτιώθηκε η ποιότητα της ζωής μετά το πέρας της θεραπείας και τα αποτελέσματα διατηρήθηκαν ακόμα και μετά από 26 εβδομάδες [22]. Επίσης, σε έρευνα με ασθενείς που είχαν υποκλινικά καταθλιπτικά συμπτώματα, φάνηκε ότι είναι αποτελεσματικό στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αύξηση των ευχάριστων δραστηριοτήτων [28]. Μακροχρόνια επωφελήθηκαν κυρίως αυτοί που είχαν αρχικά χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης [29]. Επομένως φαίνεται ότι το πρόγραμμα με κάποιες τροποποιήσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέθοδος πρόληψης της κατάθλιψης.

## Συζήτηση

Συμπερασματικά, «το πρόγραμμα αντιμετώπισης της κατάθλιψης» κατορθώνει να συνδυάσει τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης με την έρευνα ώστε να εδραιώσει καλύτερα το θεωρητικό κομμάτι [30]. Φαίνεται ότι αποτελεί μια αποτελεσματική θεραπεία της κατάθλιψης λαμβάνοντας πάντα υπόψη τον σχετικά μικρό αριθμό μελετών και τους περιορισμούς που υπάρχουν.

Είναι αποτελεσματική ακόμα και με ασθενείς που έχουν χρόνια κατάθλιψη και δεν ανταποκρίνονταν σε άλλη αντικαταθλιπτική θεραπεία που είχε χρησιμοποιηθεί κατά το παρελθόν [22].

Το γεγονός ότι είναι ένα ομαδικό πρόγραμμα το κάνει να υπερτερεί της ατομικής θεραπείας λόγω του ότι είναι πιο συμφέρον οικονομικά καθώς ένας θεραπευτής θεραπεύει ταυτόχρονα έναν αριθμό ασθενών μέσα σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο, ενώ παράλληλα επιτρέπει μέσω παιχνιδιών-ρόλων με τους συμμετέχοντες την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, βασικό στοιχείο της διαταραχής αλλά και της πρόληψης της κατάθλιψης. Ακόμα, επειδή τα προβλήματα των συμμετεχόντων είναι διαφορετικά, το κάθε άτομο εκτίθεται σε τεχνικές επίλυσης ποικιλίας προβλημάτων, κάτι που βοηθάει στη γενίκευση των γνώσεων σε νέα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσουν στο μέλλον [13]. Επιπλέον, η ομαδική θεραπεία αυξάνει την πιθανότητα αρνητικών κοινωνικών συγκρίσεων μεταξύ των συμμετεχόντων. Το γεγονός αυτό παρέχει ευκαιρίες για αλλαγή που μπορεί να μην εμφανιστούν στην ατομική θεραπεία. Ακόμη, είναι πιο εύκολο για το άτομο να εντοπίσει τα γνωσιακά λάθη των άλλων και να επαναξιολογήσει τις σκέψεις τους. Η διαδικασία αυτή το εισάγει σε μια διαδικασία επαναξιολόγησης των δικών του σκέψεων. Έτσι αυξάνεται η ικανότητά του να διορθώνει τις δικές του δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις [31].

Επιπλέον, η ψυχοεκπαιδευτική του δομή και τα κριτήρια επιλογής των συμμετεχόντων συμβάλλουν στην

ευκολότερη προσέγγιση ανθρώπων, οι οποίοι κάτω από άλλες συνθήκες δεν θα επιζητούσαν θεραπεία, μια και γνωρίζουμε ότι μεγάλο ποσοστό ανθρώπων με κατάθλιψη δεν λαμβάνουν κάποια επαγγελματική βοήθεια. Ακόμα, το γεγονός ότι είναι ένα δομημένο πρόγραμμα που διδάσκει δεξιότητες βοηθά τους ασθενείς να αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους και μπορούν να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη. Επίσης, είναι ένα σύντομο και αποτελεσματικό στο χρόνο πρόγραμμα που μπορεί να προσαρμοστεί εύκολα και να χρησιμοποιηθεί με αρκετούς πληθυσμούς και σε μια ποικιλία καταστάσεων. Τέλος, λόγω του αρκετά δομημένου του προγράμματος μπορεί να χρησιμοποιηθεί εύκολα σε βιβλιοθεραπευτικές προσεγγίσεις καθώς και ως μια μέθοδο για την πρόληψη της υποτροπής και για την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη της κατάθλιψης [16].

Περαιτέρω έρευνα χρειάζεται ώστε να συγκριθεί η αποτελεσματικότητά του με άλλες ψυχοθεραπευτικές και φαρμακευτικές προσεγγίσεις [32]. Ακόμα, είναι σημαντικό να χρησιμοποιηθούν άλλες ομάδες ελέγχου και να αξιολογηθούν και άλλα στοιχεία λειτουργικότητας των συμμετεχόντων όπως ο κοινωνικός, διαπροσωπικός και επαγγελματικός τομέας. Καλό είναι να εξεταστεί η αποτελεσματικότητά του και σε άλλους πληθυσμούς όπως δυσθυμικούς, διπολικούς και να χρησιμοποιηθεί ως μέθοδος πρόληψης σε ασθενείς με μέτρια κατάθλιψη. Τέλος, με ενδιαφέρον αναμένεται η αξιολόγηση της ελληνικής προσαρμογής του προγράμματος.

## Βιβλιογραφία

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000 Chapter 13 pp 320-327.
2. Στεφανής Κ, Σολδάτος Κ, Μαυρέας Β. Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα; 1993.
3. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press, 1979 Chapter 1 pp 22-23.
4. Λέκκα Φ, Μαλτέζος Σ, Ποτουρίδου Π, Σανίδα Σ, Ευθυμίου Κ. Συμπεριφοριστικά – γνωσιακά ερμηνευτικά μοντέλα της κατάθλιψης. Αθήνα: Εκδόσεις του ΙΕΘΣ; 2007.
5. White JR. Introduction. In Cognitive – behavioral group therapy. White JR, Freeman AS. (Eds.). Washington, DC: American Psychological Association, 2000 pp 3-25.
6. Καλαντζή-Αζίζι Α, Καραδήμας ΕΧ. Ομαδικές παρεμβάσεις γνωσιακής-συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης. Ψυχολογία 2006; 13: 1-17.
7. Lynch D, Laws KR, McKenna PJ. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. Psychol Med 2010; 40: 9-24.
8. Sharp DM, Power KG, Swanson V. A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual Cognitive Behaviour Therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in Primary Care. Clin Psychol Psychother 2004; 11: 73-82.
9. Lewinsohn PM. The Behavioral Study and Treatment of Depression. In Progress in Behavior Modification. Hersen M, Eisler R, Miller P (Eds.). Academic Press, 1975 pp 19-64.
10. Ευθυμίου Κ. Εφαρμογή της συμπεριφοριστικής / γνωσιακής ψυχοθεραπείας στην κατάθλιψη. Αθήνα: Εκδόσεις του ΙΕΘΣ; 2012.
11. Μπουλουγούρης Γ. Συμπεριφεριολογική ανάλυση και σχεδιασμός θεραπευτικής προσέγγισης. Στο Θέματα

- Ψυχοθεραπείας της Συμπεριφοράς. Καλαντζή-Αζίζι Α, Δέγλερης Ν (Επιμ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1992 σελ 73-94.
12. Lewinsohn PM, Hoberman H, Teri L, Hautzinger M. An integrative theory of unipolar depression. In *Theoretical issues in behavioral therapy*. Reiss S, Bootzin R. (Eds.). New York: Academic Press, 1985 pp 313-359.
  13. Lewinsohn PM, Clarke G. Group treatment of depressed individuals: The coping with depression course. *Adv. Behav. Res. Ther.* 1984; 6: 99-114.
  14. Clarke G, Lewinsohn P, Hops H. Leader's manual for adolescent groups. *Adolescent coping with depression course*. New York: Edition Credits; 1990.
  15. Bandura A. *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice Hall, 1977 Chapter 1 pp 27-30.
  16. Cuijpers P. A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of Lewinsohn's "Coping with Depression" Course. *Behav Ther* 1998; 29: 521-533.
  17. Ellis A, Harper RA. *A guide to rational living*. Hollywood, California: Wilshire Book; 1961.
  18. Lewinsohn PM, Muñoz RF, Youngren MA, Zeiss AM. *Control your depression (revised edition)*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1986.
  19. Brown RA, Lewinsohn PM. *Participant workbook for the Coping with Depression Course*. Oregon: Castalia Publishing Company; 1984.
  20. Steinmetz JL, Antonuccio DO, Bond M, McKay G, Brown R, Lewinsohn PM. *Instructor's manual for the Coping With Depression Course*. Unpublished mimeograph, University of Oregon; 1979.
  21. Ευθυμίου Κ, Καπνογιάννη Γ, Κακλαμάνη Γ. Νικήστε την κατάθλιψη. Ένα δομημένο πρόγραμμα γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας βασισμένο στο πρόγραμμα The coping with depression του Lewinsohn. Αθήνα: Εκδόσεις του ΙΕΘΣ; υπό έκδοση.
  22. Swan J, Sorrell E, Mac Vicar B, Durham R, Matthews K. "Coping with Depression": an open study of efficacy of a group psychoeducational intervention in chronic, treatment-refractory depression. *J Affect Disord* 2004; 82: 125-129.
  23. Beck AT, Alford BA. *Depression: Causes and Treatment (2nd ed.)*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2009 Chapter 1 pp 32-35.
  24. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychological treatment of depression: A meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry* 2008; 8(1): 36.
  25. Cuijpers P, van Straten A, Schuurmans J, van Oppen P, Hollon SD, Anderson G. Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2009; 30(1): 51-62.
  26. Schwarzer R. *Meta-analysis programs*. Berlin: Freie Universitaet; 1989.
  27. Robinson A, Berman S, Neimeyer A. Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome studies. *Psychol Bull* 1990; 108: 30-49.
  28. Allart-van Dam E, Hosman C, Hoogduin C, Schaap C. The "Coping with Depression" course: Short-term outcomes and mediating effects of a randomized controlled trial in the treatment of subclinical depression. *Behav Ther* 2003; 34: 381-396.
  29. Allart-van Dam E, Hosman C, Hoogduin C, Schaap C. Prevention of Depression in subclinically depressed adults: Follow up effects on the "Coping with Depression" course. *J Affect Disord* 2007; 97: 219-228.
  30. Koldjeski D. The coping with depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression: Peter M. Lewinsohn, David O. Antonuccio, Julia L. Steinmetz and Linda Teri. Eugene, Oregon: Castalia Publishing Company, 1984, Book Review. *Patient Educ Counsel* 1986; 8: 425-426.
  31. Hollon S, Shaw B. Group cognitive therapy for depressed patients. In *Cognitive therapy of depression*. Beck A, Rush A, Shaw B (Eds.). New York: Guilford Press, 1979 pp 328-353.
  32. McDermet W, Miller IW, Brown RA. The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. *J Clin Psychol* 2001; 8: 98-116.