

Ερευνητική εργασία Research article

Η λειτουργία του Τμήματος Θεραπείας Ενηλίκων του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς στην Αθήνα

Ε. Τζιντζηροπούλου, Κ. Ευθυμίου

Τμήμα Θεραπειών Ενηλίκων, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Αθήνα

Ψυχιατρική 2015, 26:255–264

Παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων (n=515) που ζήτησαν να λάβουν ψυχοθεραπεία Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής προσέγγισης από τον Οκτώβριο του 2005 έως τον Ιούλιο του 2009 στο Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (ΙΕΘΣ). Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία εκείνων που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους (n=180), οι διαγνώσεις που έλαβαν και η πορεία της θεραπείας τους σύμφωνα με τις μετρήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων που χορηγήθηκαν. Τα δημογραφικά στοιχεία περιλαμβάνουν μεταβλητές όπως το φύλο, η ηλικία, η πορεία της θεραπείας, η επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο σπουδών, ο αριθμός των συνεδριών, η τυχόν προηγούμενη επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας και η πιθανή λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Η πορεία της θεραπείας εκτιμήθηκε με τη βοήθεια των ψυχομετρικών εργαλείων Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90R) και Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4) που χορηγήθηκαν στην αρχή, τη μέση και το τέλος της θεραπείας. Σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής, απευθύνθηκαν και ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους στο ΤΘΕ 180 άτομα (133 γυναίκες και 47 άνδρες). Το προφίλ αυτών των ατόμων ήταν υψηλού μορφωτικού επιπέδου, εργαζόμενα, με μέσο όρο ηλικίας τα 33 χρόνια (TA=9,2) και προηγούμενη εμπειρία ψυχοθεραπείας. Ο μέσος όρος των συνεδριών ήταν 34 (TA=15). Οι πιο συχνές διαγνώσεις στον Άξονα I ήταν οι Αγχώδεις (n=76, 42,22%) και οι Συναισθηματικές Διαταραχές (n=52, 28,9%). Όσον αφορά στον Άξονα II, το 22,22% του δείγματος πληρούσε τα κριτήρια Αποφευκτικής Διαταραχής Προσωπικότητας (n=40) και το 16,11% (n=29) τα κριτήρια της Ψυχαναγκαστικής-Καταναγκαστικής Διαταραχής Προσωπικότητας με ή χωρίς συννόσηση με κάποια Διαταραχή στον Άξονα I σύμφωνα με το DSM IV-TR. Ο μέσος όρος των ψυχομετρικών εργαλείων που χορηγήθηκαν έδειξε στατιστικά σημαντική μείωση των αναφερόμενων συμπτωμάτων στο τέλος της θεραπείας. Συγκεκριμένα, υπήρξε στατιστικά σημαντική μείωση με μεγάλο μέγεθος επίδρασης στο BAI $t(143)=12,02$, $p<0,0005$, eta squared statistic (0,50), στο BDI $t(142)=17,93$, $p<0,0005$,

eta squared statistic (0,69), στο SCL-90-R $t(133)=15,77$, $p<0,0005$, eta squared statistic (0,65) και τέλος στο PDQ-4 $t(56)=7,59$, $p<0,0005$, eta squared statistic (0,50). Συμπερασματικά, το Τμήμα Θεραπειών Ενηλίκων (ΤΘΕ) είναι μια δομή που λειτουργεί με συνέπεια ενός αυστηρού πρωτοκόλλου που παρέχει στα μέλη της κοινότητας τη δυνατότητα να λάβουν σχετικά άμεσα αποτελεσματική Γ-Σ ψυχοθεραπεία με υψηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών.

Λέξεις κλειδιά: Γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία, αξιολόγηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κοινοτική κλινική ψυχολογία, ψυχοθεραπεία.

Εισαγωγή

Η Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία (ΓΣΘ) είναι μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, βασικό πυρήνα της οποίας αποτελούν οι αρχές σύμφωνα με τις οποίες η γνωστική λειτουργία επηρεάζει τη συμπεριφορά, μπορεί να μεταβληθεί και να ελεγχθεί και οι επιθυμητές αλλαγές στη συμπεριφορά μπορούν να προκληθούν από γνωστικές αλλαγές.¹ Η ΓΣΘ βασίζεται στη θεώρηση σύμφωνα με την οποία οι σκέψεις μας επηρεάζουν τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά μας και ο τρόπος που συμπεριφερόμαστε επηρεάζει, με τη σειρά του, τον τρόπο σκέψης μας και τα συναισθήματά μας.² Ο Aaron T. Beck, που είναι ευρύτερα γνωστός ως ο ιδρυτής της γνωσιακής ψυχοθεραπείας, που αποτελεί εξέλιξη της κλασικής συμπεριφοριστικής θεραπείας, μίλησε πρώτος για την ύπαρξη αυτόματων αρνητικών σκέψεων, οι οποίες χαρακτηρίζονται ως διαστρεβλωμένες και μη λογικές και αφορούν σε σκέψεις: (α) για τον εαυτό, (β) για τον κόσμο/περιβάλλον και (γ) για το μέλλον (γνωσιακή τριάδα).^{3,4} Οι άνθρωποι δέχονται αυτές τις «διαστρεβλωμένες» σκέψεις ως αληθινές χωρίς να τις επεξεργαστούν, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά το συναίσθημά τους. Εάν η ένταση αυτών των σκέψεων είναι μεγάλη και η συχνότητα αυξημένη μπορεί να αναπτυχθεί κάποια διαταραχή. Συγκεκριμένες διαταραχές φαίνεται να συσχετίζονται με συγκεκριμένους τύπους διαστρεβλωμένων σκέψεων.⁵ Ένας από τους βασικότερους στόχους της γνωσιακής θεραπείας είναι να βοηθήσει τον θεραπευόμενο να συνειδητοποιήσει τον «διαστρεβλωμένο» τρόπο σκέψης και με γνωσιακές τεχνικές να τον εκπαιδεύσει να μάθει να αναγνωρίζει και να αξιολογεί αυτές τις σκέψεις, να τις αμφισβητεί και να κάνει εναλλακτικές σκέψεις.⁶ Έτσι, ο θεραπευόμενος μαθαίνει να σκέφτεται πιο ρεαλιστικά, αλλάζει τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές του, αρχίζει να αισθάνεται καλύτερα και γίνεται

πιο λειτουργικός.⁷ Η συμπεριφοριστική θεραπεία παρέμεινε βασικό και αναπόσπαστο κομμάτι της γνωσιακής θεώρησης και προσφέρει πολύτιμες τεχνικές και εργαλεία για την ακριβή συλλογή στοιχείων από τον θεραπευόμενο, τη συστηματική διατύπωση και μορφοποίηση του θεραπευτικού σχεδιασμού, τον καθορισμό και την πραγματοποίηση συγκεκριμένων στόχων και τη μετρήσιμη αξιολόγηση της θεραπευτικής αλλαγής.^{1,6}

Η εφαρμογή της ΓΣΘ έχει φανεί αποτελεσματική στη θεραπεία μιας πληθώρας διαταραχών όπως η κατάθλιψη,⁸ οι αγχώδεις διαταραχές,⁹ η διπολική διαταραχή,¹⁰ οι διαταραχές διατροφής,¹¹ η χρήση ουσιών,¹² οι διαταραχές προσωπικότητας¹³ και πολλές ιατρικές καταστάσεις με ψυχολογικές διαστάσεις.¹⁴ Σε μια μετα-ανάλυση των Covin et al¹⁵ για την αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ στην παθολογική ανησυχία (worry) ατόμων με Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή παρουσιάστηκε σημαντική μείωση στο αίσθημα ανησυχίας (worry), ιδιαίτερα σε νεότερους ενήλικες, με τα αποτελέσματα να διαρκούν σε μέτρηση που έγινε 12 μήνες μετά τη λήξη της θεραπείας. Επίσης, η εφαρμογή ΓΣΘ σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία φάνηκε να έχει σημαντικά μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα από την απλή φαρμακοθεραπεία στη θεραπεία της Διαταραχής Πανικού.¹⁶ Μετα-ανάλυση του Tolin¹⁷ για την αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ σε σχέση με άλλες προσεγγίσεις υπέδειξε τη ΓΣΘ ως θεραπεία εκλογής ιδιαίτερα για τις αγχώδεις διαταραχές και τις διαταραχές διάθεσης.

Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Συμπεριφοριστικής-Γνωσιακής Θεραπείας (European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, EABCT) έχει θέσει ένα πλαίσιο γενικών αρχών και κανόνων για την εκπαίδευση και κατάρτιση στη ΓΣΘ. Σύμφωνα με την EABCT, τα ελάχιστα κριτήρια για την εκπαίδευση στη ΓΣΘ αφορούν στην εκπαιδευτική διαδικασία, στην

κλινική πρακτική υπό εποπτεία και στην πιστοποίηση των θεραπειών και εποπτών. Όσον αφορά στην εποπτευόμενη κλινική άσκηση, προσδιορίζονται οι δεξιότητες που θα πρέπει να διαθέτουν οι ΓΣ θεραπευτές όπως η ικανότητα κατανόησης και ερμηνείας ερευνητικών δεδομένων, η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή θεραπευτικών παρεμβάσεων, η προαγωγή της ερευνητικής δουλειάς, καθώς επίσης και ο τρόπος αξιολόγησης και πιστοποίησης των αποκτηθέντων αυτών δεξιοτήτων και γνώσεων (ολοκλήρωση συγκεκριμένου αριθμού θεραπειών, εξετάσεις, ερευνητική δουλειά κ.ά.).

Μέθοδος

Το ΤΘΕ ιδρύθηκε τον Οκτώβριο του 2005 για να καλύψει τις ανάγκες εκπαίδευσης των σπουδαστών του ΙΕΘΣ και τελεί υπό την εποπτεία του Διοικητικού Συμβουλίου του Ινστιτούτου. Λειτουργεί καθημερινά, εκτός Σαββάτου και Κυριακής, από τις 14:00 έως τις 21:00, προσφέροντας διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης σε ενήλικες.¹⁸

Στο ΤΘΕ λειτουργούν οι ακόλουθες δύο υπηρεσίες: (α) *Υπηρεσία εισαγωγής νέων περιστατικών (intake)*: Η υπηρεσία αυτή λειτουργεί με τους τεταρτοετείς σπουδαστές του ΙΕΘΣ (Ψυχιάτρους και Ψυχολόγους – κατόχους άδειας ασκήσεως επαγγέλματος), οι οποίοι αναλαμβάνουν για μια περίοδο δεκαπέντε ημερών την εισαγωγή όλων των περιστατικών που εξετάζονται στη συγκεκριμένη περίοδο. Η διαδικασία αυτή απαιτεί δύο περίπου ώρες ανά περιστατικό, πραγματοποιείται μία ως δύο φορές την εβδομάδα, κατόπιν ραντεβού, και περιλαμβάνει την προκριματική αξιολόγηση και την αρχική συνέντευξη. Τα κλινικά εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιούνται στη φάση της προκριματικής αξιολόγησης είναι ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο γενικών δημογραφικών στοιχείων όπου αναφέρεται και το αίτημα του πελάτη, το Beck Anxiety Inventory (BAI),¹⁹ το Beck Depression Inventory (BDI),²⁰ το Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R)^{21,22} και το Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4+).^{23,24} Ακολουθεί δομημένη διαγνωστική συνέντευξη, που διαρκεί περίπου 30 λεπτά. Μία φορά τον μήνα, τα νέα περιστατικά παρουσιάζονται στην επιτροπή εποπτών και κατανέμονται στους σπουδαστές για θεραπεία, ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν. Λόγω του εκπαιδευτικού χαρακτήρα του

ΙΕΘΣ, το ΤΘΕ δεν προσφέρει υπηρεσίες σε άτομα που χρήζουν πρωτίστως ψυχιατρικής φροντίδας και θεραπείας για κατάχρηση ή εξάρτηση από ουσίες.

Σήμερα το ΤΘΕ προσφέρει υπηρεσίες σε περίπου 285 θεραπευόμενους και απασχολεί 75 εκπαιδευόμενους ψυχοθεραπευτές, οι οποίοι εποπτεύονται από 6 επόπτες.

(β) *Υπηρεσία ψυχοθεραπείας*: Στη συγκεκριμένη υπηρεσία προσφέρεται υποστηρικτική ψυχοθεραπεία Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης. Οι θεραπευτές είναι οι τρίτοετείς και τεταρτοετείς εκπαιδευόμενοι του ΙΕΘΣ, κάτοχοι άδειας άσκησης επαγγέλματος. Η θεραπεία διεξάγεται αποκλειστικά στους χώρους του ΙΕΘΣ και την ευθύνη για την εξέλιξη κάθε περιστατικού έχει ο εκπαιδευόμενος (καθότι κατέχει άδεια άσκησης επαγγέλματος), ο οποίος καθοδηγείται σε όλα τα στάδια της θεραπείας από έναν επόπτη, δηλαδή έναν έμπειρο πιστοποιημένο θεραπευτή ΓΣΘ ο οποίος πληροί τα κριτήρια αναγνώρισης, όπως αυτά ορίζονται σύμφωνα με τις οδηγίες της European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT).²⁵ Για τη διεξαγωγή των συνεδριών χρησιμοποιούνται 10 ειδικά διαμορφωμένες αίθουσες και η διάρκεια κάθε συνεδρίας είναι 50 λεπτά. Κάθε εκπαιδευόμενος θεραπευτής οφείλει να διατηρεί ατομικό φάκελο, για κάθε θεραπευόμενο που αναλαμβάνει, στον οποίο φυλάσσει σημειώσεις, μετρήσεις αλλά και οποιοδήποτε άλλο υλικό χρησιμοποιείται σε κάθε συνεδρία. Οι φάκελοι αυτοί παραμένουν και φυλάσσονται σε φωριαμούς στους χώρους του ΙΕΘΣ. Τα ψυχομετρικά εργαλεία BAI, BDI, SCL-90-R και PDQ-4+ χορηγούνται σε κάθε θεραπευόμενο κατά τη διαλογή, στο ενδιαμέσο της θεραπείας και με τη λήξη της.

Ψυχομετρικά εργαλεία

Χορηγείται το ερωτηματολόγιο άγχους (BAI), μια αυτο-συμπληρούμενη κλίμακα που αποτελείται από 21 λήμματα συμπτωμάτων άγχους.¹⁹ Το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης (BDI) είναι μια αυτο-συμπληρούμενη κλίμακα για τη μέτρηση της έντασης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Αποτελείται από 21 λήμματα που το καθένα αναφέρεται σε μία εκδήλωση ή σε ένα σύμπτωμα της κατάθλιψης και περιέχει 4–6 πιθανές προτάσεις-απαντήσεις.²⁰ Η κλίμακα SCL-90-R είναι μια έγκυρη αυτο-συμπληρούμενη κλίμακα μέτρησης των υποκειμενικών ενοχλημάτων

και της συμπτωματικής συμπεριφοράς σε πολλές διαστάσεις ψυχολογικών προβλημάτων. Αποτελείται από 90 λήμματα τα οποία αντιπροσωπεύουν τις εξής εννέα συμπτωματολογικές διαστάσεις: σωματοποίηση, ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα, διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη, άγχος, θυμός, φοβικό άγχος, παρανοειδής ιδεασμός, ψυχωτισμός. Επιπλέον των διαστάσεων αυτών, από το σύνολο των διαπιστώσεων εξάγονται και τρεις συνολικοί δείκτες της έκτασης και της έντασης της παρουσιάζομενης συμπτωματολογίας. Οι δείκτες αυτοί είναι: ο Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ), που συνδυάζει πληροφορίες για τον αριθμό των συμπτωμάτων και την ένταση της ενόχλησης από αυτά, ένας δείκτης με συχνή εφαρμογή σε μελέτες παρακολούθησης της θεραπευτικής αλλαγής, το Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων, που δίνει πληροφορίες μόνο για τον αριθμό των συμπτωμάτων (ΣΘΣ), και ο Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ) που αποτελεί ένα μέτρο της έντασης της ενόχλησης. Η κάθε διαπίστωση βαθμολογείται με βάση μια πενταβάθμια κλίμακα ενόχλησης που κυμαίνεται από 0=καθόλου έως 4=πάρα πολύ.^{18,21,22}

Τέλος, χορηγείται το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας PDQ-4 που είναι ένας συνδυασμός αυτο-συμπληρούμενου ερωτηματολογίου προσωπικότητας και ημιδομημένης κλινικής συνέντευξης για την προκριματική αξιολόγηση διαταραχών προσωπικότητας κατά DSM-IV. Αποτελείται από 99 λήμματα που περιγράφουν συμπτώματα. Για κάθε λήμμα οι δυνατές απαντήσεις είναι Ναι ή Όχι. Χορηγείται αρχικά με αυτοσυμπλήρωση. Όταν ο εξεταζόμενος συγκεντρώνει βαθμολογία ίση ή ανώτερη από την τιμή ουδό για κάθε διαταραχή, χορηγείται –υπό τη μορφή κλινικής συνέντευξης– η Κλίμακα Κλινικής Σημαντικότητας, ώστε να καθορισθεί η κλινική σημαντικότητα της διαταραχής.^{23,24}

Δείγμα

Τα στοιχεία που ακολουθούν στη συνέχεια αφορούν: (α) στα 515 άτομα που προσήλθαν στη διαδικασία πρώτης συνέντευξης (intake) από τον Οκτώβριο του 2005 μέχρι και τον Ιούλιο του 2009 στο ΤΘΕ του ΙΕΘΣ και (β) στα 180 άτομα που ολοκλήρωσαν, σε αυτό το διάστημα, τη θεραπεία τους. Η συλλογή των στοιχείων έγινε από τους –τηρουμένους στο ΙΕΘΣ– φακέλους των

ατόμων και η εισαγωγή και επεξεργασία τους έγινε σε αρχείο Excel Microsoft 2007 και σε SPSS.¹⁸

Ανάλυση και Αποτελέσματα

α. *Δημογραφικά στοιχεία όλων των ατόμων που προσήλθαν για διαλογή.* Από τα 515 άτομα που προσήλθαν για διαλογή (πίνακας 1) τα 180 (35%) ολοκλήρωσαν τη θεραπεία, τα 119 (23%) διέκοψαν, τα 33 (6%) δεν προσήλθαν για θεραπεία, τα 37 (7%) παραπέμφθηκαν σε άλλους φορείς, τα 138 (27%) βρίσκονται σε εξέλιξη και για τα τελευταία 8 (2%) δεν συλλέχθηκαν ικανοποιητικά στοιχεία για την κατανόηση της πορείας της θεραπείας τους. Από το ίδιο δείγμα οι 120 (23,3%) ήταν άνδρες, οι 395 (76,7%) ήταν γυναίκες και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 34 χρόνια (ΤΑ=10,3), με μικρότερη ηλικία τα 18 και μεγαλύτερη τα 76 χρόνια. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων ήταν άγαμοι (63%), εργάζονταν με πλήρη απασχόληση (56%), είχαν λάβει ανώτατη εκπαίδευση (48%), είχαν επισκεφθεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας (59,4%) και δεν λάμβαναν ούτε είχαν λάβει ποτέ στο παρελθόν οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή (50,3%).

β. *Δημογραφικά στοιχεία των 180 ατόμων που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους από Οκτώβριο του 2005 μέχρι Ιούλιο του 2009.* Από τα 180 άτομα που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία (πίνακας 2) οι 47 (26,1%) ήταν άνδρες και οι 133 (73,9%) ήταν γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 33 (ΤΑ=9,2) έτη. Ο μέσος όρος των συνεδριών ήταν οι 34 (ΤΑ=15) συνεδρίες, ο ελάχιστος ήταν οι 8 και ο μέγιστος αριθμός συνεδριών ήταν οι 82. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους ήταν άγαμοι (73%), εργάζονταν με πλήρη απασχόληση (57%), είχαν πτυχιό ανώτατης εκπαίδευσης (54%), είχαν επισκεφθεί ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν (55%) και δεν λάμβαναν ούτε είχαν λάβει ποτέ στο παρελθόν οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή (54,5%).

Διαγνώσεις ατόμων που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία

Οι διαγνώσεις στον Άξονα Ι των ατόμων που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία (ανά φύλο) σύμφωνα με τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από τους φακέλους, ήταν οι παρακάτω: 24 άνδρες διαγνώστηκαν με Αγχώδεις Διαταραχές, 8 με Διαταραχές

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία ατόμων που προσήλθαν για διαλογή.

	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό (%)		Αριθμός ατόμων	Ποσοστό (%)
Φύλο	n=515		Έγγαμος/η με παιδιά	78	15
Άνδρες	120	23,3	Διαζευγμένος/η, Χήρος/α	43	8
Γυναίκες	395	76,7	Συμβίωση με σύντροφο	26	5
Ηλικία			Άγαμος/η με παιδιά	3	1
ΜΟ (Τυπική Απόκλιση)	34 (10,3)		Ελλιπή στοιχεία	2	0
Μεγαλύτερη	76		<i>Επίπεδο σπουδών</i>		
Μικρότερη	18		Δημοτικό	1	0
Πορεία θεραπείας			Γυμνάσιο	0	0
Ολοκλήρωση	180	35	Λύκειο	1	0
Σε εξέλιξη	138	27	Ανώτερη εκπαίδευση	87	17
Διακοπή	119	23	Ανώτατη εκπαίδευση	245	48
Δεν προσήλθαν	33	6	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	37	7
Παραπομπές	37	7	Επαγγελματική σχολή	38	7
Ελλιπή στοιχεία	8	2	Ελλιπή στοιχεία	106	21
Επαγγελματική κατάσταση			<i>Επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν</i>		
Πλήρης απασχόληση	293	56	Ναι	306	59,4
Μερική απασχόληση	65	13	Όχι	201	39
Άνεργος/η	74	14	Ελλιπή στοιχεία	8	1,6
Φοιτητής/τρια	70	14	<i>Φαρμακευτική αγωγή πριν ή τώρα</i>		
Συνταξιούχος	8	2	Ναι	246	47,8
Ελλιπή στοιχεία	5	1	Όχι	259	50,3
Οικογενειακή κατάσταση			Ελλιπή στοιχεία	10	1,9
Άγαμος/η	321	63			
Έγγαμος/η	42	8			

Πίνακας 2. Δημογραφικά στοιχεία ατόμων που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία.

	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό (%)		Αριθμός ατόμων	Ποσοστό (%)
Φύλο	n=180		Επαγγελματική κατάσταση		
Άνδρες	47	26,1	Πλήρης απασχόληση	102	57
Γυναίκες	133	73,9	Μερική απασχόληση	27	15
Ηλικία			Άνεργος/η	20	11
ΜΟ (Τυπική Απόκλιση)	33 (9,2)		Φοιτητής/τρια	27	15
Μεγαλύτερη	68		Συνταξιούχος	0	0
Μικρότερη	19		Ελλιπή στοιχεία	4	2
Αριθμός συνεδριών			Οικογενειακή κατάσταση		
ΜΟ (Τυπική απόκλιση)	35 (15)		Άγαμος/η	129	73
Μέγιστος	82		Έγγαμος/η	11	6
Ελάχιστος	8		Έγγαμος/η με παιδιά	24	13

(Συνεχίζεται)

Πίνακας 2. Δημογραφικά στοιχεία ατόμων που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία - (συνέχεια)

	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό (%)		Αριθμός ατόμων	Ποσοστό (%)
Διαζευγμένος/η, Χήρος/α	6	3	Επαγγελματική σχολή	5	3
Συμβίωση με σύντροφο	8	4	Ελλιπή στοιχεία	37	21
Άγαμος/η με παιδιά	0	0	<i>Επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν</i>		
Ελλιπή στοιχεία	2	1	Ναι	99	55
<i>Επίπεδο σπουδών</i>			Όχι	77	42,8
Δημοτικό	0	0	Ελλιπή στοιχεία	4	2,2
Γυμνάσιο	0	0	<i>Φαρμακευτική αγωγή πριν ή τώρα</i>		
Λύκειο	0	0	Ναι	78	43,3
Ανώτερη εκπαίδευση	27	15	Όχι	98	54,5
Ανώτατη εκπαίδευση	98	54	Ελλιπή στοιχεία	4	2,2
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	13	7			

Διάθεσης, 2 με Σωματόμορφες Διαταραχές, 4 με Σεξουαλικές Διαταραχές και 1 με λοιπές διαταραχές στον Άξονα Ι. Επίσης, 52 γυναίκες διαγνώστηκαν με Αγχώδεις Διαταραχές, 44 με Διαταραχές Διάθεσης, 12 με Διαταραχές Διατροφής, 4 με Σωματόμορφες Διαταραχές, 2 με Σεξουαλικές Διαταραχές και 2 με λοιπές διαταραχές στον Άξονα Ι.

Οι διαγνώσεις στον Άξονα ΙΙ των ατόμων που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία (ανά φύλο) ήταν οι παρακάτω: 7 άνδρες διαγνώστηκαν με Ψυχαναγκαστική-Καταναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας, 7 με Αποφευκτική, 5 με Нарκισσιστική, 4 με Παρανοειδή, 4 με Εξαρτημένα, 3 με Παθητικοεπιθετική, 2 με Οριακή, 1 με Σχιζότυπη, 1 με Σχιζοειδή και 1 με Διαταραχή Προσωπικότητας Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Επίσης, 33 γυναίκες διαγνώστηκαν με Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας, 23 με Εξαρτημένα, 22 με Ψυχαναγκαστική-Καταναγκαστική, 19 με Οριακή, 6 με Нарκισσιστική, 5 με Παρανοειδή, 5 με Οιστριονική, 4 με Διαταραχή Προσωπικότητας Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, 3 με Παθητικοεπιθετική, 1 με Σχιζότυπη και 1 με Καταθλιπτική.

Αναλύσεις ψυχομετρικών εργαλείων

Στον πίνακα 3 περιγράφεται ο μέσος όρος των αρχικών, ενδιάμεσων και τελικών μετρήσεων των ψυχομετρικών εργαλείων (BAI, BDI, SCL-90-R και PDQ-4) των ατόμων που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία. Σημειώνεται, ότι επειδή δεν βρέθηκαν αρχικές, ενδιάμεσες και τε-

λικές μετρήσεις για όλα τα άτομα και σε όλα τα ψυχομετρικά εργαλεία, τα παρακάτω στοιχεία αφορούν σε διαφορετικό αριθμό ατόμων κατά περίπτωση. Σύμφωνα με τα στοιχεία, ο μέσος όρος των αρχικών μετρήσεων του BAI (n=177) είναι 19,7 (TA=11,3), το οποίο ερμηνεύεται ως «ήπιο άγχος» για τους άνδρες και «μέτριο άγχος» για τις γυναίκες. Ο μέσος όρος των ενδιάμεσων μετρήσεων του BAI (n=83) είναι 13,1 (TA=9), το οποίο ερμηνεύεται ως «ήπιο άγχος» και για τους άνδρες και για τις γυναίκες. Ο μέσος όρος των τελικών μετρήσεων του BAI (n=144) είναι 8,96 (TA=7), το οποίο ερμηνεύεται ως «ήπιο άγχος» για τους άνδρες και «ελάχιστο άγχος» για τις γυναίκες.

Ο μέσος όρος των αρχικών μετρήσεων του BDI (n=176) είναι 21,3 (TA=9,3), το οποίο ερμηνεύεται ως «ελαφριά κατάθλιψη». Ο μέσος όρος των ενδιάμεσων μετρήσεων του BDI (n=84) είναι 11,8 (TA=8,3), το οποίο ερμηνεύεται ως «ελαφρότατη κατάθλιψη» και ο μέσος όρος των τελικών μετρήσεων του BDI (n=144) είναι 7,96 (TA=6,7), το οποίο ερμηνεύεται ως «απουσία κλινικής κατάθλιψης».

Ο μέσος όρος των αρχικών μετρήσεων του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων (ΓΔΣ) του SCL-90-R (n=173) είναι 1,48 (T=63) (TA=11,7), το οποίο ερμηνεύεται ως πιθανή ύπαρξη κλινικού συνδρόμου. Ο μέσος όρος των ενδιάμεσων μετρήσεων του SCL-90-R (n=74) είναι 0,87 (T=52) (TA=11,5), το οποίο ερμηνεύεται ως μειωμένη πιθανότητα ύπαρξης κλινικού συνδρόμου. Ο μέσος όρος των τελικών μετρήσεων του SCL-90-R

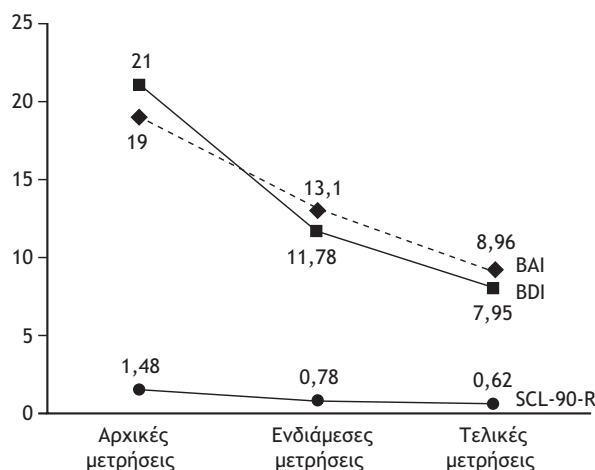
Πίνακας 3. Μέσος όρος αρχικών, ενδιάμεσων και τελικών (λήξης θεραπείας) μετρήσεων ψυχομετρικών εργαλείων (BAI, BDI, SCL-90-R και PDQ-4) των ατόμων που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία (n=180).

	Αρχικές μετρήσεις (1)		Ενδιάμεσες μετρήσεις (2)		Τελικές μετρήσεις (3)	
	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ
BAI	19,7	11,3	13,1	9	8,96	7
BDI	21,3	9,3	11,8	8,3	7,96	6,7
SCL-90-R	1,48 (T=63)	11,7	0,87 (T=52)	11,5	0,62 (T=47,2)	9
PDQ-4	41	13,2	30,3	14,5	27,7	14,3

(n=134) είναι 0,62 (T=47,2) (TA=9) και σύμφωνα με την ελληνική στάθμιση του ερωτηματολογίου κατατάσσεται στο δείγμα των μη-ασθενών και υποδηλώνει απουσία ύπαρξης κλινικού συνδρόμου.²²

Τέλος, ο μέσος όρος των αρχικών μετρήσεων του PDQ-4 (n=79) είναι 41 (TA=13,2), το οποίο ερμηνεύεται ως «μέτρια επίπεδα ψυχοπαθολογίας στον Άξονα II». Ο μέσος όρος των ενδιάμεσων μετρήσεων του PDQ-4 (n=40) είναι 30,3 (TA=14,5), το οποίο ερμηνεύεται ως «χαμηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας στον Άξονα II», και ο μέσος όρος των τελικών μετρήσεων του PDQ-4 (n=70) είναι 27,7 (TA=14,3), το οποίο ερμηνεύεται, επίσης, ως «χαμηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας στον Άξονα II» (σχήμα 1).

Για την αξιολόγηση της επίδρασης της ΓΣΘ στη μείωση των συμπτωμάτων των θεραπευόμενων έγινε συσχετισμένος έλεγχος T (paired-sample t-test) (πίνακας 4). Υπήρξε στατιστικά σημαντική μείωση στο BAI από την αρχική μέτρηση (ΜΟ=19,7, ΤΑ=11,3) ως την τελική μέτρηση (ΜΟ=8,96, ΤΑ=7), $t(143)=12,02$,



Σχήμα 1. Μέσος όρος αρχικών, ενδιάμεσων και τελικών μετρήσεων των BAI, BDI και SCL-90-R των ατόμων που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία.

$p<0,0005$. Το eta squared statistic (0,50) δείχνει μεγάλο μέγεθος επίδρασης. Στο BDI υπήρξε στατιστικά σημαντική μείωση από την αρχική μέτρηση (ΜΟ=21,3, ΤΑ=9,3) ως την τελική μέτρηση (ΜΟ=7,96, ΤΑ=6,7), $t(142)=17,93$, $p<0,0005$ και με μεγάλο μέγεθος επίδρασης (0,69). Επίσης, στο SCL-90-R υπήρξε στατιστικά σημαντική μείωση από την αρχική μέτρηση (ΜΟ=62,6, ΤΑ=11,7) ως την τελική μέτρηση (ΜΟ=47,2, ΤΑ=8,9), $t(133)=15,77$, $p<0,0005$ και με μεγάλο μέγεθος επίδρασης (0,65). Τέλος, στο PDQ-4 υπήρξε στατιστικά σημαντική μείωση από την αρχική μέτρηση (ΜΟ=40,4, ΤΑ=13,2) ως την τελική μέτρηση (ΜΟ=27,7, ΤΑ=14,3), $t(56)=7,59$, $p<0,0005$ και το μέγεθος επίδρασης ήταν μεγάλο (0,50).

Συζήτηση-Συμπεράσματα

Στην ελληνική βιβλιογραφία υπάρχουν πολύ περιορισμένα στοιχεία για τη δομή και τον τρόπο λειτουργίας ψυχοθεραπευτικών μονάδων αντίστοιχων με το ΤΘΕ. Οι Κωτσόπουλος και συν²⁶ περιγράφουν τις παρεμβάσεις και το κόστος λειτουργίας του Ανοικτού Ψυχοθεραπευτικού Κέντρου. Οι Κουμαντάνου και συν²⁷ δημοσίευσαν τα δημογραφικά και φαινομενολογικά χαρακτηριστικά ασθενών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή που προσήλθαν για θεραπεία στη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Αθηνών κατά τα έτη 1988–2001. Στην έρευνα των Anagnostopoulos et al²⁸ μελετάται η χρήση ψυχιατρικών υπηρεσιών και η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας σε οικογένειες μεταναστών σύμφωνα με τριετή στοιχεία του Κέντρου Ψυχικής Υγείας της Ψυχιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Οι Παπακωνσταντίνου και συν²⁹ περιγράφουν το πλαίσιο λειτουργίας και τις πρακτικές που ασκούνται στο Κέντρο Ημέρας Μελισσίων της Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ).

Πίνακας 4. Συσχετισμένοι έλεγχοι των αρχικών και τελικών μετρήσεων του BAI, BDI, SCL-90-R και PDQ-4.

	MO	TA	t	Df	p-value	Eta effect
<i>BAI</i>	n=144					
Αρχική μέτρηση	19,7	11,3	12,02	143	<0,0005	0,50
Τελική μέτρηση	8,96	7				
<i>BDI</i>	n=143					
Αρχική μέτρηση	21,3	9,3	17,93	142	<0,0005	0,69
Τελική μέτρηση	7,96	6,7				
<i>SCL-90-R</i>	n=134					
Αρχική μέτρηση	62,6	11,7	15,77	133	<0,0005	0,65
Τελική μέτρηση	47,2	9				
<i>PDQ-4</i>	n=57					
Αρχική μέτρηση	40,4	13,2	7,59	56	<0,0005	0,50
Τελική μέτρηση	27,7	14,3				

Στο παρόν άρθρο έγινε μια προσπάθεια καταγραφής των στοιχείων όλων των ατόμων που προσήλθαν για να αναζητήσουν θεραπεία Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής προσέγγισης στο ΤΘΕ του ΙΕΘΣ από τον Οκτώβριο του 2005 μέχρι και τον Ιούλιο του 2009.

Η Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία αποτελεί ένα μοντέλο ψυχοθεραπείας το οποίο έχει φανερί αποτελεσματικό σε πληθώρα διαταραχών όπως οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές διάθεσης, οι διαταραχές διατροφής, οι σεξουαλικές διαταραχές. Επίσης, σημαντική βελτίωση επιφέρει στη λειτουργικότητα ατόμων που έχουν διαγνωστεί με κάποια διαταραχή προσωπικότητας, με ψύχωση ή με διπολική διαταραχή.

Επιχειρώντας τη σκιαγράφηση του «μέσου» ασθενούς του ΤΘΕ που ολοκλήρωσε τη θεραπεία του, προκύπτει η περιγραφή μιας άγαμης γυναίκας, ηλικίας 33 ετών, με πτυχίο ανώτατης εκπαίδευσης, εργασία πλήρους απασχόλησης και με προηγούμενη εμπειρία ψυχοθεραπείας.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που προσήλθαν για θεραπεία έπασχαν από κάποια αγχώδη διαταραχή ή από κάποια διαταραχή διάθεσης. Πιθανότατα, το γεγονός ότι η ΓΣΘ είναι ευρύτερα γνωστή ως ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αντιμετώπιση αυτού του είδους διαταραχών, να οδήγησε άτομα με αντίστοιχα προβλήματα να αναζητήσουν θεραπεία αυτής της προσέγγισης. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ στην αντιμετώπιση αντίστοι-

χων διαταραχών φάνηκε και από τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών εργαλείων τα οποία δόθηκαν στην αρχή, τη μέση και το τέλος της θεραπείας για τη μέτρηση συγκεκριμένων συμπτωμάτων και τα οποία έδειξαν στατιστικά σημαντική μείωση του μέσου όρου τόσο στη μέση όσο και στο τέλος της θεραπείας.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι αν και η ΓΣΘ δεν θεωρείται θεραπεία εκλογής για διαταραχές προσωπικότητας, πολλά από τα άτομα που προσήλθαν για θεραπεία στο ΤΘΕ του ΙΕΘΣ έλαβαν διάγνωση για κάποια διαταραχή προσωπικότητας και στο τέλος της θεραπείας παρουσίασαν μείωση του μέσου όρου στο ψυχομετρικό εργαλείο που δόθηκε για τη διερεύνηση της ύπαρξης κάποιας διαταραχής προσωπικότητας. Σημαντικό περιορισμό –που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην εκτίμηση των στοιχείων που παρουσιάζονται στην παρούσα καταγραφή– αποτελεί το γεγονός ότι αν και οι έμπειροι επόπτες –Κλινικοί Ψυχολόγοι ή Ψυχίατροι– είχαν σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας πλήρη έλεγχο της πορείας του κάθε περιστατικού, η διάγνωση για κάθε θεραπευόμενο δινόταν από εκπαιδευόμενους ψυχοθεραπευτές, με αποτέλεσμα να υπάρχει περιθώριο σφάλματος λόγω της έλλειψης μεγάλης εμπειρίας. Σημαντική βοήθεια για πιο ακριβείς και εύστοχες διαγνώσεις μπορεί στο μέλλον να παρέχει η επιπρόσθετη χρήση διαγνωστικών εργαλείων όπως η δομημένη κλινική συνέντευξη για το DSM-IV (SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV), η οποία θα ενταχθεί στη συνέντευξη εισαγωγής (Intake). Παράλληλα η χρήση εξειδικευμέ-

νων ανά διαταραχή ερωτηματολογίων θα μπορέσει να βοηθήσει στην καλύτερη τεκμηρίωση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Μειονέκτημα της λειτουργίας του ΤΘΕ αποτελεί ο χρόνος αναμονής, που κυμαίνεται περίπου από 4 έως 6 εβδομάδες, από τη στιγμή που θα καλέσει ο θεραπευόμενος για να κλείσει ραντεβού για εκτίμηση, μέχρι τη στιγμή που θα γίνει η πρώτη συνεδρία. Αυτό οδηγεί πιθανώς στην υπερ-εκπροσώπηση ασθενών με χαρακτηριστικά χαρακτηριστικά έναντι αυτών που θεωρούν ότι θα έπρεπε να λάβουν άμεση βοήθεια (π.χ. Διαταραχή Πανικού). Η μείωση του χρόνου αναμονής για την έναρξη θεραπείας αναμένεται να επιτευχθεί με την παραπομπή περιστατικών με το ίδιο αίτημα σε ομαδική θεραπεία σε ένα από τα 9 δομημέ-

να προγράμματα που αναμένεται να λειτουργήσουν άμεσα αποσυμφορώντας τη λίστα αναμονής.

Συμπερασματικά, το ΤΘΕ είναι μια δομή που σχεδιάστηκε με ιδιαίτερη προσοχή και λειτουργεί με συνέπεια ενός αυστηρού πρωτοκόλλου,¹⁸ το οποίο διευκολύνει αφενός την εκπαίδευση και αφετέρου την εύρυθμη λειτουργία του. Η συνεχής βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών αφενός λόγω της απόκτησης εμπειρίας με το πέρασμα των ετών και αφετέρου λόγω των ολοένα και πιο καταρτισμένων ειδικών ψυχικής υγείας που εκπαιδεύονται στο ΙΕΘΣ, καθιστά το ΤΘΕ μία δομή που –εκτός από το εκπαιδευτικό της έργο– συμβάλλει στο να καθίσταται ολοένα και περισσότερο προσιτή η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία στο ευρύ κοινό.

Operation of the Department of Adult Psychotherapy at the Institute of Behaviour Research & Therapy in Athens

E. Tzintziropoulou, K. Efthimiou

Institute of Behaviour Research and Therapy, Athens, Greece

Phychiatriki 2015, 26:255–264

The article presents the demographics of the total number of people (n=515) who were administered Cognitive Behavior Psychotherapy from October 2005 until July 2009 as well as the demographics of those who completed therapy (n=180), along with the diagnoses and the course of their treatment based on the scores of psychometric assessments. Demographic variables include: sex, age, course of treatment, professional and marital status, educational level, number of sessions, previous visits to mental health professionals and possible medication uptake. The course of treatment was assessed by scores on: Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90R) and Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4) that were completed at the beginning, in the middle and at the end of treatment. According to data analysis, 180 people completed treatment at the Institute of Behaviour Research and Therapy, of whom 133 were women and 47 men. The profile of these individuals showed that they were highly educated, employed, with an average of 33 (SD=9.2) years of age and with previous visits to mental health professionals. The average number of sessions was 34 (SD=15). Anxiety (n=76, 42.22%) and Mood Disorders (n=52, 28.9%) were the most frequent Axis I diagnoses. In relation to Axis II diagnoses, 22.22% of the sample was diagnosed with Avoidant Personality Disorder (n=40) and 16,11% with Obsessive-Compulsive Personality Disorder (n=29) with or without comorbidity with an Axis I Disorder according to DSM IV-TR. Means of the scores of psychometric measurements showed a statistically significant reduction in reported symptoms after the completion of treatment. In particular, there was a statistically significant reduction with a large effect

size: (1) $t(143)=12.02$, $p<0.0005$, eta squared statistic (0.50) for BAI, (2) $t(142)=17.93$, $p<0.0005$, eta squared statistic (0.69) for BDI, (3) $t(133)=15.77$, $p<0.0005$, eta squared statistic (0.65) for SCL-90-R, and (4) $t(56)=7.59$, $p<0.0005$, eta squared statistic (0.50) for PDQ-4. In conclusion, Department of Adult Psychotherapy is a unit that has been thoroughly designed, operates according to a strict protocol and provides community members with the opportunity to receive effective Cognitive Behaviour Psychotherapy with a high quality of provided services.

Key words: Cognitive behavioral therapy, mental health services assessment, community clinical psychology, psychotherapy.

Βιβλιογραφία

- Καλαντζή-Αζίζι Α, Αγγελή Κ, Ευσταθίου Γ. *Αυτογνωσία και αυτο-διαχείριση: γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2002
- Wright JH, Basco MR, Thase ME. *Learning cognitive behavior therapy: an illustrated guide*. Am Psych Publish, Washington, 2006
- Κλεφτάρας Γ. *Η κατάθλιψη σήμερα: περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998
- Μάνος Ν. *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997
- Pervin LA, John OP. *Θεωρίες προσωπικότητας: έρευνα και εφαρμογές*. Μετ: Α. Αλεξανδροπούλου, Ε. Δασκαλοπούλου. Τυπωθήτω, Αθήνα, 1999
- Παπακώστας ΙΓ. *Γνωσιακή ψυχοθεραπεία: θεωρία και πράξη*. Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Αθήνα, 1994
- Gilbert P. *Ξεπερνώντας την κατάθλιψη: ένας οδηγός αυτοβοήθειας με γνωστικές-συμπεριφοριστικές τεχνικές*. Μετ: Κ. Αγγελή Γ. Ευσταθίου. Ελληνικά Γράμματα, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Αθήνα, 1999
- Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989, 57:414-419
- McEvoy PM, Nathan P. Effectiveness of cognitive behavior therapy for diagnostically heterogeneous groups: a benchmarking study. *J Consult Clin Psychol* 2007, 75:344-350
- Basco MR, Rush AJ. *Cognitive behavioral therapy for bipolar disorder*. 2nd ed. The Guildford Press, New York, 2005
- Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT. *Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual*. In: Fairburn CG, Wilson GT (eds) *Binge eating: nature, assessment and treatment*. Guilford, New York, 1993:361-404
- Carroll KM, Fenton LR, Ball SA. Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: A randomized placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61:264-272
- Beck AT, Freeman A, Davis DD. *Cognitive therapy of personality disorders*. 2nd ed. The Guildford Press, New York, 2004
- Moorey S, Greer S. *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Oxford University Press, Oxford, 2002
- Covin R, Ouimet A, Seeds PM, Dogois DJ. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *J Anxiety Disord* 2008, 22:108-116
- Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:290-298
- Tolin DF. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010, 30:710-720
- Ευθυμίου Κ, Ευσταθίου Γ, Αλεξοπούλου Γ. *Εγχειρίδιο διαχείρισης των περιστατικών του Τμήματος Θεραπείας Ενηλίκων του ΙΕΘΣ*. Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Αθήνα, 2007
- Beck AT, Steer RA. *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. Psychological Corporation, San Antonio, TX, 1990
- Beck AT, Ward CH, Mendelson CM, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961, 4:561-571
- Derogatis LR. *SCL-90 Administration, scoring and procedures manuals for the Revised Version-R*. John Hopkins University School of Med Clin Psychom Res Unit, Baltimore, 1977
- Donias S, Karastergiou A, Manos N. Standardization of the symptom checklist-90-R rating scale in a Greek population. *Psychiatriki* 1991, 2:42-48
- Hylar SE, Skodol AE, Kellman DH et al. Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: comparison with two structured interviews. *Am J Psychiatry* 1990, 147:1043-1048
- Τασούλας Σ, Σιούσιουρα Δ. Το PDQ στην Ελληνική Γλώσσα. *Τετρ Ψυχ* 2005, 92:87-96
- Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς. Εκπαιδευτικό πρόγραμμα στην εποπτεία στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία [www.ibrt.gr]. (Ευρεθέν στις 12 Ιανουαρίου 2012) Διαθέσιμο στο <http://www.ibrt.gr/edu/node/257>
- Κωστόπουλος Χ, Καραποστόλη Ν, Πολύζος Ν και συν. Το κόστος των υπηρεσιών μιας ημερήσιας ψυχοθεραπευτικής μονάδας. *Ψυχιατρική* 2003, 14:121-135
- Κουμαντάνου Ε, Σοτιροπούλου Ρ, Πουλίου Κ, Κασβίκης Υ. Demographic and phenomenological characteristics of 60 Greek patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatriki* 2004, 15:236-244
- Anagnostopoulos D, Vlassopoulou M, Rotsika V, Pehlivanidou E, Legaki L, Rogakou E et al. Psychopathology and mental health service utilization by immigrants' children and their families. *Transcult Psychiatry* 2004, 41:465-486
- Papakonstantinou K, Papadaki K, Stylianidis S. Frame of internal functioning and innovative practices in a Day Center for psychotics. *Psychiatriki* 2009, 20:255-261

Αλληλογραφία: Κ. Ευθυμίου, Ψυχολόγος, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Αιόλου 102, 105 64 Αθήνα
Τηλ: (+30) 210-38 40 129
e-mail: keftim@psych.uoa.gr