

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ**

**Α' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

**Διευθυντής: Καθηγητής Γεώργιος Ν. Παπαδημητρίου**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**Η Προσαρμογή της Γνωσιακής Θεραπείας Σχημάτων σε Ελληνικό Πληθυσμό.  
Εφαρμογή σε Ασθενείς με Χρονίσασα Καταθλιπτική Διαταραχή.**

**Ιωάννης Α. Μαλογιάννης**

**Ψυχίατρος**

**ΑΘΗΝΑ 2014**



## **ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

### **Η Προσαρμογή της Γνωσιακής Θεραπείας Σχημάτων σε Ελληνικό Πληθυσμό. Εφαρμογή σε Ασθενείς με Χρονίσασα Καταθλιπτική Διαταραχή.**

Ιωάννης Α. Μαλογιάννης  
Ψυχίατρος

Ημερομηνία αιτήσεως του υποψηφίου: 7/4/2008

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 11/6/2008

Μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Ιωάννης Ζέρβας, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής (Επιβλέπων)

Αρτέμιος Πεχλιβανίδης, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής

Γεώργιος Ν. Παπαδημητρίου, Καθηγητής Ψυχιατρικής

Ημερομηνία ορισμού Θέματος της Διδακτορικής Διατριβής: 10/4/2009

Ημερομηνία καταθέσεως της Διδακτορικής Διατριβής: 12/12/2014

Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής: Καθηγητής Μελέτιος Αθανάσιος Δημόπουλος

Μέλη της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής:

Γεώργιος Ν. Παπαδημητρίου, Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής

Χαράλαμπος Παπαγεωργίου, Καθηγητής Ψυχιατρικής

Γρηγόριος Βασλαματζής, Καθηγητής Ψυχιατρικής

Ιωάννης Ζέρβας, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

Μαρία Τζινιέρη Κοκκώση, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας

Νικόλαος Σμυρνής, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

Αρτέμιος Πεχλιβανίδης, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής

Βαθμός: Άριστα

**ΑΘΗΝΑ 2014**



## ΟΡΚΟΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἴστορας ποιούμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν ὄρκον τόνδε καὶ συγγραφὴν τήνδε. ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ ωυτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρρεσι, καὶ διδάξῃν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ συγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοισί τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί. Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξῃν. Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε. ὁμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἄγνῶς δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμήν. Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε. Ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίης, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων. Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπήϊης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἕξω, σιγήσομαι, ἄρρήτα ἠγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα. Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ συγχέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιорκοῦντι, τάναντία τουτέων.



Στη μνήμη του πατέρα μου

"...Knowledge of the early interpersonal attitudes, which contributed to a patient's neurosis can help the analyst to assume intentionally a kind of attitude which is conducive to provoking the kind of emotional experience in the patient which is suited to undo the pathogenic effect of the original parental attitude..."

Franz Alexander, 1956



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η αρχική σκέψη για την παρούσα εργασία ξεκίνησε στη διάρκεια της εκπαίδευσής μου στη Θεραπεία Σχημάτων στο Schema Therapy Institute of New York, στη Νέα Υόρκη. Εκεί ο Jeffrey Young μιλώντας μας για την κλινική εφαρμογή της Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Διαταραχές Προσωπικότητας, έθετε το ζήτημα ενός μεγάλου αριθμού ασθενών που εμφανίζουν συμπτωματολογία στον Άξονα Ι, ανθιστάμενη στις παραδοσιακές φαρμακευτικές και βραχείες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, λόγω υποκείμενων χαρακτηρισολογικών προβλημάτων. Η Χρόνια Κατάθλιψη αποτελεί μια τέτοια νοσολογική οντότητα και ο Young υποδεικνυε τις περιπτώσεις αυτών των ασθενών, τους οποίους συναντάμε συχνά στην ψυχοθεραπευτική πράξη, οι οποίοι κάποια στιγμή στη ζωή τους με αφορμή την παρουσία μεγαλύτερων ή μικρότερων ματαιώσεων εμφανίζουν μια καταθλιπτική συνδρομή, από την οποία δεν αναρρώνουν και μέρος τουλάχιστον της συμπτωματολογίας τους χρονίζει. Ο Young υπογράμμισε ότι τα αποφευκτικά, εξαρτητικά και ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά των ασθενών αυτών, αποτελούν σημαντικό παράγοντα της χρονίσιας παθολογίας τους και πρέπει να αποτελέσουν στόχο της ψυχοθεραπείας. Κατά συνέπεια η Θεραπεία Σχημάτων, ως μια παρέμβαση σχεδιασμένη για την κλινική εργασία με ασθενείς με Διαταραχές Προσωπικότητας, πρέπει να δοκιμασθεί σε αυτές τις κλινικές κατηγορίες, ήταν η πρόταση στην οποία κατέληγε ο Young.

Η συζήτηση των σκέψεων αυτών συνεχίστηκε στην Αθήνα, στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο, με τον Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής Γιάννη Ζέρβα, ο οποίος με τη βαθιά κλινική γνώση και την παρότρυνση του, συνετέλεσε καθοριστικά στη μορφοποίηση της ιδέας μιας πιλοτικής κλινικής μελέτης εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων στη Χρόνια Κατάθλιψη, στα πλαίσια του Τμήματος Ψυχικής Υγείας Γυναικών, της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Στη διεθνή βιβλιογραφία μέχρι τότε δεν είχε πραγματοποιηθεί παρόμοια μελέτη και την ιδέα υποδέχθηκε με ενθουσιασμό και ο ίδιος ο Jeffrey Young. Για να πραγματοποιηθεί όμως η μελέτη έπρεπε να εκπαιδευτούν θεραπευτές. Έτσι το πρώτο βήμα θα ήταν η δημιουργία ενός προγράμματος εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων. Επίσης η πραγματοποίηση της εκπαίδευσης και της επακόλουθης κλινικής

μελέτης, έθετε την ανάγκη μετάφρασης όλων των εργαλείων και ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται στη Θεραπεία Σχημάτων στα ελληνικά και καθιστούσε απαραίτητη τη στάθμιση της ελληνικής έκδοσης του Ερωτηματολογίου Σχημάτων του Young. Βρισκόμασταν λοιπόν μπροστά στην ανάγκη οργάνωσης ενός ολοκληρωμένου προγράμματος, που έθετε ως στόχο την προσαρμογή της Θεραπείας Σχημάτων σε Ελληνικό πληθυσμό και την πραγματοποίηση πιλοτικής εφαρμογής της σε χρονίως καταθλιπτικούς ασθενείς.

Το συγκεκριμένο έργο ξεκίνησε τον Ιούνιο του 2008 ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2013 και διεξήχθη σε 3 φάσεις. Στην Φάση I πραγματοποιήθηκε η μετάφραση των εργαλείων της Θεραπείας Σχημάτων στα Ελληνικά και ξεκίνησε η στάθμιση του Ερωτηματολογίου Σχημάτων του Young. Στη Φάση II οργανώθηκε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων, το οποίο εγκρίθηκε από την International Society of Schema therapy (ISST) και ακολούθως πραγματοποιήθηκε η πρώτη στην Ελλάδα εκπαίδευση θεραπευτών, ψυχιάτρων και ψυχολόγων στη Θεραπεία Σχημάτων. Στην Φάση III, οι εκπαιδευμένοι θεραπευτές έλαβαν μέρος στην πραγματοποίηση πιλοτικής κλινικής μελέτης εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Χρόνια Κατάθλιψη.

Κλείνοντας τον πρόλογο αυτής της Διδακτορικής Διατριβής νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους εκείνους τους σημαντικούς και αγαπημένους ανθρώπους, που καθένας με το δικό του τρόπο, συνέβαλαν σημαντικά στην πραγματοποίηση αυτού του έργου.

Ευχαριστώ θερμά τον Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής Γιάννη Ζέρβα, για τη θερμή και αμέριστη υποστήριξη αυτής της έρευνας από την πρώτη στιγμή. Η διαρκής παρουσία του δίπλα σε όλη την ερευνητική ομάδα, τα πολύτιμα κλινικά, ψυχοθεραπευτικά και ερευνητικά σχόλια του και η αμεσότητα απάντησης και επίλυσης των τυχόν δυσκολιών που προέκυπταν, έκαναν δυνατή την πραγματοποίηση αυτής της απαιτητικής ερευνητικής εργασίας. Επιπλέον η προσωπικότητα του, η επιστημονική και ανθρώπινη πορεία του, τον κατέστησαν για εμένα σημαντικό δάσκαλο και παράδειγμα στη ζωή μου.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον Καθηγητή Ψυχιατρικής Γεώργιο Ν. Παπαδημητρίου, ο οποίος με εμπιστεύτηκε στην ανάθεση αυτού του έργου και με την

ανεκτίμητη καθοδήγησή του, εξελίχθηκε ομαλά η κάθε Φάση της ερευνητικής εργασίας.

Ευχαριστώ επίσης ιδιαίτερα τον Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής Αρτέμιο Πεχλιβανίδη, που με τα εύστοχα σχόλια του και την διαρκή παρουσία του συνετέλεσε ουσιαστικά στην ολοκλήρωση αυτής της Διατριβής.

Θα ήθελα να εκφράσω επίσης τις ευχαριστίες μου στον Καθηγητή Ψυχιατρικής Χαράλαμπο Παπαγεωργίου, για την εμπιστοσύνη του στην εργασία μου και τη δυνατότητα που μου έδωσε, παρουσιάσής της στο σύνολο των συνεργατών της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής, της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στις συγκεντρώσεις της κλινικής στο αμφιθέατρο του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

Ιδιαίτερη μνεία θα ήθελα επίσης να κάνω στον Καθηγητή Κλινικής Ψυχολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Columbia της Νέας Υόρκης και Επίτιμο Πρόεδρο της International Society of Schema Therapy, Jeffrey Young, για τις ιδέες με τις οποίες με ενέπνευσε, αλλά και τις συζητήσεις που είχε μαζί μας για την οργάνωση και πορεία της κλινικής μελέτης.

Επίσης ιδιαίτερη μνεία θα ήθελα να κάνω και στον Καθηγητή Κλινικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου του Maastricht, Arnoud Arntz, για την ουσιαστική συνεισφορά του στις συζητήσεις για την ανάλυση των δεδομένων και τον σχολιασμό των αποτελεσμάτων της κλινικής μελέτης.

Θα ήθελα από καρδιάς να ευχαριστήσω την Ψυχίατρο Αρετή Σπυροπούλου, η οποία πραγματοποίησε όλες τις κλινικές συνεντεύξεις εκτίμησης των ασθενών της μελέτης. Τα εύστοχα κλινικά σχόλια και η ερευνητική συνεισφορά της, ήταν πολύτιμα για την πορεία της μελέτης. Επιπλέον αυτών όμως, η διαρκής, ενθαρρυντική παρουσία της και οι συζητήσεις μαζί της για την εργασία αυτή, αποτέλεσαν ένα ουσιαστικό στήριγμα σε όλη την πορεία.

Ευχαριστώ εκ βάθους τους θεραπευτές που εκπαιδεύτηκαν και πήραν μέρος στη μελέτη. Τις ψυχολόγους Κατερίνα Αγγελή, Μιράντα Βλαβιανού, Σπυριδούλα Καρβέλη και Ειρήνη Τσαρτσάρα. Στη διάρκεια των χρόνων που κράτησε αυτή έρευνα ήταν σταθερά δίπλα μου, με αφιέρωση σε αυτό το έργο, στο οποίο διέθεσαν πολλές ώρες και μεγάλο δυναμικό. Χωρίς τη δική τους πρακτική και ηθική στήριξη δε θα ήταν εφικτή η πραγματοποίηση αυτής της Διατριβής. Πρόκειται για εξαιρετικούς συνεργάτες και πολύτιμους φίλους ζωής.

Επιθυμώ να ευχαριστήσω επίσης την βιοστατιστικό Χαρά Τζαβάρα για την ουσιαστική βοήθεια της στη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της μελέτης και την συνεισφορά της στις συζητήσεις για την εποικοδομητική ανάλυση τους.

Ευχαριστώ επίσης την ψυχολόγο Μυρτώ Λεμονούδη για την σημαντική βοήθεια της στην τελική διόρθωση και σελιδοποίηση του κειμένου της Διδακτορικής Διατριβής.

Κλείνοντας ας μου επιτραπεί να εκφράσω ένα ξεχωριστό ευχαριστώ στους γονείς μου, για τα πολύτιμα εφόδια που μου προσέφεραν για τη ζωή μου και στη σύζυγό μου Διώνη, για την υπομονή, κατανόηση και μεγάλη ηθική υποστήριξη που μου προσέφερε όλα αυτά τα χρόνια, ώστε να μπορώ να ασχοληθώ με την απαιτητική, μακροχρόνια εργασία αυτής της έρευνας.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή.....	2
1.1. Βασικές Έννοιες της Θεραπείας Σχημάτων.....	3
1.1.1. Τα Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα (ΠΔΣ).....	3
1.1.2. Οι Στρατηγικές Αντιμετώπισης των ΠΔΣ.....	14
1.1.3. Οι Τρόποι Λειτουργίας (Modes).....	15
1.1.4. Τεχνικές της Θεραπείας Σχημάτων.....	22
1.2. Ερευνητική Τεκμηρίωση της Θεραπείας Σχημάτων.....	27
1.2.1. ΠΔΣ και Το Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young (Young Schema Questionnaire, YSQ).....	27
1.2.2. Το Μοντέλο των Τρόπων Λειτουργίας και το Ερωτηματολόγιο των Τρόπων Λειτουργίας (Schema Modes Inventory, SMI).....	44
1.2.3. Μελέτες Αποτελεσματικότητας της Θεραπείας Σχημάτων.....	50
1.2.4. Εφαρμογή της Θεραπείας Σχημάτων σε Ασθενείς με Χρόνια Κατάθλιψη.....	59
1.3. Η Εκπαίδευση στη Θεραπεία Σχημάτων.....	75
1.3.1. Ερευνητική Τεκμηρίωση της Εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων.....	75
1.3.2. Προϋποθέσεις Εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων.....	78
1.3.3. Επίπεδα Πιστοποίησης στη Θεραπεία Σχημάτων.....	78
2. Ερευνητικοί Στόχοι.....	82

### ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. Φάση I: Μετάφραση των Εργαλείων της Θεραπείας Σχημάτων στα Ελληνικά και στάθμιση του Ερωτηματολογίου Σχημάτων του Young (YSQ).....	86
3.1. Μέθοδος.....	86
3.1.1. Διαδικασία Μετάφρασης.....	86
3.1.2. Στάθμιση του YSQ.....	88

3.1.2.1. Περιγραφή Δείγματος.....	88
3.1.2.2. Ψυχομετρικά Εργαλεία.....	90
3.1.2.3. Στατιστική Ανάλυση.....	91
3.2. Αποτελέσματα.....	94
3.2.1. Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση.....	94
3.2.2. Αξιοπιστία Εσωτερικής Συνοχής.....	97
3.2.3. Διακριτική Ικανότητα.....	97
3.2.4. Συγκλίνουσα και Προβλεπτική Εγκυρότητα.....	102
3.2.5. Σχέση Σύντομης και Εκτενούς μορφής και Χρονική Σταθερότητα του YSQ.....	108
3.2.6. ΠΔΣ και Χαρακτηριστικά του Μη Κλινικού Δείγματος.....	111
3.3. Συζήτηση.....	119
4. Φάση II: Δημιουργία Προγράμματος Εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων-Εκπαίδευση Θεραπευτών.....	123
4.1. Μέθοδος.....	123
4.1.1. Διαδικασία Εκπαίδευσης.....	123
4.1.2. Εργαλεία Αξιολόγησης και Αξιολόγηση Εκπαιδευόμενων.....	124
4.1.3. Συμμετέχοντες.....	126
4.2. Αποτελέσματα – Συζήτηση.....	127
5. Φάση III - Πιλοτική Εφαρμογή της Θεραπείας Σχημάτων σε Ασθενείς με Χρόνια Κατάθλιψη.....	130
5.1. Μέθοδος.....	130
5.1.1. Συμμετέχοντες.....	130
5.1.2. Σχεδιασμός της Μελέτης.....	132
5.1.3. Δείκτες Αποτελεσματικότητας.....	135
5.1.4. Πρωτόκολλο Θεραπείας.....	135
5.1.5. Επάρκεια Θεραπευτών και Πιστότητα Θεραπείας.....	136
5.1.6. Στατιστική Ανάλυση.....	137
5.2. Αποτελέσματα.....	138
5.2.1. Αποτελέσματα της Θεραπείας στα Συμπτώματα Κατάθλιψης.....	139
5.2.2. Αποτελέσματα της Θεραπείας στα Συμπτώματα Άγχους.....	140
5.2.3 Αποτελέσματα της Θεραπείας στα ΠΔΣ.....	143
5.3. Συζήτηση.....	149
6. Συμπεράσματα.....	155

Βιβλιογραφία.....	161
Περίληψη.....	183
Abstract.....	185
Παράρτημα.....	187
Ξενόγλωσσες Δημοσιεύσεις Συναφείς με το Γνωστικό Αντικείμενο της Διατριβής.....	247
Βιογραφικό Σημείωμα.....	248

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 1.</b> Τα 18 ΠΔΣ και οι κατηγορίες στις οποίες ταξινομούνται.....	13
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 2.</b> Τρόποι Λειτουργίας.....	21
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 3.</b> Σύνοψη ευρημάτων των βασικών μελετών στα ΠΔΣ και τις κατηγορίες τους.....	31
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 4.</b> Συσχετίσεις μεταξύ Τρόπων Λειτουργίας και Διαταραχών Προσωπικότητας.....	49
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 5.</b> Ελάχιστες προϋποθέσεις πιστοποίησης στη Θεραπεία Σχημάτων.....	80
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 6.</b> Χαρακτηριστικά του μη κλινικού δείγματος.....	89
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 7.</b> Χαρακτηριστικά του κλινικού δείγματος.....	90
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 8.</b> Αποτελέσματα των επιβεβαιωτικών παραγοντικών αναλύσεων για τα μονοπαραγοντικά μοντέλα ΠΔΣ .....	96
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 9.</b> Αποτελέσματα των επιβεβαιωτικών παραγοντικών αναλύσεων που περιέχουν όλα τα στοιχεία του YSQ και τα ΠΔΣ αντιστοιχίζονται στην κάθε κατηγορία τους.....	96
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 10.</b> Αποτελέσματα επιβεβαιωτικών παραγοντικών αναλύσεων του YSQ και σύγκριση των μοντέλων που υποστηρίζονται στη βιβλιογραφία.....	97
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 11.</b> Διαφορές στις διαστάσεις του YSQ ανάλογα με τη διάγνωση των ασθενών.....	98
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 12.</b> Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach's $\alpha$ και μέσες βαθμολογίες στις διαστάσεις του YSQ χωριστά για τους φοιτητές και το κλινικό δείγμα.....	99
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 13.</b> Μέσες βαθμολογίες στις διαστάσεις του YSQ των φοιτητών ανάλογα με το αν είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας.....	101
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 14.</b> Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων των ερωτηματολογίων YSQ και ASR.....	104
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 15.</b> Συντελεστές μερικής συσχέτισης μεταξύ των διαστάσεων των ερωτηματολογίων YSQ και ASR, έχοντας λάβει υπόψη το φύλο, την ηλικία, τη διαμονή, την οικογενειακή κατάσταση και το αν έχουν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας.....	103
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 16.</b> Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων του ερωτηματολογίου YSQ και των εναρμονισμένων με το DSM-IV κλιμάκων του ASR.....	105



<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 17.</b> Συντελεστές μερικής συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων του ερωτηματολογίου YSQ και των εναρμονισμένων με το DSM-IV κλιμάκων του ASR, έχοντας λάβει υπόψη το φύλο, την ηλικία, τη διαμονή, την οικογενειακή κατάσταση και το αν έχουν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας.....	106
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 18.</b> Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την πρόβλεψη των προβλημάτων κατάθλιψης και άγχους (DSM-Oriented scales) από τα 18 ΠΔΣ.....	107
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 19.</b> Συντελεστές αξιοπιστίας $\alpha$ του Cronbach για τις δύο εκδοχές του YSQ (long form και short form).....	108
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 20.</b> Συντελεστές συμφωνίας (ICC) μεταξύ των δύο εκδοχών, σύντομης (YSQ-S) και εκτενούς (YSQ-L) του ερωτηματολογίου YSQ.....	109
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 21.</b> Μέσες βαθμολογίες στις διαστάσεις του YSQ ξεχωριστά για κάθε μέτρηση στο χρόνο.....	110
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 22.</b> Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες τις βαθμολογίες των φοιτητών στις διαστάσεις «Συναισθηματική στέρηση», «Εγκατάλειψη», «Δυσπιστία» και «Κοινωνικός αποκλεισμός».....	112
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 23.</b> Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες τις βαθμολογίες των φοιτητών στις διαστάσεις «Μειονεξία», «Αποτυχία», «Εξάρτηση» και «Ευαλωτότητα».....	115
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 24.</b> Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες τις βαθμολογίες των φοιτητών στις διαστάσεις «Ελλειμματικός εαυτός», «Υποταγή», «Αυτοθυσία» και «Συναισθηματική αναστολή».....	115
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 25.</b> Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες τις βαθμολογίες των φοιτητών στις διαστάσεις «Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική», «Αυτονόητο δικαίωμα», «Ανεπαρκής αυτοέλεγχος» και «Αναζήτηση επιβεβαίωσης».....	117
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 26.</b> Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες τις βαθμολογίες των φοιτητών στις διαστάσεις «Αρνητισμός», «Τιμωρητικότητα», «Συνολική βαθμολογία» και «Κοινωνικός αποκλεισμός».....	118
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 27.</b> Χαρακτηριστικά του δείγματος των ασθενών με Χρόνια Κατάθλιψη.....	131

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 28.</b> Μέσες τιμές των ασθενών στις κλίμακες κατάθλιψης (HRSD) και άγχους (HRSA).....	142
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 29.</b> Μεταβολές των διαστάσεων του YSQ στο χρόνο παρακολούθησης με μικτά μοντέλα παλινδρόμησης.....	144
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 30.</b> Χρονοδιάγραμμα Ερευνητικών φάσεων.....	155
<b>Γράφημα 1.</b> Διάγραμμα μέσων τιμών της συνολικής βαθμολογίας του YSQ ανάλογα με τον άξονα των ασθενών.....	99
<b>Γράφημα 2.</b> Μέσες βαθμολογίες στις διαστάσεις του YSQ χωριστά για τους φοιτητές και το κλινικό δείγμα.....	100
<b>Γράφημα 3.</b> Μέσες βαθμολογίες στις διαστάσεις του YSQ των φοιτητών ανάλογα με το αν είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας.....	101
<b>Γράφημα 4.</b> Συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών των YSQ και ASR.....	103
<b>Γράφημα 5.</b> Μέσες βαθμολογίες στις διαστάσεις του YSQ ξεχωριστά για κάθε μέτρηση στο χρόνο.....	111
<b>Γράφημα 6.</b> Δομή και περιεχόμενο προγράμματος Εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων.....	124
<b>Γράφημα 7.</b> Ροή των ασθενών στη διαδικασία της κλινικής μελέτης.....	133
<b>Γράφημα 8.</b> Τιμές στις κλίμακες HRSD, HRSAA και YSQ ξεχωριστά για κάθε ασθενή .....	145

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Θεραπεία Σχημάτων είναι ένα συνδυαστικό μοντέλο ψυχοθεραπείας, γνωσιακής συμπεριφοριστικής προέλευσης, το οποίο απαρτιώνει στοιχεία από τη θεωρία του δεσμού, τη θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων καθώς και τεχνικές από μοντέλα εστιασμένα στο συναίσθημα.

Η ανάπτυξη της Θεραπείας Σχημάτων ξεκίνησε το 1990 από τον Jeffrey Young και τους συνεργάτες του με σκοπό την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνιες συναισθηματικές δυσκολίες και διαταραχές προσωπικότητας. Η ανάγκη ενός συνδυαστικού μοντέλου προέκυψε ως αποτέλεσμα των περιορισμών που αντιμετώπιζε η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία (ΓΣΘ) στην κλινική εργασία με τους ανωτέρω ασθενείς. Οι θεραπευόμενοι αυτοί δεν ανταποκρίνονται πλήρως στις παραδοσιακές γνωσιακές συμπεριφοριστικές τεχνικές (Beck, Freeman, Davis, & Associates, 1990). Συχνά δεν συμμορφώνονται με τη δομημένη μορφή της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας, είναι απρόθυμοι να ακολουθήσουν την ατζέντα της ή να πραγματοποιήσουν εργασία στο σπίτι. Δυσκολεύονται στην τοποθέτηση καθαρών στόχων, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι ασαφή και χαρακτηρίζονται από διάχυτη δυσφορία που καλύπτει όλους τους σημαντικούς τομείς της ζωής. Επίσης σημαντική είναι η δυσκολία των ασθενών αυτών να ανταποκριθούν στις αρχές του συνεργατικού εμπειρισμού που διέπει τη θεραπευτική σχέση στη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία. Αρκετές φορές είναι απρόθυμοι να συνεργαστούν και δυσκολεύονται να δημιουργήσουν θεραπευτική συμμαχία με τον θεραπευτή τους, γεγονός που αντανakλά και τις πολλαπλές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στις σχέσεις τους στην καθημερινή ζωή. Επιπλέον πολλές φορές εμφανίζουν φτωχή επαφή με το συναίσθημά τους ως αποτέλεσμα αποφευκτικών στρατηγικών προκειμένου να προφυλαχθούν από συναισθήματα και γνώσεις προερχόμενες από τραυματικές ή ελλειμματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας τους. Συχνό γνώρισμά τους είναι η παρουσία ψυχολογικής ακαμψίας η οποία αποτελεί και βασικό χαρακτηριστικό της κατηγορίας των διαταραχών προσωπικότητας (APA, 1994).

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες αποτελούν τροχοπέδη στην εφαρμογή και αποτελεσματικότητα της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας και

γέννησαν τον βασικό προβληματισμό, ο οποίος οδήγησε τον J. Young στη δημιουργία ενός μοντέλου που επεκτείνεται με την ενσωμάτωση και άλλων στοιχείων, ώστε να γίνει εφικτή η αντιμετώπισή των δυσκολιών αυτών.

### **1.1. Βασικές Έννοιες της Θεραπείας Σχημάτων**

Οι βασικές έννοιες της θεραπείας σχημάτων είναι:

- Τα Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα (ΠΔΣ)
- Οι Στρατηγικές Αντιμετώπισης των ΠΔΣ
- Οι Τρόποι Λειτουργίας

#### **1.1.1. Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα**

Η έννοια του σχήματος απαντάται αρχικά στη φιλοσοφία. Ο Παπανούτσος (Παπανούτσος, 1973) στη γνωσιολογία του αναφέρει: «Από τα πολύ παλιά χρόνια η φιλοσοφική σκέψη πρόσεξε το φαινόμενο ότι στην αντίληψη και τη νόηση κάθε ανθρώπου βρίσκονται εγχαραγμένα κάποια 'σχήματα' ή οικείοι τρόποι που με τη βοήθειά τους γίνονται αντιληπτά και σημασιολογούνται τα αντικείμενα του εσωτερικού και εξωτερικού κόσμου. Τα 'σχήματα' αυτά ονομάστηκαν 'κατηγορίες'».

Για πρώτη φορά ο Piaget (1926) χρησιμοποιεί τον όρο σχήμα για να περιγράψει τις γνωσιακές δομές και ορίζει ως σχήμα "τη δόμηση και οργάνωση των δραστηριοτήτων όπως μεταφέρονται ή γενικεύονται μέσω επανάληψης σε όμοιες ή ανάλογες περιστάσεις".

Ο Barlett (1932) ορίζει το σχήμα ως μια ενεργητική οργάνωση παρελθοντικών αντιδράσεων ή εμπειριών που πάντα είναι σε λειτουργία σε μια καλά οργανωμένη οργανική ανταπόκριση. Οποτεδήποτε υπάρχει μια τάξη ή κανονικότητα στη συμπεριφορά, μια συγκεκριμένη απόκριση είναι δυνατή μόνο επειδή συνδέεται με άλλες παρόμοιες αποκρίσεις που έχουν με τη σειρά τους οργανωθεί και που λειτουργούν όχι μεμονωμένα ως μονάδες εν σειρά η μια μετά την άλλη, αλλά ως ενιαία μάζα."

Ο Beck χρησιμοποίησε τον όρο σχήμα κλινικά, προκειμένου να εξηγήσει τα επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς ενός ατόμου (Παπακώστας, 1994). Έτσι ενώ διαφορετικά άτομα κατανοούν και αντιδρούν διαφορετικά στην ίδια κατάσταση, ένα συγκεκριμένο άτομο τείνει να αντιδρά

σταθερά σε ποικίλα γεγονότα. Δηλαδή σταθερά γνωσιακά πρότυπα αποτελούν τη βάση ερμηνείας μιας συγκεκριμένης σειράς καταστάσεων (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Σύμφωνα με την γνωσιακή θεωρία της κατάθλιψης του Beck (Beck, 1967; Beck et al., 1979) το σχήμα είναι μια σταθερή νοητική δομή, η οποία αποτελεί τη βάση για τη διαλογή, διάκριση και καταγραφή των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος.

Ο Young (1990) ενσωματώνοντας στοιχεία από τη θεωρία του δεσμού (Bowlby, 1969, 1973, 1980) επανακαθόρισε την έννοια του σχήματος. Σε αντίθεση με τον ορισμό του Beck, ο οποίος εστίαζε στην λειτουργία του σχήματος ως δομής που εξυπηρετεί την επεξεργασία και οργάνωση πληροφοριών, ο Young (1990) μετατόπισε το ενδιαφέρον δίνοντας έμφαση στην αναπτυξιακή προέλευση και στον πρώιμο σχηματισμό του. Σύμφωνα με τον ορισμό του Young (Young, 1994; Young, Klosko, & Weishaar, 2003) τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα (ΠΔΣ) αποτελούν ευρέα σταθερά μοτίβα, αποτελούμενα από μνήμες συναισθήματα και γνωσίες, αφορούν τον εαυτό και τη σχέση του ατόμου με τους άλλους, αναπτύσσονται κατά την παιδική και την πρώιμη εφηβική ηλικία, εξελίσσονται στη διάρκεια της ζωής και δυσλειτουργούν σε σημαντικό βαθμό. Τα ΠΔΣ αποτελούν απόλυτες, αδιαπραγμάτευτες, αλήθειες για τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει την ταυτότητα του και σε μεγάλο βαθμό δεν είναι συνειδητά, δηλαδή το άτομο δεν αντιλαμβάνεται το βαθμό στον οποίο επηρεάζουν τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του (Young, 1994).

Τα ΠΔΣ είναι παρόντα σε κάθε άτομο και αντιπροσωπεύονται με τη μορφή συνεχούς σε μη κλινικούς και κλινικούς πληθυσμούς λαμβάνοντας προεξάρχουσα, άκαμπτη και ακραία μορφή στη δεύτερη περίπτωση (Rijkeboer & van den Bergh, 2006; Schmidt, Joiner, Young, & Telch, 1995; Young & Klosko, 1994).

Τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα αναπτύσσονται όταν πυρηνικές συναισθηματικές ανάγκες της παιδικής ηλικίας δεν εκπληρώνονται. Ο Young (1994) υπέθεσε την ύπαρξη πέντε πυρηνικών συναισθηματικών αναγκών της παιδικής ηλικίας: ασφαλείς δεσμοί με τους άλλους (περιλαμβάνει ασφάλεια, σταθερότητα, φροντίδα και αποδοχή), αυτονομία, ελευθερία έκφρασης βασικών αναγκών και συναισθημάτων, αυθορμητισμός και παιχνίδι, ρεαλιστικά όρια και έλεγχος εαυτού. Η ματαίωση των πυρηνικών

συναισθηματικών αναγκών και η ανάπτυξη των ΠΔΣ είναι το αποτέλεσμα τοξικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας κυρίως με τη μορφή συνεχούς επίδρασης του παιδιού με το γονεϊκό περιβάλλον και όχι τόσο από μεμονωμένα περιστατικά (Young, 1994; Young et al., 2003).

Σήμερα οι Young et al. (2003) ορίζουν 18 ΠΔΣ τα οποία ταξινομούνται σε πέντε κατηγορίες, οι οποίες αντιστοιχούν στις πέντε ανεκπλήρωτες πυρηνικές συναισθηματικές ανάγκες. Τα 18 ΠΔΣ και οι πέντε κατηγορίες στις οποίες υπάγονται αυτά περιγράφονται αναλυτικά παρακάτω και παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 1. (Δίπλα σε κάθε Κατηγορία και ΠΔΣ περιλαμβάνεται και ο όρος στα αγγλικά). Η μετάφραση όλων των όρων της Θεραπείας Σχημάτων στα ελληνικά αποτέλεσε μέρος αυτής της διδακτορικής διατριβής και περιγράφεται αναλυτικά κατωτέρω στο ειδικό μέρος αυτής της μελέτης στο κεφ 3. σελ. 86-87).

### **Κατηγορία I: Αποσύνδεση και Απόρριψη (Disconnection and Rejection)**

Προσδοκία του ατόμου πως οι ανάγκες του για ασφάλεια, προστασία, σταθερότητα, συναισθαντική κατανόηση, αποδοχή και σεβασμό δεν θα καλυφθούν με ένα προβλέψιμο τρόπο. Το τυπικό οικογενειακό περιβάλλον προέλευσης είναι παγωμένο, χωρίς συναισθηματική έκφραση, απορριπτικό, μοναχικό, εκρηκτικό, απρόβλεπτο ή κακοποιητικό.

Περιλαμβάνει τα ΠΔΣ:

#### **1. Εγκατάλειψη/Αστάθεια (Abandonment/Instability)**

Η αντιληπτή αστάθεια όσων περιβάλλουν το άτομο και είναι διαθέσιμοι για υποστήριξη και συναισθηματική σύνδεση. Περιλαμβάνει την αίσθηση ότι οι σημαντικοί άλλοι δεν θα μπορέσουν να συνεχίσουν να παρέχουν συναισθηματική στήριξη, δύναμη ή πρακτική προστασία, γιατί είναι συναισθηματικά ασταθείς και απρόβλεπτοι (π.χ με εκρήξεις θυμού) ή απόντες, γιατί θα πεθάνουν ξαφνικά ή γιατί θα εγκαταλείψουν τον ασθενή προτιμώντας κάποιον καλύτερο.

#### **2. Καχυποψία/ Κακοποίηση (Mistrust/Abuse)**

Η προσδοκία του ατόμου πως οι άλλοι θα τον πληγώσουν, θα τον κακοποιήσουν, εξευτελίσουν, κοροϊδέψουν και θα του πουν ψέματα ή θα τον εκμεταλλευτούν. Συνήθως περιλαμβάνει την πεποίθηση ότι η τοξική δράση των άλλων θα είναι ηθελημένη ή θα αποτελεί το αποτέλεσμα μιας άδικης και

υπερβολικής αμέλειας. Μπορεί να περιλαμβάνει την αίσθηση ότι το άτομο πάντοτε γίνεται αντικείμενο εξαπάτησης από άλλους.

### 3. Συναισθηματική Στέρηση (Emotional Deprivation)

Η προσδοκία του ατόμου πως η επιθυμία του για έναν φυσιολογικό βαθμό συναισθηματικής υποστήριξης δεν θα καλυφθεί επαρκώς από τους άλλους.

Ορίζονται τρεις κύριοι τύποι αποστέρησης:

- *Στέρηση Φροντίδας*: Απουσία προσοχής, τρυφερότητας, ζεστασιάς ή συντροφικότητας.
- *Στέρηση Συναισθαντικής Κατανόησης*: Απουσία κατανόησης, αυτοαποκάλυψης, ή αμοιβαίου μοιράσματος συναισθημάτων από άλλους.
- *Στέρηση Προστασίας*: Απουσία δύναμης, κατεύθυνσης ή καθοδήγησης από άλλους.

### 4. Ελαττωματικότητα (Μειονεξία)/ Ντροπή (Defectiveness/Shame)

Η αίσθηση του ατόμου πως είναι ελαττωματικό, κακό, ανεπιθύμητο, κατώτερο ή ανάξιο σε βασικά ζητήματα, ή πως αν εκτεθεί σε σημαντικούς άλλους θα είναι ανάξιο της αγάπης τους. Επίσης μπορεί να περιλαμβάνει υπερευαίσθησία στην κριτική, στην απόρριψη και στις κατηγορίες, καθώς και ανασφάλεια και συγκρίσεις με τους άλλους, όταν το άτομο βρίσκεται ανάμεσα σε κόσμο. Το άτομο διακατέχεται από αίσθηση ντροπής για ελαττώματα, τα οποία θεωρεί πως έχει. Αυτά τα ελαττώματα μπορεί να είναι ιδιωτικά (π.χ εγωισμός, εκρήξεις θυμού, ανεπιτήρητες σεξουαλικές επιθυμίες) ή δημόσια (π.χ ανεπιθύμητη εξωτερική εμφάνιση, αμηχανία σε κοινωνικές καταστάσεις).

### 5. Κοινωνική Απομόνωση/ Αποξένωση (Social isolation/Alienation)

Η αίσθηση πως το άτομο είναι απομονωμένο από τον υπόλοιπο κόσμο, διαφορετικό από τους άλλους ανθρώπους και/ή δεν ανήκει σε καμία ομάδα ή κοινότητα.

## **Κατηγορία II: Ανεπαρκής Αυτονομία και Επίδοση (Impaired Autonomy and Performance)**

Προσδοκίες για τον εαυτό και για το περιβάλλον, οι οποίες συγκρούονται με πεποιθήσεις για την ικανότητα του ατόμου να διαφοροποιείται, να επιβιώνει, να λειτουργεί αυτόνομα ή να επιτυγχάνει. Το τυπικό οικογενειακό περιβάλλον προέλευσης δεν έχει όρια, υπονομεύει την αυτοεκτίμηση του παιδιού, είναι υπερπροστατευτικό ή δεν ενισχύει το παιδί για επιτυχίες έξω από το



οικογενειακό πλαίσιο.

Περιλαμβάνει τα ΠΔΣ:

#### 6. Εξάρτηση/Ανικανότητα (Dependence/Incompetence)

Η πεποίθηση του ατόμου ότι είναι αδύναμο να χειριστεί τις καθημερινές του ευθύνες με έναν αποτελεσματικό τρόπο, χωρίς ουσιαστική βοήθεια από άλλους (π.χ να φροντίσει τον εαυτό του, να επιλύσει καθημερινά προβλήματα, να επιδείξει σωστή κρίση, να ανταπεξέλθει σε νέα καθήκοντα, να λάβει σωστές αποφάσεις). Συχνά εμφανίζεται ως αβοηθητότητα.

#### 7. Ευαλωτότητα σε βλάβη ή ασθένεια (Vulnerability to harm or illness)

Υπερβολικός φόβος ότι ανά πάσα στιγμή μπορεί να συμβεί μια καταστροφή, την οποία το άτομο δεν θα μπορέσει να αποφύγει. Οι φόβοι επικεντρώνονται σε ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: Α. Ιατρικές καταστροφές: π.χ έμφραγμα, AIDS Β. Συναισθηματικές καταστροφές: π.χ το να τρελαθεί ξαφνικά Γ. Εξωτερικές καταστροφές: π.χ επίθεση από εγκληματίες, αεροπορικά δυστυχήματα, σεισμοί.

#### 8. Υπερεμπλοκή/Μη Ανεπτυγμένος Εαυτός (Enmeshment/Undeveloped Self)

Υπερβολική συναισθηματική εμπλοκή με ένα ή περισσότερα σημαντικά πρόσωπα (κυρίως τους γονείς) εις βάρος της πλήρους ανεξαρτητοποίησης ή της φυσιολογικής κοινωνικής ανάπτυξης. Συχνά περιλαμβάνει την πεποίθηση ότι τουλάχιστον ένα ή περισσότερα από τα εμπλεκόμενα άτομα δεν μπορεί να επιβιώσει ή να ευτυχήσει χωρίς τη συνεχή υποστήριξη του άλλου. Μπορεί επίσης να περιλαμβάνει την αίσθηση ότι το άτομο είναι ένα με τους άλλους ή πως δεν διαθέτει επαρκή ατομική ταυτότητα. Συχνά βιώνεται ως αίσθηση κενού, αίσθηση απουσίας κατεύθυνσης ή ακόμα και αμφισβήτηση της ίδιας της ύπαρξης του εαυτού σε ακραίες περιπτώσεις.

#### 9. Αποτυχία (Failure)

Η πεποίθηση του ατόμου ότι έχει αποτύχει, ή θα αποτύχει σίγουρα και πως είναι ριζικά ανεπαρκής σε σχέση με τους συνομηλίκους του σε ζητήματα επιδόσεων (σχολείο, καριέρα, αθλήματα κτλ). Συχνά περιλαμβάνει πεπιοθήσεις ότι το άτομο είναι χαζό, ανεπαρκές, αδιάφορο, χωρίς ταλέντα, κατώτερο σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, λιγότερο επιτυχημένο από άλλους κ.α.

#### **Κατηγορία III: Ανεπαρκή Όρια (Impaired Limits)**

Ανεπάρκεια σε εσωτερικά όρια, στην ευθύνη απέναντι σε άλλους ή σε

μακροπρόθεσμη στοχοθέτηση. Οδηγεί σε δυσκολία στον σεβασμό των δικαιωμάτων των άλλων, στη συνεργασία με άλλους, στη δέσμευση ή στον καθορισμό και στην επίτευξη προσωπικών ρεαλιστικών στόχων. Το τυπικό οικογενειακό περιβάλλον προέλευσης χαρακτηρίζεται από υπερβολική ανοχή, έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών και αίσθηση υπεροχής. Την ίδια στιγμή λείπουν στοιχεία όπως πειθαρχία και οριοθέτηση σχετικά με την ανάληψη ευθυνών, τον καθορισμό στόχων και τη συνεργασία με τους άλλους με έναν αμοιβαίο τρόπο.

Περιλαμβάνει τα ΠΔΣ:

10. Αυτονόητο Δικαίωμα (Δικαιωματικότητα)/Μεγαλείο  
(Entitlement/Grandiosity)

Η πεποίθηση πως το άτομο είναι ανώτερο από τους άλλους, πως αξίζει ειδικά δικαιώματα και προνόμια ή πως δεν υπάγεται στους κανόνες αμοιβαιότητας που διέπουν τη φυσιολογική κοινωνική διάδραση. Συχνά περιλαμβάνει την αίσθηση του ατόμου ότι μπορεί να κάνει ή να έχει ό,τι θέλει, ανεξάρτητα από τη ρεαλιστική θεώρηση της κατάστασης ή τις συνέπειες στους άλλους. Επίσης χαρακτηρίζεται από μια υπερβολική επικέντρωση στην ανωτερότητα (π.χ το άτομο νιώθει ότι ανήκει στους πιο επιτυχημένους, διάσημους, πλούσιους) γεγονός που προσδίδει αίσθηση δύναμης και ελέγχου. Μερικές φορές ενδέχεται να αφορά σε μια υπερβολικά ανταγωνιστική ή κυριαρχική στάση απέναντι στους άλλους με σκοπό την επιβολή και τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους, σύμφωνα με τις προσωπικές επιθυμίες του ατόμου, χωρίς συναισθηματική κατανόηση ή ενδιαφέρον για τις ανάγκες και τα συναισθήματα τους.

11. Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος/Αυτοπειθαρχία (Insufficient Self-Control/Self-Discipline)

Μακρά δυσκολία ή άρνηση για αυτοέλεγχο και χαμηλή ανοχή στη ματαίωση επίτευξης προσωπικών στόχων. Επίσης δυσκολία στη συγκράτηση της υπερβολικής έκφρασης συναισθημάτων και παρορμήσεων. Σε μια πιο ήπια μορφή, ο ασθενής εμφανίζει μια υπερβολική έμφαση στην αποφυγή δύσφορων καταστάσεων π.χ. αποφυγή πόνου, συγκρούσεων, αντιπαράθεσης και ευθυνών σε βάρος της προσωπικής ολοκλήρωσης και ακεραιότητας.

#### **Κατηγορία IV: Προσανατολισμός στους άλλους (Other-Directedness)**

Μια υπερβολική επικέντρωση στις επιθυμίες, τα συναισθήματα και στις αντιδράσεις των άλλων, σε βάρος των προσωπικών αναγκών του ατόμου, με στόχο να κερδίσει αγάπη και αποδοχή, να διατηρήσει την αίσθηση του «ανήκειν» και να αποφύγει την αντιπαράθεση. Συνήθως περιλαμβάνει καταπίεση και έλλειψη συνειδητότητας για το θυμό που ενδέχεται να βιώνει και για τις προσωπικές επιθυμίες και κλίσεις. Το τυπικό οικογενειακό περιβάλλον προέλευσης βασίζεται στην αποδοχή του ατόμου υπό προϋποθέσεις: τα παιδιά πρέπει να καταπιέσουν σημαντικές πλευρές του εαυτού τους προκειμένου να κερδίσουν αγάπη, προσοχή και αποδοχή. Σε πολλές οικογένειες τέτοιου τύπου, οι συναισθηματικές ανάγκες και επιθυμίες των γονιών ή η κοινωνική αποδοχή και το κοινωνικό status εκτιμώνται περισσότερο από τις ατομικές ανάγκες και τα συναισθήματα του κάθε παιδιού.

Περιλαμβάνει τα ΠΔΣ:

##### **12. Υποτακτικότητα (Υποχωρητικότητα) (Subjugation)**

Υπερβολική παράδοση του ελέγχου στους άλλους, προκειμένου να αποφευχθεί ο θυμός, τα αντίποινα ή η εγκατάλειψη. Οι δύο κύριες μορφές υποταγής είναι:

- *Υποταγή των αναγκών:* Καταπίεση των προτιμήσεων, των επιλογών, των αποφάσεων και των επιθυμιών του ατόμου.
- *Υποταγή των συναισθημάτων:* Καταπίεση της συναισθηματικής έκφρασης και κυρίως του θυμού.

Συνήθως περιλαμβάνει την πεποίθηση πως οι επιθυμίες, οι απόψεις και τα συναισθήματα του ατόμου δεν αξίζουν ή δεν είναι σημαντικά για τους άλλους. Συχνά παρουσιάζεται ως υπερβολική συμμόρφωση συνδυασμένη με υπερευαίσθησία στην αίσθηση εγκλωβισμού. Γενικά οδηγεί στο σταδιακό χτίσιμο θυμού, που εκδηλώνεται με δυσλειτουργικά συμπτώματα (π.χ παθητικο-επιθετική συμπεριφορά, ανεξέλεγκτα ξεσπάσματα θυμού, ψυχοσωματικά συμπτώματα, χρήση ουσιών.)

##### **13. Αυτοθυσία (Self-Sacrifice)**

Υπερβολική επικέντρωση στην εκούσια κάλυψη των αναγκών των άλλων σε καθημερινές καταστάσεις εις βάρος της προσωπικής ικανοποίησης του ατόμου. Οι πιο συχνοί λόγοι είναι: να αποφύγει το άτομο να πληγώσει τους

άλλους, να αποφύγει την ενοχή που απορρέει από την αίσθηση ότι ενδιαφέρεται μόνο για τις ανάγκες του ή να διατηρήσει τον εξαρτητικό δεσμό με τους άλλους. Συχνά οδηγεί στην αίσθηση ότι οι προσωπικές ανάγκες δεν καλύπτονται επαρκώς και επακόλουθα γεννά επιθετικά συναισθήματα (συνήθως μη εκφραζόμενα) στα πρόσωπα τα οποία το άτομο φροντίζει.

#### 14. Αναζήτηση Επιδοκμασίας/Αναγνώρισης (Approval-Seeking/Recognition-Seeking)

Υπερβολική έμφαση στην απόκτηση αναγνώρισης, αποδοχής ή προσοχής από άλλους ανθρώπους ή στην ενσωμάτωση σε ένα κοινωνικό σύνολο σε βάρος της ανάπτυξης μιας ασφαλούς και αληθινής αίσθησης εαυτού. Η αυτοεκτίμηση του ατόμου εξαρτάται πρωταρχικά από τις αντιδράσεις των άλλων και όχι από την αίσθηση εαυτού. Μερικές φορές περιλαμβάνει μια υπερβολική επικέντρωση στην εμφάνιση, την κοινωνική αποδοχή, τα χρήματα και τα επιτεύγματα ως μέσα απόκτησης θαυμασμού, προσοχής και αποδοχής (όχι πρωταρχικά για δύναμη ή έλεγχο). Συχνά χαρακτηρίζεται από υπερευαίσθησία στην απόρριψη, ενώ καταλήγει στη λήψη βασικών αποφάσεων ζωής που δεν είναι αυθεντικές και δεν ικανοποιούν το άτομο.

#### **Κατηγορία V: Υπερεπαγρύπνιση και Αναστολή (Overvigilance and Inhibition)**

Υπερβολική έμφαση στην καταπίεση των αυθόρμητων συναισθημάτων, παρορμήσεων και επιλογών ή στην κάλυψη απόλυτων, εσωτερικευμένων κανόνων και προσδοκιών για την επίδοση και την ηθική συμπεριφορά (συχνά σε βάρος της έκφρασης, της ευτυχίας, της χαλάρωσης, των στενών διαπροσωπικών σχέσεων ή της υγείας). Το τυπικό οικογενειακό περιβάλλον προέλευσης είναι αυστηρό, απαιτητικό και συχνά τιμωρητικό : η επίδοση, το καθήκον, η τελειοθηρία, οι κανόνες, η απόκρυψη συναισθημάτων και η αποφυγή λαθών κυριαρχούν έναντι της χαράς και της χαλάρωσης. Συνήθως υπάρχει μια λανθάνουσα τάση απαισιοδοξίας και ανησυχίας, ότι τα πράγματα μπορεί να διαλυθούν αν το άτομο δεν βρίσκεται διαρκώς σε επαγρύπνηση.

#### 15. Αρνητικότητα/Απαισιοδοξία (Negativism/Pessimism)

Μια διάχυτη και μακρόχρονη επικέντρωση στις αρνητικές όψεις της ζωής (απογοήτευση, πόνος, θάνατος, απώλεια, σύγκρουση, ενοχή, άλυτα προβλήματα, πιθανά λάθη, προδοσία, καταστάσεις που θα μπορούσαν να εξελιχθούν αρνητικά κτλ) με παράλληλη σμίκρυνση ή παράλειψη των θετικών

ή αισιόδοξων όψεων. Συνήθως περιλαμβάνει μια υπερβολική προσδοκία – σε ένα ευρύ οικονομικό, εργασιακό ή διαπροσωπικό πεδίο – ότι τελικά οι καταστάσεις θα λάβουν άσχημη τροπή ή ότι οι τομείς της ζωής του ατόμου που φαίνεται να πηγαίνουν καλά, θα διαλυθούν. Πολλές φορές αφορά έναν υπέρμετρο φόβο για λάθη τα οποία ενδέχεται να οδηγήσουν σε: οικονομική καταστροφή, απώλεια, εξευτελισμό ή παγίδευση σε μια δυσάρεστη κατάσταση. Καθώς το άτομο υπερβάλλει ως προς τις πιθανές αρνητικές εκβάσεις των συνθηκών, συνήθως χαρακτηρίζεται από χρόνια ανησυχία, επαγρύπνηση, παράπονα ή αναποφασιστικότητα.

Περιλαμβάνει τα ΠΔΣ:

#### 16. Συναισθηματική Αναστολή (Emotional Inhibition)

Η υπερβολική αναστολή αυθόρμητης δράσης, συναισθήματος ή επικοινωνίας, συνήθως λόγω φόβου αποδοκίμασίας των συναισθημάτων ή ντροπής για τις επιθυμίες και παρορμήσεις. Οι συνηθέστεροι τομείς αναστολής περιλαμβάνουν: α. Την αναστολή θυμού και επιθετικότητας, β. Την αναστολή θετικών παρορμήσεων (π.χ. χαρά, τρυφερότητα, παιχνίδι, σεξουαλική επιθυμία), γ. Τη δυσκολία στην έκφραση ευαλωτότητας ή στην ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων, αναγκών δ. Την υπερβολική έμφαση στη λογική αγνοώντας τα συναισθήματα.

#### 17. Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική (Unrelenting Standards/Hypercriticalness)

Η υποβόσκουσα πεποίθηση ότι το άτομο πρέπει να κοπιάζει για να ικανοποιήσει πολύ υψηλά εσωτερικευμένα πρότυπα συμπεριφοράς και επίδοσης, συνήθως για να αποφύγει την κριτική. Τις περισσότερες φορές καταλήγει σε συναισθήματα πίεσης ή δυσκολίας στη χαλάρωση των ρυθμών και σε υπερβολική κριτική απέναντι στον εαυτό και στους άλλους. Περιλαμβάνει σημαντική δυσκολία και αναστολή στη χαρά, τη χαλάρωση, την υγεία, την αυτοεκτίμηση, την αίσθηση επίτευξης πραγμάτων και στην ικανοποίηση από σχέσεις.

Τα ανελαστικά πρότυπα συνήθως παρουσιάζονται ως: α) τελειοθηρία, υπέρμετρη ενασχόληση με λεπτομέρειες ή υποτίμηση της επάρκειας της επίδοσης του ατόμου σε σχέση με τον μέσο όρο β) άκαμπτοι κανόνες σε πολλούς τομείς της ζωής, συμπεριλαμβανομένων υπερβολικά υψηλών ηθικών, πολιτισμικών ή θρησκευτικών κανόνων γ) ενασχόληση με τον χρόνο

και την αποδοτικότητα, ώστε να μπορούν να επιτευχθούν περισσότερα.

#### 18. Τιμωρητικότητα (Punitiveness)

Η πεποίθηση ότι οι άνθρωποι θα έπρεπε να τιμωρούνται σκληρά για τα λάθη τους. Περιλαμβάνει την τάση του ατόμου να θυμώνει, να μην ανέχεται, να είναι τιμωρητικός και ανυπόμονος με τους ανθρώπους (συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού του) που δεν πληρούν τα κριτήρια ή τις προσδοκίες του. Περιλαμβάνει δυσκολία στη συγχώρεση λαθών του ίδιου ή των άλλων, λόγω αδυναμίας κατανόησης δυσμενών συνθηκών ή ανοχής ανθρώπινων ατελειών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Τα 18 ΠΔΣ και οι κατηγορίες στις οποίες ταξινομούνται**

<b>ΑΠΟΣΥΝΔΕΣΗ/ ΑΠΟΡΡΙΨΗ</b>	<b>ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ/ ΑΠΟΔΟΣΗ</b>	<b>ΑΝΕΠΑΡΚΗ ΟΡΙΑ</b>	<b>ΕΤΕΡΟ- ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ</b>	<b>ΥΠΕΡΕΠΑΓΡΥΠΝΙΣΗ/ ΑΝΑΣΤΟΛΗ</b>
Εγκατάλειψη/ Ασάθεια	Εξάρτηση/ Ανικανότητα	Αυτονόητο Δικαίωμα/ Μεγαλείο	Υποτακτικότητα	Αρνητισμός/ Απαισιοδοξία
Καχυποψία/ Κακοποίηση	Ευαλωτότητα σε βλάβη ή ασθένεια	Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος/ Αυτοπειθαρχία	Αυτοθυσία	Συναισθηματική Αναστολή
Συναισθηματική Στέρση	Υπερεμπλοκή Ελλειμματικός Εαυτός		Αναζήτηση Επιδοκίμασίας/ Αναγνώρισης	Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική
Ελαττωματικό- τητα/ Ντροπή	Αποτυχία			Τιμωρητικότητα
Κοινωνική Απομόνωση/ Αποξένωση				

Για τη μέτρηση των ΠΔΣ ο Young ανέπτυξε το Ερωτηματολόγιο Σχημάτων (Young Schema Questionnaire, YSQ) το οποίο υπάρχει σε διάφορες εκδόσεις που ακολουθούν την προσθήκη ή αφαίρεση ΠΔΣ και σε εκτενείς ή σύντομες μορφές (Young, 1998; Young, 2005; Young & Brown, 1994, 2003) οι οποίες περιγράφονται διεξοδικά κατωτέρω (σελ. 90).

### 1.1.2. Οι Στρατηγικές Αντιμετώπισης των ΠΔΣ

Οι Young et al. (2003) ορίζουν ως στρατηγικές αντιμετώπισης των ΠΔΣ τους τρόπους αντίδρασης που αναπτύσσει ένα άτομο κάθε φορά που ενεργοποιούνται τα ΠΔΣ. Πρόκειται για συμπεριφορικές και συναισθηματικές απαντήσεις, οι οποίες δεν αποτελούν μέρος των ΠΔΣ. Τα ΠΔΣ κινητοποιούν αυτές τις στρατηγικές ενόψει εξωτερικών ή εσωτερικών γεγονότων τα οποία υπενθυμίζουν την τραυματική ιστορία του υποκειμένου. Οι στρατηγικές ποικίλουν και μεταβάλλονται, αναλόγως των καταστάσεων ή και των περιόδων ζωής του ατόμου.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αναπτύσσονται ήδη στην παιδική ηλικία του ατόμου ως μηχανισμός επιβίωσης στο τοξικό ή ελλειμματικό περιβάλλον που προκάλεσε τα ΠΔΣ. Υπό την έννοια αυτή αποτέλεσαν έναν λειτουργικό μηχανισμό στην παιδική ηλικία, ο οποίος όμως δυσλειτουργεί καθώς συνεχίζεται στην ενήλικη ζωή του ατόμου. Οι συνθήκες του ενήλικου περιβάλλοντος είναι διαφορετικές από αυτές της παιδικής ηλικίας, και πλέον το ενήλικο άτομο έχει φυσιολογικά, δυνατότητα επιλογών για τη ζωή του. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης, επακόλουθες των ΠΔΣ και κληροδότημα των ελλειμματικών και τραυματικών εμπειριών του παρελθόντος διαιωνίζουν την αλήθεια του σχήματος και δεν επιτρέπουν στο υποκείμενο να δράσει απολαμβάνοντας την ελευθερία επιλογών της ενήλικης ζωής, κρατώντας το δέσμιο του παρελθόντος και υποθάλλοντας τη δυνατότητα ελεύθερης συναισθηματικής επένδυσης στο παρόν.

Οι βασικές στρατηγικές αντιμετώπισης είναι τρεις:

Υπεραναπλήρωση: συνίσταται στην καταπολέμηση του ΠΔΣ με ένα τρόπο σκέψης, συναισθηματικής και συμπεριφορικής αντίδρασης ολοκληρωτικά αντίθετο προς την αλήθεια του σχήματος. Ο μηχανισμός θα μπορούσε να φανεί ως μια καταρχήν υγιής απάντηση, λαμβάνει όμως χαρακτήρα ακραίο και ενίοτε απρόσφορο οδηγώντας τελικά σε δυσλειτουργία. Τυπικές εκδηλώσεις είναι η εμφάνιση κυριαρχικής ή εχθρικής συμπεριφοράς, η εκμετάλλευση των άλλων, η απαιτητικότητα, η υπερβολική αυτάρκεια, η τελειομανία, ο υπερβολικός έλεγχος.

Αποφυγή: συνίσταται στην προσπάθεια του ατόμου να μην έρθει σε επαφή με το ΠΔΣ και το βίωμα που φέρει. Αποφεύγει σκέψεις και εικόνες που



σχετίζονται με αυτό και όταν αναδύονται σχετικά συναισθήματα τα παραμερίζει. Τυπικές εκδηλώσεις είναι η χρήση αλκοόλ και ουσιών, η υπερφαγία, η μη ανάληψη εργασιακών δραστηριοτήτων, η αποφυγή στενών διαπροσωπικών σχέσεων, η κοινωνική απομόνωση.

Παράδοση: συνίσταται στην πλήρη αποδοχή του ΠΔΣ ως αλήθεια. Το άτομο παραδίδεται και επιλέγει αντιδράσεις που είναι σύμφωνες με αυτό. Τυπικές εκδηλώσεις είναι η ανάληψη ρόλου θύματος και η παθητικότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις, η επιλογή επικριτικών και απορριπτικών φίλων ή συντρόφων.

Για τη μέτρηση των στρατηγικών αντιμετώπισης αναπτύχθηκαν δύο αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια: το Ερωτηματολόγιο Αποφυγής των Young και Rygh [Young Rygh Avoidance Inventory, YRAI; (Young & Rygh, 2003)] αποτελούμενο από 40 λήμματα, τα οποία διερευνούν στρατηγικές αποφυγής και το ερωτηματολόγιο Αναπλήρωσης του Young [(Young Compensation Inventory, YCI; (Young, 2003)], αποτελούμενο από 48 λήμματα, τα οποία διερευνούν στρατηγικές υπερανάπληρωσης. Και στα δύο ερωτηματολόγια το κάθε λήμμα βαθμολογείται σε μια κλίμακα Likert από το 1 έως το 6 ως εξής: 1= Δεν ισχύει καθόλου για εμένα, 2= Μάλλον δεν ισχύει για εμένα, 3=ισχύει μάλλον, παρά δεν ισχύει, 4=Ισχύει αρκετά για εμένα, 5=Ισχύει πάρα πολύ για εμένα 6=Με περιγράφει τέλεια.

### **1.1.3. Οι Τρόποι Λειτουργίας (Modes)**

Στην πορεία της κλινικής εργασίας, στα πλαίσια της Θεραπείας Σχημάτων, με ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας οι Young et al. (2003) βρέθηκαν αντιμετώποι με μία σειρά δυσκολιών και εμποδίων που σχετίζονται με χαρακτηριστικά των ασθενών αυτών. Οι δυσκολίες αυτές συνοψίζονται ως ακολούθως (Lobbestael, van Vreeswijk, & Arntz, 2007; Young et al., 2003):

1. Οι ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας παρουσιάζουν μεγάλο αριθμό ΠΔΣ, τα οποία κινητοποιούν άλλοτε άλλες στρατηγικές αντιμετώπισης, με αποτέλεσμα να καθίσταται ιδιαίτερος δύσκολο για τον θεραπευτή να εστιάζει, να διερευνά και να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά κάθε στιγμή τα ΠΔΣ και τις επακόλουθες δυσλειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης.

2. Οι ασθενείς μετακινούνται γρήγορα μεταξύ των ποικίλων συναισθηματικών καταστάσεων και συμπεριφορών στη διάρκεια της συνεδρίας εκδηλώνοντας

θλίψη, φόβο, θυμό, ενοχή, απόσυρση και συναισθηματική αποστασιοποίηση και αυτό καθιστά δύσκολη και συχνά ανεπιτυχή την κατανόηση αυτών των αντιδράσεων ως αποτέλεσμα κινητοποίησης συγκεκριμένων ΠΔΣ και στρατηγικών αντιμετώπισης.

3. Στους ασθενείς αυτούς οι στρατηγικές συναισθηματικής αποφυγής ή υπεραναπλήρωσης είναι ιδιαιτέρως δύσκαμπτες και δύσκολα προσπελάσιμες από τον θεραπευτή.

Προκειμένου να αντιμετωπίσουν αυτά τα εμπόδια οι Young et al. (2003) ανέπτυξαν την έννοια του Τρόπου Λειτουργίας (Mode).

Ως Τρόπο Λειτουργίας ορίζεται το σύνολο των ΠΔΣ, των στρατηγικών αντιμετώπισης και των αντιδράσεων, που είναι ενεργά σε ένα άτομο, μια δεδομένη χρονική στιγμή. Ο ορισμός αυτός διαφοροποιεί την έννοια του Τρόπου Λειτουργίας σε δύο βασικά σημεία από αυτή του ΠΔΣ (Lobbestael et al., 2007):

α. Το ΠΔΣ περιγράφει τη διάσταση ενός αποκλειστικά θέματος που χαρακτηρίζει τον τρόπο που το άτομο βιώνει την ταυτότητά του και τις σχέσεις του με τους άλλους, ενώ ο Τρόπος Λειτουργίας είναι μια ευρύτερη έννοια η οποία εμπεριέχει περισσότερα ΠΔΣ ή/και στρατηγικές αντιμετώπισης.

β. Το ΠΔΣ είναι ένα σταθερό μόνιμο χαρακτηριστικό του ατόμου ενώ ο τρόπος Λειτουργίας είναι μεταβαλλόμενος από στιγμή σε στιγμή, αναλόγως της κατάστασης στην οποία βρίσκεται το άτομο.

Κάτω από την έννοια δηλαδή του Τρόπου Λειτουργίας, συμπυκνώνονται τα ΠΔΣ και οι στρατηγικές αντιμετώπισης επιτρέποντας την καλύτερη κατανόηση και χειρισμό τους στην κλινική πράξη. Οι Τρόποι Λειτουργίας αντανakλούν τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς σε κάθε στιγμή και το άτομο μετακινείται (ενίοτε γρήγορα) μεταξύ των επιμέρους Τρόπων Λειτουργίας (Young et al., 2003, Lobbestael et al., 2007).

Η έννοια του Τρόπου Λειτουργίας αποτελεί μια θεωρητική κατασκευή με μεγάλη πρακτική κλινική σημασία, καθώς επιτρέπει την γρήγορη και καλύτερη κατανόηση του ασθενούς και την πιο ευέλικτη περιγραφή του. Το γεγονός αυτό διευκολύνει τον θεραπευτή να επικοινωνήσει τη διατύπωση περίπτωσης στον θεραπευόμενο του και τον θεραπευόμενο με τη σειρά του να κατανοήσει πιο γρήγορα και εύκολα τους ποικίλους μηχανισμούς και τις αντιδράσεις του, που σχετίζονται με τα προβλήματά του.

Έτσι θεραπευτής και ασθενής μπορούν να παρακολουθήσουν την κατάσταση του τελευταίου σε κάθε δεδομένη χρονική στιγμή, ενώ συγκεκριμένες θεραπευτικές στρατηγικές έχουν αναπτυχθεί για την αντιμετώπιση του κάθε Τρόπου Λειτουργίας. Επακόλουθα η προσπάθεια δύσκαμπτων, ανθεκτικών στρατηγικών, όπως είναι η υπεραναπλήρωση και η συναισθηματική αποφυγή, καθίσταται αποτελεσματικότερη (Lobbestael et al. 2007, Young et al. 2003).

Οι Τρόποι Λειτουργίας μπορεί να γίνουν κατανοητοί ως διαφορετικές πλευρές του εαυτού του κάθε και είναι παρόντες σε κάθε άτομο. Φυσιολογικά το άτομο έχει τη δυνατότητα εποπτείας των επιμέρους συναισθηματικών καταστάσεων που σχετίζονται με τον εκάστοτε Τρόπο Λειτουργίας. Το άτομο μπορεί να βιώνει αυτούς τους Τρόπους Λειτουργίας, κατανοεί όμως ότι όλοι είναι διαφορετικές εκφάνσεις του εαυτού του και δεν χάνει την αίσθηση συνέχειας και ταυτότητάς του ακόμα και αν μέσα στις συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις των Τρόπων Λειτουργίας δυσλειτουργεί. Στις περιπτώσεις όμως ασθενών με χαρακτηριστικά γνωρίσματα ή διαταραχές προσωπικότητας οι Τρόποι Λειτουργίας εμφανίζονται με μεγάλη ισχύ και χαρακτηρίζονται από αδυναμία απαρτίωσης τους και επικοινωνίας μεταξύ τους. Ως αποτέλεσμα το άτομο βιώνει την ταυτότητά του με ένα κατακερματισμένο τρόπο που μπορεί να γεννά ακόμα και αισθήματα ξενισμού όσον αφορά σε συναισθηματικές ή συμπεριφορικές αντιδράσεις του. Το γεγονός αυτό οδήγησε στη περιγραφή και κατανόηση των Τρόπων Λειτουργίας, σε περιπτώσεις σοβαρότερων παθολογιών προσωπικότητας, ως αποσυνδεδετικού τύπου καταστάσεις (Young et al. 2003).

Αρχικά οι Young et al. (2003) περιέγραψαν δέκα Τρόπους Λειτουργίας ως ακολούθως:

## **I. Παιδικόί Τρόποι Λειτουργίας (Child Modes)**

### **1. Το Ευάλωτο Παιδί (Vulnerable Child)**

Νιώθει μόνο, απομονωμένο, λυπημένο, παρεξηγημένο, χωρίς υποστήριξη, ελαττωματικό, στερημένο, ανίκανο, με αμφιβολίες για τον εαυτό του. Είναι ανήμπορο, αβοήθητο, φοβισμένο, χωρίς ελπίδα, αγχωμένο και ανήσυχο, θυματοποιημένο, ανάξιο, μη αγαπητό, χαμένο, χωρίς προορισμό, εύθραυστο, αδύναμο, νικημένο, καταπιεσμένο, αποκομμένο και απαισιόδοξο. Μπορεί να είναι το εγκαταλελειμμένο, το κακοποιημένο, το στερημένο παιδί.

## 2. Το Θυμωμένο Παιδί (Angry Child)

Νιώθει έντονο θυμό, οργή, απογοήτευση, ανυπομονησία, επειδή οι πυρηνικές συναισθηματικές ή φυσικές ανάγκες του ευάλωτου παιδιού δεν καλύπτονται. Αντιδρά θυμωμένα ή οργισμένα, με απρόσφορο τρόπο στο παρόν, όταν οι καταστάσεις αυτού υπενθυμίζουν τις τοξικές καταστάσεις του παρελθόντος, οι οποίες δημιούργησαν τα τραύματα και τα ελλείμματα του ευάλωτου παιδιού.

## 3. Το Παρορμητικό / Απείθαρχο Παιδί (Impulsive / Undisciplined Child)

Δρα βάσει μη πυρηνικών επιθυμιών ή παρορμήσεων με έναν εγωιστικό ή ανεξέλεγκτο τρόπο και συχνά δυσκολεύεται να καθυστερήσει την άμεση και βραχυπρόθεσμη ικανοποίηση των επιθυμιών του. Πολλές φορές νιώθει έντονο θυμό, οργή, απογοήτευση, ανυπομονησία, όταν οι μη πυρηνικές επιθυμίες ή παρορμήσεις του δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν. Μπορεί να εμφανίζεται και σαν «κακομαθημένο». Και εδώ όπως και στο Θυμωμένο Παιδί υπάρχει η απρόσφορη αντίδραση σε καταστάσεις του παρόντος που υπενθυμίζουν τις τοξικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας.

## 4. Το Ευτυχισμένο Παιδί (Happy Child)

Νιώθει αγαπητό, ευχαριστημένο, ικανοποιημένο, προστατευμένο και άξιο. Νιώθει ότι το αποδέχονται, το επιβραβεύουν, είναι αισιόδοξο και αυθόρμητο.

## **II. Δυσπροσαρμοστικοί Αντιρροπιστικοί Τρόποι Λειτουργίας (Maladaptive Coping modes)**

### 5. Ο Παθητικά Υποταγμένος (Compliant Surrender)

Δρα με παθητικό, δουλοπρεπή, υποτακτικό ή υποτιμητικό για τον εαυτό του τρόπο όταν βρίσκεται με άλλους ανθρώπους, από το φόβο της σύγκρουσης ή της απόρριψης. Ανέχεται την κακοποίηση ή/και την κακομεταχείριση. Δεν εκφράζει υγιείς ανάγκες ή επιθυμίες προς τους άλλους. Επιλέγει ανθρώπους ή υιοθετεί συμπεριφορές που ενισχύουν το αυτό-απαξιωτικό μοτίβο.

### 6. Ο Αποστασιοποιημένος Προστάτης (Detached Protector)

Αποκόπτει ανάγκες και συναισθήματα. Αποστασιοποιείται συναισθηματικά από ανθρώπους και απορρίπτει τη βοήθειά τους. Ενδέχεται να υιοθετήσει μια κυνική, απόμακρη ή απαισιόδοξη στάση, προκειμένου να αποφύγει την επένδυση σε ανθρώπους ή ασχολίες.

Νιώθει αποσυρμένος, αποσυνδεδεμένος, σε αποπροσωποποίηση, κενός ή με αίσθημα ανίας. Επιδιώκει να αποσπάσει την προσοχή του, ναιώσει καλά μόνος με τον εαυτό του ή να ασχοληθεί με δραστηριότητες που

θα τον διεγείρουν με έναν υπερβολικό ή καταναγκαστικό τρόπο. Μπορεί να κάνει χρήση αλκοόλ ή ουσιών, να περνάει ώρες στο διαδίκτυο η παρακολουθώντας τηλεόραση, να προβαίνει σε πολύωρο αυνανισμό, να κάνει κρίσεις υπερφαγίας ή να οδηγείται σε συμπεριφορές αυτοτραυματισμού. Οι αυτοτραυματισμοί (συχνό χαρακτηριστικό της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας) αποτελούν μια δραματική προσπάθεια του ατόμου να εκτονώσει την ένταση των επώδυνων συναισθημάτων τα οποία βιώνει και τα οποία λόγω της παρουσίας του Αποστασιοποιημένου Προστάτη δεν μπορεί να συνειδητοποιήσει και να αντιληφθεί την προέλευσή τους. Ο σωματικός πόνος του αυτοτραυματισμού ρηματοποιεί τον ψυχικό πόνο σε σωματική επώδυνη αίσθηση και ανακουφίζει την ένταση του πάσχοντος ατόμου.

#### 7. Ο Υπεραναπληρωτής (Overcompensator)

##### Υπεροπτικός Τρόπος Λειτουργίας (Self-Aggrandizer)

Νιώθει και συμπεριφέρεται με έναν τρόπο υπεροπτικό, επιθετικό, κυριαρχικό, και ανταγωνιστικό προς τους άλλους. Είναι αλαζόνας, απαξιωτικός και υπερελεγκτικός, με διάθεση εκμετάλλευσης των άλλων, αναζητά συνεχώς την προσοχή και την καταξίωση. Είναι ο συνήθης Τρόπος Λειτουργίας της Ναρκισσιστικής Διαταραχής Προσωπικότητας. Αυτά τα συναισθήματα ή οι συμπεριφορές έχουν αναπτυχθεί για να καλύψουν ανεκπλήρωτες πυρηνικές συναισθηματικές ανάγκες και υποκείμενα ελλείμματα.

### **III. Δυσπροσαρμοστικοί Γονεϊκοί Τρόποι Λειτουργίας (Maladaptive Parent Modes)**

#### 8. Ο Τιμωρητικός Γονέας (Punitive Parent)

Νιώθει ότι ο ίδιος ή οι άλλοι αξίζουν να τιμωρηθούν ή να κατηγορηθούν και συχνά συμπεριφέρεται βάσει αυτών των συναισθημάτων. Επακόλουθα γίνεται τιμωρητικός ή και κακοποιητικός απέναντι στον εαυτό του (π.χ αυτοτραυματισμοί) ή στους άλλους. Ο συγκεκριμένος Τρόπος Λειτουργίας αναφέρεται περισσότερο στη *διαδικασία επιβολής* των κανόνων παρά στη φύση τους. Αποτελεί εσωτερίκευση τιμωρητικών γονεϊκών προτύπων, τα οποία με τη δράση τους δημιούργησαν το Ευάλωτο Παιδί.

#### 9. Ο Απαιτητικός / Επικριτικός Γονέας (Demanding / Critical Parent)

Χαρακτηρίζεται από την ανελαστική προσδοκία και την αυστηρή απαίτηση να είναι τέλειος. Πρέπει και να επιτυγχάνει πολύ υψηλούς στόχους, να έχει τα πάντα υπό έλεγχο, να παλεύει για υψηλότερες κατακτήσεις, να είναι ταπεινός,

να θέτει τις ανάγκες των άλλων πάνω από τις δικές του ή να είναι αποτελεσματικός και να αποφεύγει την απώλεια χρόνου. Ασκήι άτεγκτη κριτική και συχνά νιώθει ότι κάνει λάθος, ιδιαίτερα όταν εκφράζει τα συναισθήματά του ή δρα αυθόρμητα. Ο συγκεκριμένος Τρόπος Λειτουργίας αναφέρεται περισσότερο στη φύση των εσωτερικευμένων υψηλών προσδοκιών και απόλυτων κανόνων, παρά στον τρόπο με τον οποίο αυτοί οι κανόνες επιβάλλονται. Όπως και ο τιμωρητικός Γονέας αποτελεί εσωτερίκευση αντίστοιχων γονεϊκών προτύπων.

#### **IV. Τρόπος Λειτουργίας Του Υγιούς Ενήλικα**

##### **10. Ο Υγιής Ενήλικας**

Αυτός ο τρόπος λειτουργίας απαρτιώνει και συνδέει όλους τους προηγούμενους, ως επί μέρους πλευρές του ατόμου. Φροντίζει και επικυρώνει το ευάλωτο παιδί, θέτει όρια στο θυμωμένο και παρορμητικό παιδί, καταπολεμά και σταδιακά αντικαθιστά τους δυσπροσαρμοστικούς αντιρροπιστικούς τρόπους λειτουργίας και εξουδετερώνει ή αμβλύνει τους δυσπροσαρμοστικούς γονεϊκούς τρόπους λειτουργίας. Εκτελεί κατάλληλες ενήλικες συμπεριφορές, όπως η εργασία, η γονεϊκή λειτουργία, η ανάληψη ευθυνών και δεσμεύσεων. Επιδιώκει ευχάριστες ενήλικες δραστηριότητες, όπως είναι τα πνευματικά και πολιτιστικά ενδιαφέροντα, η φροντίδα και διατήρηση της υγείας, το σεξ και η ενασχόληση με τον αθλητισμό. Ο στόχος της θεραπείας είναι η δημιουργία και ενίσχυση του Τρόπου Λειτουργίας του Υγιούς Ενήλικα στον θεραπευόμενο. Τον Υγιή Ενήλικα στη διάρκεια της θεραπείας φέρει ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος τον αναπτύσσει σταδιακά μέσω εσωτερίκευσης του προτύπου του θεραπευτή και κυρίως της θεραπευτικής σχέσης.

Όπως ειπώθηκε ανωτέρω οι Τρόποι Λειτουργίας έχουν μεγάλη πρακτική σημασία στην ψυχοθεραπευτική εργασία. Το πρώτο πεδίο θεωρητικής εφαρμογής της έννοιας των Τρόπων Λειτουργίας αποτέλεσε η Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, στην οποία περιγράφηκαν πέντε βασικοί Τρόποι Λειτουργίας: το Ευάλωτο Παιδί, Το Θυμωμένο/Παρορμητικό Παιδί, ο Αποστασιοποιημένος Προστάτης, ο Τιμωρητικός Γονέας και ο Υγιής Ενήλικας, ο οποίος πρέπει να αναπτυχθεί μέσα από τη θεραπεία (Kelllogg & Young, 2006; Young et al., 2003). Το μοντέλο αυτό χρησιμοποιήθηκε με μεγάλη επιτυχία στην πρώτη σημαντική κλινική μελέτη αποτελεσματικότητας,

εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (βλ. σελ. 51) (Giesen-Bloo, van Dyck, et al., 2006).

Η επέκταση της χρήσης των Τρόπων Λειτουργίας στην κλινική πράξη και η εκτεταμένη ερευνητική και κλινική εφαρμογή τους (Arntz, Klokman, & Sieswerda, 2005; Giesen-Bloo, Dyck, et al., 2006; Lobbestael, Vreeswijk, & Arntz, 2008), οδήγησε σε αναθεώρηση και επέκταση της λίστας των Τρόπων Λειτουργίας (Young et al., 2007) οι οποίοι περιγράφονται κατωτέρω στον Πίνακα 2 :

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Τρόποι Λειτουργίας (Young et al., 2007)**

Παιδικό Τρόποι Λειτουργίας		Δυσπροσαρμοστικοί Αντιρροπιστικοί Τρόποι Λειτουργίας		Δυσπροσαρμοστικοί Γονεϊκοί Τρόποι Λειτουργίας	Υ Γ Ι Η Σ  Ε Ν Η Λ Ι Κ Α Σ
Ευαλωτότητα	Ευάλωτο παιδί	Παράδοση	Πειθήνιος Παραδομένος	Τιμωρητικός Γονέας	
Θυμός	Θυμωμένο Παιδί	Αποφυγή	Αποστασιοποιημένος Προστάτης	Απαιτητικός Γονέας	
	Εξαγριωμένο Παιδί		Αποστασιοποιημένος Διεγερτικός ή Αυτοκαθισχυαστικός Τρόπος Λειτουργίας		
Έλλειψη Πειθαρχίας	Παρορμητικό παιδί	Υπεραναπλήρωση	Υπεροπτικός Τρόπος Λειτουργίας		
	Απείθαρχο Παιδί		Επιθετικός/Εκφοβιστικός Τρόπος Λειτουργίας		
Χαρά	Χαρούμενο Παιδί				

#### **1.1.4. Τεχνικές της Θεραπείας Σχημάτων**

Οι βασικές τεχνικές της Θεραπείας Σχημάτων είναι η I. Η θεραπευτική σχέση, II. Οι τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα και III. Οι γνωσιακές συμπεριφοριστικές τεχνικές. Ακολουθώς περιγράφονται συνοπτικά οι τεχνικές αυτές, με σκοπό την σκιαγράφιση των βασικών χαρακτηριστικών της μεθόδου που χρησιμοποιεί η Θεραπεία Σχημάτων. Η περιγραφή αυτή βέβαια δεν καλύπτει όλες τις παραλλαγές των τεχνικών ούτε λαμβάνει αναλυτικό-διδασκτικό χαρακτήρα, καθώς αυτές οι κατευθύνσεις δεν εμπίπτουν στους στόχους και στο περιεχόμενο της εν λόγω διατριβής.

##### **I. Θεραπευτική σχέση**

Η θεραπευτική σχέση στη θεραπεία σχημάτων καθορίζεται από δύο άξονες: την εντός των ορίων της θεραπείας διορθωτική γονεϊκή στάση (Limited Reparenting), του θεραπευτή και την έκφραση από πλευράς του συναισθαντικής κατανόησης αντιπαράθεσης (empathic confrontation) προς τον θεραπευόμενο.

##### Διορθωτική γονεϊκή στάση

Οι ρίζες της έννοιας της διορθωτικής γονεϊκής στάσης βρίσκονται στην ψυχοδυναμική βιβλιογραφία και πιο συγκεκριμένα στις εργασίες του Alexander για τη διορθωτική συναισθηματική εμπειρία (Alexander, French, & others, 1946). Σημαντικά στοιχεία προέρχονται επίσης από τη Θεωρία του Δεσμού (Edwards & Arntz, 2012), υλικό της οποίας ενσωμάτωσε ο Young (1990) στην ανάπτυξη της Θεραπείας Σχημάτων. Η σημασία του ασφαλούς δεσμού ως υπόβαθρου καλής προσαρμογής, λειτουργικότητας και ευεξίας στη ζωή ενός ατόμου είναι ευρέως τεκμηριωμένη στη βιβλιογραφία της Θεωρίας του Δεσμού (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt, & Target, 1994; Grossmann & Grossmann, 1991).

Η διορθωτική γονεϊκή στάση αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της Θεραπείας Σχημάτων και παράλληλα χαρακτηριστικό μοναδικό της συγκεκριμένης θεραπευτικής προσέγγισης (Lockwood, 2011; Young et al., 2003). Σύμφωνα με τον ορισμό των Young et al. (2003), διορθωτική γονεϊκή στάση είναι η συμπεριφορά του θεραπευτή η οποία χρησιμεύει ως αντίδοτο στις εμπειρίες του θεραπευόμενου από την παιδική του ηλικία. Η διορθωτική γονεϊκή στάση ως θεραπευτική πρακτική προέρχεται από την βασική θεωρία των ΠΔΣ σύμφωνα με την οποία, η δημιουργία τους οφείλεται στη μη κάλυψη



πυρηνικών συναισθηματικών αναγκών. Στα πλαίσια της διορθωτικής γονεϊκής στάσης, ο θεραπευτής παρέχει, εντός των ορίων της θεραπευτικής σχέσης, όλα εκείνα που ο θεραπευόμενος είχε ανάγκη ως παιδί και στερήθηκε. Κάνει για τον θεραπευόμενο, ότι θα έκανε ένας υγιής γονέας για ένα παιδί, προσπαθώντας να δημιουργήσει έναν ασφαλή δεσμό. Ένα ευρύ φάσμα στάσεων από την πλευρά του θεραπευτή εντάσσεται στα πλαίσια αυτά. Οι στάσεις αυτές περιλαμβάνουν σύνδεση με τον ασθενή, παροχή ζεστασιάς, φροντίδας, χαράς και κατάλληλη αυτοαποκάλυψη του θεραπευτή. Ο θεραπευτής υιοθετεί έναν ανθρώπινο ρόλο, μέσα στον οποίο είναι ο εαυτός του, είναι ιδιαίτερα φροντιστικός προς τον ασθενή, αλλά παράλληλα προβαίνει και σε οριοθέτηση του ασθενούς ή αντιπαράθεση με δυσλειτουργικά μοτίβα συμπεριφοράς (όπως περιγράφεται κατωτέρω στη συναισθαντική κατανόηση και αντιπαράθεση). Μέσα από τη στάση αυτή του θεραπευτή ο ασθενής συνδέεται με το πρόσωπό του σε μια εξαρτητική σχέση, όπου μέσω της διορθωτικής γονεϊκής στάσης του θεραπευτή οι παιδικές πλευρές του ασθενούς θα λάβουν φροντίδα και οι συναισθηματικές τους ανάγκες θα καλυφθούν. Η θεραπεία Σχημάτων υποστηρίζει αυτή τη σχέση, η οποία χτίζει έναν ασφαλή δεσμό (όπως ακριβώς ανάμεσα σε ένα παιδί και έναν υγιή γονέα) και μέσω αυτής αναδύεται η αυτονόμηση του ασθενούς (όπως ένα παιδί που μεγαλώνει και φέρει εσωτερικευμένη την ασφαλή σχέση ή τον τρόπο λειτουργίας του υγιούς ενήλικα-γονέα-θεραπευτή) (Lockwood & Perris, 2012).

Η διορθωτική γονεϊκή στάση ως συστατικό της θεραπευτικής σχέσης στη Θεραπεία Σχημάτων, έχει μελετηθεί στα πλαίσια της μεγάλης τυχαιοποιημένης κλινικής μελέτης σύγκρισης της Θεραπείας Σχημάτων με τη Θεραπεία Εστιασμένη στη Μεταβίβαση (Transference Focused psychotherapy, TFP) (Giesen-Bloo, van Dyck, et al., 2006; Spinhoven, Dyck, Giesen-Bloo, Kooiman, & Arntz, 2007), η οποία περιγράφεται αναλυτικά κατωτέρω στις μελέτες αποτελεσματικότητας (σελ. 51).

#### Συναισθαντική κατανόηση και αντιπαράθεση (empathic confrontation)

Σύμφωνα με τους Young et al. (2003): η συναισθαντική κατανόηση από την πλευρά του θεραπευτή περιλαμβάνει την έκφραση ζεστής κατανόησης για την ιστορία του ασθενούς, τις τοξικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και τις ακάλυπτες συναισθηματικές ανάγκες του μικρού παιδιού που οδήγησαν στη

δόμηση των ΠΔΣ, τους τρόπους λειτουργίας και τα τελικά τα σημερινά δυσλειτουργικά μοτίβα συμπεριφοράς. Η αντιπαράθεση που ακολουθεί από πλευράς θεραπευτή εστιάζει στην αναγκαιότητα για αλλαγή στη σημερινή ζωή του θεραπευόμενου και εγκατάλειψη αυτών των δυσλειτουργικών μοτίβων. Η στάση αυτή του θεραπευτή συμπληρώνει και στην ουσία αποτελεί και αυτή συστατικό στοιχείο της διορθωτικής γονεϊκής στάσης της θεραπείας σχημάτων (Lockwood, 2011).

## **II. Τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα**

Οι τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα λαμβάνουν τη μορφή νοερών εικόνων και τεχνικών πολυθρόνας και αποτελούν το δεύτερο βασικό χαρακτηριστικό της Θεραπείας Σχημάτων. Βασικό συστατικό στοιχείο των ΠΔΣ αποτελούν οι μνήμες, οι εικόνες και το συναισθηματικά φορτισμένο υλικό (Young et al., 2003). Η κλινική εργασία η οποία εστιάζει στο συναισθηματικό υλικό τραυματικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας προτείνεται ως σημαντικός τρόπος αλλαγής των ΠΔΣ, ιδιαίτερα σε ασθενείς με χαρακτηριστικά προβλήματα (Weertman & Arntz, 2007; Young et al., 2003). Οι τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα προέρχονται κυρίως από τη θεραπεία εστιασμένη στο συναίσθημα (emotional focused therapy) και τη θεραπεία Gestalt, ενώ η χρήση τους έχει επεκταθεί τα τελευταία χρόνια και στην εφαρμογή της ΓΣΘ (Smucker & Dancu, 1999, 2005; Smucker, Dancu, Foa, & Niederee, 1995).

### Νοερές εικόνες

Στις νοερές εικόνες, ο ασθενής ανακαλεί νοερά, με κλειστά μάτια, υλικό από δυσάρεστες ή τραυματικές εμπειρίες του παρελθόντος. Το υλικό αυτό σχετίζεται με τη δημιουργία των ΠΔΣ και του Τρόπου Λειτουργίας του ευάλωτου παιδιού. Ο θεραπευόμενος έρχεται σε επαφή με το συναισθηματικό και βιωματικό υπόβαθρο αυτών των εμπειριών, βιώνει δηλαδή τα συναισθήματα του ευάλωτου παιδιού και ακολούθως ο θεραπευτής βοηθάει στην επανεγγραφή (imagery rescripting) της εμπειρίας. Έτσι ο θεραπευτής ζητάει από τον ασθενή να τον φέρει μέσα στη νοερή εικόνα και εκεί προσφέρει διορθωτική γονεϊκή υποκατάσταση στο ευάλωτο παιδί, το φροντίζει, το προστατεύει, διακόπτει την τραυματική εμπειρία ή καταπολεμά τον τιμωρητικό γονέα, ο οποίος έχει πλέον εσωτερικευτεί από τον θεραπευόμενο. Σε επόμενη

φάση ο θεραπευόμενος αναλαμβάνει μόνος του ή με τη βοήθεια του θεραπευτή τους ανωτέρω ρόλους (Arntz & van Genderen, 2009; Weertman & Arntz, 2007; Young, 1990; Young et al., 2003). Οι βασικοί στόχοι της εργασίας με νοερές εικόνες και η επανεγγραφή των εμπειριών όπως περιγράφονται από τους Arntz & Weertman (Arntz & Weertman, 1999) και Young et al. (2003) είναι:

I. Η κατανόηση από πλευράς του ασθενούς ότι το "λάθος" δεν ήταν δικό του, αλλά ήταν "λάθος" οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και αυτές προκάλεσαν ελλείμματα και δυσκολίες.

II. Η κινητοποίηση και επεξεργασία των συναισθημάτων που σχετίζονται με το τραυματικό υλικό, διαδικασία η οποία είναι απαραίτητη για να επιτευχθεί η αναδόμηση και αλλαγή.

III. Η γονεϊκή υποκατάσταση και κάλυψη των ακάλυπτων πυρηνικών συναισθηματικών αναγκών της παιδικής ηλικίας, ώστε να επιτευχθεί η επούλωση των τραυμάτων που σχετίζονται με τη δημιουργία των ΠΔΣ και του ευάλωτου παιδιού.

Όσον αφορά στην επεξεργασία του συναισθηματικού υλικού των τραυμάτων, οι νοερές εικόνες κινητοποιούν περισσότερα συναισθήματα σε σχέση με την λεκτική επεξεργασία του ίδιου υλικού (Holmes, Arntz, & Smucker, 2007; Holmes & Mathews, 2005). Έτσι οι νοερές εικόνες έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην επεξεργασία αρνητικών συναισθημάτων σε σχέση με την λεκτική επεξεργασία αυτών και η χρήση τους θα είχε νόημα στην κλινική εργασία ψυχικών διαταραχών. Επίσης μελέτες από το χώρο της θεραπείας εστιασμένης στο συναίσθημα (Greenberg & Malcolm, 2002; Greenberg & Pasual-Leone, 2006). Υποστηρίζουν ότι η συναισθηματική διαδικασία στη διάρκεια της θεραπείας, αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο στην επίτευξη της.

#### Τεχνική των πολυθρόνων

Η τεχνική των πολυθρόνων, προέρχεται κατεξοχήν από τη θεραπεία Gestalt. Στην εφαρμογή της στη Θεραπεία Σχημάτων, σε διαφορετικές πολυθρόνες, τοποθετούνται διαφορετικές πλευρές του ασθενούς (Τρόποι Λειτουργίας) και ο θεραπευτής κάνει διαλόγους με αυτές. Έτσι:

I. Ο θεραπευτής κάνει διάλογο με τον Αποστασιοποιημένο Προστάτη. Εκφράζει συναισθαντική κατανόηση για την ανάγκη δημιουργίας του

προκειμένου να προστατεύσει το παιδί από τις τοξικές περιβαλλοντικές εμπειρίες. Ακολουθώντας αντιπαράτιθεται προς αυτόν, με συνεχή παράλληλη έκφραση κατανόησης, εκφράζοντας την ανάγκη να αποχωρήσει και να δώσει στο Ευάλωτο Παιδί τη δυνατότητα να συνδεθεί και να καλύψει τις συναισθηματικές του ανάγκες.

II. Ο θεραπευτής προσφέρει διορθωτική γονεϊκή υποκατάσταση στο Ευάλωτο Παιδί.

III. Ο θεραπευτής κατατροπώνει τον Τιμωρητικό Γονέα, ο οποίος τοποθετείται σε κενή πολυθρόνα και του δίνει φωνή ο θεραπευόμενος, ο οποίος βρίσκεται δίπλα στο θεραπευτή.

Στη συνέχεια της θεραπείας ο θεραπευόμενος παίρνει το ρόλο του θεραπευτή και μπορεί να μετακινείται μεταξύ των πολυθρόνων παίζοντας αυτός την πλευρά του υγιούς ενήλικα και την πλευρά του εκάστοτε Τρόπου Λειτουργίας.

Όπως και στις νοερές εικόνες ο στόχος και με την τεχνική των πολυθρόνων είναι η κινητοποίηση και επεξεργασία του συναισθήματος που συνδέεται με τα ελλείμματα και τραύματα του ασθενούς, η κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του και η επούλωση των τραυμάτων αυτών (Young et al. 2003).

#### Γνωσιακές Συμπεριφοριστικές Τεχνικές

Βασικός στόχος των γνωσιακών τεχνικών που χρησιμοποιούνται στη Θεραπεία Σχημάτων είναι η αναδόμηση του λογικού περιεχομένου των ΠΔΣ και η κατανόηση από πλευράς ασθενούς, όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω, ότι δεν είναι αυτός "υπαίτιος ή κακός", αλλά οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας του ήταν αρνητικές και επιβλαβείς, και συνετέλεσαν κρίσιμα στη δόμηση των προβλημάτων του. Οι συμπεριφοριστικές τεχνικές, οι οποίες καταλαμβάνουν σημαντική θέση σε όψιμα στάδια της θεραπείας, έχουν ως στόχο την διακοπή των μαθημένων, επαναλαμβανόμενων, δυσλειτουργικών μοτίβων συμπεριφοράς του ασθενούς. Εφόσον έχει προηγηθεί η εργασία με το τραύμα και το συναισθηματικό υλικό αυτού και η διορθωτική γονεϊκή υποκατάσταση, η διακοπή συμπεριφορών, οι οποίες έχουν εμπεδωθεί μέσα στα χρόνια αποτελεί σημαντικό στοιχείο εστιασμού της θεραπείας και θεμελίωσης της αλλαγής (Young et al. 2003).

## 1.2. Ερευνητική Τεκμηρίωση της Θεραπείας Σχημάτων

### 1.2.1. ΠΔΣ και Το Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young (Young Schema Questionnaire, YSQ)

Αρχικά ο Young (1990) υπέθεσε την ύπαρξη 16 ΠΔΣ τα οποία ταξινομούνται σε πέντε κατηγορίες (πίνακας 1), οι οποίες αντιστοιχούν σε ανεκπλήρωτες πυρηνικές συναισθηματικές ανάγκες. Για την εκτίμηση τους ανέπτυξε το ερωτηματολόγιο σχημάτων του Young (Young Schema Questionnaire-YSQ) (Young & Brown, 1994). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο 205 λημμάτων, στο οποίο το κάθε λήμμα βαθμολογείται σε μια κλίμακα Likert από το 1 έως το 6 ως εξής: 1= Δεν ισχύει καθόλου για εμένα, 2= Μάλλον δεν ισχύει για εμένα, 3=ισχύει μάλλον, παρά δεν ισχύει, 4=Ισχύει αρκετά για εμένα, 5=Ισχύει πάρα πολύ για εμένα 6=Με περιγράφει τέλεια.

Η έκταση του ερωτηματολογίου YSQ (205 λήμματα), δημιούργησε κάποιες δυσκολίες στη χρήση του, απαιτώντας αρκετό χρόνο για τη συμπλήρωσή του και επακόλουθα δημιουργώντας προβλήματα στη συμμόρφωση και στην ακρίβεια (Waller, Meyer, & Ohanian, 2001). Για την αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος αναπτύχθηκε μια σύντομη μορφή του YSQ (Young, 1998), η οποία αποτελείται από 75 λήμματα, (τα οποία περιλαμβάνονται στην εκτενή μορφή του YSQ με τα 205 λήμματα) και τα οποία απαρτίζουν τα 15 ΠΔΣ (από τα 16 που είχε αρχικά προτείνει ο Young). Τα 15 αυτά ΠΔΣ, είναι τα σχήματα που επαληθεύτηκαν στις πρώτες εργασίες που μελέτησαν τις ψυχομετρικές ιδιότητες του YSQ (Lee, Taylor, & Dunn, 1999; Schmidt et al., 1995). Στη σύντομη μορφή του YSQ, κάθε ΠΔΣ απαρτίζεται από 5 λήμματα, αυτά με τη μεγαλύτερη βαθμολόγηση, στην παραγοντική ανάλυση των Schmidt et al. (1995) (Waller et al., 2001).

Οι Young et al. (2003) αναθεώρησαν το μοντέλο των 15 ΠΔΣ και πρότειναν την προσθήκη τριών επιπλέον ΠΔΣ (Αναζήτηση Αποδοχής/Επιδοκίμασίας, Αρνητισμός/Απαισιοδοξία, Τιμωρητικότητα). Η αναθεωρημένη αυτή εκδοχή έχει περιγραφεί αναλυτικά ανωτέρω (σελ.5-12) και παρουσιάζεται συνοπτικά στον Πίνακα 1. Η αναθεωρημένη μορφή του YSQ περιλαμβάνει 232 λήμματα στην εκτενή μορφή της (YSQ-Long Form3/YSQ-

L3; (Young & Brown, 2003)] και 90 λήμματα στην σύντομη μορφή της (YSQ-Short Form3/YSQ-S3) (Young, 2005). Στη σύντομη μορφή του YSQ, τα λήμματα για κάθε ΠΔΣ κατανέμονται σε όλη την έκταση του ερωτηματολογίου σε αντίθεση με την ομαδοποιημένη παράθεσή τους στις προηγούμενες μορφές και στην έκδοση YSQ-L3. Η ομαδοποιημένη παράθεση αντιμετώπιζε το πρόβλημα ότι μπορούσε να οδηγήσει σε λιγότερο αξιόπιστα αποτελέσματα (Nunnally & Bernstein, 1994) και σε μεροληψία απαντήσεων ή συγκεκριμένη τάση απαντήσεων (Rijkeboer, 2012; Rijkeboer & van den Bergh, 2006).

Στη συνέχεια ακολουθεί η περιγραφή των σημαντικότερων εργασιών που μελέτησαν τις ψυχομετρικές ιδιότητες του YSQ: την παραγοντική δομή, την αξιοπιστία, και την εγκυρότητά του.

### **Παραγοντική δομή του YSQ**

Η πρώτη μελέτη της παραγοντικής δομής του YSQ έγινε από τους Schmidt, Joiner & Young (1995). Σε αυτή την εργασία το ερωτηματολόγιο YSQ χορηγήθηκε σε δύο δείγματα 575 και 554 φοιτητών ψυχολογίας. Η Ανάλυση Κυρίων Συνιστωσών (Principal Component Analysis, PCA) στο πρώτο δείγμα ανέδειξε 17 παράγοντες (ΠΔΣ), οι οποίοι περιελάμβαναν 15 από τα 16 ΠΔΣ που αρχικά είχε υποθέσει ο Young. Επιπλέον αναδείχθηκαν δύο παράγοντες, ο Φόβος Απώλειας Ελέγχου και η Οικονομική Ανησυχία. Στην ανάλυση των δεδομένων του δεύτερου δείγματος, προκειμένου να διασταυρωθεί η εγκυρότητα της παραγοντικής δομής, διατηρήθηκε ο ίδιος αριθμός παραγόντων που είχαν απομονωθεί στο πρώτο δείγμα. Στην ανάλυση αυτή επαναλήφθηκε η ανάδειξη των 13 από τους 17 παράγοντες του πρώτου δείγματος, οι οποίοι περιελάμβαναν 12 από τα 16 ΠΔΣ της αρχικής υπόθεσης του Young. Επιπλέον αυτών αναδείχθηκε ο παράγοντας Φόβος Απώλειας ελέγχου, όπως και στο πρώτο δείγμα. Το ΠΔΣ Κοινωνική Ανεπιθυμητότητα δεν αναδείχθηκε σε κανένα από τα δύο δείγματα. Στο δεύτερο δείγμα δεν αναδείχθηκαν επίσης τα ΠΔΣ Κοινωνική Απομόνωση, Υποτακτικότητα και Δικαιωματικότητα. Ακολούθως στην Ανάλυση Κυρίων Συνιστωσών για τη διερεύνηση της παραγοντικής δομής ανώτερης τάξης (κατηγοριών ΠΔΣ), οι ερευνητές περιέλαβαν τους 13 κοινούς παράγοντες των δύο δειγμάτων. Η ανάλυση ανέδειξε τρεις από τις πέντε ανώτερες κατηγορίες της αρχικής

υπόθεσης: Αποσύνδεση, Υπερβολική Σύνδεση, Υπερβάλλοντα Όρια (Πίνακας 3).

Στην ίδια εργασία το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε δείγμα 187 εξωτερικών ασθενών ( 61% με διάγνωση στον Άξονα I και 55% στον Άξονα II κατά DSM IV). Η Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση ανέδειξε 15 από τα 16 ΠΔΣ της αρχικής υπόθεσης (πίνακας 3). Το ΠΔΣ που δεν αναδείχθηκε στο δείγμα των ασθενών ήταν αυτό της Κοινωνικής Ανεπιθυμητότητας, το οποίο δεν είχε αναδειχθεί και στο δείγμα των φοιτητών. Η παρουσία τριών επιπλέον ΠΔΣ στο δείγμα των ασθενών, αλλά και στο πρώτο δείγμα φοιτητών, σε σχέση με το δεύτερο δείγμα φοιτητών αποδόθηκε στο γεγονός ότι κάποια ΠΔΣ πιθανώς αποτελούν ακραίες μορφές, που η εμφάνιση τους είναι λιγότερο συχνή σε μη κλινικούς πληθυσμούς.

Η ανωτέρω μελέτη επαναλήφθηκε από τους Lee, Taylor & Dunn (1999) σε δείγμα 433 ασθενών (40% με διάγνωση αποκλειστικά στον άξονα I και 60% με διάγνωση στον άξονα II κατά DSMIV και κριτήριο αποκλεισμού την ύπαρξη ψυχωσικής συνδρομής) και ανέδειξε τα ίδια 15 ΠΔΣ (πίνακας 3). Το ΠΔΣ Κοινωνική Ανεπιθυμητότητα δεν αναδείχθηκε, όπως και στη μελέτη των Schmidt et al. (1995) και κατόπιν τούτου παραλήφθηκε από το ερωτηματολόγιο. Στη διερεύνηση παραγοντικής δομής ανώτερης τάξης αναδείχθηκαν τέσσερις ανώτερες κατηγορίες: Αποσύνδεση, Ανεπαρκής Αυτονομία, Ανεπαρκή Όρια, Υπερβολικός Έλεγχος [ίδια κατηγορία με τα Υπερβάλλοντα Όρια των Schmidt et al. (1995)] (Πίνακας 3).

Η παραγοντική δομή του YSQ-S μελετήθηκε από τους Welburn et al. (Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract, & Jordan, 2002) σε δείγμα 203 ασθενών με κύριες διαγνώσεις κατάθλιψης, αγχώδους διαταραχής και διαταραχής προσωπικότητας (98% μία τουλάχιστον διάγνωση στον άξονα I και 36% μια τουλάχιστον διάγνωση στον άξονα II κατά DSMIV και κριτήριο αποκλεισμού την ύπαρξη ψυχωσικής συνδρομής). Η ανάλυση ανέδειξε τα 15 ΠΔΣ που είχαν προταθεί από τον Young (1990) και είχαν επίσης αναδειχθεί στις μελέτες των Schmidt et al (1995) και Lee et al. (1999).

Ο περιορισμός των μελετών που αναφέρθηκαν μέχρι τώρα, ήταν η χρήση Διερευνητικής Παραγοντικής Ανάλυσης. Η συγκεκριμένη στατιστική μέθοδος προτείνει πιθανές δομές και διαμορφώνει μια θεωρία, αλλά προκειμένου να ελεγχθεί η θεωρία είναι απαραίτητη η πραγματοποίηση

Επιβεβαιωτικής Παραγοντικής ανάλυσης (Confirmatory Factor Analysis, CFA) (Bryant & Yarnold, 1995). Έτσι για τον έλεγχο των παραγοντικών δομών που προτάθηκαν από τον από τον Young (1990) ή τους Lee et al. (1999), ήταν απαραίτητη η πραγματοποίηση μελετών με Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση (Hoffart et al., 2005; Rijkeboer & van den Bergh, 2006; Schmidt et al., 1995).

Ο Hoffart et al. (2005) πραγματοποίησαν Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση των δεδομένων των 75 λημμάτων που αποτελούν το YSQ-S, σε ένα μεγάλο δείγμα 888 ασθενών με διαγνώσεις κατάθλιψης, αγχώδους διαταραχής, διαταραχής προσωπικότητας (η παρουσία ψυχωσικής συνδρομής αποτελούσε κριτήριο αποκλεισμού). Στη μελέτη αυτή ελέγχθηκε η παραγοντική δομή πρώτης τάξης με τα 15 ΠΔΣ όπως αυτά είχαν αναδειχθεί στις προηγούμενες μελέτες (Schmidt et al. 1995, Lee et al. 1999, Welburn et al. 2001) και οι παραγοντικές δομές ανώτερης τάξης (κατηγορίες) που είχαν προταθεί από τους Young (1990) και τον Lee et al. (1999). Τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαίωσαν τα 15 ΠΔΣ, ενώ στην αναζήτηση παραγόντων ανώτερης τάξης το μοντέλο των τεσσάρων κατηγοριών του Lee et al. (1999) ήταν καλύτερα συμβατό με τα δεδομένα.



Στον Πίνακα 3 συνοψίζονται τα αποτελέσματα των ανωτέρω εργασιών.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Σύνοψη ευρημάτων των βασικών μελετών στα ΠΔΣ και τις κατηγορίες τους

Young (1990)	Schmidt et al. (1995)	Lee et al. 1999	Hoffart 2005
<b>Αποσύνδεση</b>	<b>Αποσύνδεση</b>	<b>Αποσύνδεση</b>	<b>Αποσύνδεση</b>
Συναισθηματική Στέρηση	Συναισθηματική Στέρηση	Συναισθηματική Στέρηση	Συναισθηματική Στέρηση
Εγκατάλειψη	Εγκατάλειψη	Εγκατάλειψη <sup>4</sup>	-
Κακοποίηση/Δυσπιστία	Κακοποίηση/Δυσπιστία	Κακοποίηση/Δυσπιστία	Κακοποίηση/Δυσπιστία
Κοινωνική Απομόνωση	<sup>-1</sup>	Κοινωνική Απομόνωση	Κοινωνική Απομόνωση
	Μειονεξία	Μειονεξία	Μειονεξία
	Συναισθηματική Αναστολή	Συναισθηματική Αναστολή	Συναισθηματική Αναστολή
	Φόβος Απώλειας Ελέγχου	-	-
	Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος <sup>3</sup>		
<b>Ανεπαρκής Αυτονομία</b>	<b>Υπερβολική Σύνδεση</b>	<b>Ανεπαρκής Αυτονομία</b>	<b>Ανεπαρκής Αυτονομία</b>
Εξάρτηση/Ανεπάρκεια	Εξάρτηση/Ανεπάρκεια	Εξάρτηση/Ανεπάρκεια	Εξάρτηση/Ανεπάρκεια
Ευαλωτότητα σε Βλάβη/Ασθένεια	Ευαλωτότητα σε Βλάβη/Ασθένεια	Ευαλωτότητα σε Βλάβη/Ασθένεια	Ευαλωτότητα σε Βλάβη/Ασθένεια
Υπερεμπλοκή	Υπερεμπλοκή	-	Υπερεμπλοκή
Υποτακτικότητα	<sup>-1</sup>	Υποτακτικότητα	Υποτακτικότητα
	Αποτυχία	Αποτυχία	Αποτυχία
	Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος <sup>3</sup>	Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος <sup>3</sup>	Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος <sup>3</sup>
		Εγκατάλειψη <sup>4</sup>	Εγκατάλειψη
<b>Περιορισμένη Έκφραση</b>	<b>Υπερβάλλοντα Όρια</b>	<b>Υπερβολικός Έλεγχος</b>	<b>Υπερβάλλοντα Όρια</b>
Αυτοθυσία	Αυτοθυσία	Αυτοθυσία	Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική
Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική	Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική	Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική	
Συναισθηματική Αναστολή	Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος <sup>3</sup>		
<b>Ανεπιθυμητότητα</b>			
Μειονεξία			
Κοινωνική Ανεπιθυμητότητα	<sup>-2</sup>	<sup>-2</sup>	
Αποτυχία			
<b>Ανεπαρκή Όρια</b>		<b>Ανεπαρκή Όρια</b>	<b>Ανεπαρκή Όρια</b>
Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος		Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος <sup>3</sup>	Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος <sup>3</sup>
Δικαιωματικότητα	<sup>-1</sup>	Δικαιωματικότητα	Δικαιωματικότητα

<sup>1</sup> Στη μελέτη των Schmidt et al. (1995) τα ΠΔΣ Κοινωνική Απομόνωση, Υποτακτικότητα και Δικαιωματικότητα, δεν συμπεριλήφθηκαν στη Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση ανώτερης τάξης και στον πίνακα, επειδή δεν αναδείχθηκαν στο ένα από τα δύο δείγματα φοιτητών. <sup>2</sup> Στις μελέτες των Schmidt et al. (1995) και Lee et al. (1999) το ΠΔΣ Κοινωνική Ανεπιθυμητότητα δεν αναδείχθηκε και παραλήφθηκε από το YSQ στις επόμενες μελέτες. <sup>3</sup> Το ΠΔΣ Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος στη μελέτη των Schmidt et al. (1995) "φορτώνει και στις τρεις κατηγορίες ανώτερης τάξης, ενώ στις μελέτες των Lee et al. (1999) και Hoffart et al. (2005) φορτώνει στις κατηγορίες Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος αλλά και Ανεπαρκής Αυτονομία δηλώνοντας πιθανώς όχι μόνο ελαττωμένη πειθαρχία, αλλά και χαμηλό ενεργό αυτοέλεγχος και αυτονομία.

Οι μέχρι τώρα μελέτες έλεγχαν την παρουσία ΠΔΣ σε μη κλινικούς πληθυσμούς ή σε κλινικούς πληθυσμούς χωριστά. Με τον τρόπο αυτό δεν ήταν σαφής η εξαγωγή συμπερασμάτων όσον αφορά στην παρουσία των ΠΔΣ με τη μορφή συνεχούς στους δύο πληθυσμούς. Οι Rijkeboer & Van den Bergh (2006) χρησιμοποίησαν Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση Πολλαπλών Ομάδων για να μελετήσουν την παραγοντική δομή της εκτενούς μορφής (205 λήμματα) του YSQ σε ένα δείγμα 162 φοιτητών και 172 ασθενών ταυτόχρονα. Στη μελέτη αυτή έλεγξαν την παρουσία των 16 ΠΔΣ όπως αυτά αρχικά προτάθηκαν από τον Young (1990). Σύμφωνα με τους Rijkeboer & Van den Bergh (2006) η απόφαση αποκλεισμού του ΠΔΣ Κοινωνική Ανεπιθυμητότητα, με βάση τα αποτελέσματα των μελετών των Schmidt et al. και Lee et al. ήταν πρώιμη, δεδομένου ότι βασίστηκε αποκλειστικά σε Διερευνητικές Παραγοντικές Αναλύσεις, ενώ οι ακόλουθες μελέτες που χρησιμοποίησαν Επιβεβαιωτικές Παραγοντικές Αναλύσεις, δεν συμπεριέλαβαν στον έλεγχό τους το ΠΔΣ αυτό. Ένα ισχυρό σημείο της μελέτης τους ήταν η χρήση της εκτενούς μορφής του YSQ με τυχαιοποιημένη σειρά των λημμάτων. Στις μέχρι τότε εργασίες που αφορούσαν το YSQ και YSQ-S η σειρά των λημμάτων και στις δύο μορφές ήταν ομαδοποιημένη κατά ΠΔΣ. Το γεγονός αυτό, όπως σχολιάστηκε ήδη (βλ. σελ. 28) ήταν δυνατόν να οδηγήσει σε λιγότερο αξιόπιστα αποτελέσματα (Nunnally & Bernstein, 1994) και μεροληψία απαντήσεων ή συγκεκριμένη τάση απαντήσεων (Rijkeboer & Van den Bergh 2006, Rijkeboer, 2012). Η μελέτη ανέδειξε την παρουσία 16 ΠΔΣ της Κοινωνικής Ανεπιθυμητότητας συμπεριλαμβανομένης καθώς επίσης και παρόμοια παραγοντική δομή μεταξύ των δύο πληθυσμών (κλινικού και μη κλινικού). Στη μελέτη των Rijkeboer & Van den Bergh 2006, δεν επιβεβαιώθηκαν παράγοντες ανώτερης τάξης (προσωπική επικοινωνία με τη συγγραφέα Rijkeboer, 2010, αναφορά στο Lockwood & Perris, 2012).

Οι πιθανές διαφορές της παραγοντικής δομής του YSQ διαπολιτισμικά, μελετήθηκαν από τους Baranoff et al. (Baranoff, Oei, Kwon, & Cho, 2006). Το YSQ-S χορηγήθηκε σε 833 φοιτητές από τη Νότια Κορέα και σε 271 φοιτητές από την Αυστραλία. Αρχικά πραγματοποιήθηκε Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση σε ένα δείγμα 415 φοιτητών από τη Νότια Κορέα. Η ανάλυση ανέδειξε 13 από τα 15 ΠΔΣ, προτείνοντας την αφαίρεση των σχημάτων Εξάρτηση/Ανεπάρκεια και Υποτακτικότητα. Το προτεινόμενο μοντέλο των 13

ΠΔΣ προσέφερε καλύτερη προσαρμογή στην Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση σε δεύτερο δείγμα 418 φοιτητών από τη Νότια Κορέα και στο δείγμα των 271 φοιτητών από την Αυστραλία. Οι Baranoff et al. (2006) αποδίδουν την μη ανάδειξη των ΠΔΣ της Εξάρτησης/Ανεπάρκειας και Υποτακτικότητας σε πιθανές πολιτισμικές διαφορές ανάμεσα στις δυτικές ατομοκεντρικές κοινωνίες και στην κοινωνική οργάνωση της Νότιας Κορέας, η οποία χαρακτηρίζεται από συλλογικότερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά και ιεραρχική δομή κοινωνικών σχέσεων. Μια εναλλακτική εξήγηση μπορεί να είναι η παρουσία λιγότερων ΠΔΣ σε δείγμα φοιτητών σε σχέση με κλινικά δείγματα. Πάντως η συμβατότητα του ίδιου μοντέλου των 13 ΠΔΣ και στους δύο πληθυσμούς υποστηρίζει την εγκυρότητα της δομής και τη χρήση του YSQ-S και σε μη δυτικούς πληθυσμούς.

Η έρευνα των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του YSQ-S3 βρίσκεται ακόμα στα αρχικά της στάδια. Η παραγοντική δομή του μελετήθηκε στις μεταφορές του ερωτηματολογίου στη Φιλανδική (Saariaho, Saariaho, Karila, & Joukamaa, 2009, 2012), Τουρκική (Soygut, Karaosmanoglu, & Cakir, 2009), Γαλλο-Καναδική (Hawke (Hawke & Provencher, 2012) και Γερμανική (Kriston, Schafer, von Wolff, Harter, & Holzel, 2012) έκδοση.

Στη Φιλανδική μελέτη (Saariaho et al., 2009, 2012) το YSQ-S3 δεν είχε ακόμα εκδοθεί. Για το λόγο αυτό χορηγήθηκε μια εκτεταμένη μορφή του YSQ-S2 με 15 επιπλέον λήμματα (προερχόμενα από το YSQ-L3) ώστε να περιλαμβάνει τα τρία ΠΔΣ της νεότερης έκδοσης. Στην τελική μορφή του YSQ-S3 περιλαμβάνονται 7 από τα 15 λήμματα της Φιλανδικής μελέτης. Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε 271 ασθενείς με διάγνωση Χρόνιου Πόνου, η οποία στη βιβλιογραφία συνδέεται με την ύπαρξη τοξικών εμπειριών παιδικής ηλικίας, και σε 331 άτομα ομάδας ελέγχου. Η Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση υποστήριξε την παρουσία των 18 ΠΔΣ (Young et al. 2003) στους δύο πληθυσμούς (Saariaho et al. 2009). Για την αναζήτηση παραγόντων ανώτερης τάξης, πραγματοποιήθηκε Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση η οποία ανέδειξε δύο παράγοντες ανώτερης τάξης στο δείγμα των ασθενών και τρεις παράγοντες ανώτερης τάξης στο δείγμα ελέγχου (Saariaho et al. 2012). Οι δύο παράγοντες ανώτερης τάξης στο δείγμα ασθενών έχουν ως εξής: Ο 1ος περιλαμβάνει τα ΠΔΣ των κατηγοριών Αποσύνδεσης και Ανεπαρκούς Αυτονομίας και επιπλέον τα ΠΔΣ Υποτακτικότητα, Συναισθηματική Αναστολή

και Ανεπαρκή Αυτοέλεγχο. Ο 2ος περιλαμβάνει τα ΠΔΣ Αυτοθυσία, Αναζήτηση Αποδοχής, Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική, Τιμωρητικότητα, Αρνητισμός/Απαισιοδοξία, Δικαιωματικότητα.

Οι τρεις παράγοντες ανώτερης τάξης στο δείγμα ελέγχου έχουν ως εξής: Ο 1ος περιλαμβάνει τα ΠΔΣ της κατηγορίας Ανεπαρκής Αυτονομία και επιπλέον τα ΠΔΣ Μειονεξία, Αρνητισμός/Απαισιοδοξία, Υποτακτικότητα και Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος. Ο 2ος περιλαμβάνει τα ΠΔΣ Τιμωρητικότητα, Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική, αυτοθυσία, Αναζήτηση Αποδοχής και Δικαιωματικότητα. Ο 3ος περιλαμβάνει τα ΠΔΣ Συναισθηματική Αναστολή, Συναισθηματική Στέρηση, Κακοποίηση/Δυσπιστία και Συναισθηματική Αναστολή. Το ΠΔΣ Εγκατάλειψη μοιραζόταν μεταξύ του 1ου και του 3ου παράγοντα και αφαιρέθηκε από την ανάλυση (Saariaho et al. 2012).

Στην Τουρκική μελέτη (Soygut et al. 2009) το YSQ-S3 χορηγήθηκε σε 1071 φοιτητές. Η Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση ανέδειξε 14 παράγοντες πρώτης τάξης. Το ΠΔΣ Αυτοθυσία δεν προέκυψε, ενώ άλλα ΠΔΣ συνενώθηκαν σε επιμέρους παράγοντες. Στην αναζήτηση παραγόντων ανώτερης τάξης χρησιμοποιήθηκαν αυτοί οι 14 παράγοντες πρώτης τάξης και προέκυψαν πέντε ανώτερες κατηγορίες η σύσταση των οποίων ήταν αρκετά διαφορετική από την προτεινόμενη από τους Young et al. (2003).

Στην Καναδική μελέτη (Hawke & Provencher, 2012) το YSQ-S3 χορηγήθηκε σε μη κλινικό δείγμα 973 ατόμων και σε δείγμα 96 ασθενών με διαγνώσεις άξονα I κατά DSMIV (αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές διάθεσης, ενώ οι διαγνώσεις στον άξονα II δεν εξετάστηκαν). Η Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση υποστήριξε την παρουσία των 18 ΠΔΣ που προτείνουν οι Young et al. (2003). Τα αποτελέσματα δεν υποστήριξαν την παρουσία παραγόντων ανώτερης τάξης.

Στη Γερμανική μελέτη (Kriston et al. 2012) το YSQ-S3 χορηγήθηκε διαδικτυακά σε μη κλινικό δείγμα 1132 ατόμων. Μελετήθηκε το μοντέλο των 18 ΠΔΣ (Young et al. 2003) καθώς και όλα τα μέχρι τώρα προτεινόμενα μοντέλα παραγόντων ανώτερης τάξης: το μοντέλο των 5 κατηγοριών (Young et al. 2003), των 4 κατηγοριών (Lee et al. 1999; Hoffart et al. 2005), των 2 και 3 κατηγοριών (Saariaho et al. 2012), των 5 κατηγοριών των Soygut et al. (2009) καθώς και ένα μοντέλο διπαραγοντικής δομής (bifactor model), στο οποίο όλα τα λήμματα του YSQ αναδεικνύουν και μοιράζονται στους 18

παράγοντες πρώτης τάξης αλλά επίσης όλα τα λήμματα αναδεικνύουν και ένα χωριστό παράγοντα. Το μοντέλο διπαραγοντικής σύστασης έδωσε την καλύτερη προσαρμογή για τα δεδομένα στην ανωτέρω μελέτη.

Συνοψίζοντας τις μελέτες που αφορούν στην παραγοντική δομή του YSQ μέχρι σήμερα, τα δεδομένα υποστηρίζουν την ύπαρξη των 15 παραγόντων πρώτης τάξης (ΠΔΣ) που αρχικά είχε ο προτείνει ο Young (1990) καθώς και την αναθεώρηση των 18 ΠΔΣ που προτάθηκε από τους Young et al. το 2003. Όσον αφορά στην παρουσία παραγόντων ανώτερης τάξης τα αποτελέσματα των μελετών παρουσιάζουν ασυμφωνία όσον αφορά στον αριθμό, στη σύσταση ή και στην ύπαρξη αυτών.

### **Αξιοπιστία του YSQ**

Ο συντελεστής  $\alpha$  του Cronbach αποτελεί δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής ενός ερωτηματολογίου. Τιμές του  $\alpha$  μεγαλύτερες του 0,7 θεωρούνται αποδεκτές και υποδηλώνουν εσωτερική συνέπεια ενός ερωτηματολογίου (Nunnally & Bernstein, 1994). Οι Schmidt et al. (1995) βρήκαν υψηλή εσωτερική συνοχή για το YSQ-L με συντελεστή  $\alpha$  κυμαινόμενο από 0.83 (Εγκατάλειψη) μέχρι 0.96 (Μειονεξία) και για το σύνολό του 0.90. Οι Rigkeboer & Van den Bergh (2006) στη μελέτη τους σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα, βρήκαν επίσης υψηλούς συντελεστές  $\alpha$  και στα δύο δείγματα, κυμαινόμενους από 0.73 έως 0.95. Οι  $\alpha$  ήταν υψηλότεροι στο κλινικό δείγμα, για το οποίο άλλωστε σχεδιάστηκε αρχικά το ερωτηματολόγιο. Ο Waller et al. (2001) δεν βρήκε διακριτές διαφορές για τους συντελεστές  $\alpha$ , μεταξύ των ερωτηματολογίων YSQ-L και YSQ-S. Συγκεκριμένα ο συντελεστής  $\alpha$  για όλους τους παράγοντες σε δείγμα 60 γυναικών με Βουλιμία ήταν 0.986 για το YSQ-L και 0.964 για το YSQ-S. Στην ίδια μελέτη σε μη κλινικό δείγμα 60 γυναικών ο  $\alpha$  ήταν 0.974 για το YSQ-L και 0.922 για το YSQ-S. Ο  $\alpha$  ήταν μεγαλύτερος του 0.8 για όλους τους παράγοντες και στα δύο δείγματα και στις δύο εκδοχές του ερωτηματολογίου. Οι συντελεστές  $\alpha$  ήταν επίσης υψηλοί για το YSQ-S στο δείγμα των Νοτιοκορεατών (0.94) και των Αυστραλών (0.96) στη μελέτη των Baranoff et al. (2006).

Η εσωτερική συνοχή του YSQ-S3 ήταν επίσης υψηλή στη Γαλλο-Καναδική μελέτη με  $\alpha=0.96$  (Hawke & Provencher, 2012), στη Φιλανδική μελέτη με  $\alpha$  να κυμαινόμενο μεταξύ 0.79 και 0.94 στο δείγμα ασθενών με χρόνια πόνου και μεταξύ 0.81 και 0.94 στο μη κλινικό δείγμα (Saariaho, 2009).

Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων αποτελεί έναν ακόμη σημαντικό δείκτη αξιοπιστίας του YSQ, καθώς τα ΠΔΣ από τον ορισμό τους (Young et al. 2003) είναι σταθερές δομές, ανθιστάμενες στην αλλαγή.

Οι Schmidt et al. (1995) στη μελέτη τους εξέτασαν την αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων σε ένα δείγμα 85 φοιτητών στους οποίους το YSQ επαναχορηγήθηκε έπειτα από 3 εβδομάδες. Ο συντελεστής αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων ήταν επαρκής για όλους τους παράγοντες (ΠΔΣ) του ερωτηματολογίου, κυμαινόμενος από  $r=0.50$  έως  $r=0.82$  (μέσος συντελεστής  $r=0,76$ ).

Οι Rijkeboer et al. (Rijkeboer, van den Bergh, & van den Bout, 2005) επαναχορήγησαν επίσης το YSQ σε μη κλινικό δείγμα 82 φοιτητών 6 εβδομάδες μετά την αρχική χορήγηση. Η ανάλυση της σχετικής σταθερότητας και των μέσων τιμών (απόλυτης σταθερότητας) έδειξε ικανοποιητική συντελεστές αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων.

### **Συγκλίνουσα και Προβλεπτική Εγκυρότητα του YSQ**

Πολλές είναι οι εργασίες που μελέτησαν τη συγκλίνουσα και την προβλεπτική εγκυρότητα του YSQ σε σχέση με συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης σε μη κλινικούς και μικτούς κλινικούς πληθυσμούς. Πιο συγκεκριμένα:

Οι Schmidt et al. (1995) χορήγησαν το YSQ-L, το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck [Beck Depression Inventory, BDI, (Beck et al. 1979)], το Dysfunctional Attitudes Scale [DAS; (Weissman, 1979)], Personality Diagnostic Questionnaire-Revised [PDQ-R; (Hyer & Rieder, 1987)], Positive Affectivity/Negative Affectivity Scale [PANAS-PA/NA; (Watson & Clark, 1990; Watson, Clark, & A., 1988)], το Symptoms Checklist-90-Revised [SCL-90-R; (Derogatis, 1983)] και το Rosenberg Self-Esteem Questionnaire [SEQ, (Rosenberg, 1965)] σε δείγμα 187 φοιτητών. Οι συντελεστές συσχέτισης (Pearson's  $r$ ) ήταν στατιστικά σημαντικοί μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας του YSQ και της υποκλίμακας Global Severity Index (GSI) του SCL-90-R ( $r=0.67$ ,  $p<0.0001$ ), της PANAS-NA ( $r=0.40$ ,  $p<0.0001$ ), του BDI ( $r=0.59$ ,  $p<0.0001$ ), της υποκλίμακας κατάθλιψης του SCL-90-R ( $r=0.63$ ,  $p<0.0001$ ), της υποκλίμακας άγχους του SCL-90-R ( $r=0.47$ ,  $p<0.0001$ ), και του DAS ( $r=0.60$ ,  $p<0.0001$ ). Στατιστικά σημαντική ήταν επίσης η αρνητική συσχέτιση με την αυτοεκτίμηση, όπως μετράται με το SEQ ( $r=-0,26$ ,  $p=0.002$ ) και σχεδόν σημαντική η αρνητική συσχέτιση με την PANAS-PA ( $r=-0.26$ ,  $p=0.02$ ).

Επίσης πραγματοποιήθηκε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης, με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης (stepwise regression analyses), στην οποία τρία ΠΔΣ και το DAS εξηγούσαν το 55% της μεταβλητότητας του GSI. Συγκεκριμένα το ΠΔΣ Ευαλωτότητα σε Βλάβη το 38%, η Εξάρτηση το 10%, ο Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος το 6%, ενώ 1% προσέθεσε το DAS (για όλα  $p < 0.01$ ). Δυο ΠΔΣ εξηγούσαν το 33% της διακύμανσης του BDI (Εξάρτηση 27% και μειονεξία 6%) και τρία ΠΔΣ εξηγούσαν το 34% της μεταβλητότητας της υποκλίμακας του άγχους του SCL-90-R (Ευαλωτότητα το 28%, Ανεπάρκεια/Κατωτερότητα το 3% και Συναισθηματική αναστολή το 3%)

Οι Harris & Curtin (2002) χορήγησαν το YSQ-L και το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck-II (Beck, Steer, & Brown, 1996) σε δείγμα 211 φοιτητών. Στη ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης, τέσσερα ΠΔΣ, η Μειονεξία, η Κατωτερότητα/Ανεπάρκεια, η Ευαλωτότητα σε Βλάβη και ο Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος εξηγούσαν το 63,3% της μεταβλητότητας του BDI-II. Η διαφορά αυτή στα αποτελέσματα, σε σχέση με τη μελέτη των Schmidt et al. (1995), αποδόθηκε από τους συγγραφείς στη χρήση του BDI-II, το οποίο βαθμολογεί τα συμπτώματα των ασθενών σε βάθος δυο εβδομάδων, σε σχέση με τη μία εβδομάδα του BDI, καθώς επίσης και στο γεγονός ότι στο BDI-II αφαιρέθηκαν κάποιες ερωτήσεις του BDI, οι οποίες αφορούσαν σε σωματικά συμπτώματα και προστέθηκαν στην θέση τους ερωτήσεις γνωσιακού περιεχομένου που αφορούσαν δυσκολία στη συγκέντρωση και αισθήματα αναξιότητας. Οι ερωτήσεις αυτές ίσως επαύξησαν τις συσχετίσεις με το YSQ.

Επιπλέον, η χρήση ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης στις μελέτες αυτές, αυξάνει την πιθανότητα σφαλμάτων τύπου I. Με βάση τα ανωτέρω, συστήνεται σε μελλοντικές έρευνες, η χρήση αφενός του ερωτηματολογίου BDI και αφετέρου της μεθόδου πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την ανάλυση των δεδομένων (Oei & Baranoff, 2007).

Η Calvete et al. (Calvete, Estevez, Lopez de Arroyabe, & Ruiz, 2005) χορήγησε το YSQ-S, το BDI-II και το State-Trait Anxiety Inventory-T (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1988), σε ένα δείγμα 407 φοιτητών. Τα ΠΔΣ Μειονεξία, Αποτυχία και Αυτοθυσία συσχετίστηκαν με συμπτώματα

κατάθλιψης. Τα ΠΔΣ Εγκατάλειψη, Αποτυχία και Υποτακτικότητα σχετίστηκαν με αγχώδη συμπτωματολογία.

Οι Baranoff et al. (2006) χορήγησαν το YSQ-S και το BDI σε δείγμα 260 φοιτητών. Η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) έδειξε ότι το YSQ εξηγούσε το 44% της διακύμανσης του BDI. Τα ΠΔΣ Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος και Αποτυχία ήταν στατιστικά σημαντικά, ενώ το ΠΔΣ Κοινωνική Απομόνωση πλησίαζε τη στατιστική σημαντικότητα.

Οι Glaser et al. (Glaser, Campbell, Calhoun, Bates, & Petrocelli, 2002) χορήγησαν το YSQ-S, το SCL-90-R και το BDI σε ένα κλινικό δείγμα 188 εξωτερικών ασθενών με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, σε ένα πανεπιστημιακό τμήμα συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας. Ανέλυσαν τα δεδομένα τους με τη χρήση πολλαπλής γραμμικής ανάλυσης παλινδρόμησης. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι τα ΠΔΣ εξηγούσαν το 54% της μεταβλητότητας του BDI και το ΠΔΣ Εγκατάλειψη συνείσφερε στο αποτέλεσμα αυτό σε βαθμό σημαντικά μεγαλύτερο από τα υπόλοιπα ΠΔΣ. Επίσης τα ΠΔΣ εξηγούσαν το 54% της διακύμανσης της υποκλίμακας GSI του SCL-90-R και τα ΠΔΣ Εγκατάλειψη, Κοινωνική Απομόνωση και Ευαλωτότητα στον Κίνδυνο ήταν στατιστικά σημαντικά.

Οι Welburn et al. (2002) μελέτησαν τη συγκλίνουσα εγκυρότητα του YSQ-S σε σχέση με τη Συντομευμένη Κλίμακα Καταγραφής Συμπτωμάτων (Brief Symptom Inventory, BSI, Derogatis 1993) στο δείγμα τους 203 ασθενών (βλ. σελ. 29). Στην ανάλυση συσχέτισης (correlation analysis) οι περισσότεροι παράγοντες του YSQ είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις υποκλίμακες του BSI. Στην ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης το YSQ εξηγεί ένα σημαντικό ποσοστό της κατάθλιψης όπως αυτή μετράται από το BSI (47%). Τα ΠΔΣ της Εγκατάλειψης και του Ανεπαρκούς Αυτοελέγχου ήταν στατιστικά σημαντικά. Επίσης τα ΠΔΣ εξηγούσαν το 52% της διακύμανσης της υποκλίμακας του άγχους του BSI. Η Εγκατάλειψη εξηγούσε το 11,3%, Η Ευαλωτότητα σε Βλάβη το 5,2%, η Αυτοθυσία το 3,5% και η Συναισθηματική Αναστολή το 3,3%.

Σε ένα άλλο κλινικό δείγμα 82 καταθλιπτικών ασθενών βρέθηκε ότι τα ΠΔΣ Εγκατάλειψη, Μειονεξία, Αποτυχία, Υποτακτικότητα και Ευαλωτότητα σε Βλάβη εξηγούσαν το 57% της μεταβλητότητας του BDI (Petrocelli, Glaser,



Calhoun, & Campbell, 2001). Επίσης σε κλινικό δείγμα ασθενών με διαγνώσεις κατάθλιψης ή αγχώδους διαταραχής η συνολική βαθμολογία του YSQ-S εξηγούσε το 11% της διακύμανσης του BDI, μετά και τον έλεγχο για τις πέντε διαστάσεις προσωπικότητας του μοντέλου πέντε παραγόντων [Five Factor Model; (Costa & McCrae, 1992)] (Thimm, 2010).

Οι Halvorsen et al. (2009), χρησιμοποιώντας το μοντέλο ΠΔΣ και κατηγοριών του Young (1990) βρήκαν ότι οι κατηγορίες Ανεπιθυμητότητα, Ανεπαρκής αυτονομία και Ανεπαρκή όρια συσχετίζονται συγχρονικά με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης όπως αυτή εκτιμάται από το BDI-II.

Οι Saariaho et al. (2012) μελέτησαν την προβλεπτική ικανότητα του YSQ-S3 στα συμπτώματα κατάθλιψης, (όπως αυτά μετρώνται από το BDI-II) στο δείγμα τους 271 ασθενών με διάγνωση Χρόνιου Πόνου και 331 ατόμων ομάδας ελέγχου. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι στο δείγμα των ασθενών με χρόνιο πόνο, ο 1<sup>ος</sup> παράγοντας ανώτερης τάξης εξηγούσε το 55% της διακύμανσης του BDI-II, ενώ στην ομάδα ελέγχου ο 1<sup>ος</sup> και 3<sup>ος</sup> παράγοντας ανώτερης τάξης εξηγούσαν το 31% της διακύμανσης του BDI-II. (οι παράγοντες ανώτερης τάξης της συγκεκριμένης μελέτης περιγράφονται ανωτέρω στις σελίδες 33-34).

Στη μελέτη των Hawke & Provencher (2012), σε δείγμα 96 ασθενών με διαγνώσεις αγχωδών διαταραχών και διαταραχών διάθεσης, οι συντελεστές συσχέτισης Pearson's  $r$  ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ και των 18 υποκλιμάκων (ΠΔΣ) του YSQ-S3 και του BDI-II.

Οι Soygut et al. (2009), στο δείγμα τους 1071 φοιτητών, βρήκαν στατιστικά σημαντικές τις συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του YSQ-S3 και των υποκλιμάκων GSI ( $r=0.19-0.62$ ,  $p<0,01$ ), κατάθλιψης ( $r=0.34-0.64$ ,  $p<0.01$ ) και άγχους ( $r=0.13-0.52$ ,  $p<0.01$ ) του SCL-90-R.

Οι Renner et al. (Renner, Lobbestael, Peeters, Arntz, & Huibers, 2012) μελέτησαν δείγμα  $N=132$  ασθενών με κατάθλιψη οι οποίοι έλαβαν Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία ή Διαπροσωπική Θεραπεία ή Φαρμακευτική αγωγή ή συνδυασμό φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας. Οι μετρήσεις έγιναν με το YSQ και το BDI II πριν και 16 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας. Τα ΠΔΣ των κατηγοριών Αποσύνδεση/Απόρριψη και Ανεπαρκής Αυτονομία/Απόδοση εξηγούσαν το 41% της μεταβλητότητας του BDI II στην πρώτη μέτρηση πριν την έναρξη της θεραπείας. Από τα ΠΔΣ των κατηγοριών

αυτών, η Εγκατάλειψη, η Συναισθηματική Στέρηση, η Αποτυχία και οριακά η Υπερεμπλοκή έδειξαν στατιστικά σημαντική προβλεπτική ικανότητα. Επίσης η κατηγορία Ανεπαρκής Αυτονομία/Απόδοση στην πρώτη μέτρηση συσχετίστηκε θετικά με τη σοβαρότητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στη δεύτερη μέτρηση 16 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας.

### **Διακριτική Ικανότητα (Εγκυρότητα)**

Η διακριτική ικανότητα του YSQ και στις δύο μορφές του, εκτενή και σύντομη έχει μελετηθεί σε μία σειρά εργασιών. Οι Lee et al. (1999) εφαρμόζοντας t-tests στο κλινικό τους δείγμα (N=433), για τις υποκλίμακες (ΠΔΣ) του YSQ, βρήκαν υψηλότερες μέσες τιμές για τους ασθενείς με διαταραχή προσωπικότητας σε σχέση με ασθενείς με διάγνωση στον Άξονα I.

Οι Riso et al. (2003) χορήγησαν το YSQ και μελέτησαν τις κατηγορίες ΠΔΣ σε 42 ασθενείς με Χρόνια Κατάθλιψη σε σχέση με 27 ασθενείς με μη Χρόνια Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ) και 24 υγιείς συμμετέχοντες ομάδας ελέγχου. Οι δύο ομάδες καταθλιπτικών ασθενών είχαν μεγαλύτερες βαθμολογίες σε όλες τις κατηγορίες ΠΔΣ, σε σχέση με τους υγιείς, αλλά οι βαθμολογίες των ασθενών με Χρόνια Κατάθλιψη ήταν μεγαλύτερες αυτών με μη Χρόνια ΜΚΔ. Οι βαθμολογίες των χρόνιων καταθλιπτικών παρέμεναν υψηλότερες και μετά τον έλεγχο για τα επίπεδα κατάθλιψης και τα συμπτώματα διαταραχών προσωπικότητας στις κατηγορίες ΠΔΣ, Υπερεπαγρύπνιση και Ανεπαρκής Αυτονομία. Το εύρημα αυτό έχει μεγάλη κλινική σημασία, γιατί υποδηλώνει ότι η Χρόνια κατάθλιψη συνδέεται ισχυρότερα με ΠΔΣ σε σχέση με μη χρόνιες μορφές και η σχέση αυτή δεν είναι απλώς αποτέλεσμα της τρέχουσας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ή της συμπτωματολογίας του Άξονα II.

Οι Shah & Waller (2000) βρήκαν καλή διακριτική ικανότητα του ερωτηματολογίου μεταξύ ομάδας ασθενών με κατάθλιψη (N=60) και ομάδας ελέγχου υγιών (N=67). Η εγκυρότητα διάκρισης του YSQ και στις δύο μορφές του, εκτενή και σύντομη, μελετήθηκε από τον Waller et al. (2001) σε δείγμα 60 γυναικών με βουλιμία και 60 γυναικών χωρίς ψυχική διαταραχή. Οι δύο μορφές έδειξαν καλή, αντίστοιχη διακριτική ικανότητα. Προκειμένου για το YSQ-S, οι κλίμακες μειονεξία και ανεπαρκής αυτοέλεγχος είχαν σημαντική θετική επίδραση και η κλίμακα Δικαιωματικότητα σημαντική αρνητική επίδραση. Η ανάλυση τοποθέτησε σωστά στην ομάδα που ανήκε το 89% των

συμμετεχόντων. Τα ψευδώς θετικά ήταν 7% και τα ψευδώς αρνητικά 18%. Για το YSQ-L σημαντική θετική επίδραση είχαν οι κλίμακες Μειονεξία και Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος και η ανάλυση τοποθέτησε σωστά στην ομάδα που ανήκε το 87% των συμμετεχόντων. Τα ψευδώς θετικά ήταν 10% και τα ψευδώς αρνητικά 12%. Με βάση τα παραπάνω στοιχεία θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το YSQ-S είναι πιο συντηρητικό από το YSQ-L, λόγω του μικρότερου αριθμού ψευδώς θετικών και του μεγαλύτερου αριθμού ψευδώς αρνητικών, αλλά οι διαφορές παραμένουν μικρές (Oei & Baranoff, 2007).

Η Rijkeboer et al. (2005) μελέτησε επίσης τη διακριτική εγκυρότητα του YSQ-L σε δείγμα 162 φοιτητών και 172 ασθενών με συννοσηρότητα στον Άξονα II. Το ερωτηματολόγιο έδειξε καλή διακριτική ικανότητα με το ΠΔΣ Συναισθηματική Αναστολή να έχει την υψηλότερη προβλεπτική δυνατότητα και τα ΠΔΣ Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική και Δικαιωματικότητα την χαμηλότερη. Το γεγονός αυτό σχολιάζουν οι Rijkeboer et al. (2005) εξηγείται πιθανώς από χαρακτηριστικά του μη κλινικού δείγματος, το οποίο αποτελείται από φοιτητικό πληθυσμό, ο οποίος συχνά παράλληλα με τις σπουδές εργάζεται για να αντεπεξέλθει στο κόστος ζωής και στα δίδακτρα και ο οποίος είναι υψηλά ανταγωνιστικός. Τα στοιχεία αυτά πιθανώς εξηγούν τις υψηλές μέσες τιμές στα ΠΔΣ Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική και Δικαιωματικότητα. Το 88% των συμμετεχόντων τοποθετήθηκαν σωστά στην ομάδα τους. Υψηλότερα ήταν τα ποσοστά των ψευδώς αρνητικών, δηλαδή βρέθηκε μεγαλύτερη δυσκολία του ερωτηματολογίου να ανιχνεύσει τους ασθενείς. Τα διαστήματα αξιοπιστίας γύρω από τις μέσες τιμές ήταν αρκετά μεγαλύτερα για όλες τις υποκλίμακες (ΠΔΣ) στον κλινικό πληθυσμό σε σχέση με τον μη κλινικό πληθυσμό. Το γεγονός αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη σχετική αλληλοεπικάλυψη με τα διαστήματα αξιοπιστίας του μη κλινικού δείγματος. Δηλαδή για επιμέρους ΠΔΣ, άτομα και από τα δύο δείγματα παρουσίαζαν αντίστοιχες βαθμολογίες. Το γεγονός αυτό συνηγορεί υπέρ της χρήσης όχι μεμονωμένων ΠΔΣ αλλά του συνδυασμού τους για την εκτίμηση της παθολογίας της προσωπικότητας (Rijkeboer et al. 2005). Η παρατήρηση αυτή υποστηρίζει μια φασματική κατανόηση των διαταραχών προσωπικότητας, σύμφωνα με την οποία, υπάρχει έλλειψη διακριτών ορίων μεταξύ επιμέρους μορφών ψυχοπαθολογίας, αλλά και μεταξύ φυσιολογικότητας και ψυχοπαθολογίας (Clark, 1999; M. M. Rijkeboer et al., 2005).

Η εγκυρότητα διάκρισης του YSQ-S3 μελετήθηκε από τους Hawke & Provencher (2012) μεταξύ δείγματος ασθενών (N=96) και μη κλινικού δείγματος (N=580). Σύμφωνα με τα t-tests οι ασθενείς είχαν υψηλότερες βαθμολογίες σε 16 από τα 18 ΠΔΣ. Το ΠΔΣ Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική έπεφτε λίγο κάτω από τη στατιστική σημαντικότητα και το ΠΔΣ Δικαιωματικότητα δεν διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων. Οι συγγραφείς σχολιάζουν το αποτέλεσμα στα πλαίσια πιθανών χαρακτηριστικών του δείγματος και πιο συγκεκριμένα του νεαρού της ηλικίας τους (μέση ηλικία: 26.8, SD: 9.0) και των εγωκεντρικών/ναρκισσιστικών χαρακτηριστικών αυτής της γενιάς ("me generation") (Donnellan & Trzesniewski, 2009; Twenge, Konrath, Foster, Campbell, & Bushman, 2008).

Επίσης σε μία εργασία (Welburn et al. 2002) μελετήθηκε και η διαφορά όσον αφορά στα ΠΔΣ μεταξύ ανδρών και γυναικών σε κλινικό δείγμα 196 ασθενών με διαγνώσεις καταθλιπτικής διαταραχής, αγχώδους διαταραχής, διαταραχής προσωπικότητας ή συννοσηρότητας αυτών. Βρέθηκε ότι οι γυναίκες είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στα ΠΔΣ Αυτοθυσία, Υπερεμπλοκή, Αποτυχία, Εγκατάλειψη και Μειονεξία. Επίσης οι γυναίκες είχαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες στο ΠΔΣ της Δικαιωματικότητας ενώ οι άντρες στο ΠΔΣ της Υπερεμπλοκής. Οι συγγραφείς εξηγούν τα αποτελέσματα ως προϊόν πολιτισμικών επιδράσεων, σχολιάζοντας βέβαια και τον περιορισμό του κλινικού δείγματος

### **Χρονική Σταθερότητα των ΠΔΣ**

Ένα βασικό χαρακτηριστικό των ΠΔΣ σύμφωνα με τον ορισμό τους είναι η σταθερότητα τους ως δομή, ομοιάζοντα με μόνιμα χαρακτηριστικά (trait-like), τα οποία δημιουργούνται πρώιμα και παρουσιάζουν μεγάλη ανθεκτικότητα στο χρόνο. Το γεγονός αυτό καθιστά τα ΠΔΣ υπόβαθρο χρόνιων συναισθηματικών προβλημάτων και επακόλουθων κλινικών εκδηλώσεων και ευθύνεται για την ελαττωμένη απάντηση ποικίλων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Στο πλαίσιο αυτό έχουν διεξαχθεί εργασίες που έχουν μελετήσει τη σταθερότητα των ΠΔΣ σε μεγάλο βάθος χρόνου.

Οι Riso et al. (2006) μελέτησαν τη σταθερότητα των ΠΔΣ σε 55 ασθενείς με ΜΚΔ σε μία διαμήκη (διαχρονική/longitudinal) μελέτη 2.5-5 ετών. Το 62% των ασθενών έλαβε σε αυτό το διάστημα ψυχοθεραπεία (όχι Θεραπεία Σχημάτων). Στη μελέτη τους εκτίμησαν την απόλυτη (mean level

stability) και τη σχετική (rank-order stability) σταθερότητα. Η απόλυτη σταθερότητα μελετήθηκε με τη χρήση paired t tests για τις μέσες τιμές κάθε ΠΔΣ στις δύο μετρήσεις μέσα στο χρόνο. Τα αποτελέσματα έδειξαν σχετικά καλή απόλυτη σταθερότητα με στατιστικά σημαντική ελάττωση των μέσων τιμών για 4 μόνο από τα 16 ΠΔΣ (Κακοποίηση/Δυσπιστία, Αποτυχία, Εξάρτηση και Αυτοθυσία). Τα τρία από αυτά (με εξαίρεση την Αποτυχία) σχετίζονταν με την κατάθλιψη στην πρώτη μέτρηση γεγονός που εξηγούσε την ελάττωση τους στο χρόνο. Η συνολική τους ελάττωση στο χρόνο κρίνεται μικρή σε σχέση και με το 18% της ελάττωσης της σοβαρότητας της κατάθλιψης που παρατηρήθηκε στο ίδιο διάστημα.

Η σχετική σταθερότητα μελετήθηκε με τη χρήση των συντελεστών Pearson product-moment correlations. Οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των ΠΔΣ στην πρώτη και στη δεύτερη μέτρηση ήταν υψηλοί, κυμαινόμενοι από 0.55 έως 0.85, με διάμεση τιμή 0.75. Οι τιμές αυτές παρέμεινα υψηλές ακόμα και μετά τον έλεγχο για τη σοβαρότητα της κατάθλιψης στους χρόνους των δύο μετρήσεων και τον έλεγχο για το μόνιμο χαρακτηριστικό προσωπικότητας του νευρωτισμού. Τα αποτελέσματα αυτά υποστηρίζουν την παρουσία των ΠΔΣ ως σταθερών χαρακτηριστικών μεταξύ καταθλιπτικών ασθενών, παρά ως μια αντανάκλαση των συμπτωμάτων τους τη στιγμή της μέτρησης.

Οι Renner et al. (2012) μελέτησαν επίσης τη σχετική και απόλυτη σταθερότητα των ΠΔΣ στην εργασία τους (βλ. ανωτέρω σελ. 39) ακολουθώντας την ίδια ανάλυση με αυτή των Riso et al. (2006). Όσον αφορά στην απόλυτη σταθερότητα των ΠΔΣ, βρέθηκε στατιστικά σημαντική, αλλά μικρού βαθμού ελάττωση των μέσων τιμών 10 ΠΔΣ από την πρώτη στη δεύτερη μέτρηση (μεγέθη επίδρασης Cohen's d από 0.15 έως 0.35) σε διάστημα 16 εβδομάδων. Η ελάττωση της βαρύτητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στο ίδιο διάστημα, ήταν στατιστικά σημαντική, μέσου βαθμού με βάση τα μεγέθη επίδρασης μεγέθη επίδρασης (Cohen's d=0.69). Η σχετική σταθερότητα των ΠΔΣ ήταν υψηλή μετά και τον έλεγχο για την καταθλιπτική συμπτωματολογία στους χρόνους των δύο μετρήσεων.

Το εύρημα της μακρόχρονης σταθερότητας των ΠΔΣ (Riso et al. 2006, Renner et al. 2012) είναι σημαντικό για την κλινική πράξη, παρέχοντας πληροφορίες που μπορεί να σχετίζονται με την πρόγνωση και πορεία ασθενών με χρόνιες συναισθηματικές δυσκολίες. Οι ασθενείς αυτοί συχνά

ολοκληρώνουν βραχυπρόθεσμες θεραπευτικές παρεμβάσεις με ελάττωση της συμπτωματολογίας, αλλά χωρίς μεταβολή της υποκείμενης ευαλωτότητας (των ΠΔΣ), η οποία πιθανώς προδιαθέτει σε μελλοντικές υποτροπές. Το γεγονός αυτό υποστηρίζει την ανάγκη θεραπευτικών παρεμβάσεων οι οποίες έχουν πιο μακροχρόνιο χαρακτήρα και εστιάζουν στα ΠΔΣ, όπως η Θεραπεία Σχημάτων (Renner et al., 2012; Young et al., 2003).

Σε μία άλλη εργασία μελετήθηκε η σταθερότητα των ΠΔΣ με τη συμπλήρωση του YSQ-S από μη κλινικό δείγμα 50 ατόμων σε κατάσταση ουδέτερου συναισθήματος και σε κατάσταση πρόκλησης χαρούμενου ή καταθλιπτικού συναισθήματος με αντίστοιχα μουσικά ερεθίσματα που έχουν επιβεβαιωθεί ως προς το συναίσθημα που προκαλούν σε παλαιότερες μελέτες (Clark, 1983). Βρέθηκε ότι οι εξεταζόμενοι είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στα ΠΔΣ Μειονεξία και Συναισθηματική Στέρηση στην κατάσταση πρόκλησης καταθλιπτικού συναισθήματος και υψηλότερη βαθμολογία στο ΠΔΣ της Δικαιωματικότητας, στην κατάσταση πρόκλησης χαρούμενου συναισθήματος. Δεν παρατηρήθηκαν αλλαγές στα υπόλοιπα ΠΔΣ στις διάφορες καταστάσεις. Παρά ταύτα ο σχεδιασμός της μελέτης αυτής δεν παρέχει πληροφορίες αν τα αποτελέσματα οφείλονται σε διέγερση λανθανόντων ΠΔΣ ή εάν το καταθλιπτικό συναίσθημα προκαλεί αυτόματες αρνητικές σκέψεις και αυτές οδηγούν στο συγκεκριμένο τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

### **1.2.2. Το Μοντέλο των Τρόπων Λειτουργίας και το Ερωτηματολόγιο των Τρόπων Λειτουργίας (Schema Modes Inventory, SMI)**

Τα πρώτα ερωτηματολόγια τα οποία αναπτύχθηκαν για την εκτίμηση και μέτρηση των Τρόπων Λειτουργίας, ήταν τα Young Atkinson Mode Inventory [YAMI; (Young, Atkinson, Arntz, Weishaar, & Weishaar, 2005)] και Schema Mode Questionnaire (SMQ; (Klokman, Arntz, & Sieswerda, 2001)]. Τα ερωτηματολόγια αυτά μετρούσαν τους 10 Τρόπους Λειτουργίας που είχαν αρχικά οριστεί στη Θεραπεία Σχημάτων, όχι όμως το σύνολο των Τρόπων Λειτουργίας που είχαν αναπτυχθεί στα πλαίσια της Θεραπείας Σχημάτων, για την καλύτερη κατανόηση των διαταραχών προσωπικότητας. Επίσης αυτά τα πρώτα ερωτηματολόγια αυτά δεν συνοδεύτηκαν από μελέτες εγκυρότητας και αξιοπιστίας.

Το Ερωτηματολόγιο των Τρόπων Λειτουργίας (Young et al., 2007) αναπτύχθηκε για να καλύψει το σύνολο των Τρόπων Λειτουργίας και αποτέλεσε επέκταση των προγενέστερων, καθώς εμπεριέχει το σύνολο σχεδόν των λημμάτων τους. Στην αρχική του μορφή το Ερωτηματολόγιο των Τρόπων Λειτουργίας περιελάμβανε 270 λήμματα τα οποία αξιολογούσαν 16 Τρόπους Λειτουργίας (Εγκαταλελειμμένο/Κακοποιημένο Παιδί, Μοναχικό Παιδί, Θυμωμένο Παιδί, Εξαγριωμένο Παιδί, Παρορμητικό Παιδί, Απείθαρχο Παιδί, Ευτυχισμένο Παιδί, Πειθήνιος Υποταγμένος, Αποστασιοποιημένος Προστάτης, Αποστασιοποιημένος Διεγερτικός ή Αυτοκαθισχυαστικός Τρόπος Λειτουργίας, Υπεροπτικός Τρόπος Λειτουργίας, Εκφοβιστικός και Επιθετικός Τρόπος Λειτουργίας, Υπερελεγκτικός Τρόπος Λειτουργίας, Τιμωρητικός Γονέας, Απαιτητικός Γονέας, Υγιής ενήλικας). Η μορφή αυτή χορηγήθηκε σε συνολικό δείγμα N=863 συμμετεχόντων (μη κλινικό=454, κλινικό=409, εκ των οποίων διάγνωση Άξονας I, N= 136, διάγνωση Άξονας II, N=236, μερική πλήρωση των κριτηρίων του Άξονα I ή II, N=37) (Lobbestael et al. 2010). Η Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση ανέδειξε 14 Τρόπους Λειτουργίας (βλ. Πίνακα 4, σελ. 49). Συγκεκριμένα οι παράγοντες Εγκαταλελειμμένο/Κακοποιημένο Παιδί και Μοναχικό Παιδί, ομαδοποιήθηκαν σε έναν παράγοντα, το Ευάλωτο Παιδί, όπως είχε αρχικά προταθεί από τους Young et al. (2003), στην πρώτη περιγραφή των Τρόπων Λειτουργίας. Επίσης δεν επιβεβαιώθηκε και αφαιρέθηκε ο παράγοντας Υπερελεγκτικός Τρόπος Λειτουργίας.

Το ερωτηματολόγιο είχε καλή εσωτερική συνοχή (κυμαινόμενη από  $\alpha=0.79$  έως  $\alpha=0.96$ , με μέσο όρο 0.87) και αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (κυμαινόμενη από 0.65 έως 0.92,  $p < 0.001$ , με μέσο όρο 0.84) (Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven, & Arntz 2010). Όσον αφορά στην αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων, θα πρέπει να ειπωθεί ότι η έννοια του Τρόπου Λειτουργίας αντικατοπτρίζει καταστάσεις σε χρονικές στιγμές, είναι όμως σημαντικό το γεγονός ότι ο συνδυασμός των Τρόπων Λειτουργίας που αναφέρει ο ασθενής παραμένει σταθερός μέσα στο χρόνο (Lobbestael, 2012). Το ερωτηματολόγιο έδειξε μέση συγκλίνουσα εγκυρότητα στις συσχετίσεις του με θεωρητικά συνδεδεμένα ερωτηματολόγια. Το γεγονός αυτό εξηγείται πιθανώς από το γεγονός ότι η έννοια του Τρόπου Λειτουργίας περιλαμβάνει συνδυασμό συναισθημάτων, σκέψεων ή συμπεριφορών, σε αντίθεση με τα

ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην εκτίμηση της συγκλίνουσας εγκυρότητας και τα οποία αξιολογούν στην πλειοψηφία τους σχετικά μεμονωμένα χαρακτηριστικά (Lobbestael et al. 2010, Lobbestael, 2012).

Η έννοια των Τρόπων Λειτουργίας είναι σχετικά νέα στη Θεραπεία Σχημάτων, παρά ταύτα η χρήση της στην κλινική πρακτική έχει επεκταθεί γρήγορα χάρη στη χρησιμότητά της στην εργασία με ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας (Bamelis, Renner, Heidkamp, & Arntz, 2011). Μέχρι σήμερα είναι σχετικά λίγες οι μελέτες που έχουν διερευνήσει το μοντέλο των Τρόπων Λειτουργίας σε επιμέρους διαταραχές προσωπικότητας. Σύμφωνα με την αρχική υπόθεση (Young et. al 2003), οι Τρόποι Λειτουργίας της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας είναι: το Ευάλωτο Παιδί, το Θυμωμένο/Παρορμητικό Παιδί, ο Αποστασιοποιημένος Προστάτης και ο Τιμωρητικός Γονέας (ενώ και σε ένα πολύ μικρό βαθμό αντιπροσώπευσης μπορεί να υποτεθεί και ο Υγιής Ενήλικας). Οι Τρόποι Λειτουργίας αυτοί έχουν επιβεβαιωθεί σε δύο μελέτες σε ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (Arntz et al., 2005; Lobbestael, Arntz, & Sieswerda, 2005). Οι Lobbestael et al. (2008) μελέτησαν τους 14 Τρόπους Λειτουργίας στις επιμέρους Διαταραχές Προσωπικότητας. Οι συσχετίσεις που βρήκαν παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Οι συγγραφείς της μελέτης σχολιάζουν ότι οι διάφοροι συνδυασμοί Τρόπων Λειτουργίας είναι χαρακτηριστικοί και συνάδουν με τη φαινομενολογία των επιμέρους διαταραχών προσωπικότητας, προτείνοντας ένα μοντέλο Τρόπων Λειτουργίας για κάθε μια από αυτές. Έτσι στην Παρανοειδή ΔΠ επικρατούν Τρόποι Λειτουργίας που σχετίζονται με το θυμό, στην Ιστριονική ΔΠ το Παρορμητικό Παιδί εξηγεί τη γρήγορη συναισθηματική αλλαγή, την βίωση ευχαρίστησης από την αλλαγή αυτή αλλά και την υποβόλιμη συμπεριφορά των ασθενών αυτών, ενώ στη Ναρκισσιστική ΔΠ, η μεγαλομανιακή αναπαράσταση εαυτού και η απαξιωτική επιθετική συμπεριφορά εξηγούνται με τον Υπεροπτικό και τον Εκφοβιστικό και Επιθετικό Τρόπο Λειτουργίας αντίστοιχα. Τα ευρήματα στην Οριακή ΔΠ είναι επίσης σύμφωνα με την ως τώρα αναφερθείσα βιβλιογραφία (Arntz et al. 2005, Lobbestael et al. 2005, Young et al. 2003). Όσον αφορά στο Cluster C των Διαταραχών Προσωπικότητας, οι Lobbestael et al. (2008) αναφέρουν ότι τόσο στην Αποφευκτική όσο και στην Εξαρτητική Διαταραχή Προσωπικότητας



οι ασθενείς χαρακτηρίζονται από αισθήματα μειονεξίας και μοναχικότητας που εξηγούνται με το Ευάλωτο Παιδί, έλλειψη επιμονής που εξηγείται από το Παρορμητικό Παιδί και τάση να υποχωρούν και παραδίδονται προς τους άλλους που εξηγείται από τον Πειθήνια Υποταγμένο Τρόπο Λειτουργίας. Επίσης οι αποφευκτικές συμπεριφορές των ασθενών με Αποφευκτική ΔΠ τους οδηγούν σε αποσύνδεση από τους άλλους και τα συναισθήματά τους, γεγονός που εξηγείται από τον Τρόπο Λειτουργίας του Αποστασιοποιημένου Προστάτη, ενώ συχνά είναι αυστηροί και τιμωρητικοί με τον εαυτό τους όπως δικαιολογεί ο Τιμωρητικός Γονέας. Οι ασθενείς με Ιδεοψυχαναγκαστική ΔΠ χαρακτηρίζονται από Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική και υψηλές απαιτήσεις όπως εξηγείται και από τον Απαιτητικό Γονέα, βλέπουν επίσης τους εαυτούς τους ως πολύ ικανούς να κάνουν τα πράγματα σωστά και με ακρίβεια, θεωρώντας τους άλλους κατώτερους από αυτούς, γεγονός που εξηγείται από τον Υπεροπτικό Τρόπο Λειτουργίας. Επίσης η εργασιομανία και άλλες καταναγκαστικά επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές εξηγούνται από τον Αποστασιοποιημένο Αυτοκαθησυχαστικό Τρόπο Λειτουργίας. Τέλος η απουσία του Ευάλωτου Παιδιού στις διαταραχές Παρανοειδή, Ιστριονική, Ναρκισσιστική και Ιδεοψυχαναγκαστική αποτελεί ένδειξη ότι οι ασθενείς αυτοί δεν έχουν καλή επίγνωση των ευάλωτων περιοχών τους.

Πρόσφατα δημοσιεύτηκε μία δεύτερη έκδοση του SMI [SMI-2; (Bamelis et al., 2011)], με σκοπό την εκτίμηση των Τρόπων Λειτουργίας στο Cluster C των διαταραχών προσωπικότητας, καθώς και στις Παρανοϊκή, Ιστριονική και Ναρκισσιστική ΔΠ. Το SMI-2 αποτελείται από 174 λήμματα και μετράει 18 Τρόπους Λειτουργίας. Διαφέρει από το SMI, στο γεγονός ότι δύο τρόποι Λειτουργίας παραλήφθηκαν (το Ευτυχισμένο Παιδί και ο Εκφοβιστικός και Επιθετικός Τρόπος Λειτουργίας), ενώ προστέθηκαν επτά Τρόποι Λειτουργίας [Μοναχικό Παιδί, Εγκαταλελειμμένο/Κακοποιημένο Παιδί, (αυτοί οι δύο Τρόποι αντικατέστησαν το Ευάλωτο Παιδί που τους εμπεριείχε στο SMI), Εξαρτημένο Παιδί, Αποφευκτικός Προστάτης, Τρόπος Λειτουργίας Αναζήτησης Αποδοχής και Αναγνώρισης, Τελειοθηρικός Υπερελεγκτικός Τρόπος Λειτουργίας και Καχύποπτος Υπερελεγκτικός Τρόπος Λειτουργίας)]. Η Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση ανέδειξε τους 18 παράγοντες (Τρόπους Λειτουργίας) με καλούς δείκτες προσαρμογής και καλή εσωτερική συνοχή για όλους τους παράγοντες (Cronbach  $\alpha$  κυμαινόμενος από 0.78 έως

0.95 με μέση τιμή 0.88). Οι παραπάνω εργασίες αποτελούν τις πρώτες που υποστηρίζουν ένα μοντέλο Τρόπων Λειτουργίας για την περιγραφή των Διαταραχών Προσωπικότητας. Στο κέντρο των Διαταραχών βρίσκονται οι Παιδικοί και οι Γονεϊκοί Τρόποι Λειτουργίας, αντιπροσωπεύοντας τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές καταστάσεις που βίωσε ο ασθενής ως παιδί και τις εσωτερικευμένες γονεϊκές στάσεις που προσέλαβε στην παιδική ηλικία αντίστοιχα. Αυτόν τον πυρήνα ο ασθενής στη συνέχεια προσπαθεί να αντιμετωπίσει με την ανάπτυξη Τρόπων Λειτουργίας Διαχείρισης (Bamelis et al. 2011). Συχνά οι Τρόποι Λειτουργίας διαχείρισης δεν επιτρέπουν την αναγνώριση των ευάλωτων ή γονεϊκών πλευρών (Παιδικοί και Γονεϊκοί Τρόποι Λειτουργίας) (Bamelis et al. 2011, Young et al. 2003).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Συσχετίσεις μεταξύ Τρόπων Λειτουργίας και Διαταραχών Προσωπικότητας (Lobbestael et al. 2008)**

Διαταραχή Προσωπικότητας (ΔΠ)	Ευάλωτο Παιδί	Θυμωμένο Παιδί	Εξαγριωμένο Παιδί	Παρορμητικό Παιδί	Απειθαρχο Παιδί	Ευτυχισμένο Παιδί	Πειθήνια Υποταγμένος	Αποστασιοποιημένος Προστάτης	Αποστασιοποιημένος Αυτοκαθησυχαστικός Τρόπος Λειτουργίας	Υπεροπτικός Τρόπος Λειτουργίας	Εκφοβιστικός και Επιθετικός Τρόπος Λειτουργίας	Τιμωρητικός Γονέας	Απαιτητικός Γονέας	Υγιής Ενήλικας
Παρανοειδής ΔΠ		✓	✓			☐☐☐(-)					✓			
Ιστριονική ΔΠ				✓										
Ναρκισσιστική ΔΠ										✓	✓			
Οριακή ΔΠ	✓	✓	✓	✓	✓	(-)	✓	✓	✓			✓		(-)
Αντικοινωνική ΔΠ			✓				(-)				✓		(-)	
Αποφευκτική ΔΠ	✓				✓	(-)	✓	✓				✓		(-)
Εξαρτητική ΔΠ	✓				✓		✓							(-)
Ιδεοψυχαναγκαστική ΔΠ									✓	✓			✓	

Λόγω της μη κανονικότητας των κατανομών των δεδομένων των διαταραχών προσωπικότητας και Τρόπων Λειτουργίας χρησιμοποιήθηκαν οι συντελεστές συσχέτισης Kendall για τους οποίους η στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο  $<0.05$  ερμηνεύεται ως πιθανή συσχέτιση, ενώ σε επίπεδο  $<0.001$  ως εμπειρικά υποστηριζόμενη συσχέτιση Lobbestael et al. (2008). Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται μόνο οι συσχετίσεις σε επίπεδο  $<0.001$ .

### 1.2.3. Μελέτες Αποτελεσματικότητας της Θεραπείας Σχημάτων

#### Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας

Η Θεραπεία Σχημάτων αποτέλεσε πόλο έλξης για τους κλινικούς και τους ερευνητές την τελευταία δεκαπενταετία. Οι σημαντικότερες μελέτες αποτελεσματικότητας μέχρι σήμερα, αφορούν στην εφαρμογή της Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας. Οι πρώτες δημοσιεύσεις περιείχαν μια περιγραφή της μεθοδολογίας εργασίας με τους Τρόπους Λειτουργίας στην Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (Kellogg & Young, 2006; Young, 2005).

Το 2005 δημοσιεύθηκαν τα αποτελέσματα μιας μελέτης σειράς περιπτώσεων (single-case series), εφαρμογής της Θεραπείας σχημάτων σε 6 ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (Nordahl & Nysaeter, 2005). Οι ασθενείς εκτιμήθηκαν με τις Δομημένες Κλινικές Συνεντεύξεις για Διαγνώσεις στον Άξονα I (SCID-I) και στον Άξονα II (SCID-II) πριν και μετά την παρέμβαση. Άλλοι δείκτες αποτελεσματικότητας ήταν το YSQ, η υποκλίμακα GSI του SCL-90, το BDI και το BAI. Η παρέμβαση είχε διάρκεια 18-36 συνεδρίες σε εβδομαδιαία βάση. Στο τέλος της παρέμβασης οι 3 από τους 6 ασθενείς δεν πληρούσαν τα κριτήρια Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας στη συνέντευξη SCID-II, ενώ η ανάλυση έδειξε σημαντική μείωση των ΠΔΣ (Effect Size 1.8) και των άλλων δεικτών αποτελεσματικότητας. Οι Nordahl & Nyaster (2005) αναφέρουν ως βασικά συστατικά της Θεραπείας Σχημάτων τη σύνδεση με τον ασθενή μέσω της διορθωτικής γονεϊκής στάσης, τη διατύπωση των ΠΔΣ, την εργασία με τους Τρόπους Λειτουργίας και με τις διαπροσωπικές δεξιότητες αντιμετώπισης καταστάσεων του ασθενούς και τη επίλυση προβλημάτων. Σύμφωνα με τους ασθενείς, στην ίδια εργασία, η διατύπωση των Τρόπων Λειτουργίας, οι τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα και η καλή θεραπευτική σχέση ήταν τα πιο βοηθητικά στοιχεία. Παρά ταύτα τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης πρέπει να ερμηνεύονται με επιφύλαξη, καθώς το μικρό δείγμα, η απουσία ομάδας ελέγχου, η πραγματοποίηση των θεραπειών από έναν μόνο θεραπευτή, ο οποίος έκανε και τις εκτιμήσεις των ασθενών στη διάρκεια της μελέτης, αποτελούν σοβαρούς περιορισμούς. Έτσι η μελέτη αυτή, μόνο

ενδείξεις μπορούσε να παρέχει για την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Σχημάτων.

Η πρώτη σημαντική τεκμηρίωση της εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας ήταν Πολυκεντρική Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη (Randomized Controlled Trial, RCT), η οποία δημοσιεύτηκε το 2006 στο Archives of General Psychiatry (Giesen-Bloo et al. 2006). Πρόκειται για μια μελέτη σύγκρισης της Θεραπείας Σχημάτων με τη Θεραπεία Εστιασμένη στη Μεταβίβαση (Transfer Focused Therapy, TFP), η οποία αποτελεί ένα ψυχοδυναμικό μοντέλο, το οποίο αναπτύχθηκε από τον Kernberg (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 1999; Yeomans & Levy, 2002) και έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στην Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (Clarkin et al., 2001; Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007).

Στη συγκεκριμένη μελέτη πήραν μέρος 86 ασθενείς με διάγνωση Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας, από 4 κέντρα, οι οποίοι χωρίστηκαν στους δύο βραχίονες της μελέτης. Η διάρκεια της μελέτης ήταν τρία χρόνια, με συχνότητα 2 φορές την εβδομάδα και με συμμετοχή μεγάλου αριθμού θεραπευτών, εποπτών, βοηθών ερευνητών και ανεξάρτητων εκτιμητών. Η εποπτεία αποτελούσε σημαντικό συστατικό και στις δύο προσφερόμενες θεραπείες. Οι θεραπευτές λάμβαναν εποπτεία μία φορά την εβδομάδα τοπικά, στο κέντρο τους, μια φορά κάθε τέσσερις μήνες εποπτεία όλων των θεραπευτών από όλα τα κέντρα μαζί και τέλος 2 ημέρες κάθε 9 μήνες, εποπτεία όλων των θεραπευτών μαζί, από τον Young (για το βραχίονα της Θεραπείας Σχημάτων) και τον Yeomans (για το βραχίονα της Θεραπείας Εστιασμένης στη Μεταβίβασης). Η διασφάλιση της ακεραιότητας των συνεδριών όσον αφορά στην πραγματοποίηση των δύο θεραπειών ελεγχόταν με τη βαθμολόγηση τυχαίων ηχογραφημένων συνεδριών (όλες οι συνεδρίες ηχογραφούνταν) και ήταν εξαιρετική. Ο κύριος δείκτης εκτίμησης της αποτελεσματικότητας (outcome measure) ήταν η ημιδομημένη συνέντευξη Δείκτης Σοβαρότητας Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας [Borderline Personality Disorder Severity Index, BPDSI, (Arntz & Giesen-Bloo, 1999), επίσης (Μαλογιάννης, Ζαχαροπούλου, Καράμπελα, Παπανικολάου, & Τζινιέρη-Κοκκώση, 2014)]. Στη συμπλήρωση της μελέτης, με βάση τη βαθμολογία στο BPDSI (Arntz et al., 2003), 45.5% των ασθενών στο

βραχίονα της Θεραπείας Σχημάτων έναντι 23.8 ασθενών στο βραχίονα της Θεραπείας Εστιασμένης στη Μεταβίβαση εμφάνισαν κλινική ανάνηψη. Επίσης στη συμπλήρωση της μελέτης 65.9% στο βραχίονα της Θεραπείας Σχημάτων έναντι 42.9% ασθενών στο βραχίονα της Θεραπείας Εστιασμένης στη Μεταβίβαση εμφάνισαν σημαντική βελτίωση. Στην επανεκτίμηση (follow-up) ένα χρόνο μετά τα ποσοστά κλινικής ανάνηψης ήταν 52% για τη Θεραπεία Σχημάτων και 29% για τη Θεραπεία Εστιασμένη στη Μεταβίβαση (van Asselt et al., 2008). Οι πρόωρες διακοπές ήταν 27% στο βραχίονα της Θεραπείας Σχημάτων και 50% στο βραχίονα της Θεραπείας Εστιασμένης στη Μεταβίβαση.

Επίσης η Θεραπεία Σχημάτων εμφανίστηκε αποτελεσματικότερη και όσον αφορά στο κόστος (cost effectiveness), σε σχέση με τη Θεραπεία Εστιασμένη στη Μεταβίβαση (van Asselt et al., 2008).

Στα πλαίσια της ανωτέρω περιγραφείσας Τυχαιοποιημένης Ελεγχόμενης Μελέτης των Giesen-Bloo et al., πραγματοποιήθηκε μια σημαντική υπομελέτη που αφορά στην εκτίμηση της θεραπευτικής σχέσης της Θεραπείας Σχημάτων και της Θεραπείας Εστιασμένης στη Μεταβίβαση σε ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (Spinhoven et al., 2007). Η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης αξιολογήθηκε με το Ερωτηματολόγιο Θεραπευτικής Σχέσης [Working Alliance Inventory, WAI; (Horvath & Greenberg, 1989)], το οποίο συμπληρώνεται τόσο από τον ασθενή όσο και από τον θεραπευτή. Η εκτίμηση έγινε 3, 15 και 33 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας. Η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης αξιολογήθηκε ως καλύτερη και από θεραπευτές και από θεραπευόμενους στο βραχίονα της Θεραπείας Σχημάτων. Προϊούσης της θεραπείας, η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης όπως την βαθμολογούσαν οι ασθενείς παρουσίαζε βελτίωση και στους δύο βραχίονες, αλλά η δυσφορία του θεραπευτή παρουσίαζε προοδευτική αύξηση στο βραχίονα της Θεραπείας Εστιασμένης στη Μεταβίβαση και ελάττωση στο βραχίονα της Θεραπείας Σχημάτων.

Σε συνέχεια της παραπάνω μελέτης οι Nadort et al. (Nadort, Arntz, et al., 2009a) πραγματοποίησαν τυχαιοποιημένη μελέτη εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας [σε δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (regular mental healthcare practice)]. Η μελέτη αυτή είχε ως στόχο να

διερευνήσει αν η αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Σχημάτων στις δομές που προαναφέρθηκαν και σε διάρκεια 1.5 έτους θα είχε την ίδια αποτελεσματικότητα. Στις τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες η αυστηρή μεθοδολογία αποτελεί συνθήκη διαφορετική από αυτές που επικρατούν στις δομές της καθημερινής κλινικής πρακτικής, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αποτελεσματικότητα στην προσπάθεια επέκτασης των θεραπειών σε ανάλογες δομές ψυχικής υγείας (Rothwell, 1995; Weersing, 2005; Wilson, 1995). Επιπλέον η μελέτη εστιάστηκε και στο γεγονός ότι υπήρχε η δυνατότητα παροχής εξωσυνεδριακής τηλεφωνικής υποστήριξης από τους θεραπευτές προς τους ασθενείς σε περιπτώσεις κρίσης και συναισθηματικής ανάγκης, η οποία αποτελεί ένα σημαντικό συστατικό στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης με την έννοια της διορθωτικής γονεϊκής στάσης της Θεραπείας Σχημάτων (Arntz & van Genderen, 2009; Young et al., 2003). Η τηλεφωνική εξωσυνεδριακή επικοινωνία βρέθηκε ότι αποτελούσε έναν από τους ανασταλτικούς παράγοντες επέκτασης της εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων στις δομές παροχών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Giesen-Bloo, Arntz, van Dyck, Spinhoven, & van Tilburg, 2001; Nadort, Arntz, et al., 2009a). Στη μελέτη συμμετείχαν 62 ασθενείς με διάγνωση Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε δύο βραχίονες εκ των οποίων ο ένας περιλάμβανε επιπλέον τηλεφωνική εξωσυνεδριακή επικοινωνία, ενώ ο άλλος όχι. Ο κύριος δείκτης εκτίμησης της αποτελεσματικότητας ήταν και πάλι το BPDSI και η εκτίμηση των ασθενών γινόταν κάθε 6 μήνες με ολοκλήρωση της ανάλυσης της αποτελεσματικότητας σε 1.5 χρόνο. Τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαίωσαν την υψηλή αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Σχημάτων και δεν έδειξαν καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους δύο βραχίονες της μελέτης. Συγκεκριμένα κλινική ανάνηψη εμφάνισε το 41.94% των ασθενών του βραχίονα με επιπλέον τηλεφωνική υποστήριξη και το 43.33% των ασθενών του βραχίονα χωρίς επιπλέον τηλεφωνική υποστήριξη. Σημαντική βελτίωση το 51.61% των ασθενών του βραχίονα με επιπλέον τηλεφωνική υποστήριξη και το 63.33% των ασθενών του βραχίονα χωρίς επιπλέον τηλεφωνική υποστήριξη. Οι πρόωρες διακοπές ήταν 21.87% και 20% στους δύο βραχίονες αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα της μελέτης ήταν παρόμοια με αυτά της μελέτης των Giesen- Bloo et al. (Giesen-Bloo, van Dyck, et al., 2006), δεν

έδειξαν προσθετική δράση της εξωσυνεδριακής τηλεφωνικής υποστήριξης των ασθενών και συνολικά υποστηρίζουν την επέκταση της εφαρμογής της Θεραπείας σχημάτων σε δομές παροχών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Παρά ταύτα το μακροχρόνιο της θεραπευτικής παρέμβασης και το επακόλουθο κόστος αυτής, αποτέλεσαν σημαντικούς παράγοντες που οδήγησαν στη μελέτη της εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων σε ομαδική μορφή (Farrell, Shaw, & Webber, 2009). Επιπλέον κλινικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ομαδική εφαρμογή, όπως η αίσθηση του "ανήκειν" στην ομάδα, η διορθωτική γονεϊκή στάση από την ομάδα ως υγιή οικογένεια και η ενίσχυση της δημιουργία ταυτότητας για τον ασθενή αποτέλεσαν σημαντικά στοιχεία που ενίσχυσαν τη μελέτη της ομαδικής μορφής της Θεραπείας Σχημάτων (Farrell, Shaw, & Reiss, 2012; Farrell et al., 2009). Η πρώτη Τυχαίοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη εφαρμογής της Ομαδικής Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας πραγματοποιήθηκε από τους Farrell et al. (2009). 32 ασθενείς τυχαίοποιήθηκαν σε δύο βραχίονες. Ο πρώτος περιελάμβανε την πραγματοποίηση Ομαδικής Θεραπείας Σχημάτων και παράλληλα την συνήθη θεραπεία του ασθενούς. Η Ομαδική Θεραπεία Σχημάτων περιελάμβανε συνεδρίες διάρκειας 90 λεπτών με συχνότητα μία φορά την εβδομάδα για 30 εβδομάδες. Η ομάδα περιελάμβανε 8 ασθενείς και 2 θεραπευτές. Η συνήθης θεραπεία περιελάμβανε εβδομαδιαίες υποστηρικτικές συναντήσεις. Ο δεύτερος βραχίονας περιελάμβανε τη συνήθη θεραπεία του ασθενούς όπως και στον πρώτο βραχίονα. Ο έλεγχος της φαρμακοθεραπείας των ασθενών δεν αποτελούσε στόχο της μελέτης, η φαρμακευτική αγωγή έπρεπε να είναι σταθερή πριν την τυχαίοποίηση τους. Όλοι οι ασθενείς λάμβαναν φαρμακευτική (η οποία περιοριζόταν σε φάρμακα που ανήκαν σε πρώτης γενιάς αντιψυχωτικά, αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, βενζοδιαζεπίνες). Όλοι οι ασθενείς είχαν ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας και αυτοτραυματισμών στη διετία προ της έναρξης της μελέτης. Οι δείκτες αποτελεσματικότητας περιελάμβαναν τα Borderline Syndrome Index (BSI) (Conte, Plutchik, Karasu, & Jerrett, 1980), SCL-90-R (Derogatis, 1994), Diagnostic Interview for Borderline personality Disorder-Revised (DIB-R) (Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1990), Global Assessment of Function (GAFS). Στο τέλος της μελέτης 94% των



ασθενών στο βραχίονα της Ομαδικής Θεραπείας Σχημάτων δεν πληρούσαν τα κριτήρια Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας σύμφωνα με την DIB-R, έναντι 16% στο βραχίονα της συνήθους θεραπείας. Το ποσοστό των πρόωρων διακοπών ήταν 0% στο βραχίονα της Ομαδικής Θεραπείας Σχημάτων και 25% στο βραχίονα της συνήθους θεραπείας. Τα αποτελέσματα διατηρήθηκαν στην επανεκτίμηση 6 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας.

### **Άλλες Διαταραχές Προσωπικότητας**

Η υψηλή αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Σχημάτων στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας οδήγησε σε νέες μελέτες εφαρμογής της και σε άλλες κατηγορίες ασθενών με διαταραχές προσωπικότητας.

Πρόσφατα δημοσιεύτηκαν τα αποτελέσματα μιας μεγάλης νατουραλιστικής, τυχαιοποιημένης πολυκεντρικής μελέτης, η οποία συνέκρινε τη Θεραπεία Σχημάτων με την Clarification-Oriented Psychotherapy (μια μορφή πελατοκεντρικής ψυχοθεραπείας) και με τη συνήθη θεραπεία, για ασθενείς με διαγνώσεις διαταραχής προσωπικότητας του cluster C ή Παρανοειδούς, Ιστριονικής, ή Ναρκισσιστικής.

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 323 ασθενείς από 12 κέντρα στην Ολλανδία. Τα 9 κέντρα συμμετείχαν με δύο βραχίονες, Θεραπεία Σχημάτων και συνήθη θεραπεία λόγω έλλειψης θεραπευτών Clarification-Oriented Psychotherapy και τα άλλα 3 με τρεις βραχίονες, Θεραπεία Σχημάτων συνήθη θεραπεία λόγω και Clarification-Oriented Psychotherapy. Οι ασθενείς μοιράστηκαν στους 3 βραχίονες ως εξής: 147 στη Θεραπεία Σχημάτων, 135 στη συνήθη θεραπεία και 41 Clarification-Oriented Psychotherapy. Το πρωτόκολλο της Θεραπείας σχημάτων περιελάμβανε 50 εβδομαδιαίες ατομικές συνεδρίες (40 τον πρώτο χρόνο) και 10 επαναληπτικές τον δεύτερο και ακολουθούσε συγκεκριμένο πρωτόκολλο. Το πρωτόκολλο της Clarification-Oriented Psychotherapy ακολουθούσε επίσης συγκεκριμένο πρωτόκολλο, περιελάμβανε εβδομαδιαίες συνεδρίες και ήταν ανοιχτού τέλους. Η συνήθης θεραπεία ήταν αυτή του κάθε κέντρου, η οποία περιελάμβανε ψυχοθεραπευτική παρέμβαση σε εβδομαδιαία βάση και ακολουθούσε τις κλινικές οδηγίες για αντιμετώπιση των διαταραχών προσωπικότητας στην Ολλανδία. Η ακεραιότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων ελεγχόταν με τη μορφή της εποπτείας, η οποία για τον βραχίονα της Θεραπείας Σχημάτων και της Clarification-Oriented

Psychotherapy ήταν εβδομαδιαία μεταξύ των θεραπευτών (peer supervision) και κεντρική, σε εθνικό επίπεδο, μία φορά το χρόνο. Επίσης στο βραχίονα της συνήθους θεραπείας υπήρχε εποπτεία μεταξύ των θεραπευτών. Οι συνεδρίες των παρεμβάσεων ηχογραφήθηκαν και τυχαία επιλεγμένες συνεδρίες βαθμολογήθηκαν με τη χρήση ειδικών για την κάθε θεραπεία κλιμάκων. Ο κύριος δείκτης αξιολόγησης της μελέτης ήταν η ανάνηψη από τη διαταραχή, ,ε την έννοια της μη πλήρωσης των κριτηρίων της διαταραχής στη συνέντευξη SCID-II. Δευτερεύοντες δείκτες αποτελεσματικότητας περιελάμβαναν τις κλίμακες Global Assessment of Functioning Scale (APA, 1994), Social and Occupational Functioning Assessment Scale (APA, 1994), διαγνώσεις αγχωδών και συναισθηματικών διαταραχών στον Άξονα-I (SCID-I) και αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια (Assessment of DSM-IV Personality Disorders Questionnaire, SCL-90, Work and Social Adjustment Scale, WHOQoI (APA, 1994). Οι εκτιμήσεις πραγματοποιήθηκαν στους 6, 12, 18, 24 και 36 μήνες. Στην τελευταία εκτίμηση στο βραχίονα της Clarification-Oriented Psychotherapy ήταν εφικτό κάποιοι ασθενείς να συνεχίζουν θεραπεία δεδομένης της νατουραλιστικής φύσης της μελέτης και του ανοιχτού τέλους της θεραπείας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά με υπεροχή της θεραπείας σχημάτων αντί των δύο άλλων βραχιόνων. Έτσι Όσον αφορά στον κύριο δείκτη αποτελεσματικότητας 80% των ασθενών ανένηψαν στο βραχίονα της Θεραπείας Σχημάτων, 60% στο βραχίονα της Clarification-Oriented Psychotherapy και 50% στο βραχίονα της συνήθους θεραπείας. Οι πρόωρες διακοπές ήταν λιγότερες στους βραχίονες της Θεραπείας Σχημάτων και της Clarification-Oriented Psychotherapy. Όλες οι θεραπείες έδειξαν βελτίωση των ασθενών στους δευτερεύοντες δείκτες. Οι ασθενείς που έλαβαν Θεραπεία Σχημάτων εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη γενική και κοινωνική λειτουργικότητα και χαμηλότερη εμφάνιση της διάγνωσης της καταθλιπτικής διαταραχής.

Σε άλλη εργασία οι Weertman & Arntz (2007) πραγματοποίησαν διασταυρούμενη μελέτη σύγκρισης της αποτελεσματικότητας τεχνικών εστιασμένων στο παρόν και τεχνικών εστιασμένων στις αναμνήσεις της παιδικής ηλικίας (τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα με τη μορφή νοερών εικόνων και παιχνιδιού ρόλων), σε 21 ασθενείς με μία ή περισσότερες

διαγνώσεις στον άξονα II. Εξαιρέθηκαν της μελέτης οι διαγνώσεις Σχιζότυπης, Σχιζοειδικής, Αντικοινωνικής και Οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Η τελευταία εξαιρέθηκε λόγω της δυσκολίας σε αυτό το δείγμα ασθενών να τηρηθεί ο σχεδιασμός της διασταυρούμενης μελέτης με συγκεκριμένη ακολουθία παρεμβάσεων. Το πρωτόκολλο περιελάμβανε, έπειτα από μια αρχική φάση 12 συνεδριών διερεύνησης την εφαρμογή σε σειρά 24 συνεδριών με εστιασμό στο παρόν και 24 συνεδριών με εστιασμό στο παρελθόν ή το αντίθετο. Η μελέτη έδειξε συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα των τεχνικών εστιασμένων στο παρελθόν με αυτές εστιασμένες στο παρόν. Το μέγεθος επίδρασης της παρέμβασης ήταν μεγάλο, ανεξάρτητο της σειράς των τεχνικών και συγκεκριμένα στην ολοκλήρωση της θεραπείας  $d=0.97$ , στην εκτίμηση στους 3 μήνες  $d=1.90$ , στους 6 μήνες  $d=1.50$  και στους 12 μήνες  $d=1.79$ .

### **Μελέτες Αποτελεσματικότητας της Θεραπείας Σχημάτων σε Διαταραχές του Άξονα I**

Η θεραπεία Σχημάτων αναπτύχθηκε για την θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με προβλήματα στον Άξονα-II. Μελέτες που αφορούν στην εφαρμογή της στον Άξονα-I, είναι μέχρι σήμερα περιορισμένες. Η υψηλή όμως αποτελεσματικότητά της στον Άξονα-II και η υψηλή συνοσηρότητα κάποιων διαταραχών του Άξονα-I με διαταραχές προσωπικότητας, έχει στρέψει το ενδιαφέρον των ερευνητών σε εφαρμογή της Θεραπείας Σχημάτων σε διαταραχές του Άξονα-I, κυρίως με χρόνιο χαρακτήρα, όπου η συνοσηρότητα με τον Άξονα-II ή το ιστορικό τραύματος φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο (Bamelis, Bloo, Bernstein, & Arntz, 2012; Kersten, 2012; Simpson, 2012).

Έτσι η Θεραπεία Σχημάτων έχει εφαρμοστεί πιλοτικά σε ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής (Ohanian, 2002; Simpson, 2012; Simpson, Morrow, van Vreeswijk, & Reid, 2010), με εξάρτηση από ουσίες και διαταραχές προσωπικότητας (Ball, 2007; Ball, Cobb-Richardson, Connolly, Bujosa, & O'Neill, 2005; Ball & Young, 2000), με αγοραφοβία και διαταραχή προσωπικότητας του cluster C (Gude & Hoffart, 2008; A. Hoffart & Sexton, 2002). Παρά ταύτα περισσότερες, μεθοδολογικά καλύτερα οργανωμένες και τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, είναι απαραίτητες στο μέλλον για να

τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητα της Θεραπείας σχημάτων σε αυτές τις διαταραχές.

Πρόσφατα σε μια άρτια μεθοδολογικά οργανωμένη εργασία, μελετήθηκε η χρήση της Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Μείζονα Κατάθλιψη, σε σύγκριση με Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία (Carter et al., 2013). Πρόκειται για μια Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη, σε 100 ασθενείς, οι οποίοι έλαβαν Θεραπεία Σχημάτων ή ΓΣΘ μια φορά την εβδομάδα για 6 μήνες και στη συνέχεια μια φορά το μήνα για άλλους 6 μήνες. Οι δείκτες αποτελεσματικότητας ήταν η Montgomery Asberg Depression Rating Scale, MADRS και το BDI II (Beck et al. 1987). Ως ύφεση ορίστηκε βαθμολογία στη MADRS<10 και στο BDI II<13 για 2 εβδομάδες και ως ανάνηψη βαθμολογία στη MADRS<10 και στο BDI II<13 για 8 εβδομάδες. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο θεραπείες στο τέλος των εβδομαδιαίων ή στο τέλος των μηνιαίων συνεδριών. Στο τέλος της μελέτης τα ποσοστά ύφεσης ήταν 50% για τη Θεραπεία Σχημάτων και 40% για την ΓΣΘ και τα ποσοστά ανάνηψης ήταν 56% για τη Θεραπεία Σχημάτων και 50% για την ΓΣΘ. Στο δείγμα της ανωτέρω μελέτης, 66% των ασθενών στο βραχίονα της Θεραπείας Σχημάτων και 68% των ασθενών στο βραχίονα της ΓΣΘ έπασχαν από χρόνια κατάθλιψη. Επίσης στο βραχίονα της Θεραπείας Σχημάτων 46% των ασθενών είχαν διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας και 10,5% συμπτώματα διαταραχής προσωπικότητας και στον βραχίονα της ΓΣΘ 27% διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας και 7% συμπτώματα διαταραχής προσωπικότητας.

Επίσης οι Brewin et al. (2009) πραγματοποίησαν μελέτη εφαρμογής αποκλειστικά νοερών εικόνων (βασικού συστατικού της Θεραπείας Σχημάτων) σε ασθενείς με κατάθλιψη και με παρεισφρητικές αναμνήσεις αρνητικού περιεχομένου. Οι 10 ασθενείς του δείγματος (μέση ηλικία 41.3 έτη εύρος: 30-56 έτη) παρουσίαζαν χαρακτηριστικά χρόνιας κατάθλιψης (μέσος χρόνος παρόντος καταθλιπτικού επεισοδίου 2,3 έτη) και έλαβαν μέσο όρο 8,1 συνεδριών (το πρωτόκολλο περιελάμβανε 6 εβδομαδιαίες συνεδρίες και στη συνέχεια επαναληπτικές συνεδρίες μέχρι την αποδρομή των παρεισφρητικών αναμνήσεων). Ο βασικός δείκτης αποτελεσματικότητας ήταν το BDI-II (Beck et al., 1979) και ο μέσος όρος των μετρήσεων των ασθενών ήταν 32,7 στην έναρξη της μελέτης και 34,1 στο τέλος μιας βασικής περιόδου (baseline)

διαστήματος 3 εβδομάδων, η οποία στο σχεδιασμό της μελέτης προσέφερε επιβεβαίωση τη σταθερότητας της συμπτωματολογίας. Οι μετρήσεις επαναλαμβάνονταν εβδομαδιαία στη διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης και ακολούθως ανά 3 μήνες στη διάρκεια του επόμενου χρόνου. Τα αποτελέσματα έδειξαν: μέση τιμή BDI-II στο τέλος της παρέμβασης 17,50 και στην επαναληπτική μέτρηση ένα έτος μετά (follow-up) 14,50. Το μέγεθος επίδρασης ήταν μεγάλο  $d=1,92$  στο τέλος της μελέτης και διατηρήθηκε στο follow-up. Τα αποτελέσματα της μελέτης υποστηρίζουν τη χρήση των νοερών εικόνων σαν αποκλειστική θεραπεία μιας υποομάδας ασθενών με χρόνια κατάθλιψη και παρεισφρητικές αναμνήσεις.

Τέλος πρόσφατα οι Renner et al. (2013) πρότειναν ένα μοντέλο εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη. Κατωτέρω παρουσιάζεται μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που υποστηρίζει την εφαρμογή της Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη.

#### **1.2.4. Εφαρμογή της Θεραπείας Σχημάτων σε Ασθενείς με Χρόνια Κατάθλιψη**

Το 20% των ασθενών με Κατάθλιψη αναπτύσσουν χρόνια μορφή (Arnow & Constantino, 2003; Gilmer et al., 2005). Αυτό σημαίνει ότι 2.5-6% του ενήλικου πληθυσμού στην κοινότητα πάσχει από Χρόνια Κατάθλιψη. Η Χρόνια Κατάθλιψη συνδέεται με αυξημένη λειτουργική επιβάρυνση (Klein, Schwartz, Rose, & Leader, 2000; Klein, Shankman, & Rose, 2006; Wells, Burnam, Rogers, Hays, & Camp, 1992), αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, νοσηλεία και οικονομικό κόστος σε σχέση με τις μη χρόνιες μορφές.

Στη βιβλιογραφία διακρίνονται συνήθως τέσσερις τύποι Χρόνιας Κατάθλιψης: 1. Δυσθυμική Διαταραχή, 2. Χρόνια Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή. 3. Διπλή Κατάθλιψη (Μείζων Καταθλιπτικό επεισόδιο επικάθεται σε Δυσθυμική Διαταραχή), 4. Υποτροπιάζουσα Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, με μερική ύφεση μεταξύ των επεισοδίων (Kocsis, 2000; Torrey & Klein, 2008). Οι περισσότεροι ασθενείς με Δυσθυμική Διαταραχή βιώνουν περιόδους στις οποίες πληρούν τα κριτήρια της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (Klein et al., 2006). Το εύρημα αυτό υποστηρίζει την υπόθεση ότι πιθανώς η Δυσθυμική Διαταραχή και η Διπλή Κατάθλιψη αποτελούν

διαφορετικές φάσεις της ίδιας νοσολογικής οντότητας (Cuijpers et al., 2010). Στο DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) η διάγνωση Επιμένουσα καταθλιπτική Διαταραχή (Δυσθυμία) περιλαμβάνει και τις δύο νοσολογικές οντότητες της Χρόνιας Μείζονος Κατάθλιψης και της Δυσθυμίας.

Στη βιβλιογραφία μία σειρά μελετών έχει πραγματοποιηθεί με στόχο τον καθορισμό παραγόντων κινδύνου για ανάπτυξη χρόνιας κατάθλιψης. Οι Holzel et al. (Holzel, Harter, Reese, & Kriston, 2011) σε μια ανασκόπηση αυτής της βιβλιογραφίας αναφέρουν την ύπαρξη σταθερών αποτελεσμάτων για τους παράγοντες νεαρή ηλικία έναρξης, μεγαλύτερη διάρκεια καταθλιπτικών επεισοδίων, οικογενειακό ιστορικό διαταραχών διάθεσης, μικρότερη βαρύτητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές, παρουσία διαταραχής προσωπικότητας ή χαρακτηριστικών προσωπικότητας όπως ο νευρωτισμός και δυσπροσαρμοστικοί ή δυσλειτουργικοί γνωσιακοί παράγοντες. Σε άλλη ανασκόπηση οι Riso et al. (Riso, Miyatake, & Thase, 2002) εστιάζουν στη μελέτη της συμμετοχής έξι παραγόντων κινδύνου στην ανάπτυξη Χρόνιας Κατάθλιψης και πιο συγκεκριμένα σε αναπτυξιακούς παράγοντες, χαρακτηριστικά προσωπικότητας και διαταραχές προσωπικότητας, γεγονότα ζωής και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές, γνωσιακούς και βιολογικούς παράγοντες. Η παρουσία αναπτυξιακών παραγόντων με την έννοια πρώιμης αντιξοότητας και τοξικού περιβάλλοντος παιδικής ηλικίας λαμβάνει την ισχυρότερη υποστήριξη στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που κάνουν.

Παρά ταύτα η ανάδειξη των παραγόντων αυτών βασίζεται στην ανασκόπηση ενός πλήθους μελετών οι οποίες στην πλειοψηφία τους είναι συγχρονικές (cross-sectional studies), γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα εξαγωγής αιτιακών συσχετίσεων μεταξύ παραγόντων κινδύνου και χρόνιας κατάθλιψης. Αυτό θα είναι καλύτερα επιτεύξιμο στο μέλλον μέσα από την πραγματοποίηση προοπτικών (cohort) μελετών (Holzel et al., 2011).

Από τις μελέτες που έχουμε ως σήμερα στη διάθεσή μας, η πρώιμη αντιξοότητα, η παθολογία προσωπικότητας, οι γνωσιακοί και οι διαπροσωπικοί παράγοντες είναι οι τέσσερις κατηγορίες με τη σταθερότερη εμπειρική υποστήριξη ως υποκείμενοι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη χρόνιας κατάθλιψης (Renner et al., 2013).

### Πρώιμη Αντιξοότητα

Ο όρος πρώιμη αντιξοότητα περιλαμβάνει ένα σύνολο τοξικών εμπειριών παιδικής ηλικίας, όπως είναι η κακοποίηση του παιδιού (συναισθηματική, σωματική και σεξουαλική), η παραμέληση (φυσική και συναισθηματική) και γονεϊκές συμπεριφορές όπως απόρριψη, αδιαφορία και υπερβολικός έλεγχος (Renner et al., 2013). Σε σχέση με μη χρόνιες μορφές κατάθλιψης η χρόνια κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από πρωιμότερη έναρξη (Holzel et al., 2011), γεγονός που υποστηρίζει την πιθανή σύνδεση με πρώιμα δρώντες παράγοντες όπως οι τοξικές εμπειρίες παιδικής ηλικίας (Renner et al., 2013). Ένα πλήθος μελετών υποστηρίζει τη σύνδεση των εμπειριών αυτών με τη χρόνια κατάθλιψη (Bifulco, Brown, Lillie, & Jarvis, 1997; Brown, Craig, Harris, Handley, & Harvey, 2007; Brown, Harris, Hepworth, & Robinson, 1994; Brown & Moran, 1994; Hayden & Klein, 2001; Klein et al., 2009; Lizardi & Klein, 2000; Lizardi et al., 1995; Riso et al., 2002). Επίσης οικογενειακά προβλήματα, αγχώδης προσωπικότητα στην παιδική ηλικία, χαμηλή αυτοεκτίμηση στην πρώιμη ενηλικίωση έχουν συνδεθεί με χρόνια κατάθλιψη (Angst, Gamma, Rossler, Ajdacic, & Klein, 2011). Η παρουσία πρώιμης αντιξοότητας έχει συνδεθεί με χαμηλότερα ποσοστά ύφεσης σε ένα πρωτόκολλο 12 εβδομάδων αντικαταθλιπτικής αγωγής (Klein et al., 2009) (βλ. κατωτέρω σελ. 72). Η πρώιμη αντιξοότητα προηγείται της έναρξης της κατάθλιψης αρκετά χρόνια και η χρόνια κατάθλιψη διαμεσολαβείται από παράγοντες κινδύνου εγγύτερους στην έναρξη της (Klein & Santiago, 2003). Σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο της κατάθλιψης, ο τρόπος με τον οποίο το παιδί οργανώνει γνωσιακά τις τοξικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, καθορίζει εάν θα αναπτύξει κατάθλιψη σε μεγαλύτερη ηλικία (Ingram, 2003). Τα ΠΔΣ είναι εγγύς παράγοντες κινδύνου που διαμεσολαβούν τη σχέση ανάμεσα στις πρώιμες εμπειρίες και στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας (Young et al. 2003). Σε συμφωνία με αυτή την υπόθεση είναι και τα ευρήματα της μελέτης των Harris & Curtin (2002) οι οποίοι βρήκαν ότι τα ΠΔΣ Μειονεξία, Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος, Ευαλωτότητα και Ανεπάρκεια/Κατωτερότητα διαμεσολαβούν τη σχέση μεταξύ πρώιμης αντιξοότητας, όπως αυτή μετρήθηκε αναδρομικά με το Parental Bonding Instrument [PBI; (Parker, Tupling, & Brown, 1979)] και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ένα μη κλινικό δείγμα 194 φοιτητών. Επίσης τα ΠΔΣ της κατηγορίας Αποσύνδεση/Απόρριψη διαμεσολαβούν τη

σχέση ανάμεσα σε ιστορικό παιδικής κακοποίησης, όπως αυτό μετρήθηκε αναδρομικά με το Childhood Trauma Questionnaire [CTQ, (Bernstein et al., 1994)] και σε συμπτώματα κατάθλιψης, σε ένα κλινικό δείγμα 48 γυναικών με διαγνώσεις καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής (Cukor & McGinn, 2006). Επίσης οι Lumley και Harkness (2007) μελέτησαν ένα δείγμα 76 καταθλιπτικών εφήβων και βρήκαν ότι το ΠΔΣ Συναισθηματική Στέρηση διαμεσολαβεί μεταξύ σωματικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία και ανηδονικής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, ενώ τα ΠΔΣ Κοινωνική Απομόνωση και Αυτοθυσία διαμεσολαβούν μεταξύ συναισθηματικής κακομεταχείρισης και ανηδονικής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η πρώιμη αντιξοότητα εκτιμήθηκε με την ημιδομημένη συνέντευξη Childhood Experience of Care and Abuse Interview [CECA; (Bifulco, Brown, & Harris, 1994)]. Σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση οι Nanni et al. (Nanni, Uher, & Danese, 2012), αναφέρουν ότι η παιδική κακοποίηση συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιας κατάθλιψης και απουσίας ανταπόκρισης) στη θεραπεία. Επίσης ο Agosti (2014) αναφέρει στα πλαίσια μιας μεγάλης προοπτικής επιδημιολογικής μελέτης το ιστορικό παιδικής κακοποίησης ως σημαντικό προγνωστικό παράγοντα ελάττωσης της πιθανότητας ανάνηψης από Χρόνια Κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή.

#### Διαταραχές Προσωπικότητας

Πολλές μελέτες έχουν δείξει αυξημένα ποσοστά διαταραχών προσωπικότητας σε ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη (Garyfallos et al., 1999; Klein et al., 1995; Maddux et al., 2009; Pepper et al., 1995; Riso et al., 1996; Riso et al., 2002). Μεταξύ ασθενών με δυσθυμική διαταραχή τα ποσοστά διαταραχών προσωπικότητας σε διάφορες μελέτες φτάνουν μέχρι και 65% (Klein et al., 1995; Riso et al., 2002). Η παρουσία διαταραχών προσωπικότητας του Cluster C προβλέπουν αρνητική έκβαση της εξέλιξης σε μια νατουραλιστική μελέτη 5-ετούς (Hayden & Klein, 2001) και 10-ετούς (Klein, Shankman, & Rose, 2008) παρακολούθησης ασθενών με δυσθυμία και διπλή κατάθλιψη. Οι περισσότερες μελέτες στη σχέση διαταραχών προσωπικότητας και χρόνιας κατάθλιψης αφορούν στην επίδραση που έχει η διαταραχή προσωπικότητας στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Μια πρόσφατη μετά-ανάλυση αναφέρει ότι η συννοσηρότητα με διαταραχή προσωπικότητας διπλασιάζει τον κίνδυνο αρνητικής έκβασης της θεραπείας σε ασθενείς με Μείζονα



Καταθλιπτική Διαταραχή (Newton-Howes, Tyrer, & Johnson, 2006). Σε μια μελέτη των Maddux et al. (2009), βρέθηκε ότι δεν υπήρχε επίδραση της συννοσηρότητας με διαταραχή προσωπικότητας στην έκβαση της θεραπείας στη χρόνια κατάθλιψη, ενώ σε μία άλλη των Skodol et al. (2011) η συννοσηρότητα διαταραχής προσωπικότητας και ειδικά οριακής διαταραχής προσωπικότητας προβλέπει χαμηλά ποσοστά ύφεσης σε καταθλιπτικούς ασθενείς. Η εργασία των Maddux et al. (2009) παίρνει τα δεδομένα της από μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, από την οποία επίσης εξαιρέθηκαν ασθενείς με σοβαρή οριακή διαταραχή προσωπικότητας, ενώ η μελέτη των Skodol et al. (2011) είναι μια προοπτική επιδημιολογική μελέτη, η οποία βρίσκει ότι ειδικά οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας έχουν χαμηλά ποσοστά ύφεσης. Το θέμα της επίδρασης της διαταραχής -και ποιας διαταραχής- προσωπικότητας στην έκβαση της θεραπείας ασθενών με χρόνια κατάθλιψη παραμένει ανοιχτό, αλλά το γεγονός της υψηλής συννοσηρότητας και της αρνητικής επίδρασης στην έκβαση της θεραπείας σε επεισοδιακές μορφές κατάθλιψης, υποδεικνύει την ανάγκη να ληφθεί υπόψη στη θεραπεία της χρόνιας κατάθλιψης (Renner et al., 2013).

#### Γνωσιακοί Παράγοντες

Σύμφωνα με τη γνωσιακή θεωρία της κατάθλιψης, οι αρνητικές πυρηνικές πεποιθήσεις και τα γνωσιακά σχήματα αποτελούν βασικούς παράγοντες ευαλωτότητας στην κατάθλιψη (Beck, 1967; Beck et al., 1979). Ο Young ανέπτυξε περαιτέρω την ιδέα των ΠΔΣ (βλ. εισαγωγή σελ. 4) τα οποία αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα της επίδρασης πρώιμων τοξικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας και επακόλουθης ματαίωσης των πυρηνικών συναισθηματικών αναγκών του ατόμου, αποτελούν δε το υπόβαθρο ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας και χρόνιων ψυχολογικών διαταραχών (Young, 1994, Young et al. 2003).

Οι μελέτες εκτίμησης της γνωσιακής επεξεργασίας σε επίπεδο ΠΔΣ σε ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη είναι λίγες. Οι Riso et al. (2003) στην εργασία τους (βλ. σελ. 40) βρήκαν ότι οι ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα ΠΔΣ σε σχέση με μη χρονίως καταθλιπτικούς ασθενείς ακόμα και μετά τον έλεγχο για τα επίπεδα κατάθλιψης και τα ΠΔΣ των κατηγοριών Ανεπαρκής Αυτονομία και Επίδοση και Υπερεπαγρύπνιση και

Αναστολή διαχωρίζουν τους χρόνιους από τους μη χρόνιους καταθλιπτικούς ασθενείς.

Επίσης όπως ήδη αναφέρθηκε στην ανάλυση της πρώιμης αντιξοότητας ως αιτιολογικού παράγοντα στη χρόνια κατάθλιψη, μια σειρά εργασιών (Cukor & McGinn, 2006; Harris & Curtin, 2002; Lumley & Harkness, 2007) υποστηρίζουν την παρουσία των ΠΔΣ (τα οποία είναι αποτέλεσμα της πρώιμης αντιξοότητας) ως διαμεσολαβητών ανάμεσα στις τοξικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην ενήλικη ζωή.

Επίσης οι Renner et al. (Renner et al., 2012) στην εργασία τους (βλ. σελ. 43) βρήκαν ότι τα ΠΔΣ παραμένουν σταθερά μετά από βραχυπρόθεσμες θεραπείες εξωτερικών ασθενών με κατάθλιψη, γεγονός που υποδεικνύει ότι πιθανώς η υποκείμενη γνωσιακή ευαλωτότητα παραμένει ανέγγιχτη προδιαθέτοντας σε νέες υποτροπές ή χρονιότητα.

#### Διαπροσωπικοί Παράγοντες

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς εμφανίζουν ένα μοτίβο διαπροσωπικών σχέσεων το οποίο χαρακτηρίζεται από ένα συνδυασμός κοινωνικής αποφυγής και απουσίας διεκδικητικότητας (Barrett & Barber, 2007; Renner et al., 2012). Το μοτίβο αυτό παραμένει σταθερό μετά από γνωσιακή θεραπεία για την κατάθλιψη (Renner et al. 2012). Σε μια συγχρονική (cross-sectional) μελέτη σε καταθλιπτικούς ασθενείς, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη εμφάνιζαν υψηλότερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα Κοινωνικής αποφυγής του Ερωτηματολογίου Διαπροσωπικών Προβλημάτων, σε σχέση με μη-χρονίως καταθλιπτικούς ασθενείς (Ley et al., 2011). Σε μία προοπτική μελέτη βρέθηκε ότι τα διαπροσωπικά προβλήματα συνδέονταν με τη χρονιότητα της κατάθλιψης και ότι μερικώς διαμεσολαβούσαν στη σχέση μεταξύ πρώιμης αντιξοότητας και χρόνιας κατάθλιψης (Brown & Moran, 1994). Ο Joiner (Joiner, 2000) ανέπτυξε ένα μοντέλο για τη χρόνια κατάθλιψη, με έμφαση στους διαπροσωπικούς παράγοντες. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η χρόνια κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από αυξημένη αναζήτηση αρνητικής ανατροφοδότησης, αναζήτηση επιβεβαίωσης και αποφυγή σύγκρουσης.

Οι Renner et al. (2013) λαμβάνοντας υπόψη τους ανωτέρω περιγραφέντες παράγοντες προτείνουν ένα μοντέλο κατανόησης της χρόνιας κατάθλιψης, εστιασμένο στα ΠΔΣ. Σύμφωνα με αυτό οι τοξικές εμπειρίες της

παιδικής ηλικίας αποτελούν απώτερο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση χρόνιας κατάθλιψης, η οποία διαμεσολαβείται από την παρουσία εγγύτερων παραγόντων όπως τα ΠΔΣ. Τα ΠΔΣ κινητοποιούνται με αφορμή αρνητικά γεγονότα ζωής, όπως απώλεια ή αποτυχία και διατηρούνται μέσω αποφευκτικών στρατηγικών και διαπροσωπικών συμπεριφορών, οι οποίες με τη σειρά τους συντηρούν τα ΠΔΣ. Επίσης οι διαπροσωπικές συμπεριφορές με τη μορφή της αποφυγής κοινωνικών καταστάσεων ή συγκρούσεων, συντηρούν την καταθλιπτική συμπτωματολογία μέσω αποστέρησης θετικής ανατροφοδότησης προς το άτομο. Στο μοντέλο αυτό ο απώτερος παράγοντας της πρώιμης αντιξοότητας γίνεται κατανοητός ως παράγοντας που αυξάνει την ευαλωτότητα του ατόμου στη δημιουργία εγγύτερων παραγόντων κινδύνου, οι οποίοι με τη σειρά τους συνδέονται με την εμφάνιση χρόνιας κατάθλιψης μέσω σχετικών κινητοποιητικών γεγονότων ζωής (Renner et al. 2013).

Για την θεραπευτική αντιμετώπιση της χρόνιας κατάθλιψης, μια σειρά μελετών την τελευταία δεκαετία δείχνουν αποτελεσματικότητα με τη χορήγηση αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής (Kocsis, 2000; Thase et al., 2002), ψυχοθεραπείας (Markowitz, 1994; McCullough et al., 2000; Riso et al., 2003), ή συνδυασμού των δύο παρεμβάσεων (Keller et al., 2000). Παρά το γεγονός ότι η φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά αποτελεί μια θεραπεία τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας, ένα ποσοστό περίπου 50% των ασθενών δεν ανταποκρίνεται (Kocsis, 2000), ενώ ένα επιπλέον 20% δεν εμφανίζει πλήρη ανάνηψη (Kocsis et al., 2009).

Μια άλλη σειρά μελετών ερευνά ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις για τη χρόνια κατάθλιψη είτε μεμονωμένα, είτε σε συνδυασμό με φαρμακευτική. Παρακάτω περιγράφονται συνοπτικά οι κυριότερες μελέτες ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με δυσθυμία ή χρόνια κατάθλιψη (με βάση τη διάκριση του DSM-IV το οποίο ίσχυε όταν πραγματοποιήθηκαν).

#### Δυσθυμία-Σύγκριση ψυχοθεραπείας με φαρμακοθεραπεία

Οι Barrett et al. (2001) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα παροξετίνης (αριθμός ασθενών N=42), placebo (N=42) και ψυχοθεραπείας βραχείας επίλυσης προβλημάτων (brief problem-solving psychotherapy/PST) (N=43) που περιελάμβανε 6 συνεδρίες σε 11 εβδομάδες. Τα ποσοστά ανάνηψης ήταν

σημαντικά υψηλότερα για τις δύο ενεργείς θεραπείες σε σχέση με το placebo, με σαφή υπεροχή της παροξετίνης (παροξετίνη=80%, PST=57%, placebo=44%).

Οι Williams et al. (2000) από την ίδια ερευνητική ομάδα εξέτασαν την επίδραση των ίδιων θεραπειών (παροξετίνη, PST και placebo) σε N= 69, 72, 70 αντίστοιχα ηλικιωμένους ασθενείς (>60 ετών). Η παροξετίνη ήταν αποτελεσματικότερη θεραπεία, ενώ δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ placebo και PST.

Οι Dunner et al. (1996) βρήκαν ότι η θεραπεία με ΓΣΘ ή φλουοξετίνη για 16 εβδομάδες σε N=13 και 18 ασθενείς αντίστοιχα, ήταν εξίσου αποτελεσματικές.

#### Δυσθυμία-Συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας

Οι Browne et al. (2002) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα της σερτραλίνης (N=196) της βραχείας διαπροσωπικής θεραπείας 10 συνεδριών (N=178) και του συνδυασμού τους (N=212) με διάρκεια θεραπείας 6 μηνών και επαναξιολόγηση 18 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας σε νατουραλιστικό πλαίσιο. Η αποτελεσματικότητα στο τέλος της θεραπείας ήταν αντίστοιχη για τη σερτραλίνη (60%) και τη συνδυαστική θεραπεία (58%) με σημαντική υπεροχή έναντι της διαπροσωπικής θεραπείας (47%). Τα αποτελέσματα διατηρήθηκαν και στην επαναξιολόγηση. Οι ασθενείς στο βραχίονα της συνδυαστικής θεραπείας εμφάνισαν σε σχέση με τους ασθενείς στο βραχίονα της σερτραλίνης, μικρότερα κόστη σε επίπεδο χρήσης υπηρεσιών υγείας, τόσο στο τέλος της θεραπείας όσο και στην επαναξιολόγηση. Στη συγκεκριμένη εργασία χρήζει αξιολόγησης το γεγονός ότι η λήψη σερτραλίνης συνεχίστηκε (τόσο στους ασθενείς που έλαβαν μόνο φαρμακοθεραπεία όσο και στους ασθενείς που έλαβαν συνδυαστική θεραπεία) σε όλο το διάστημα των 18 μηνών μετά το τέλος των παρεμβάσεων μέχρι την αξιολόγηση. Το γεγονός αυτό, δεδομένης της ύπαρξης των ασθενών που έλαβαν μόνο διαπροσωπική θεραπεία, καθιστά προβληματική την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της επαναξιολόγησης.

Οι De Mello et al. (de Mello, Myczcowisk, & Menezes, 2001) συνέκριναν τη συνδυασμένη χορήγηση μοκλοβεμίδης και διαπροσωπικής θεραπείας 16 συνεδριών με 6 πρόσθετες συνεδρίες συντήρησης (N=16) σε σχέση με χορήγηση μοκλοβεμίδης και κλινική διαχείριση (N=19). Και στους

δύο βραχίονες βρέθηκε σημαντική υποχώρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, με τάση υπεροχής (χωρίς στατιστική σημαντικότητα) στο βραχίονα της συνδυαστικής θεραπείας. Στο βραχίονα της συνδυαστικής θεραπείας το ποσοστό πρόωρου τερματισμού της θεραπείας ήταν 37%, ενώ στο βραχίονα της μοκλοβεμίδης με κλινική διαχείριση μόνο, το ποσοστό αυτό έφτασε το 58%. Το μικρό δείγμα και το γεγονός ότι ένας μόνο θεραπευτής πραγματοποίησε τις θεραπείες αποτελούν σημαντικούς περιορισμούς στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Οι Ravindran et al. (1999) συνέκριναν: placebo (N=24), placebo+ομαδική ΓΣΘ, 12 συνεδριών (N=24), σερτραλίνη (N=22) και συνδυασμό σερτραλίνης και ομαδικής ΓΣΘ (N=24). Βρέθηκε αποτελεσματικότητα 71% στο βραχίονα της συνδυαστικής θεραπείας, 54% στο βραχίονα της σερτραλίνης, 33% στους βραχίονες placebo+ομαδική ΓΣΘ και placebo. οι διαφορές μεταξύ συνδυαστικής θεραπείας και σερτραλίνης μόνο δεν ήταν στατιστικά σημαντικές αλλά το δείγμα ήταν αρκετά μικρό για τον συγκεκριμένο σχεδιασμό ομάδων (group design).

Οι Hellerstein et al. (2001) συνέκριναν τη χορήγηση φλουοξετίνης και συνδυασμού φλουοξετίνης και διαπροσωπικής θεραπείας 16 συνεδριών, σε ασθενείς με δυσθυμική διαταραχή οι οποίοι είχαν απαντήσει μερικώς στη φαρμακοθεραπεία. Η αποτελεσματικότητα στο τέλος της θεραπείας και 12 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας ήταν 89% και 61% αντίστοιχα στο βραχίονα της συνδυαστικής θεραπείας και 76% και 40% αντίστοιχα στο βραχίονα που έλαβε μόνο φλουοξετίνη. Αν και οι διαφορές μεταξύ των βραχιόνων δεν ήταν στατιστικά σημαντικές, θα πρέπει να σημειωθεί ότι το δείγμα ήταν μικρό και συνεπώς τα αποτελέσματα ευνοούν την μελέτη διαφορετικών στρατηγικών παρέμβασης.

Οι Markowitz et al. (Markowitz, Kocsis, Bleiberg, Christos, & Sacks, 2005) συνέκριναν τη διαπροσωπική θεραπεία 16-18 συνεδριών, τη βραχεία υποστηρικτική ψυχοθεραπεία ίδιου αριθμού συνεδριών, τη χορήγηση σερτραλίνης και το συνδυασμό σερτραλίνης και διαπροσωπικής θεραπείας σε 94 ασθενείς με δυσθυμική διαταραχή σε μια θεραπευτική παρέμβαση 16 εβδομάδων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ποσοστά απάντησης 58% στο βραχίονα της σερτραλίνης, 57% στο βραχίονα συνδυασμού σερτραλίνης και

διαπροσωπικής θεραπείας, 35% στο βραχίονα της διαπροσωπικής θεραπείας και 31% στο βραχίονα της βραχείας υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας.

Όλα τα αποτελέσματα των ανωτέρω μελετών δείχνουν σαφή υπεροχή της φαρμακοθεραπείας έναντι της ψυχοθεραπείας και μικρή αλλά συχνά όχι στατιστικά σημαντικά υπεροχή της συνδυαστικής θεραπείας έναντι της μονοθεραπείας με φαρμακευτική αγωγή.

#### Χρόνια Κατάθλιψη- Συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας

Το 2000 οι Keller et al. (2000) πραγματοποίησαν μια μεγάλη τυχαίοποιημένη μελέτη, στην οποία 681 ασθενείς με DSM-IV χρόνια κατάθλιψη τυχαίοποιήθηκαν σε τρεις βραχίονες: νεφαζοδόνη (N=226), Cognitive Behavior Analysis System of Psychotherapy (CBASP) (N=228) και συνδυασμού νεφαζοδόνης και CBASP (N=227). Η CBASP (Mc Cullough 2000) αποτελεί μια μορφή ψυχοθεραπείας, η οποία αναπτύχθηκε για την αντιμετώπιση της χρόνιας κατάθλιψης και η οποία συνδυάζει γνωσιακά-συμπεριφοριστικά και διαπροσωπικά στοιχεία. Εκπαιδεύει τον ασθενή στην κατανόηση των επακόλουθων των συμπεριφορών του και στη χρήση ενός αλγόριθμου επίλυσης προβλημάτων σε κοινωνικές καταστάσεις για την αντιμετώπιση των διαπροσωπικών δυσκολιών. Έχει πιο δομημένη μορφή από τη διαπροσωπική θεραπεία και σε σχέση με τη γνωσιακή θεραπεία εστιάζει περισσότερο σε διαπροσωπικά θέματα, συμπεριλαμβανομένης και της σχέσης με τον θεραπευτή. Το πρωτόκολλο για την CBASP στην ανωτέρω μελέτη ακολουθούσε βιβλίο οδηγιών και περιελάμβανε 8 συνεδρίες με συχνότητα δύο φορές την εβδομάδα, για τις 4 πρώτες εβδομάδες και ακολούθως εβδομαδιαίες συνεδρίες για άλλες 8 εβδομάδες, μέχρι δηλαδή τη δωδέκατη εβδομάδα. Σε συγκεκριμένες περιπτώσεις που οι ασθενείς αντιμετώπιζαν δυσκολίες με την επίλυση προβλημάτων, το πρωτόκολλο προέβλεπε τη δυνατότητα επέκτασης των δύο συνεδριών εβδομαδιαίως μέχρι την όγδοη εβδομάδα. Συνεπώς το σύνολο της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης περιελάμβανε 16-20 συνεδρίες. Ο βασικός δείκτης αποτελεσματικότητας ήταν η Κλίμακα για την Κατάθλιψη Hamilton 24 λημμάτων (Hamilton rating scale for Depression-24, HRSD-24). Τα κριτήρια εισαγωγής απαιτούσαν βαθμολογία στην HRSD τουλάχιστον 20. Ως πλήρης ύφεση ορίστηκε βαθμολογία όχι μεγαλύτερη του 8, στις εβδομάδες 10 και 12 για όσους ολοκλήρωσαν τη μελέτη ή στην εβδομάδα διακοπής για όσους

διέκοψαν. Ως ικανοποιητική ανταπόκριση ορίστηκε η ελάττωση της βαθμολογίας στη HRSD κατά 50% με βαθμολογία μικρότερη ή ίση του 15 στις εβδομάδες 10 και 12 ή στην εβδομάδα διακοπής. Τα ποσοστά απάντησης στη θεραπεία.

Τα συνολικά ποσοστά ανταπόκρισης (ύφεση και ικανοποιητική ανταπόκριση) στο σύνολο των ασθενών που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν: 48% για τον βραχίονα της ψυχοθεραπείας, 48% για τον βραχίονα της νεφαζοδόνης και 73% για τον βραχίονα συνδυασμού ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας.

Τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύουν μια μεγάλη διαφορά του συνδυασμού φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας έναντι της κάθε παρέμβασης μόνης της και διαφοροποιούνται σε μεγάλο βαθμό από την προηγούμενη βιβλιογραφία που αναφέρθηκε ανωτέρω για τη δυσθυμία. Οι δύο λόγοι που προτάθηκαν για να εξηγήσουν αυτή τη διαφορά ήταν το γεγονός ότι η CBAP αποτελεί μορφή ψυχοθεραπείας ειδικά σχεδιασμένη για την αντιμετώπιση της χρόνιας κατάθλιψης και η δόση της ψυχοθεραπείας (μέσος όρος 18 συνεδρίες) ήταν μεγαλύτερος από τον αριθμό των συνεδριών που δόθηκε στις προηγούμενες μελέτες (Arnow & Konstantino 2003). Επίσης ένα εύρημα της μελέτης ήταν το γεγονός ότι κατά τις τέσσερις πρώτες εβδομάδες δεν υπήρχαν διαφορές ανάμεσα στον βραχίονα της φαρμακευτικής και της συνδυαστικής θεραπείας και η CBASP μόνη της σχετιζόταν με μικρότερη ελάττωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Μόνο μετά την όγδοη εβδομάδα η αποτελεσματικότητα στον βραχίονα της CBASP έφτασε την αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας και η υπεροχή της συνδυαστικής θεραπείας έγινε σαφής. Το γεγονός αυτό ίσως δείχνει ότι εκτός από την καθυστέρηση στην επίτευξη των αποτελεσμάτων στο βραχίονα της ψυχοθεραπείας, ίσως οι ασθενείς χρειάζονται μεγαλύτερη δόση ψυχοθεραπείας στην αρχική φάση (Arnow & Konsantino 2003).

Στο ίδιο κλινικό δείγμα ασθενών οι Nemeroff et al. (2003) μελέτησαν αναδρομικά, με χρήση του Childhood Trauma Scale (Lizardi et al., 1995) την επίδραση της παρουσίας φυσικής ή σεξουαλικής κακοποίησης, παραμέλησης, απώλειας γονέα ή άλλου τραύματος στο ιστορικό της παιδικής ηλικίας των ασθενών, στην έκβαση των παρεχομένων από τη μελέτη θεραπειών. Βρέθηκε ότι μεταξύ των ασθενών που είχαν ιστορικό τραύματος η

ψυχοθεραπεία ήταν ανώτερη της φαρμακοθεραπείας και η συνδυαστική θεραπεία οριακά μόνο ανώτερη και όχι σε στατιστικά σημαντικό βαθμό της ψυχοθεραπείας μόνον. Τα αποτελέσματα αυτά υποστηρίζουν την εφαρμογή της ψυχοθεραπείας ως βασικής μεθόδου αντιμετώπισης ασθενών με ιστορικό τραύματος στην παιδική ηλικία.

#### Στρατηγικές αλλαγής θεραπείας-Μελέτες διατήρησης του αποτελέσματος της θεραπείας- Μελέτες ενίσχυσης φαρμακοθεραπείας με ψυχοθεραπεία στη χρόνια κατάθλιψη

Σε επόμενη έρευνα στο ίδιο κλινικό δείγμα της εργασίας των Keller et al. (2000) οι Schatzberg et al. (2005) μελέτησαν τους ασθενείς οι οποίοι δεν απάντησαν στη μονοθεραπεία και τους μοίρασαν σε δύο βραχίονες: στον ένα βραχίονα οι ασθενείς οι οποίοι δεν απάντησαν στη μονοθεραπεία με νεφαζοδόνη έλαβαν CBASP και στον άλλο βραχίονα, αυτοί που δεν απάντησαν στη μονοθεραπεία με CBASP έλαβαν νεφαζοδόνη. Τα αποτελέσματα έδειξαν απάντηση (ύφεση και ικανοποιητική απάντηση) σε 57% επί του συνόλου των ασθενών που έλαβαν στη δεύτερη αυτή φάση CBASP και σε 42% επί του συνόλου των ασθενών που έλαβαν στη δεύτερη φάση νεφαζοδόνη. Στο βραχίονα της νεφαζοδόνης οι πρόωρες διακοπές ήταν μεγαλύτερες (28%) σε σχέση με το βραχίονα της CBASP (13%) πιθανώς λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών. Τα υψηλότερα αυτά ποσοστά πρόωρων διακοπών ίσως να εξηγούν και τη διαφορά στην αποτελεσματικότητα ανάμεσα στους δύο βραχίονες. Τα αποτελέσματα της μελέτης υποστηρίζουν τη στρατηγική αλλαγής από φαρμακοθεραπεία σε ψυχοθεραπεία και το αντίθετο, όταν η αρχική θεραπεία δεν έχει αποτελεσματικότητα (άλλες στρατηγικές υποστηρίζουν την αλλαγή φαρμάκου, είτε την ενίσχυση της φαρμακοθεραπείας με άλλο φάρμακο, είτε τον συνδυασμό φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας).

Παρά το γεγονός ότι τα προηγούμενα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά, συχνά δεν διατηρούνται και προκειμένου να αποφευχθεί η υποτροπή απαιτείται συνέχιση της θεραπείας (Renner et al. 2013). Έτσι, η ίδια ερευνητική ομάδα της εργασίας των Keller et al. (2000), σε άλλη εργασία (Gelenberg et al., 2003), που αφορούσε επίσης στο ίδιο δείγμα ασθενών, τυχαιοποίησε τους ασθενείς που απάντησαν στη θεραπεία των 12 εβδομάδων και διατήρησαν το αποτέλεσμα για μια περίοδο διάρκειας 16 εβδομάδων



συνέχισης της αρχικής θεραπείας, σε δύο βραχίονες: ο ένας έλαβε νεφαζοδόνη για 52 εβδομάδες και ο άλλος έλαβε placebo. Βρέθηκε ότι ο κίνδυνος υποτροπής ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερος στο βραχίονα της νεφαζοδόνης (30%) σε σχέση με το βραχίονα του placebo (47,5%). Επίσης τα ποσοστά υποτροπής δεν διέφεραν ανάμεσα στους ασθενείς που είχαν λάβει αρχικά CBASP σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν λάβει αρχικά νεφαζοδόνη. Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδεικνύουν ότι διατήρηση του αποτελέσματος απαιτεί μακροχρόνια συνέχιση της θεραπείας και ότι η CBASP δεν προσφέρει μεγαλύτερη προφύλαξη από την φαρμακοθεραπεία σε ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη (Gelenberg et al., 2003).

Οι Kocsis et al. (2009), στα πλαίσια των εργασιών της ίδιας ερευνητικής ομάδας, πραγματοποίησαν κλινική εργασία εκτίμησης της ενίσχυσης της φαρμακευτικής θεραπείας με ψυχοθεραπεία (Research Evaluating the Value of Augmentating Medication with Psychotherapy-REVAMP trial). Στη μελέτη αυτή N=808 ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη έλαβαν σε μία πρώτη ανοιχτή φάση αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή, με βάση συγκεκριμένο αλγόριθμο. Στη δεύτερη φάση της μελέτης, οι ασθενείς οι οποίοι συμπλήρωσαν την πρώτη φάση της μελέτης (N=632) και δεν ανταποκρίθηκαν ή ανταποκρίθηκαν μερικώς (N=491) τυχαιοποιήθηκαν σε τρεις βραχίονες: αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής διάρκειας 12 εβδομάδων, (N=96), προσθήκη στην αρχική φαρμακευτική αγωγή CBASP (16 συνεδρίες εντός 12 εβδομάδων), (N=200), προσθήκη στην αρχική φαρμακευτική αγωγή βραχείας υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας (Brief Supportive psychotherapy, BSP) (16-20 συνεδρίες εντός 12 εβδομάδων) (N=195). Τα αποτελέσματα ήταν: ύφεση για το 15% των ασθενών, μερική ανταπόκριση για το 22,5 των ασθενών και απουσία απάντησης για το 62,5% των ασθενών. Έτσι παρά την προσθήκη της ψυχοθεραπείας και ιδιαίτερα της CBASP, η οποία είχε εμφανίσει ενθαρρυντικά αποτελέσματα σε προηγούμενες μελέτες, 62,5% των ασθενών παρέμεινε χωρίς βελτίωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, αποτέλεσμα το οποί έρχεται σε αντίθεση με τις προηγούμενες μελέτες (Keller et al. 2000; Schatzberg et al. 2005) προερχόμενες από την ίδια ερευνητική ομάδα (Kocsis et al. 2009).

### Πρόγνωση της θεραπείας της χρόνιας κατάθλιψης- Ο ρόλος της ύπαρξης πρώιμης αντιξοότητας

Επίσης η ίδια ερευνητική ομάδα, η οποία πραγματοποίησε τη μελέτη των Kocsis et al. (2009), μελέτησε την επίδραση της παρουσίας πρώιμης αντιξοότητας κατά την παιδική ηλικία, στην πρόγνωση της θεραπείας, στο ανωτέρω δείγμα ασθενών κατά την πρώτη φάση της μελέτης, (Klein et al., 2009). Η παρουσία πρώιμης αντιξοότητας διαπιστώθηκε σε ποσοστό 36% των ασθενών, εύρημα σύμφωνο με την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία (βλ. ανωτέρω σελ. 61).

Μόνο το 32% αυτών που είχαν δεχτεί σοβαρή κακοποίηση ανένηψαν της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην πρώτη φάση της μελέτης, ενώ το ποσοστό ανάνηψης για ασθενείς χωρίς παρόμοιο ιστορικό έφτανε το 44%. Τα αποτελέσματα αυτά υποστηρίζουν τα ευρήματα της μελέτης των Nemeroff et al. (2003) σχετικά με την αξία ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη και ιστορικό αντιξοότητας στην παιδική ηλικία (Klein et al. 2009). Επίσης βρίσκονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης των Nanni et al. (2012) και της μελέτης του Agosti (2014) που βρίσκουν ότι η παρουσία στο ιστορικό κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία ελαττώνει την πιθανότητα απάντησης στη θεραπεία.

### Πρόσφατες μετα-αναλύσεις για τη θεραπεία της χρόνιας κατάθλιψης

Σε μία πρόσφατη μετα-ανάλυση (von Wolff, Holzel, Westphal, Harter, & Kriston, 2013), τα ευρήματα που προέκυψαν έδειξαν μικρή αλλά όχι στατιστικά σημαντική αύξηση της αποτελεσματικότητας του συνδυασμού ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας σε σχέση μόνο με φαρμακοθεραπεία.

Οι Cuijpers et al. (2010) επεξεργάστηκαν τα αποτελέσματα 16 μελετών ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη (συμπεριλαμβανομένης και της δυσθυμίας). Στη μετα-ανάλυση αυτή περιλαμβάνονταν τυχαιοποιημένες μελέτες στις οποίες τα αποτελέσματα της ψυχολογικής θεραπείας συγκρίνονταν με μία ομάδα ελέγχου, μια άλλη θεραπεία (ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία) ή συνδυασμό ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας. Η ψυχοθεραπεία βρέθηκε αποτελεσματική με μικρό όμως μέγεθος επίδρασης ( $d=0,23$ ). Η ψυχοθεραπεία ήταν λιγότερο αποτελεσματική από την φαρμακοθεραπεία ( $d=-0,31$ ), ειδικά με SSRIs, αλλά το αποτέλεσμα αυτό οφειλόταν αποκλειστικά στις μελέτες ασθενών με

δυσθυμία. Η συνδυαστική θεραπεία ήταν αποτελεσματικότερη της φαρμακοθεραπείας ( $d=0,23$ ) και της ψυχοθεραπείας ( $d=0,45$ ) όταν χορηγούνταν ως μονοθεραπείες. Επίσης στην ίδια μετα-ανάλυση οι συγγραφείς αναφέρουν ενδείξεις ότι το μέγεθος επίδρασης όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας αυξάνει με τον αριθμό των συνεδριών.

Σε άλλη μετά-ανάλυση (Imel, Malterer, McKay, & Wampold, 2008) οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η υψηλότερη αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας σε σχέση με την ψυχοθεραπεία για ασθενείς με δυσθυμία, πιθανώς να οφείλεται στο γεγονός ότι στις υπάρχουσες μέχρι σήμερα μελέτες, οι ψυχοθεραπείες που χρησιμοποιούνται είναι βραχείας μορφής, γεγονός που πιθανόν να τις καθιστά αναποτελεσματικές για την αντιμετώπιση της δυσθυμίας. Οι συγγραφείς προτείνουν την μελέτη περισσότερο μακροχρόνιων πρωτοκόλλων ψυχοθεραπείας για την αντιμετώπιση της δυσθυμίας και τη δυνατότητα σύγκρισης με την αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας (Imel et al. 2008).

Επίσης οι Klein et al. (2008) στη μελέτη τους για δέκα έτη της πορείας και πρόγνωσης της νόσου σε ασθενείς με δυσθυμία και διπλή κατάθλιψη προτείνουν ότι ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη και συννοσηρότητα με διαταραχή προσωπικότητας, ίσως χρειάζονται τροποποιημένες, πιο εντατικές και μακροχρόνιες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.

Συνοψίζοντας την ανωτέρω περιγραφείσα βιβλιογραφία σχετικά με την χρόνια κατάθλιψη:

1. Τα ποσοστά ύφεσης με φαρμακοθεραπεία δεν ξεπερνούν το 50% (Kocsis, 2000; Kocsis et al., 2009).
2. Τα μεγέθη επίδρασης των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων παραμένουν χαμηλά ( $d=0,25$ ) (Cuijpers et al. 2010)
3. Η CBASP, έχει δείξει αποτελεσματικότητα αντίστοιχη με αυτή της φαρμακοθεραπείας (περίπου 48%) ενώ ο συνδυασμός της με τη φαρμακοθεραπεία έδωσε ποσοστά 73% (Keller et al. 2000).
- 3α. Ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας υπερτερεί κάθε παρέμβασης χωριστά (Cuijpers et al., 2010; Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick, & Munizza, 2004).

3β. Στο ίδιο κλινικό δείγμα όμως βρέθηκε ότι η διατήρηση του αποτελέσματος απαιτεί μακροχρόνια συνέχιση της ψυχοθεραπείας, ενώ η προηγηθείσα ψυχοθεραπεία με CBASP δεν προσφέρει προστασία από την υποτροπή.

3γ. Σε πρόσφατη μελέτη η προσθήκη CBASP σε συνεχιζόμενη αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή δεν βελτίωσε την αποτελεσματικότητα σε σχέση με την συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής μόνο, ενώ το 62,5% των ασθενών παρέμειναν καταθλιπτικοί (Kocsis et al. 2009).

4. Η χρόνια κατάθλιψη απαιτεί μακροχρόνιες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις (Cuijpers et al. 2010, Imel et al. 2008, Klein et al. 2008).

5. Η παρουσία πρώιμης αντιξοότητας στην παιδική ηλικία, αποτελεί παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης χρόνιας κατάθλιψης (Nanni et al. 2012, Riso et al. 2002) και επηρεάζει την πρόγνωση της θεραπείας (Klein et al. 2009, Nanni et al. 2012). Επίσης οι ασθενείς με ιστορικό τραύματος δείχνουν καλύτερη ανταπόκριση στην ψυχοθεραπεία (Nemeroff et al. 2003).

6. Τα ποσοστά συννοσηρότητας με διαταραχές προσωπικότητας είναι υψηλά.

7. Τα ΠΔΣ, τα οποία δημιουργούνται ως αποτέλεσμα πρώιμης σχετίζονται με καταθλιπτικά συμπτώματα και συγκεκριμένα ΠΔΣ διαχωρίζουν ασθενείς με χρόνια από ασθενείς με επεισοδιακή κατάθλιψη (Riso et al., 2003). Επίσης τα ΠΔΣ παραμένουν ανέπαφα έπειτα από βραχυπρόθεσμες θεραπευτικές παρεμβάσεις, συντηρώντας τη γνωσιακή ευαλωτότητα που προδιαθέτει σε νέες υποτροπές ή χρονιότητα.

Τα ανωτέρω δεδομένα υποδηλώνουν αντικρουόμενα αποτελέσματα και υποδεικνύουν ένα κενό στην αντιμετώπιση της χρόνιας κατάθλιψης. Αυτό σε συνδυασμό με την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας, την επιφαινόμενη (καθώς ο αριθμός των μελετών είναι ακόμα περιορισμένος) αποτελεσματικότητα της Θεραπείας σχημάτων σε καταθλιπτικούς ασθενείς (Brewin et al., 2009; Carter et al., 2013) (βλ ανωτέρω σελ. 58) τον αυξημένο χρόνο ψυχοθεραπευτικής εργασίας στη Θεραπεία Σχημάτων και τον εστιασμό της κλινικής εργασίας στις τοξικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και τα επακόλουθα αυτών ΠΔΣ, υποστηρίζουν την ερευνητική μελέτη της χρήσης της Θεραπείας Σχημάτων στη χρόνια κατάθλιψη.

### 1.3. Η Εκπαίδευση στη Θεραπεία Σχημάτων

#### 1.3.1. Ερευνητική τεκμηρίωση της εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων

Η εκτεταμένη εφαρμογή στη Θεραπεία Σχημάτων σε σειρά μεγάλων πολυκεντρικών μελετών με καλό σχεδιασμό (Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz, 2014; Bamelis et al., 2011; Giesen-Bloo, van Dyck, et al., 2006; Nadort, Arntz, et al., 2009a, 2009b; Wetzelaer et al., 2014) και η επέκταση εφαρμογής της σε Κέντρα και Γενικές Δομές Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (regular mental healthcare practice - General Mental Healthcare Institutes) (Nadort, Arntz, et al., 2009a, 2009b; Nadort, van Dyck, et al., 2009) δημιούργησαν την απαίτηση για την ύπαρξη μεγάλου αριθμού θεραπευτών. Σημαντικό συστατικό στοιχείο της μεθοδολογίας των σημαντικότερων μελετών που περιγράφηκαν ανωτέρω (Bamelis et al., 2014; Giesen-Bloo, van Dyck, et al., 2006; Nadort, Arntz, et al., 2009a, 2009b; Nadort, van Dyck, et al., 2009), ήταν η εποπτεία των θεραπευτών και η παρακολούθηση της σωστής εφαρμογής του πρωτοκόλλου. Οι θεραπευτές βρίσκονταν σε συχνή εποπτεία και όλες οι συνεδρίες βιντεοσκοπούνταν, με σκοπό την αξιολόγηση τυχαία επιλεγμένων συνεδριών. Τα δεδομένα αυτά δημιούργησαν την ανάγκη ανάπτυξης έγκυρων διαδικασιών εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων (Nadort, Genderen, & Behary, 2012).

Η εκπαίδευση στη Θεραπεία Σχημάτων μελετήθηκε και αξιολογήθηκε από τους Nadort et al. (2009b) σε μία εργασία προετοιμασίας εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας σε δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το πρόγραμμα της εκπαίδευσης της μελέτης αυτής αναλυτικά είχε ως εξής:

Τα θέματα που κάλυπτε ήταν το θεωρητικό μοντέλο, το πλαίσιο και η πορεία της θεραπείας, οι στρατηγικές και οι τεχνικές της Θεραπείας Σχημάτων (Arntz & Van Genderen 2009, Young et al. 2003). Στα πλαίσια αυτά περιελάμβανε τη φάση εκτίμησης της θεραπείας, τη χρήση των ερωτηματολογίων, τη διατύπωση περίπτωσης, τη θεραπευτική σχέση (με επικέντρωση στη διορθωτική γονεϊκή στάση, στη συναισθαντική αντιπαράθεση και στην οριοθέτηση), τις τεχνικές (γνωσιακές, συμπεριφοριστικές και τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα) και αναλυτική περιγραφή του μοντέλου των Τρόπων Λειτουργίας. Στη διάρκεια της

εκπαίδευσης χρησιμοποιήθηκαν μια 6ωρη σειρά εκπαιδευτικών DVD [DVD box; (Nadort, van Dyck, et al., 2009)], τα οποία περιελάμβαναν την επίδειξη των τεχνικών της Θεραπείας Σχημάτων. Στα dvd αυτά, ηθοποιοί έπαιζαν τους ασθενείς μεταφέροντας ακριβές υλικό από θεραπείες, ενώ το ρόλο των θεραπευτών είχαν πραγματικοί θεραπευτές, που είχαν λάβει μέρος στην πρώτη μεγάλη πολυκεντρική μελέτη της Θεραπείας Σχημάτων των Giesen-Bloo et al. (2006) η οποία έχει περιγραφεί αναλυτικά ανωτέρω (βλ. σελ. 51).

Το πρόγραμμα εκπαίδευσης πήρε διαπίστευση από την Ολλανδική Ψυχιατρική Εταιρεία. Η διάρκεια τού προγράμματος ήταν 50 ώρες, οι οποίες καλύφθηκαν σε 8 ημέρες. Εκπαιδευόμενοι ήταν 8 θεραπευτές, όλοι με άδεια άσκησης ψυχοθεραπείας και προηγούμενη εκπαίδευση στη Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία. Εκπαιδευτές ήταν 2 έμπειροι στη Θεραπεία Σχημάτων Θεραπευτές. Η διαδικασία αξιολόγησης περιελάμβανε αξιολόγηση της κάθε μέρας του προγράμματος σε μια κλίμακα εύρους 0-10 (κακό-καλό) και συνολική αξιολόγηση του προγράμματος σε μια κλίμακα εύρους 0-5 (κακό-καλό). Η επάρκεια των εκπαιδευόμενων αξιολογήθηκε με συμμετοχή του καθενός σε τρία δεκάλεπτα παιχνίδια ρόλων, στα οποία έπρεπε να εφαρμόσουν τις τεχνικές της Θεραπείας Σχημάτων για την αντιμετώπιση των Τρόπων Λειτουργίας του Ευάλωτου Παιδιού, του Τιμωρητικού Γονέα και του Αποστασιοποιημένου Προστάτη. Το ρόλο των ασθενών έπαιξαν ηθοποιοί, οι οποίοι μετέφεραν υλικό από πραγματικές συνεδρίες. Στο πρώτο παιχνίδι ρόλου ο ηθοποιός έπαιζε έναν ασθενή στον Τρόπο Λειτουργίας του Ευάλωτου παιδιού και ο εκπαιδευόμενος θεραπευτής έπρεπε να εφαρμόσει "διορθωτική γονεϊκή στάση". Στο δεύτερο παιχνίδι ρόλου ο ηθοποιός έπαιζε τον Τρόπο Λειτουργίας του Τιμωρητικού Γονέα και ο εκπαιδευόμενος θεραπευτής έπρεπε να δείξει την διαδικασία αναγνώρισης και καταπολέμησής αυτού. Στο τελευταίο παιχνίδι ρόλου ο ηθοποιός έπαιζε τον "Αποστασιοποιημένο Προστάτη" και ο εκπαιδευόμενος θεραπευτής έπρεπε να δείξει τις τεχνικές προσπέλασης αυτού του Τρόπου Λειτουργίας. Όλα τα παιχνίδια ρόλων βιντεοσκοπήθηκαν και αξιολογήθηκαν με βάση το Young Therapy Adherence and Competence Scale (J. E. Young, Arntz, & Giesen-Bloo, 2006). Η κλίμακα αξιολογεί: 1. Την ακεραιότητα (Adherence) της παρεχόμενης από τον θεραπευτή θεραπείας. Δηλαδή τη συνεπή πραγματοποίηση Θεραπείας Σχημάτων και εφαρμογή τεχνικών της

Θεραπείας Σχημάτων στη διάρκεια της συνεδρίας και 2. Την ικανότητα και επάρκειά (Competence) στην εκτέλεση των τεχνικών αυτών (Nadort et al., 2012). Αξιολογητές ήταν δύο έμπειροι θεραπευτές σχημάτων καθώς και ένας ασθενής με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, ο οποίος είχε λάβει επιτυχώς Θεραπεία Σχημάτων. Οι τρεις αξιολογητές εκπαιδεύτηκαν στη συμπλήρωση της κλίμακας αξιολόγησης πριν βαθμολογήσουν τους εκπαιδευόμενους. Δεδομένου ότι η αξιολόγηση γινόταν επάνω στα δεκάλεπτα βιντεοσκοπημένα τμήματα που περιγράφηκαν, δεν ήταν εφικτή η χρήση όλων των λημμάτων της κλίμακας αξιολόγησης και έτσι επιλέχτηκαν αυτά που βαθμολογούσαν το γενικό θεραπευτικό τρόπο, τη διορθωτική γονεϊκή στάση, την ψυχοεκπαίδευση για τα σχήματα και τους τρόπους λειτουργίας, και τη σύνδεση καθημερινών συμβάντων με σχήματα και τρόπους λειτουργίας. Η βαθμολόγηση των λημμάτων/δεξιοτήτων της κλίμακας έγινε σε μία διαβάθμιση από το 0 (απουσία της δεξιότητας) έως 2 (σαφής/δυνατή παρουσία της δεξιότητας).

Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης του εκπαιδευτικού προγράμματος αναλύθηκαν με υπολογισμό των μέσων τιμών και των σταθερών απόκλισης. Για τις βαθμολογίες της κλίμακας αξιολόγησης των εκπαιδευόμενων θεραπευτών υπολογίστηκαν οι συντελεστές συμφωνίας (Intraclass Correlation Coefficients, ICC) και πραγματοποιήθηκε ανάλυση αξιοπιστίας.

Η μέση τιμή αξιολόγησης του εκπαιδευτικού προγράμματος στην ημερήσια βάση ήταν 8,77 (SD 0,56) (σε κλίμακα 0-10, κακό-καλό). Η μέση τιμή της συνολικής αξιολόγησης του προγράμματος ήταν 5 (SD 0) (σε κλίμακα 0-5, κακό-καλό).

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των βαθμολογιών της κλίμακας αξιολόγησης των εκπαιδευόμενων θεραπευτών, όσον αφορά στην πιστότητα και επάρκεια εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων ήταν ικανοποιητικά (mean1,18, ICC=0,88).

Οι διαδικασίες εκπαίδευσης και αξιολόγησης στη Θεραπεία Σχημάτων μελετήθηκαν και αναπτύχθηκαν επίσημα, με την ίδρυση της International Society of Schema Therapy (ISST) το 2008. Το 2010 η ISST ανακοίνωσε τις ελάχιστες προϋποθέσεις πιστοποίησης και τη θέσπιση δύο επιπέδων πιστοποίησης στη Θεραπεία Σχημάτων ([www.isstonline.com](http://www.isstonline.com)).

### **1.3.2. Προϋποθέσεις εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων**

Στη Θεραπεία Σχημάτων μπορούν να εκπαιδευτούν Ψυχίατροι (κάτοχοι τίτλου ειδικότητας Ψυχιατρικής), Ψυχολόγοι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών και άδειας άσκησης επαγγέλματος και Κλινικοί Κοινωνικοί Λειτουργοί κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών και άδειας άσκησης επαγγέλματος (για τις χώρες που παρέχουν στη συγκεκριμένη κατηγορία επαγγελματιών άδεια άσκησης επαγγέλματος).

### **1.3.3. Επίπεδα Πιστοποίησης στη Θεραπεία Σχημάτων**

Ορίζονται δύο επίπεδα πιστοποίησης στη Θεραπεία σχημάτων ως ακολούθως:

#### *1. Standard International Certification:*

Οι θεραπευτές πιστοποιούνται από την ISST να κάνουν Θεραπεία Σχημάτων, να συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες και να κάνουν μαθήματα ή σεμινάρια Θεραπείας Σχημάτων (όχι όμως στα πλαίσια εκπαίδευσης θεραπευτών).

#### *2. Advanced International Certification:*

Οι θεραπευτές πιστοποιούνται από την ISST να κάνουν θεραπεία Σχημάτων, να συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες, να κάνουν μαθήματα, σεμινάρια και εποπτεία σε εκπαιδευόμενους θεραπευτές.

Οι ελάχιστες προϋποθέσεις πιστοποίησης στη Θεραπεία Σχημάτων, όπως ορίζονται σήμερα από την ISST παρουσιάζονται στον Πίνακα 5. (2014, [isstonline.com](http://isstonline.com)).

Ένα πλήρες πρόγραμμα εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων περιλαμβάνει (Nadort et al., 2012):

#### A. Θεωρία Σχημάτων και Διατύπωση περίπτωσης

Σχήματα, Στρατηγικές Διαχείρισης, Τρόποι Λειτουργίας: ορισμός και διαφορική διάγνωση

Εκτίμηση: λήψη ιστορικού, νοερές εικόνες, ερωτηματολόγια

Σύνδεση Σχημάτων με πρώιμες εμπειρίες παιδικής ηλικίας

Εκτίμηση Ιδιοσυγκρασιακών παραγόντων

#### B. Θεραπευτική παρέμβαση

καθορισμός στόχων και αναγκών σε γλώσσα σχημάτων και τρόπων λειτουργίας

#### B.1. Σύνοψη θεραπευτικών στρατηγικών



Αντιπαράθεση δυσπροσαρμοστικών αντιρροπιστικών τρόπων λειτουργίας  
Αντιπαράθεση γονεϊκών τρόπων λειτουργίας (τιμωρητικού γονέα, απαιτητικού  
γονέα)  
Διορθωτική γονεϊκή στάση στους παιδικούς τρόπους λειτουργίας

## ΠΙΝΑΚΑΣ 5 : Ελάχιστες προϋποθέσεις πιστοποίησης στη Θεραπεία Σχημάτων

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	STANDARD CERTIFICATION	ADVANCED CERTIFICATION
Διδακτικές ώρες	40 ώρες (25 ώρες θεωρία και 15 ώρες πρακτική- παιχνίδι ρόλων)	40 ώρες (25 ώρες θεωρία και 15 ώρες πρακτική- παιχνίδι ρόλων)
Εποπτεία	20 ώρες	40 ώρες
Ατομική Θεραπεία	Προαιρετική (συνίσταται)	Προαιρετική (συνίσταται)
Ελάχιστος αριθμός Περιπτώσεων σε Θεραπεία Σχημάτων	2 περιπτώσεις με ελάχιστο αριθμό συνεδριών 25 σε κάθε περίπτωση	4 περιπτώσεις με ελάχιστο αριθμό συνεδριών 25 σε κάθε περίπτωση. Τουλάχιστον μια περίπτωση με διάγνωση Οριακής ή Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας
Ελάχιστος αριθμός συνεδριών στο σύνολο των περιπτώσεων	80	160
Διάρκεια εποπτείας	1 έτος τουλάχιστον	1 έτος τουλάχιστον
Αξιολόγηση	Αξιολόγηση μίας ηχογραφημένης συνεδρίας, συνοδευόμενης από διατύπωση περίπτωσης με βαθμολογία τουλάχιστον 4 στην Κλίμακα Επάρκειας στη Θεραπεία Σχημάτων, STCRS* (με άριστα το 6)	Αξιολόγηση δύο ηχογραφημένων συνεδριών, συνοδευόμενων από διατύπωση περίπτωσης με βαθμολογία τουλάχιστον 4,5 στην Κλίμακα Επάρκειας στη Θεραπεία Σχημάτων, STCRS (με άριστα το 6)
<b>Χρονικά Περιθώρια:</b> Ο υποψήφιος έχει περιθώριο 3 χρόνων, από τη συμπλήρωση των διδακτικών ωρών, προκειμένου να ολοκληρώσει την κλινική εκπαίδευση και εποπτεία στη Θεραπεία Σχημάτων και να κάνει αίτηση πιστοποίησης στην ISST.		

### B.2. Διορθωτική γονεϊκή στάση

Συναισθαντική κατανόηση και αντιπαράθεση

Οριοθέτηση

Σχήματα του θεραπευτή και εμπόδια κατά την κινητοποίηση τους στην εργασία με συγκεκριμένους ασθενείς

Κατάλληλη αυτοαποκάλυψη

### B.3.Τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα

Τεχνικές πολυθρόνας

Νοερές εικόνες

Παιχνίδια ρόλων

### B.4. Γνωσιακές τεχνικές

Ψυχοεκπαίδευση για τις ανάγκες ενός παιδιού

Ημερολόγια

\* Η Κλίμακα STCRS περιγράφεται αναλυτικά κατωτέρω στη σελ. 123

Κάρτες υπενθύμισης

Διάλογοι σχημάτων

B.5. Συμπεριφορικές τεχνικές και εργασία στο σπίτι

B.6.Εργασία με τους τρόπους λειτουργίας με ασθενείς με Οριακή και Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας

B.7. Εργασία με ζευγάρια (προαιρετικό)

B.8. Εργασία με ομάδες (προαιρετικό)

Γ. Βασική βιβλιογραφία

Η ISST δίνει τη δυνατότητα σε κάθε χώρα που έχει διαπιστευμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων, να θεσπίσει και επιπλέον κριτήρια αυτών που αναφέρονται στον πίνακα 5 (βλ. ανωτέρω σελ. 77) και τα οποία εγκρίνονται από το Διοικητικό συμβούλιο της ISST .

Η απόκτηση της ιδιότητας του επόπτη στη Θεραπεία Σχημάτων με βάση τις προϋποθέσεις που ορίστηκαν μετά την 1/1/2014, προϋποθέτει τη λήψη πιστοποίησης Advanced Certification, την παρακολούθηση 5ωρου σεμιναρίου εκπαίδευσης στη βαθμολόγηση ηχογραφημένων συνεδριών της θεραπείας Σχημάτων και επιπλέον την εκπαιδευτική και κλινική εμπειρία τριών επιπλέον χρόνων από τη λήψη της πιστοποίησης.

## 2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Παρακολουθώντας την εξέλιξη στη βιβλιογραφία της τελευταίας δεκαετίας, το ερευνητικό ενδιαφέρον για τη Θεραπεία Σχημάτων, την αποτελεσματικότητά της στις διαταραχές προσωπικότητας και τη διάδοση της κλινικής εφαρμογής της, η παρούσα διατριβή έχει ως στόχο την μεταφορά της Θεραπείας Σχημάτων στον Ελληνικό πληθυσμό και την πιλοτική εφαρμογή της σε ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη.

Οι στόχοι αυτοί εκπληρώνονται σε τρεις φάσεις:

1. Μετάφραση στα ελληνικά των εργαλείων της Θεραπείας Σχημάτων και στάθμιση της Ελληνικής μετάφρασης του YSQ (Young, 2005; Young & Brown, 2003). Τα εργαλεία της Θεραπείας σχημάτων περιλαμβάνουν όλα τα Ερωτηματολόγια της Θεραπείας Σχημάτων [YSQ (Young, 2005; Young & Brown 2003), SMI (Young et al., 2007), YCI (Young 2003), YRAI (Young and Rygh 2003)] καθώς και την Κλίμακα Επάρκειας στη Θεραπεία Σχημάτων (Schema therapy Competency Rating Scale, STCRS, Young 2005).
2. Οργάνωση του πρώτου εκπαιδευτικού προγράμματος στη Θεραπεία Σχημάτων στην Ελλάδα και ακολούθως πραγματοποίηση εκπαίδευσης θεραπευτών σε αυτή.
3. Πραγματοποίηση της πρώτης πιλοτικής κλινικής μελέτης στη βιβλιογραφία, εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη.

Στην πρώτη φάση σκοπός της μελέτης είναι η μετάφραση, με βάση τις οδηγίες της διεθνούς βιβλιογραφίας για τη μετάφραση ερωτηματολογίων (Aquadro, Jambon, Ellis, & Marqis, 1996), όλων των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα στη Θεραπεία Σχημάτων. Επίσης στόχος της πρώτης αυτής φάσης είναι η μελέτη για πρώτη φορά της παραγοντική δομή της ελληνικής μετάφρασης του YSQ καθώς και των λοιπών ψυχομετρικών ιδιοτήτων του: α) εσωτερική συνοχή, β) αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων, γ) συγκλίνουσα εγκυρότητα με άλλο εργαλείο γνωστής εγκυρότητας, δ) προβλεπτική ικανότητα σε συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, ε) διακριτική ικανότητα ανάμεσα σε δείγμα φοιτητικού πληθυσμού και σε κλινικό δείγμα. Επίσης στα πλαίσια των εργασιών της πρώτης φάσης θα μεταφρασθεί στα ελληνικά και η Κλίμακα Επάρκειας στη Θεραπεία Σχημάτων (Schema therapy Competency Rating Scale, STCRS, Young,

2005), η οποία αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στην παρακολούθηση και αξιολόγηση των εκπαιδευόμενων στη Θεραπεία Σχημάτων αλλά και στην αξιολόγηση της επάρκειας των θεραπευτών και της πιστότητας εφαρμογής της θεραπείας σε κλινικές μελέτες εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων.

Στη δεύτερη φάση ο στόχος της μελέτης είναι η οργάνωση του πρώτου προγράμματος εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων στην Ελλάδα και η πιστοποίηση του προγράμματος από την International Society of Schema therapy (ISST). Στο πλαίσιο αυτό καθορίζονται οι προϋποθέσεις παρακολούθησης του προγράμματος και το πρόγραμμα μαθημάτων με βάση τις απαιτήσεις της ISST ([www.isstonline.com](http://www.isstonline.com)). Θεσπίζονται επιπλέον προϋποθέσεις και ώρες μαθημάτων με στόχο τη διασφάλιση της υψηλής ποιότητας της εκπαίδευσης. Ακολούθως ορίζονται, επίσης με βάση τα κριτήρια της ISST, ο αριθμός κλινικών περιπτώσεων που πρέπει να αναλάβει και οι απαραίτητες ώρες ψυχοθεραπευτικών συνεδριών που πρέπει να συμπληρώσει ο κάθε εκπαιδευόμενος, καθώς και οι ώρες εποπτείας που πρέπει να λάβει. Επιπλέον καθορίζονται διαδικασίες παρακολούθησης και αξιολόγησης του κάθε εκπαιδευόμενου στη διάρκεια της εκπαίδευσής του. Η εκπαίδευση θα ολοκληρωθεί με τη διαδικασία αξιολόγησης των εκπαιδευομένων, επίσης σύμφωνα με τα κριτήρια της ISST. Το πρόγραμμα θα εγκριθεί και οι θεραπευτές που εκπαιδεύτηκαν θα πιστοποιηθούν από την ISST.

Στην τρίτη φάση ο στόχος της έρευνας είναι η οργάνωση της πρώτης πιλοτικής κλινικής μελέτης εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη. Στη μελέτη θα συμμετάσχουν οι θεραπευτές που εκπαιδεύτηκαν προηγουμένως στο πρόγραμμα εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία στη χρόνια κατάθλιψη εμφανίζει αντικρουόμενα αποτελέσματα, με ποσοστά ύφεσης που δεν ξεπερνούν το 50% στις διάφορες παρεμβάσεις, ενώ τα μεγέθη επίδρασης παραμένουν μικρά (Cuijpers et al. 2010, Kocsis 2000, Kocsis et al. 2009). Επιπλέον η βιβλιογραφία υποστηρίζει την εφαρμογή ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων μεγαλύτερης διάρκειας για τους ασθενείς αυτούς (Cuijpers et al. 2010, Imel et al. 2008, Klein et al. 2008, Renner et al. 2013). Επίσης η βιβλιογραφία υπογραμμίζει τη σημασία των τοξικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας (Klein et al. 2009, Nanni et al. 2012, Riso et al. 2002) της συνυπάρχουσας διαταραχής

προσωπικότητας (Klein et al. 2008, Riso et al. 2002) και της σταθερής ανεύρεσης ΠΔΣ σε ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη (Riso et al. 2003, Renner et al. 2012). Παράλληλα η φύση εργασίας της Θεραπείας Σχημάτων, η οποία έχει μεγαλύτερη διάρκεια από τις μέχρι τώρα δοκιμαζόμενες στη χρόνια κατάθλιψη ψυχοθεραπείες (Renner et al. 2013), εστιάζει στις τραυματικές ή ελλειμματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και στα ΠΔΣ (Young et al. 2003) και έχει υψηλή αποτελεσματικότητα στις διαταραχές προσωπικότητας (Bamelis et al. 2014, Giesen-Bloo et al. 2006, Nadort et al. 2009) υποστηρίζει την μελέτη της εφαρμογής της σε χρονίως καταθλιπτικούς ασθενείς. Έτσι η μελέτη αυτή έχει ως στόχο να δημιουργήσει τη βάση για επακόλουθη έρευνα όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Σχημάτων στη χρόνια κατάθλιψη.

Τέλος η μελέτη αυτή, εκπληρώνοντας όλους τους ανωτέρω στόχους φιλοδοξεί να αποτελέσει τη βάση για περαιτέρω ανάπτυξη της Θεραπείας Σχημάτων στην Ελλάδα, με εκπαίδευση νέων θεραπευτών, εκπόνηση νέων μελετών (I. Malogiannis et al., 2014) και συμμετοχή σε διεθνείς πολυκεντρικές μελέτες (Wetzelaer et al. 2014), δεδομένου του υψηλού και διαρκώς αυξανόμενου ερευνητικού ενδιαφέροντος της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας για τη Θεραπεία Σχημάτων (L. L. Bamelis et al., 2014).

Για την εκπόνηση της παρούσας Διδακτορικής Διατριβής δόθηκε έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου (Απόφαση Εφορείας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου της 24-2-2009, Αριθμ Πρωτ:84 της 5-3-2009).

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### 3. ΦΑΣΗ Ι

#### Μετάφραση των Εργαλείων της Θεραπείας Σχημάτων στα Ελληνικά και Στάθμιση του Ερωτηματολογίου Σχημάτων του Young (YSQ)

##### 3.1. Μέθοδος

##### 3.1.1. Διαδικασία Μετάφρασης

Στα πλαίσια αυτού του σταδίου της πρώτης φάσης της μελέτης μεταφράστηκαν οι πιο πρόσφατες εκδόσεις των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται στα πλαίσια της Θεραπείας Σχημάτων καθώς και Η Κλίμακα Επάρκειας στη Θεραπεία Σχημάτων, η οποία χρησιμοποιείται τόσο κατά τη διάρκεια της εποπτείας στην εκπαίδευση θεραπευτών στη θεραπεία σχημάτων, όσο και στην εποπτεία και αξιολόγηση των θεραπευτών στη διάρκεια κλινικών μελετών Θεραπείας Σχημάτων. Πιο συγκεκριμένα μεταφράστηκαν τα:

1. **YSQ-L3** [(Young Schema Questionnaire-Long Form 3, YSQ-L3, Young and Brown 2003), η πιο πρόσφατη, 3η έκδοση του Ερωτηματολογίου Σχημάτων του Young στην εκτενή μορφή του,]
2. **YSQ-S3** [(Young Schema Questionnaire-Short Form 3, YSQ-S3, Young 2005), η πιο πρόσφατη, 3η έκδοση του Ερωτηματολογίου Σχημάτων του Young στη σύντομη μορφή του]
3. **SMI** [(Schema Mode Inventory, Young et al. 2007), το Ερωτηματολόγιο Τρόπων Λειτουργίας]
4. **YCI** [(Young Compensate Inventory, YCI, Young 2003), το Ερωτηματολόγιο Αναπλήρωσης του Young]
5. **YRAI** [(Young and Rygh Avoidance Inventory, YRAI, Young and Rygh 2003), το Ερωτηματολόγιο Αποφυγής των Young και Rygh]
6. **STCRS** [(Schema Therapy Competency Rating Scale, STCRS, Young 2005) Η Κλίμακα Επάρκειας στη Θεραπεία Σχημάτων]

Η διαδικασία της μετάφρασης ακολούθησε την προτεινόμενη από τη βιβλιογραφία διαδικασία. (Aquardo et al., 1996; Bullinger, Anderson, Cella, & Aaronson, 1993; Vijver & Hambleton, 1996). Η διαδικασία εστίασε στην επίτευξη εννοιολογικής ισοδυναμίας μεταξύ όλων των εκδοχών παρά στην επίτευξη γλωσσικής ισοδυναμίας. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε με τη μεθοδολογία της διγλωσσικής μετάφρασης προς δύο κατευθύνσεις (forward-



backward-forward technique). Σε ένα πρώτο βήμα δύο ανεξάρτητοι δίγλωσσοι μεταφραστές, ομιλούντες την Ελληνική (γλώσσα στόχος) και την Αγγλική (γλώσσα προέλευσης), μετέφρασαν τα ερωτηματολόγια της μελέτης από τα Αγγλικά στα Ελληνικά. Έτσι προέκυψαν δύο διαφορετικές εκδοχές μετάφρασης. Οι μεταφραστές ήταν επαγγελματίες ψυχικής υγείας και είχαν εμπειρία στη χρήση αντίστοιχων ερωτηματολογίων. Στο επόμενο βήμα οι δύο μεταφραστές και ένα μέλος της ερευνητικής ομάδας ανασκόπησαν τις δυο μεταφράσεις ώστε να δημιουργήσουν μια εναρμονισμένη μετάφραση από τα Αγγλικά στα Ελληνικά, που να πληροί τις απαιτήσεις εννοιολογικής ισοδυναμίας με τα αρχικά ερωτηματολόγια στα Αγγλικά. Ακολούθως η εναρμονισμένη μετάφραση από τα Αγγλικά στα Ελληνικά μεταφράστηκε εκ νέου στα Αγγλικά από έναν τρίο μεταφραστή, ακολουθώντας τα κριτήρια που περιγράφηκαν πιο πάνω. Στο επόμενο βήμα, δύο μέλη της ερευνητικής ομάδας, καθώς και οι μεταφραστές από τα Αγγλικά στα Ελληνικά συνέκριναν τη μετάφραση από τα Ελληνικά στα Αγγλικά με τα αρχικά ερωτηματολόγια στα Αγγλικά, πραγματοποιώντας τις απαραίτητες αναθεωρήσεις στην εναρμονισμένη μετάφραση από τα Αγγλικά στα Ελληνικά και δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο την τελική μετάφραση από τα Αγγλικά στα Ελληνικά. Ακολούθησε δοκιμαστική συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από πέντε ασθενείς, οι οποίοι δέχτηκαν να λάβουν μέρος στη διαδικασία. Οι δύο ασθενείς είχαν διάγνωση αγχώδους ή καταθλιπτικής διαταραχής στον άξονα I κατά DSM-IV και οι άλλοι τρεις διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας στον άξονα II κατά DSM-IV. Η διαδικασία αυτή ήταν κρίσιμης σημασίας για την ανίχνευση προβλημάτων ή παρεξηγήσεων γύρω από το νόημα των ερωτημάτων καθώς και παρερμηνειών συγκεκριμένων ερωτημάτων ή εννοιών. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της παράφρασης (ζητείται από τον ερωτώμενο να επαναλάβει το ερώτημα με δικά του λόγια αμέσως αφού το απαντήσει). Με τον τρόπο αυτό διαπιστώθηκε κατά πόσο οι ερωτώμενοι κατανοούν τα ερωτήματα και τα ερμηνεύουν με τον τρόπο που επιδιώκεται. Επίσης χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της γενικής διερεύνησης κατά την οποία οι ερωτώμενοι απάντησαν κατά πόσο τα ερωτήματα ήταν κατανοητά και σαφή και κατά πόσο ήταν δύσκολο να απαντηθούν. Τα μεταφρασμένα εργαλεία παρατίθενται στη μεταφρασμένη στα ελληνικά μορφή τους στο παράρτημα της παρούσας μελέτης.

### **3.1.2. Στάθμιση του Ερωτηματολογίου Σχημάτων του Young (YSQ) στα Ελληνικά**

#### **3.1.2.1. Περιγραφή Δείγματος**

Για τη μελέτη των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα ενός μη κλινικού δείγματος (Αγγελή, Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Ψυχολογίας ΕΚΠΑ, χειρόγραφο υπό προετοιμασία) καθώς και ένα κλινικό δείγμα.

#### **Μη κλινικό δείγμα**

Το μη κλινικό δείγμα στο οποίο ελέγχθηκαν οι ψυχομετρικές ιδιότητες του YSQ αποτελείτο από 1236 φοιτητές (Αγγελή, Διδακτορική Διατριβή υπό προετοιμασία) με μέση ηλικία τα 25,7 έτη (SD= 2,7 έτη) (Πίνακας 6). Το 65,5% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες έμεναν μαζί με τους γονείς τους, με το ποσοστό να φτάνει το 55,2% και το 26,8% έμεναν μόνοι. Ακόμα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν άγαμοι με το ποσοστό να φτάνει το 95,9%. Επίσης, το 48,6% των ατόμων είχε πατέρα που ήταν πτυχιούχος ΤΕΙ/ΑΕΙ και το 34,1% είχε πατέρα που ήταν απόφοιτος λυκείου. Αντίστοιχα, το 42,8% των ατόμων είχε μητέρα που ήταν πτυχιούχος ΤΕΙ/ΑΕΙ και το 41,2% είχε μητέρα που ήταν απόφοιτος λυκείου. Το 21,9% των φοιτητών είχε επισκεφτεί ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν.

#### **Κλινικό Δείγμα**

Το κλινικό δείγμα, το οποίο χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής και της διακριτικής ικανότητας του ερωτηματολογίου, αποτελείτο από 124 ασθενείς προερχομένων από τα εξωτερικά ιατρεία της 1ης και 2ης Ψυχιατρικής Κλινικών του Πανεπιστημίου Αθηνών (Πίνακας 7). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 40,8 έτη (SD=12 έτη). 43 (34,7%) ασθενείς ήταν άνδρες και 81 (65,3%) ασθενείς ήταν γυναίκες. 48 (38,8%) των ασθενών ήταν έγγαμοι. 68 (54,8%) ασθενείς είχαν διάγνωση μόνο στον Άξονα-I κατά DSM-IV, 18 (14,15%) ασθενείς είχαν διάγνωση μόνο στον Άξονα -II κατά DSM-IV και 38 (30,7%) ασθενείς είχαν διάγνωση στον Άξονα-I και στον Άξονα-II κατά DSM-IV.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6.** Χαρακτηριστικά του μη κλινικού δείγματος

	<b>N (%)</b>
<b>Φύλο</b>	
Άντρες	426 (34,5)
Γυναίκες	810 (65,5)
<b>Ηλικία, μέση τιμή (SD)</b>	25,7 (2,7)
<b>Διαμονή</b>	
Φοιτητική εστία	45 (3,6)
Με συγκάτοικο	79 (6,4)
Μόνος	330 (26,8)
Με γονείς	680 (55,2)
Άλλο	99 (8,1)
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	
Άγαμοι	1182 (95,9)
Έγγαμοι	13 (1,1)
Συμβίωση με σύντροφο	28 (2,3)
Έγγαμοι με παιδιά	5 (0,4)
Διαζευγμένοι	1 (0,1)
Άγαμοι με παιδιά	4 (0,3)
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα</b>	
Κανένα	35 (2,9)
Απόφοιτοι δημοτικού	161 (13,3)
Απόφοιτοι λυκείου	414 (34,1)
Πτυχιούχοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	590 (48,6)
Άλλο	15 (1,2)
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρα</b>	
Κανένα	48 (4,0)
Απόφοιτοι δημοτικού	145 (11,9)
Απόφοιτοι λυκείου	500 (41,2)
Πτυχιούχοι ΤΕΙ/ΑΕΙ	519 (42,8)
Άλλο	2 (0,2)
<b>Έχετε επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας?</b>	
Όχι	952 (78,1)
Ναι	267 (21,9)

## ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Χαρακτηριστικά του κλινικού δείγματος

	N (%)
<b>Φύλο</b>	
Άντρες	43 (34,7%)
Γυναίκες	81 (65,3%)
<b>Ηλικία, μέση τιμή (SD)</b>	40,8 (12)
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	
Άγαμοι	76 (61,2%)
Έγγαμοι	48(38,8%)
<b>Διάγνωση</b>	
Άξονας-I	68 (54,8)
Άξονας-II	18 (14,15)
Άξονας-I και Άξονας-II	38 (30,7)

### 3.1.2.2. Ψυχομετρικά Εργαλεία

#### ***Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young, σύντομη μορφή, τρίτη έκδοση-Young Schema Questionnaire-Short Form 3/YSQ-S3 (Young, 2005)***

Το μη κλινικό δείγμα συμπλήρωσε την Ελληνική μετάφραση του YSQ-S3 (Μαλογιάννης, Αγγελή, & Βλαβιανού, 2008), η διαδικασία της οποίας αναφέρεται ανωτέρω (βλ. σελ. 86). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο 90 λημμάτων, τα οποία αξιολογούν τα 18 ΠΔΣ. Κάθε λήμμα βαθμολογείται σε μια κλίμακα Likert από το 1 έως το 6 ως εξής: 1= Δεν ισχύει καθόλου για εμένα, 2= Μάλλον δεν ισχύει για εμένα, 3=ισχύει μάλλον, παρά δεν ισχύει, 4=Ισχύει αρκετά για εμένα, 5=Ισχύει πάρα πολύ για εμένα 6=Με περιγράφει τέλεια. (Βλ. εισαγωγή σελ. 27-28).

#### ***Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young, εκτενής μορφή, τρίτη έκδοση-Young Schema Questionnaire-Long Form 3/YSQ-L3 (Young & Brown 2003)***

Το κλινικό δείγμα συμπλήρωσε την Ελληνική μετάφραση του YSQ-L3 (Μαλογιάννης, Χαντζή, & Βλαβιανού, 2008), η διαδικασία της οποίας αναφέρεται ανωτέρω (βλ. σελ. 86). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο 232 λημμάτων, τα οποία αξιολογούν τα 18 ΠΔΣ. Κάθε λήμμα βαθμολογείται σε μια κλίμακα Likert από το 1 έως το 6 ως εξής: 1= Δεν ισχύει καθόλου για εμένα, 2= Μάλλον δεν ισχύει για εμένα, 3=ισχύει μάλλον, παρά δεν ισχύει, 4=Ισχύει αρκετά για εμένα, 5=Ισχύει πάρα πολύ για εμένα 6=Με

περιγράφει τέλεια (Βλ. εισαγωγή σελ. 27-28). Για την πραγματοποίηση της ανάλυσης διακριτικής ικανότητας του ερωτηματολογίου, μεταξύ μη κλινικού και κλινικού δείγματος, από τα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσε το κλινικό δείγμα ελήφθησαν τα 90 λήμματα που απαρτίζουν το YSQ-S3.

### ***Ερωτηματολόγιο Αυτοαναφοράς Ενηλίκων του Achenbach-Adults Self Report/ ASR (Achenbach & Rescorla, 2003)***

Το μη κλινικό δείγμα συμπλήρωσε την ελληνική μετάφραση του ASR [προσωπική επικοινωνία (Τσαούσης, 2013)]. Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από δύο μέρη. Το δεύτερο μέρος το οποίο χρησιμοποιήθηκε σε αυτή τη μελέτη αποτελείται από 123 λήμματα τα οποία εκτιμούν διαστάσεις ψυχοπαθολογίας. Κάθε λήμμα βαθμολογείται σε μια κλίμακα Likert από 0 (δεν ταιριάζει καθόλου), 1 (ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές), 2 (ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά). Από τις ερωτήσεις αυτές εξάγεται βαθμολογία για 8 διαστάσεις, οι οποίες έχουν προκύψει με τη μέθοδο της ανάλυσης παραγόντων. Οι διαστάσεις αυτές είναι : Άγχος / Κατάθλιψη, Απόσυρση, Σωματικά Ενοχλήματα, Προβλήματα Σκέψης, Προβλήματα Προσοχής, Επιθετικότητα, Παραβατικότητα, Παρορμητικότητα. Επιπλέον, περιλαμβάνονται τρεις ερωτήσεις ανοιχτού τύπου που αφορούν το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ και τη χρήση ουσιών. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει επίσης δύο κλίμακες Εσωτερίκευσης και Εξωτερίκευσης των προβλημάτων συμπεριφοράς. Η βαθμολογία στις κλίμακες αυτές εξάγεται από μια ομαδοποίηση των ερωτήσεων που αφορούν τα προβλήματα συμπεριφοράς.

Το ερωτηματολόγιο παρέχει επίσης βαθμολογίες για τις ακόλουθες εναρμονισμένες με το DSM-IV κλίμακες: Καταθλιπτικά Προβλήματα, Αγχώδη Προβλήματα, Σωματικά Ενοχλήματα, Προβλήματα Αποφευκτικής Προσωπικότητας, Προβλήματα Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (κλίμακες Απροσεξίας και Υπερδραστηριότητας/ Παρορμητικότητας), Προβλήματα Αντικοινωνικής Προσωπικότητας.

#### **3.1.2.3. Στατιστική Ανάλυση**

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range)

χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών.

Χρησιμοποιήθηκε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση με διαδικασία μέγιστης πιθανοφάνειας για την εκτίμηση διαφόρων μοντέλων του YSQ. Προσδιορίστηκε η ανεξαρτησία των όρων σφάλματος (error terms) για όλα τα μοντέλα και επιτράπηκε η συσχέτιση των παραγόντων. Χρησιμοποιήθηκαν πολλές προσεγγίσεις για την εκτίμηση της προσαρμογής των μοντέλων της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης, συμπεριλαμβανομένων των δεικτών καλής προσαρμογής CFI (comparative fit index), GFI (goodness of fit index), chi-square goodness of fit test και RMSEA (root mean square error of approximation) (Mueller, 2000). Υπάρχουν πολλές κατευθυντήριες οδηγίες για την ερμηνεία της προσαρμογής ενός μοντέλου με βάση αυτούς τους δείκτες. Οι δείκτες CFI και GFI μπορούν να πάρουν τιμές από 0 έως 1, και θεωρείται ότι υπάρχει καλή προσαρμογή στα δεδομένα όταν είναι κοντά ή πάνω από 0,9 ή με ακόμα πιο αυστηρά κριτήρια όταν είναι πλησίον ή πάνω του 0,95 (Hu & Bentler, 1999). Ο δείκτης CFI θεωρείται πιο κατάλληλος για την εκτίμηση μοντέλων καθώς λαμβάνει υπόψη το μέγεθος του δείγματος (Bentler, 1992). Τιμές του δείκτη RMSEA μικρότερες από 0.05 δείχνουν καλή προσαρμογή και τιμές μέχρι 0.08 δείχνουν αποδεκτή προσαρμογή. Ακόμα, ένα μη σημαντικό  $\chi^2$  υποδεικνύει καλή προσαρμογή, αλλά είναι γνωστό ότι το  $\chi^2$  είναι ευαίσθητο και σημαντικό σε μεγάλα δείγματα όπως το δικό μας. Στα μοντέλα που ελέγχθηκαν μέσω της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης πραγματοποιήθηκε περαιτέρω ανάλυση σύμφωνα με το δείκτη τροποποίησης (modification indices) που χρησιμοποιήθηκε για να προτείνει δυνητικές βελτιώσεις στο μοντέλο. Ο δείκτης τροποποίησης χρησιμοποιείται για να μετρήσει πόσο μειώνεται το  $\chi^2$  τεστ όταν προτείνεται μια συγκεκριμένη βελτίωση στο μοντέλο. Μετά τη χρήση δεικτών τροποποίησης υπολογίστηκαν ξανά οι δείκτες καλής προσαρμογής των μοντέλων.

Για τη διακριτική ικανότητα του ερωτηματολογίου YSQ λήφθηκε κλινικό δείγμα καθώς και ένα δείγμα αλκοολικών, οι βαθμολογίες των οποίων στις διαστάσεις του YSQ συγκρίθηκαν με Student's t-test με τις αντίστοιχες βαθμολογίες των φοιτητών. Επίσης, συγκρίθηκαν με Student's t-test οι βαθμολογίες στις διαστάσεις του κλινικού δείγματος του YSQ ανάλογα με τη

διάγνωση καθώς και οι βαθμολογίες των φοιτητών στις διαστάσεις του YSQ ανάλογα με το αν είχαν επισκεφτεί ειδικό ή/και είχαν νοσηλευτεί στο παρελθόν. Για την περαιτέρω διερεύνηση των διαφορών στις μέσες τιμές χρησιμοποιήθηκαν τα μεγέθη επίδρασης του Cohen (Cohen's effect size).

Για την αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής υπολογίστηκαν οι συντελεστές Cronbach's-α τόσο στο δείγμα των φοιτητών όσο και στο κλινικό δείγμα. Οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson ( $r$ ) των διαστάσεων του YSQ με τις γενικές διαστάσεις του ASR καθώς και με τις εναρμονισμένες με το DSM-IV κλίμακες, υπολογίστηκαν προκειμένου να ελεγχθεί η συντρέχουσα εγκυρότητα του YSQ. Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης ( $r$ ) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Επίσης, υπολογίστηκαν και οι συντελεστές μερικής συσχέτισης μεταξύ των διαστάσεων αυτών, έχοντας λάβει υπόψη το φύλο, την ηλικία, τη διαμονή, την οικογενειακή κατάσταση των φοιτητών και το αν έχουν επισκεφτεί ειδικό ή/και έχουν νοσηλευτεί ποτέ.

Επίσης, διενεργήθηκε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες μεταβλητές τις εναρμονισμένες με το DSM-IV κλίμακες προβλημάτων κατάθλιψης και άγχους και ανεξάρτητες όλα τα 18 ΠΔΣ προκειμένου να ελεγχθεί ποια ΠΔΣ έχουν προβλεπτική ικανότητα στην κατάθλιψη και άγχος. Για τη σταθερότητα (stability) του YSQ έγινε test-retest σε 54 φοιτητές, οι βαθμολογίες των οποίων συγκρίθηκαν μεταξύ τους με paired t-test. Επίσης, υπολογίστηκαν οι συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach's-α τόσο για την 1<sup>η</sup> όσο και για τη 2<sup>η</sup> μέτρηση. Οι συντελεστές intraclass correlation coefficients (ICCs) χρησιμοποιήθηκαν για να διερευνηθεί η συμφωνία των απαντήσεων και η σταθερότητα του ερωτηματολογίου. Η συμφωνία θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής είναι μέχρι 0,4, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,41 έως 0,6, υψηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,61 έως 0,80 και πολύ υψηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης είναι μεγαλύτερος από 0,8. Για τη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με τις διαστάσεις του YSQ χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης ( $\beta$ ) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το

φύλο, η ηλικία, η διαμονή, η οικογενειακή κατάσταση των φοιτητών και το αν έχουν επισκεφτεί ειδικό ή/και έχουν νοσηλευτεί ποτέ. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

## **3.2 Αποτελέσματα**

### **3.2.1. Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση**

Η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση έγινε πρώτα στα 18 μονοπαραγοντικά μοντέλα για κάθε ΠΔΣ. 13 από τα 18 ΠΔΣ επιβεβαιώθηκαν (πίνακας 8). Για τα ακόλουθα μοντέλα Καχυποψία/Κακοποίηση, Ελαττωματικότητα/Ντροπή, Συναισθηματική Αναστολή, Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική/Επικριτικότητα και Τιμωρητικότητα χρησιμοποιήθηκαν δείκτες τροποποίησης και απέκτησαν αποδεκτή προσαρμογή. Το  $\chi^2$  test ήταν σημαντικό ως αναμενόμενο λόγω του μεγάλου μεγέθους του δείγματος, αλλά οι δείκτες CFI, GFI και RMSEA επιβεβαίωσαν ότι οι ερωτήσεις που απαρτίζουν κάθε ΠΔΣ ανταποκρίνονται στο ίδιο δομικό περιεχόμενο.

Ο πίνακας 9 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης όταν τα 18 ΠΔΣ προσαρμόστηκαν στην αντίστοιχη κατηγορία τους. Μόνο η κατηγορία Προσανατολισμός στους άλλους είχε αποδεκτή προσαρμογή χωρίς τη χρήση δεικτών τροποποίησης. Για την κατηγορία Αποσύνδεση και Απόρριψη επιτράπηκε συνδιακύμανση των σφαλμάτων μεταξύ των ερωτήσεων 57 και 75 και μετά βρέθηκε αποδεκτή προσαρμογή. Για τον τομέα Ανεπαρκής Αυτονομία και Απόδοση επιτράπηκε συνδιακύμανση των σφαλμάτων μεταξύ των ερωτήσεων 8 και 26 και η ερώτηση 62 επιτράπηκε να φορτίζει και στη διάσταση Εξάρτηση/Ανεπάρκεια, οπότε μετά υπήρξε αποδεκτή προσαρμογή. Η κατηγορία Ανεπαρκή Όρια είχε αποδεκτή προσαρμογή μετά από αφαίρεση της ερώτησης 50, ενώ η κατηγορία τομέας Υπερεπαγρύπνιση και Αναστολή είχε αποδεκτή προσαρμογή αφού επιτράπηκε συνδιακύμανση των σφαλμάτων μεταξύ των ερωτήσεων 13 και 31 και μεταξύ των ερωτήσεων 31 και 49.

Ο πίνακας 10 παρουσιάζει τους δείκτες προσαρμογής για μια σειρά μοντέλων που προϋπάρχουν στην βιβλιογραφία. Το θεωρητικό μοντέλο του Young με τους 18 συσχετισμένους παράγοντες πρώτης τάξης έδωσε



αποδεκτή προσαρμογή ( $GFI=0,922$ ,  $CFI=0,910$ ,  $RMSEA=0,043$ ). Ελέγχθηκε ένα άλλο μοντέλο όπου χρησιμοποιήθηκαν οι μέσοι όροι των ΠΔΣ, να φορτώνουν στους πέντε συσχετισμένους παράγοντες δεύτερης τάξης (κατηγορίες ΠΔΣ), το οποίο απέτυχε να δώσει αποδεκτή προσαρμογή ακόμα και με τη χρήση δεικτών τροποποίησης. Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια για το μοντέλο του Hoffart με τέσσερις συσχετισμένους παράγοντες δεύτερης τάξης και για το μοντέλο του Saariaho με δυο ή τρεις συσχετισμένους παράγοντες δεύτερης τάξης. Επίσης το μοντέλο με ένα παράγοντα δεύτερης τάξης και τα μοντέλα διπαραγοντικής δομής δεν έδωσαν καλύτερη προσαρμογή.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8.** Αποτελέσματα των επιβεβαιωτικών παραγοντικών αναλύσεων για τα μονοπαραγοντικά μοντέλα ΠΔΣ.

	<b>Maladaptive schema</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>	<b>GFI</b>	<b>CFI</b>	<b>RMSEA</b>
1	Συναισθηματική Στέρση	27,62	<0,001	0,991	0,989	0,061
2	Εγκατάλειψη	35,51	<0,001	0,985	0,981	0,068
3	Δυσπιστία <sup>A</sup>	4,78	0,311	0,998	0,988	0,013
4	Κοινωνικός Αποκλεισμός	28,21	<0,001	0,987	0,984	0,061
5	Μειονεξία <sup>B</sup>	7,94	0,095	0,989	0,986	0,028
6	Αποτυχία	19,72	<0,001	0,994	0,983	0,049
7	Εξάρτηση	35,41	<0,001	0,989	0,973	0,070
8	Ευαλωτότητα	25,93	<0,001	0,991	0,982	0,058
9	Ελλειμματικός Εαυτός	28,71	<0,001	0,992	0,983	0,059
10	Υποταγή	21,03	<0,001	0,993	0,988	0,051
11	Αυτοθυσία	29,68	<0,001	0,990	0,982	0,063
12	Συναισθηματική Αναστολή <sup>C</sup>	24,21	<0,001	0,992	0,990	0,064
	Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική	34,61	<0,001	0,989	0,962	0,079
13	Κριτική <sup>D</sup>					
14	Αυτονόητο Δικαίωμα	42,22	<0,001	0,984	0,954	0,080
15	Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος	8,03	0,154	0,997	0,996	0,022
16	Αναζήτηση Επιβεβαίωσης	12,43	0,029	0,996	0,994	0,035
17	Αρνητισμός	40,53	<0,001	0,987	0,975	0,076
18	Τιμωρητικότητα <sup>E</sup>	26,53	<0,001	0,992	0,981	0,068

<sup>A</sup> με συνδιακύμανση των σφαλμάτων μεταξύ των ερωτήσεων 57 και 75; <sup>B</sup> με συνδιακύμανση των σφαλμάτων μεταξύ των ερωτήσεων 5 και 23; με συνδιακύμανση των σφαλμάτων μεταξύ των ερωτήσεων 12 και 48; <sup>D</sup> με συνδιακύμανση των σφαλμάτων μεταξύ των ερωτήσεων 31 και 67; <sup>E</sup> με συνδιακύμανση των σφαλμάτων μεταξύ των ερωτήσεων 36 και 54

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9.** Αποτελέσματα επιβεβαιωτικών παραγοντικών αναλύσεων που περιέχουν όλα τα στοιχεία του YSQ και τα ΠΔΣ αντιστοιχίζονται στην κάθε κατηγορία τους

<b>Model</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>	<b>GFI</b>	<b>CFI</b>	<b>RMSEA</b>
Αποσύνδεση/Απόρριψη	1689,31	<0,001	0,898	0,876	0,066
Αποσύνδεση/Απόρριψη (τροποποιημένο) <sup>A</sup>	1326,81	<0,001	0,923	0,910	0,057
Ανεπαρκής Αυτονομία και Απόδοση	817,05	<0,001	0,923	0,897	0,064
Ανεπαρκής Αυτονομία και Απόδοση (τροποποιημένο) <sup>B</sup>	709,08	<0,001	0,935	0,917	0,058
Ανεπαρκή Όρια	288,60	<0,001	0,955	0,870	0,078
Ανεπαρκή Όρια (τροποποιημένο) <sup>C</sup>	145,10	<0,001	0,970	0,914	0,068
Προσανατολισμός στους Άλλους	409,47	<0,001	0,957	0,932	0,055
Υπερεπαγρύπνιση και Αναστολή	1099,27	<0,001	0,915	0,866	0,068
Υπερεπαγρύπνιση και Αναστολή (τροποποιημένο) <sup>D</sup>	906,65	<0,001	0,927	0,910	0,062

<sup>A</sup> με συνδιακύμανση των σφαλμάτων μεταξύ των ερωτήσεων 57 και 75; <sup>B</sup> με συνδιακύμανση των σφαλμάτων μεταξύ των ερωτήσεων 8 και 26 και η ερώτηση 62 φορτίζει και στη διάσταση Dependence/ incompetence; <sup>C</sup> η ερώτηση 50 αφαιρέθηκε; <sup>D</sup> με συνδιακύμανση των σφαλμάτων μεταξύ των ερωτήσεων 13 και 31 και μεταξύ των ερωτήσεων 31 και 49

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10.** Αποτελέσματα επιβεβαιωτικών παραγοντικών αναλύσεων του YSQ και σύγκριση των μοντέλων που υποστηρίζονται στη βιβλιογραφία

Model	$\chi^2$	P	GFI	CFI	RMSEA
18 συσχετισμένοι παράγοντες πρώτης τάξης (Young)	1049,4	<0,001	0,922	0,910	0,043
Πέντε συσχετισμένοι παράγοντες δεύτερης τάξης (Young's, 2003)	2343,07	<0,001	0,804	0,793	0,120
Τέσσερις συσχετισμένοι παράγοντες δεύτερης τάξης (Hoffart, 2006)	1064,4	<0,001	0,895	0,884	0,098
Τρεις συσχετισμένοι παράγοντες δεύτερης τάξης (Saariaho, 2010)	720,13	<0,001	0,801	0,798	0,110
Δuo συσχετισμένοι παράγοντες δεύτερης τάξης (Saariaho, 2010)	797,85	<0,001	0,893	0,831	0,121
Ένας γενικός παράγοντας δεύτερης τάξης	15743,65	<0,001	0,742	0,728	0,050
Μη συσχετισμένη διπαραγοντική δομή	14536,68	<0,001	0,763	0,754	0,047
Συσχετισμένη διπαραγοντική δομή	14763,83	<0,001	0,753	0,749	0,046

### 3.2.2. Αξιοπιστία Εσωτερικής Συνοχής

Σε όλες τις διαστάσεις του YSQ, οι συντελεστές αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7) τόσο στο δείγμα των φοιτητών όσο και στο κλινικό (Πίνακας 12), γεγονός που δείχνει αποδεκτή αξιοπιστία για το YSQ. Οι συντελεστές  $\alpha$  του Cronbach κυμαίνονταν από 0,71 (Τιμωρητικότητα) έως 0,83 (Αποτυχία, Συναισθηματική αναστολή) για το δείγμα των φοιτητών και από 0,86 (Αυτονόητο δικαίωμα) έως 0,93 (Συναισθηματική στέρηση, Μειονεξία, Υποταγή) για το κλινικό δείγμα.

### 3.2.3. Διακριτική Ικανότητα

Προκειμένου να ελεγχθεί η διακριτική ικανότητα του ερωτηματολογίου συλλέχθηκαν στοιχεία από κλινικό δείγμα, το οποίο περιελάμβανε ασθενείς με διαγνώσεις στον άξονα I κατά DSM-IV, στον άξονα II κατά DSM-IV, συννοσηρότητα στον άξονα I και II.

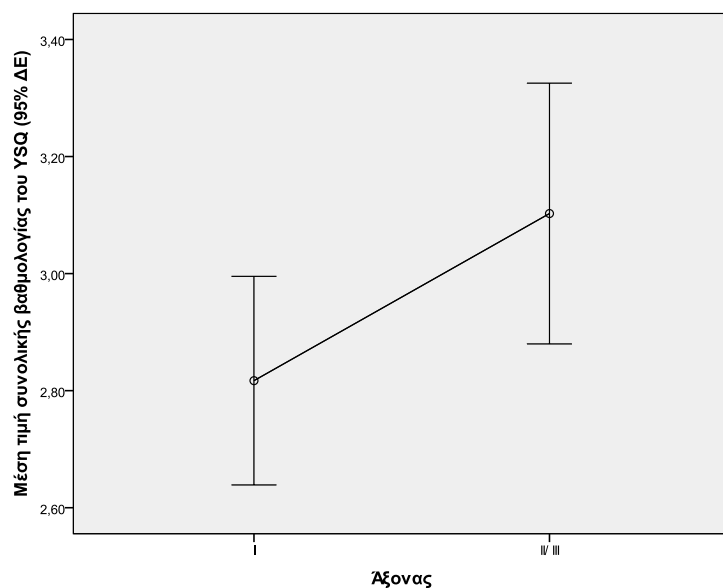
Οι βαθμολογίες των ασθενών στις διάφορες διαστάσεις του YSQ δίνονται στον πίνακα 11 ανάλογα με τη διάγνωσή τους. Βρέθηκε ότι οι ασθενείς του άξονα I είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις «Συναισθηματική Στέρηση», «Εγκατάλειψη», «Δυσπιστία», «Κοινωνικός Αποκλεισμός» καθώς και στη συνολική βαθμολογία σε σύγκριση με τους ασθενείς των αξόνων II/I+II (Γράφημα 1).

Όταν συγκρίθηκαν οι τιμές στις διαστάσεις του YSQ μεταξύ των φοιτητών και των ασθενών βρέθηκε ότι οι ασθενείς είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις, με εξαίρεση τα ΠΔΣ «Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική» και «Αναζήτηση Επιβεβαίωσης» όπου δεν βρέθηκαν διαφορές (Πίνακας 11) (Γράφημα 2). Άρα, το κλινικό δείγμα παρουσιάζει σε μεγαλύτερο βαθμό ΠΔΣ, ενώ οι μεγαλύτερες διαφορές σύμφωνα με τα μεγέθη επίδρασης βρέθηκαν για τα ΠΔΣ Συναισθηματική Στέρηση, Κοινωνικός Αποκλεισμός, Μειονεξία, Υποταγή, Ευαλωτότητα, Δυσπιστία και Εξάρτηση.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11.** Διαφορές στις διαστάσεις του YSQ ανάλογα με τη διάγνωση των ασθενών

	Άξονας I	Άξονας II/I&II	P
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	
Συναισθηματική στέρηση	2,8(1,3)	3,8(1,4)	<b>&lt;0,001</b>
Εγκατάλειψη	2,9(1,2)	3,4(1,2)	<b>0,025</b>
Δυσπιστία	2,9(1,0)	3,3(0,9)	<b>0,028</b>
Κοινωνικός αποκλεισμός	2,6(1,4)	3,5(1,4)	<b>&lt;0,001</b>
Μειονεξία	2,3(1,1)	2,5(1,1)	0,247
Αποτυχία	2,4(1,3)	2,7(1,4)	0,239
Εξάρτηση	2,5(1,2)	2,7(1,2)	0,430
Ευαλωτότητα	2,8(1,2)	2,9(1,2)	0,895
Ελλειμματικός εαυτός	2,5(1,1)	2,8(1,2)	0,256
Υποταγή	2,9(1,2)	3,0(1,4)	0,700
Αυτοθυσία	3,4(1,1)	3,5(1,2)	0,799
Συναισθηματική αναστολή	2,9(1,1)	3,1(1,3)	0,202
Ανελαστικά			
Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική	3,1(1,0)	3,3(0,9)	0,205
Αυτονόητο δικαίωμα	2,5(1,0)	2,7(0,8)	0,241
Ανεπαρκής αυτοέλεγχος	2,8(1,1)	3,1(1,2)	0,070
Αναζήτηση επιβεβαίωσης	2,9(1,0)	3,0(1,1)	0,477
Αρνητισμός	3,1(1,2)	3,4(1,2)	0,243
Τιμωρητικότητα	3,1(1,0)	3,1(1,0)	0,737
Συνολική βαθμολογία	2,8(0,7)	3,1(0,8)	<b>0,045</b>

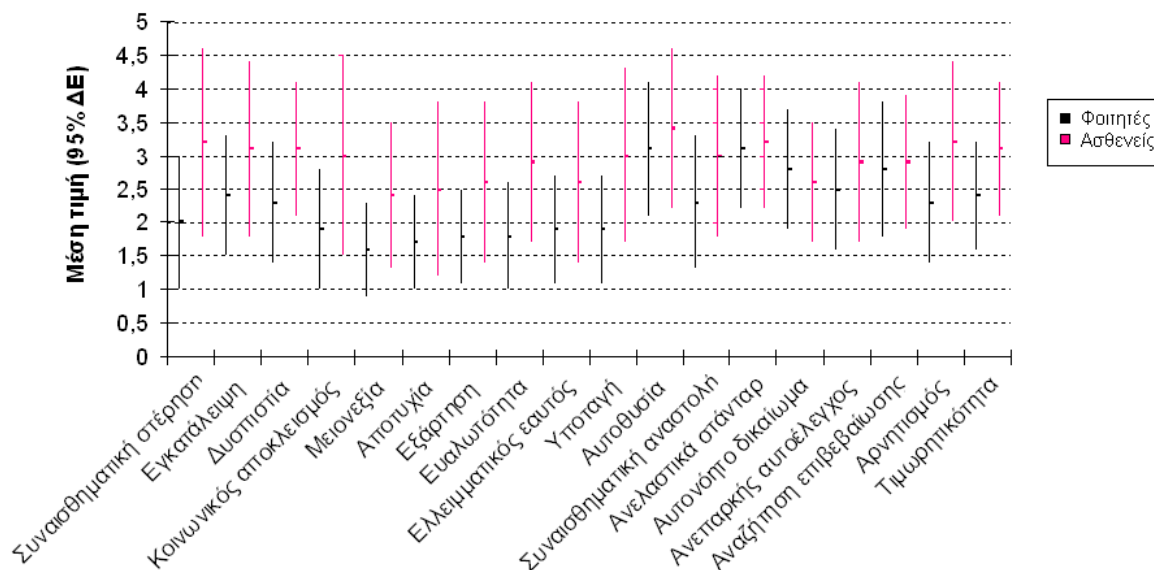
**Γράφημα 1.** Διάγραμμα μέσων τιμών της συνολικής βαθμολογίας του YSQ ανάλογα με τη διάγνωση σε άξονα I ή II/I+II των ασθενών.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 12.** Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach's  $\alpha$  και μέσες βαθμολογίες στις διαστάσεις του YSQ χωριστά για τους φοιτητές και το κλινικό δείγμα.

	Φοιτητές		Ασθενείς		P	Effect size
	Μέση τιμή (SD)	Cronbach's $\alpha$	Μέση τιμή (SD)	Cronbach's $\alpha$		
Συναισθηματική στέρηση	2,0(1,0)	0,79	3,2(1,4)	0,93	<0,001	1,22
Εγκατάλειψη	2,4(0,9)	0,76	3,1(1,3)	0,92	<0,001	0,75
Δυσπιστία	2,3(0,9)	0,75	3,1(1,0)	0,91	<0,001	0,91
Κοινωνικός αποκλεισμός	1,9(0,9)	0,76	3(1,5)	0,92	<0,001	1,13
Μειονεξία	1,6(0,7)	0,79	2,4(1,1)	0,93	<0,001	1,10
Αποτυχία	1,7(0,7)	0,83	2,5(1,3)	0,91	<0,001	1,07
Εξάρτηση	1,8(0,7)	0,73	2,6(1,2)	0,91	<0,001	1,08
Ευαλωτότητα	1,8(0,8)	0,73	2,9(1,2)	0,92	<0,001	1,20
Ελλειμματικός εαυτός	1,9(0,8)	0,73	2,6(1,2)	0,91	<0,001	0,83
Υποταγή	1,9(0,8)	0,75	3(1,3)	0,93	<0,001	1,20
Αυτοθυσία	3,1(1,0)	0,77	3,4(1,2)	0,92	<0,001	0,37
Συναισθηματική αναστολή	2,3(1,0)	0,83	3(1,2)	0,89	<0,001	0,63
Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική	3,1(0,9)	0,76	3,2(1,0)	0,90	0,804	0,02
Αυτονόητο δικαίωμα	2,8(0,9)	0,74	2,6(0,9)	0,86	0,049	0,19
Ανεπαρκής αυτοέλεγχος	2,5(0,9)	0,78	2,9(1,2)	0,92	<0,001	0,42
Αναζήτηση επιβεβαίωσης	2,8(1,0)	0,76	2,9(1,0)	0,91	0,073	0,17
Αρνητισμός	2,3(0,9)	0,77	3,2(1,2)	0,92	<0,001	0,90
Τιμωρητικότητα	2,4(0,8)	0,71	3,1(1,0)	0,90	<0,001	0,76

**Γράφημα 2.** Μέσες βαθμολογίες στις διαστάσεις του YSQ χωριστά για τους φοιτητές και το κλινικό δείγμα.

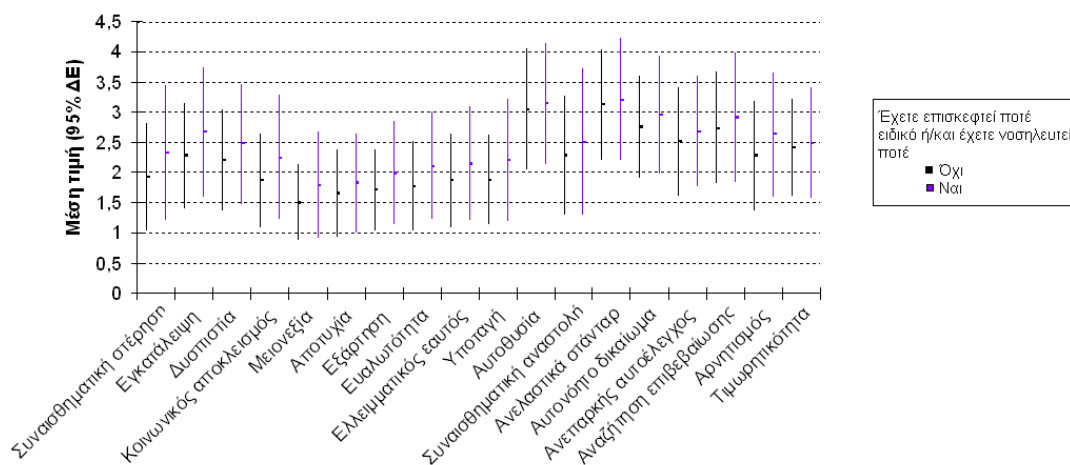


Στον πίνακα 13 δίνονται οι βαθμολογίες των φοιτητών στις διαστάσεις του YSQ ανάλογα με το αν είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας. Οι φοιτητές που είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σχεδόν σε όλες τις διαστάσεις του YSQ, δηλαδή υψηλότερα ΠΔΣ, σε σύγκριση με τους φοιτητές που δεν είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας (Γράφημα 3). Εξαιρέση αποτελούν τα ΠΔΣ «Αυτοθυσία», «Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική» και «Τιμωρητικότητα» στα οποίες δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φοιτητών. Οι μεγαλύτερες διαφορές σύμφωνα με τα μεγέθη επίδρασης βρέθηκαν για τα ΠΔΣ Συναισθηματική Στέρηση, Εγκατάλειψη, Κοινωνικός Αποκλεισμός, Μειονεξία, Υποταγή, Ευαλωτότητα και Εξάρτηση.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13.** Μέσες βαθμολογίες στις διαστάσεις του YSQ των φοιτητών ανάλογα με το αν είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας

	Έχετε επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας		P	Effect size
	Όχι	Ναι		
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)		
Συναισθηματική στέρηση	1,92 (0,89)	2,32 (1,12)	<0,001	0,42
Εγκατάλειψη	2,27 (0,87)	2,67 (1,07)	<0,001	0,44
Δυσπιστία	2,2 (0,84)	2,47 (0,99)	<0,001	0,31
Κοινωνικός αποκλεισμός	1,86 (0,77)	2,25 (1,04)	<0,001	0,47
Μειονεξία	1,49 (0,63)	1,79 (0,89)	<0,001	0,43
Αποτυχία	1,65 (0,72)	1,82 (0,81)	0,001	0,23
Εξάρτηση	1,7 (0,68)	1,99 (0,85)	<0,001	0,40
Ευαλωτότητα	1,77 (0,75)	2,11 (0,90)	<0,001	0,43
Ελλειμματικός εαυτός	1,86 (0,78)	2,14 (0,95)	<0,001	0,34
Υποταγή	1,87 (0,74)	2,20 (1,02)	<0,001	0,41
Αυτοθυσία	3,05 (1,00)	3,14 (1,01)	0,205	0,09
Συναισθηματική αναστολή	2,28 (0,99)	2,50 (1,21)	0,003	0,21
Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική	3,12 (0,91)	3,21 (1,01)	0,180	0,10
Αυτονόητο δικαίωμα	2,75 (0,85)	2,95 (0,98)	0,001	0,23
Ανεπαρκής αυτοέλεγχος	2,51 (0,89)	2,68 (0,92)	0,006	0,19
Αναζήτηση επιβεβαίωσης	2,74 (0,94)	2,91 (1,08)	0,011	0,17
Αρνητισμός	2,27 (0,91)	2,63 (1,03)	<0,001	0,38
Τιμωρητικότητα	2,42 (0,81)	2,48 (0,91)	0,264	0,07

**Γράφημα 3.** Μέσες βαθμολογίες στις διαστάσεις του YSQ των φοιτητών ανάλογα με το αν είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας



### 3.2.4. Συγκλίνουσα και Προβλεπτική Εγκυρότητα

Στον πίνακα 14 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων των ερωτηματολογίων YSQ και ASR. Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ όλων σχεδόν των διαστάσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 14.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων των ερωτηματολογίων YSQ και ASR.

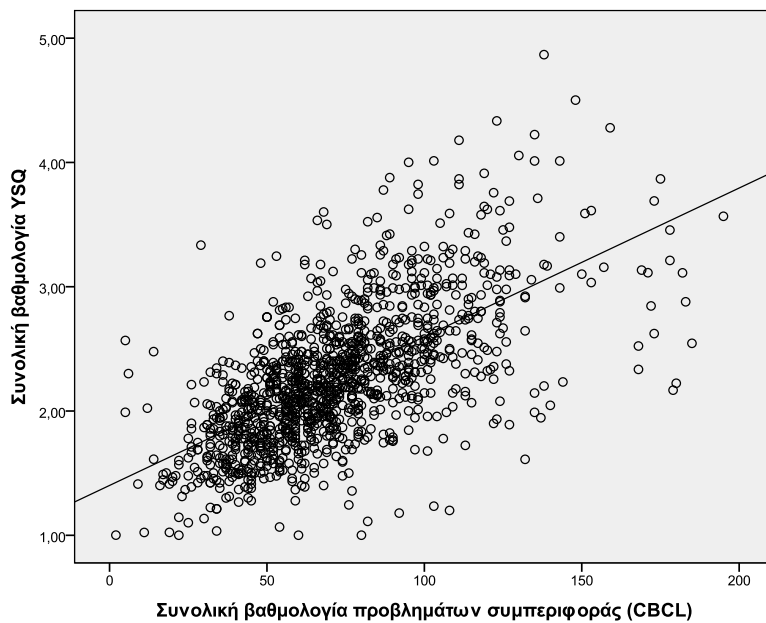
	Άγχος/ Κατάθλιψη	Από- συρση	Σωματικά Ενοχλήματα	Προβλή- ματα Σκέψης	Προβλή- ματα Προσοχής	Επιθετικό- τητα	Παραβα- τικότητα	Παρορ- μητικότητα	Εσωτε- ρικήυση	Εξωτε- ρικήυση	Συνολικά Προβλή- ματα
Συναισθηματική στέρωση	0,50	0,49	0,30	0,34	0,32	0,38	0,23	0,15	0,54	0,33	0,45
Εγκατάλειψη	0,61	0,38	0,36	0,32	0,40	0,44	0,20	0,21	0,59	0,36	0,50
Δυσπιστία	0,46	0,45	0,23	0,29	0,25	0,39	0,20	0,16	0,48	0,33	0,41
Κοινωνικός αποκλεισμός	0,47	0,58	0,26	0,36	0,31	0,38	0,25	0,10	0,53	0,32	0,43
Μειονεξία	0,51	0,57	0,27	0,37	0,39	0,38	0,33	0,14	0,56	0,37	0,47
Αποτυχία	0,47	0,40	0,24	0,26	0,45	0,29	0,27	0,11	0,47	0,29	0,41
Εξάρτηση	0,51	0,44	0,32	0,39	0,53	0,41	0,37	0,22	0,53	0,42	0,52
Ευαλωτότητα	0,51	0,36	0,38	0,37	0,37	0,40	0,27	0,21	0,52	0,37	0,48
Ελλειμματικός εαυτός	0,47	0,37	0,29	0,31	0,36	0,33	0,20	0,16	0,48	0,30	0,42
Υποταγή	0,56	0,46	0,29	0,35	0,45	0,35	0,28	0,17	0,56	0,34	0,49
Αυτοθυσία	0,30	0,10	0,21	0,17	0,12	0,12	0,03	0,12	0,27	0,10	0,24
Συναισθηματική αναστολή	0,35	0,46	0,15	0,20	0,23	0,24	0,13	-0,01	0,39	0,18	0,29
Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβ ολική Κριτική	0,22	0,18	0,12	0,17	-0,01	0,16	0,01	0,15	0,22	0,13	0,21
Αυτονόητο δικαίωμα	0,18	0,25	0,15	0,28	0,20	0,36	0,26	0,30	0,22	0,37	0,35
Ανεπαρκής αυτοέλεγχος	0,30	0,26	0,23	0,29	0,55	0,40	0,39	0,23	0,33	0,43	0,46
Αναζήτηση επιβεβαίωσης	0,32	0,22	0,13	0,17	0,25	0,28	0,16	0,30	0,30	0,29	0,34
Αρνητισμός	0,58	0,43	0,37	0,38	0,40	0,42	0,26	0,20	0,58	0,37	0,52
Τιμωρητικότητα	0,29	0,24	0,14	0,23	0,21	0,22	0,17	0,12	0,29	0,22	0,29
Συνολική βαθμολογία	0,66	0,57	0,38	0,45	0,50	0,52	0,34	0,26	0,68	0,48	0,63

\*όλοι οι συντελεστές ήταν σημαντικοί εκτός από αυτούς που είναι με πλάγια γράμματα.



Επιπλέον, η συνολική βαθμολογία του YSQ συσχετιζόταν θετικά με την συνολική βαθμολογία του ASR (Γράφημα 4). Δηλαδή η υψηλή βαθμολογία και παρουσία ΠΔΣ συσχετίζεται με την παρουσία ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων όπως μετράται μέσα από τις διαστάσεις του ASR.

**Γράφημα 4.** Συσχέτιση μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών των YSQ και ASR



Η θετική συσχέτιση μεταξύ όλων σχεδόν των διαστάσεων των YSQ και ASR παραμένει και μετά τον έλεγχο για το φύλο, την ηλικία, τη διαμονή, την οικογενειακή κατάσταση και το αν έχουν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας (Πίνακας 15).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15.** Συντελεστές μερικής συσχέτισης μεταξύ των διαστάσεων των ερωτηματολογίων YSQ και ASR, έχοντας λάβει υπόψη το φύλο, την ηλικία, τη διαμονή, την οικογενειακή κατάσταση και το αν έχουν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας.

	Άγχος/ Κατάθλιψη	Από- συρση	Σωματικά Ενοχλήματα	Προβλή- ματα Σκέψης	Προβλή- ματα Προσοχής	Επιθετικό- τητα	Παραβατι- κότητα	Παρορ- μητικότητα	Εσωτε- ρίκευση	Εξωτε- ρίκευση	Συνολικά Προβλή- ματα
Συναισθηματική στέρωση	0,50	0,46	0,29	0,32	0,29	0,35	0,19	0,13	0,52	0,30	0,42
Εγκατάλειψη	0,58	0,37	0,32	0,31	0,38	0,41	0,20	0,20	0,56	0,35	0,49
Δυσπιστία	0,45	0,43	0,22	0,26	0,23	0,38	0,19	0,14	0,47	0,31	0,40
Κοινωνικός αποκλεισμός	0,48	0,55	0,26	0,34	0,30	0,37	0,20	0,07	0,53	0,29	0,42
Μειονεξία	0,51	0,53	0,26	0,34	0,36	0,34	0,29	0,09	0,55	0,32	0,44
Αποτυχία	0,45	0,39	0,22	0,24	0,45	0,27	0,27	0,10	0,46	0,28	0,40
Εξάρτηση	0,50	0,42	0,30	0,35	0,52	0,38	0,34	0,19	0,51	0,39	0,49
Ευαλωτότητα	0,50	0,35	0,35	0,36	0,37	0,39	0,28	0,20	0,51	0,37	0,48
Ελλειμματικός εαυτός	0,46	0,36	0,27	0,30	0,35	0,32	0,20	0,16	0,46	0,29	0,41
Υποταγή	0,55	0,45	0,27	0,33	0,44	0,32	0,27	0,15	0,55	0,32	0,47
Αυτοθυσία	0,28	0,12	0,18	0,17	0,11	0,12	0,06	0,14	0,26	0,12	0,24
Συναισθηματική αναστολή	0,36	0,45	0,16	0,18	0,21	0,23	0,10	-0,04	0,40	0,15	0,28
Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερ- επικριτικότητα	0,25	0,17	0,13	0,15	-0,01	0,16	-0,01	0,14	0,24	0,11	0,21
Αυτονόητο δικαίωμα	0,18	0,21	0,16	0,24	0,17	0,35	0,21	0,27	0,22	0,34	0,33
Ανεπαρκής αυτοέλεγχος	0,29	0,25	0,23	0,26	0,54	0,38	0,37	0,20	0,32	0,41	0,44
Αναζήτηση επιβεβαίωσης	0,32	0,20	0,12	0,15	0,23	0,26	0,16	0,30	0,29	0,28	0,32
Αρνητισμός	0,57	0,41	0,34	0,36	0,38	0,40	0,24	0,17	0,57	0,35	0,50
Τιμωρητικότητα	0,30	0,23	0,16	0,21	0,19	0,21	0,14	0,10	0,30	0,19	0,28
Συνολική βαθμολογία	0,66	0,55	0,37	0,42	0,48	0,49	0,32	0,24	0,67	0,45	0,61

\*όλοι οι συντελεστές ήταν σημαντικοί εκτός από αυτούς που είναι με πλάγια γράμματα

Στον πίνακα 16 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων του ερωτηματολογίου YSQ και των εναρμονισμένων με το DSM-IV κλιμάκων του ASR. Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ όλων σχεδόν των διαστάσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 16.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων του ερωτηματολογίου YSQ και των εναρμονισμένων με το DSM-IV κλιμάκων του ASR.

YSQ	ASR							
	Προβλήματα Κατάθλιψης	Προβλήματα Άγχους	Σωματικά Προβλήματα	Προβλήματα Αποφευκτικής Προσωπικότητας	Προβλήματα Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας	Προβλήματα Αντικοινωνικής Προσωπικότητας	Κλίμακα Παρορμητικότητας	Κλίμακα Απροσεξίας
Συναισθηματική στέρηση	0,43	0,27	0,22	0,43	0,30	0,26	0,22	0,29
Εγκατάλειψη	0,50	0,47	0,30	0,42	0,36	0,25	0,30	0,31
Δυσπιστία	0,36	0,34	0,14	0,41	0,22	0,26	0,20	0,19
Κοινωνικός αποκλεισμός	0,41	0,25	0,17	0,53	0,25	0,3	0,18	0,27
Μειονεξία	0,48	0,24	0,18	0,51	0,33	0,35	0,22	0,35
Αποτυχία	0,48	0,26	0,16	0,43	0,37	0,26	0,20	0,43
Εξάρτηση	0,51	0,32	0,23	0,43	0,46	0,36	0,30	0,49
Ευαλωτότητα	0,46	0,48	0,28	0,33	0,34	0,30	0,30	0,30
Ελλειμματικός εαυτός	0,44	0,34	0,22	0,38	0,27	0,24	0,19	0,27
Υποταγή	0,53	0,34	0,2	0,5	0,35	0,26	0,25	0,35
Αυτοθυσία	0,23	0,29	0,18	0,16	0,14	0,01	0,20	0,04
Συναισθηματική αναστολή	0,29	0,21	0,08	0,47	0,15	0,17	0,09	0,18
Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική	0,12	0,26	0,09	0,14	0,07	0,05	0,18	-0,06
Αυτονόητο δικαίωμα	0,18	0,18	0,10	0,13	0,26	0,31	0,32	0,16
Ανεπαρκής αυτοέλεγχος	0,37	0,22	0,16	0,26	0,53	0,36	0,40	0,52
Αναζήτηση επιβεβαίωσης	0,26	0,25	0,10	0,21	0,23	0,21	0,22	0,19
Αρνητισμός	0,50	0,49	0,28	0,41	0,38	0,29	0,32	0,34
Τιμωρητικότητα	0,23	0,25	0,11	0,21	0,25	0,16	0,25	0,19
Συνολική βαθμολογία	0,59	0,48	0,28	0,55	0,45	0,38	0,38	0,41

\*όλοι οι συντελεστές ήταν σημαντικοί εκτός από αυτούς που είναι με πλάγια γράμματα.

Η θετική συσχέτιση μεταξύ όλων σχεδόν των διαστάσεων των YSQ και ASR παραμένει και μετά τον έλεγχο για το φύλο, την ηλικία, τη διαμονή, την οικογενειακή κατάσταση και το αν έχουν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας (Πίνακας 17).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 17.** Συντελεστές μερικής συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων του ερωτηματολογίου YSQ και των εναρμονισμένων με το DSM-IV κλιμάκων του ASR, έχοντας λάβει υπόψη το φύλο, την ηλικία, τη διαμονή, την οικογενειακή κατάσταση και το αν έχουν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας.

YSQ	ASR							
	Προβλήματα Κατάθλιψης	Προβλήματα Άγχους	Σωματικά Προβλήματα	Προβλήματα Αποφευκτικής Προσωπικότητας	Προβλήματα Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας	Προβλήματα Αντικοινωνικής Προσωπικότητας	Κλίμακα Παρορμητικότητας	Κλίμακα Απροσεξίας
Συναισθηματική στέρηση	0,42	0,25	0,21	0,41	0,26	0,21	0,20	0,24
Εγκατάλειψη	0,48	0,44	0,26	0,40	0,35	0,25	0,29	0,30
Δυσπιστία	0,35	0,33	0,14	0,39	0,20	0,23	0,19	0,16
Κοινωνικός αποκλεισμός	0,40	0,25	0,18	0,52	0,22	0,26	0,14	0,23
Μειονεξία	0,46	0,21	0,17	0,49	0,29	0,30	0,18	0,30
Αποτυχία	0,47	0,24	0,14	0,41	0,38	0,27	0,19	0,44
Εξάρτηση	0,50	0,30	0,21	0,39	0,43	0,33	0,26	0,46
Ευαλωτότητα	0,45	0,47	0,25	0,31	0,34	0,31	0,28	0,29
Ελλειμματικός εαυτός	0,43	0,32	0,21	0,36	0,27	0,25	0,16	0,28
Υποταγή	0,53	0,32	0,17	0,49	0,35	0,28	0,23	0,35
Αυτοθυσία	0,23	0,28	0,16	0,17	0,16	0,05	0,22	0,05
Συναισθηματική αναστολή	0,28	0,18	0,08	0,48	0,12	0,13	0,04	0,15
Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική	0,13	0,28	0,11	0,16	0,05	0,03	0,17	-0,08
Αυτονόητο δικαίωμα	0,18	0,20	0,10	0,11	0,23	0,27	0,30	0,11
Ανεπαρκής αυτοέλεγχος	0,38	0,21	0,15	0,24	0,53	0,33	0,37	0,52
Αναζήτηση επιβεβαίωσης	0,26	0,24	0,09	0,20	0,23	0,21	0,21	0,18
Αρνητισμός	0,49	0,47	0,26	0,41	0,37	0,28	0,31	0,32
Τιμωρητικότητα	0,24	0,26	0,13	0,19	0,25	0,14	0,25	0,18
Συνολική βαθμολογία	0,58	0,47	0,26	0,54	0,44	0,36	0,35	0,39

\*όλοι οι συντελεστές ήταν σημαντικοί εκτός από αυτούς που είναι με πλάγια γράμματα.

Επίσης διενεργήθηκε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες μεταβλητές προβλήματα κατάθλιψης και άγχους (DSM-IV εναρμονισμένες κλίμακες του ASR) και ανεξάρτητες όλα τα 18 ΠΔΣ (πίνακας 18). Βρέθηκε ότι τα ακόλουθα ΠΔΣ: Εγκατάλειψη, Κοινωνικός αποκλεισμός, Μειονεξία, Αποτυχία, Ευαλωτότητα, Ελλειμματικός εαυτός, Υποταγή, Αυτοθυσία, Ανεπαρκής αυτοέλεγχος, Αναζήτηση επιβεβαίωσης, Αρνητισμός και Τιμωρητικότητα έχουν προβλεπτική ικανότητα για τα προβλήματα κατάθλιψης. Η συνολική μεταβλητότητα της κατάθλιψης που επεξηγείτο από τα ΠΔΣ ήταν 43,1%.

Σχετικά με τα προβλήματα άγχους βρέθηκε ότι τα ακόλουθα ΠΔΣ: Εγκατάλειψη, Μειονεξία, Ευαλωτότητα, Αυτοθυσία, Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική και Αυτονόητο Δικαίωμα έχουν προβλεπτική ικανότητα για τα προβλήματα άγχους. Η συνολική μεταβλητότητα του άγχους που επεξηγείτο από τα ΠΔΣ ήταν 34,8%.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 18.** Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την πρόβλεψη των προβλημάτων κατάθλιψης και άγχους (DSM-Oriented scales) από τα 18 ΠΔΣ

	Depressive Problems			Anxiety Problems		
	$\beta$	SE	P	$\beta$	SE	P
Συναισθηματική στέρηση	0,20	0,15	0,174	-0,15	0,09	0,108
Εγκατάλειψη	0,78	0,16	<b>&lt;0,001</b>	0,80	0,10	<b>&lt;0,001</b>
Δυσπιστία	-0,31	0,17	0,064	-0,08	0,10	0,453
Κοινωνικός αποκλεισμός	0,38	0,18	<b>0,034</b>	0,16	0,11	0,160
Μειονεξία	0,52	0,24	<b>0,028</b>	-0,45	0,15	<b>0,002</b>
Αποτυχία	0,52	0,22	<b>0,016</b>	0,01	0,13	0,956
Εξάρτηση	0,38	0,24	0,109	0,11	0,15	0,437
Ευαλωτότητα	0,56	0,18	<b>0,002</b>	0,85	0,12	<b>&lt;0,001</b>
Ελλειμματικός εαυτός	0,38	0,17	<b>0,030</b>	0,12	0,11	0,269
Υποταγή	0,73	0,20	<b>&lt;0,001</b>	-0,15	0,12	0,244
Αυτοθυσία	0,25	0,12	<b>0,036</b>	0,29	0,08	<b>&lt;0,001</b>
Συναισθηματική αναστολή	0,06	0,12	0,654	0,04	0,08	0,631
Ανελαστικά						
Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική	-0,18	0,15	0,248	0,33	0,10	<b>0,001</b>
Αυτονόητο δικαίωμα	-0,19	0,16	0,246	-0,25	0,10	<b>0,014</b>
Ανεπαρκής αυτοέλεγχος	0,58	0,15	<b>&lt;0,001</b>	0,04	0,09	0,673
Αναζήτηση επιβεβαίωσης	-0,31	0,13	<b>0,020</b>	-0,15	0,08	0,083
Αρνητισμός	0,75	0,18	<b>&lt;0,001</b>	0,65	0,11	<b>&lt;0,001</b>
Τιμωρητικότητα	-0,44	0,15	<b>0,004</b>	-0,09	0,10	0,353

### 3.2.5. Σχέση Σύντομης και Εκτενούς μορφής και Χρονική Σταθερότητα του YSQ.

Η εκτενής μορφή του YSQ (YSQ-L3) συμπληρώθηκε από 54 φοιτητές, 6 εβδομάδες μετά την αρχική συμπλήρωση της σύντομης μορφής (YSQ-S3). Από το ερωτηματολόγιο αυτό υπολογίστηκαν οι ίδιες, με τη σύντομη εκδοχή του (short form), διαστάσεις (αντιστοιχίζοντας κατάλληλα τις ερωτήσεις). Στον πίνακα 19 δίνονται οι συντελεστές αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach που αφορούν στις δύο εκδοχές του YSQ, όπως προέκυψαν από τους 54 φοιτητές. Και στις δύο εκδοχές οι συντελεστές ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 19.** Συντελεστές αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach για τις δύο εκδοχές του YSQ (long form και short form)

Cronbach's $\alpha$	Long-form	Short-form
Συναισθηματική στέρηση	0,94	0,83
Εγκατάλειψη	0,94	0,85
Δυσπιστία	0,92	0,76
Κοινωνικός αποκλεισμός	0,91	0,75
Μειονεξία	0,90	0,91
Αποτυχία	0,91	0,89
Εξάρτηση	0,88	0,80
Ευαλωτότητα	0,90	0,78
Ελλειμματικός εαυτός	0,90	0,83
Υποταγή	0,92	0,81
Αυτοθυσία	0,94	0,82
Συναισθηματική αναστολή	0,91	0,91
Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική	0,94	0,71
Αυτονόητο δικαίωμα	0,88	0,75
Ανεπαρκής αυτοέλεγχος	0,93	0,76
Αναζήτηση επιβεβαίωσης	0,95	0,87
Αρνητισμός	0,94	0,85
Τιμωρητικότητα	0,88	0,76
Συνολική βαθμολογία	0,95	0,94

Στη συνέχεια υπολογίστηκαν οι συντελεστές συμφωνίας (ICC) μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων, οι οποίοι δίνονται στον πίνακα 20. Όλοι οι συντελεστές ήταν σημαντικοί ( $p < 0,001$ ) και κυμαίνονταν από 0,63 (Εξάρτηση) έως 0,89 (Υποταγή, Αναζήτηση επιβεβαίωσης, Αρνητισμός).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 20.** Συντελεστές συμφωνίας (ICC) μεταξύ των δύο εκδοχών, σύντομης (YSQ-S) και εκτενούς (YSQ-L) του ερωτηματολογίου YSQ.

	ICC	95% ΔΕ*	P
Συναισθηματική στέρηση	0,85	(0,74 - 0,91)	<0,001
Εγκατάλειψη	0,86	(0,75 - 0,92)	<0,001
Δυσπιστία	0,84	(0,73 - 0,91)	<0,001
Κοινωνικός αποκλεισμός	0,74	(0,56 - 0,85)	<0,001
Μειονεξία	0,79	(0,65 - 0,88)	<0,001
Αποτυχία	0,87	(0,77 - 0,92)	<0,001
Εξάρτηση	0,63	(0,36 - 0,78)	<0,001
Ευαλωτότητα	0,89	(0,81 - 0,94)	<0,001
Ελλειμματικός εαυτός	0,88	(0,80 - 0,93)	<0,001
Υποταγή	0,89	(0,81 - 0,94)	<0,001
Αυτοθυσία	0,85	(0,74 - 0,91)	<0,001
Συναισθηματική αναστολή	0,79	(0,63 - 0,88)	<0,001
Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική	0,78	(0,63 - 0,87)	<0,001
Αυτονόητο δικαίωμα	0,72	(0,51 - 0,84)	<0,001
Ανεπαρκής αυτοέλεγχος	0,86	(0,76 - 0,92)	<0,001
Αναζήτηση επιβεβαίωσης	0,89	(0,80 - 0,93)	<0,001
Αρνητισμός	0,89	(0,80 - 0,93)	<0,001
Τιμωρητικότητα	0,81	(0,67 - 0,89)	<0,001
Συνολική βαθμολογία	0,92	(0,87 - 0,95)	<0,001

\*95% Διάστημα Εμπιστοσύνης

Στον πίνακα 21 δίνονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις του YSQ όπως υπολογίστηκαν στις δύο μετρήσεις. Σημαντικά χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία κατά τη 2<sup>η</sup> μέτρηση στις διαστάσεις «Εγκατάλειψη», «Αποτυχία», «Εξάρτηση», «Υποταγή», «Αυτοθυσία», «Αυτονόητο δικαίωμα», «Ανεπαρκής αυτοέλεγχος», «Αναζήτηση επιβεβαίωσης», «Τιμωρητικότητα» καθώς και στη συνολική βαθμολογία συγκριτικά με τη 1<sup>η</sup> μέτρηση (Γράφημα 5). Στις υπόλοιπες διαστάσεις δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ των δύο μετρήσεων.

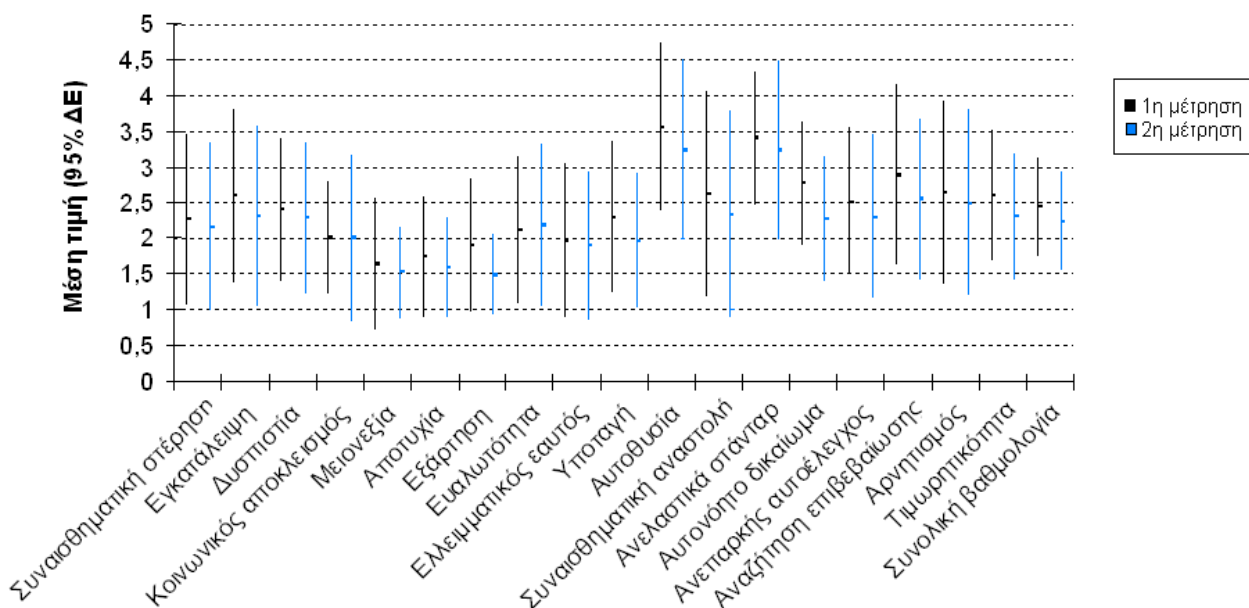
**ΠΙΝΑΚΑΣ 21.** Μέσες βαθμολογίες στις διαστάσεις του YSQ ξεχωριστά για κάθε μέτρηση στο χρόνο

	1η μέτρηση Μέση τιμή (SD)	2η μέτρηση Μέση τιμή (SD)	Μέση μεταβολή (SD)	p*
Συναισθηματική στέρηση	2,26 (1,18)	2,16 (1,18)	-0,10 (0,85)	0,411
Εγκατάλειψη	2,59 (1,22)	2,31 (1,26)	-0,27 (0,88)	<b>0,026</b>
Δυσπιστία	2,40 (1,00)	2,29 (1,06)	-0,11 (0,76)	0,301
Κοινωνικός αποκλεισμός	2,01 (0,79)	2,00 (1,17)	0,01 (0,90)	0,976
Μειονεξία	1,63 (0,92)	1,52 (0,64)	-0,11 (0,66)	0,252
Αποτυχία	1,74 (0,84)	1,60 (0,70)	-0,16 (0,53)	<b>0,046</b>
Εξάρτηση	1,90 (0,93)	1,49 (0,56)	-0,41 (0,80)	<b>&lt;0,001</b>
Ευαλωτότητα	2,12 (1,03)	2,18 (1,14)	0,06 (0,68)	0,499
Ελλειμματικός εαυτός	1,97 (1,08)	1,89 (1,04)	-0,08 (0,69)	0,409
Υποταγή	2,30 (1,06)	1,96 (0,94)	-0,34 (0,63)	<b>&lt;0,001</b>
Αυτοθυσία	3,56 (1,18)	3,24 (1,25)	-0,32 (0,88)	<b>0,012</b>
Συναισθηματική αναστολή	2,62 (1,44)	2,34 (1,44)	-0,28 (1,20)	0,096
Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική	3,40 (0,93)	3,23 (1,25)	-0,17 (0,93)	0,185
Αυτονόητο δικαίωμα	2,77 (0,86)	2,27 (0,88)	-0,50 (0,82)	<b>&lt;0,001</b>
Ανεπαρκής αυτοέλεγχος	2,52 (1,04)	2,30 (1,14)	-0,22 (0,77)	<b>0,041</b>
Αναζήτηση επιβεβαίωσης	2,89 (1,25)	2,55 (1,12)	-0,34 (0,76)	<b>0,002</b>
Αρνητισμός	2,64 (1,28)	2,50 (1,29)	-0,14 (0,82)	0,202
Τιμωρητικότητα	2,60 (0,91)	2,31 (0,88)	-0,29 (0,72)	<b>0,005</b>
Συνολική βαθμολογία	2,44 (0,69)	2,23 (0,69)	-0,21 (0,37)	<b>&lt;0,001</b>

\*paired t-test



**Γράφημα 5.** Μέσες βαθμολογίες στις διαστάσεις του YSQ ξεχωριστά για κάθε μέτρηση στο χρόνο



### 3.2.6. ΠΔΣ και Χαρακτηριστικά του Μη Κλινικού Δείγματος

Ακολουθώντας στους πίνακες 22-26 περιγράφονται τα αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες τις βαθμολογίες των φοιτητών στις διαστάσεις του YSQ. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η διαμονή και το αν έχουν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας.

Στον πίνακα 22 δίνονται τα αποτελέσματα για τα ΠΔΣ «Συναισθηματική Στέρωση», «Εγκατάλειψη», «Δυσπιστία» και «Κοινωνικός Αποκλεισμός».

Όσον αφορά στο ΠΔΣ Συναισθηματική Στέρωση βρέθηκε ότι το φύλο και η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας σχετίζονται ανεξάρτητα με αυτήν. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν κατά 0,12 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία. Επίσης, οι φοιτητές που είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας είχαν κατά 0,45 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία.

Όμοια, το φύλο και η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στο ΠΔΣ «Εγκατάλειψη». Αναλυτικά, οι γυναίκες

είχαν κατά 0,28 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία. Οι φοιτητές που είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας είχαν κατά 0,45 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στο ΠΔΣ αυτό, σε σύγκριση με τους φοιτητές που δεν είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας.

Μόνο η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στο ΠΔΣ «Δυσπιστία». Μάλιστα, οι φοιτητές που είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας είχαν κατά 0,31 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία.

Επιπροσθέτως, το φύλο και η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στο ΠΔΣ «Κοινωνικός αποκλεισμός». Οι γυναίκες είχαν κατά 0,19 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία και οι φοιτητές που είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας είχαν κατά 0,43 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στο ΠΔΣ αυτό.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 22.** Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες τις βαθμολογίες των φοιτητών στις διαστάσεις «Συναισθηματική στέρηση», «Εγκατάλειψη», «Δυσπιστία» και «Κοινωνικός αποκλεισμός».

	Συναισθηματική στέρηση		Εγκατάλειψη		Δυσπιστία		Κοινωνικός αποκλεισμός	
	β (SE) <sup>‡</sup>	P	β (SE) <sup>‡</sup>	P	β (SE) <sup>‡</sup>	P	β (SE) <sup>‡</sup>	P
<b>Φύλο</b>								
Άντρες	0,00*		0,00*		0,00*		0,00*	
Γυναίκες	-0,12 (0,06)	<b>0,046</b>	0,28 (0,06)	<b>&lt;0,001</b>	-0,05 (0,05)	0,380	-0,19 (0,05)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ηλικία</b>	-0,02 (0,01)	0,159	-0,02 (0,01)	0,128	-0,01 (0,01)	0,494	0 (0,01)	0,990
<b>Άγαμοι</b>								
Όχι	0,00		0,00		0,00		0,00	
Ναι	-0,15 (0,15)	0,319	-0,1 (0,15)	0,481	-0,01 (0,14)	0,931	-0,01 (0,13)	0,946
<b>Διαμονή</b>								
Μόνοι	0,00		0,00		0,00		0,00	
Με γονείς	0,05 (0,07)	0,449	0,11 (0,06)	0,082	0 (0,06)	0,997	0,07 (0,06)	0,220
Άλλο	0,04 (0,09)	0,665	-0,05 (0,08)	0,590	0,04 (0,08)	0,597	0,03 (0,08)	0,662
<b>Έχετε επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας?</b>								
Όχι	0,00		0,00		0,00		0,00	
Ναι	0,45 (0,07)	<b>&lt;0,001</b>	0,45 (0,06)	<b>&lt;0,001</b>	0,31 (0,06)	<b>&lt;0,001</b>	0,43 (0,06)	<b>&lt;0,001</b>

<sup>‡</sup> Συντελεστής εξάρτησης (Τυπικό Σφάλμα) \*Δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Στον πίνακα 23 δίνονται τα αποτελέσματα για τα ΠΔΣ «Μειονεξία», «Αποτυχία», «Εξάρτηση» και «Ευαλωτότητα».

Όσον αφορά στο ΠΔΣ «Μειονεξία» βρέθηκε ότι το φύλο και η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας ή/και η νοσηλεία σχετίζονται ανεξάρτητα με αυτήν. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν κατά 0,14 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία και οι φοιτητές που είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας είχαν κατά 0,33 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στο ΠΔΣ αυτό.

Μόνο η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στα ΠΔΣ «Αποτυχία» και «Ευαλωτότητα». Οι φοιτητές που είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας είχαν κατά 0,21 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη «Αποτυχία» και κατά 0,35 μονάδες στην «Ευαλωτότητα».

Επιπροσθέτως, η διαμονή και η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στο ΠΔΣ «Εξάρτηση». Αναλυτικά, οι φοιτητές που έμεναν με τους γονείς τους είχαν κατά 0,11 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία και οι φοιτητές που είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας είχαν κατά 0,33 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στο ΠΔΣ αυτό, σε σύγκριση με τους φοιτητές που δεν είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας.

Στον πίνακα 24 δίνονται τα αποτελέσματα για τα ΠΔΣ «Ελλειμματικός εαυτός», «Υποταγή», «Αυτοθυσία» και «Συναισθηματική αναστολή».

Όσον αφορά στο ΠΔΣ «Ελλειμματικός εαυτός» βρέθηκε ότι η διαμονή και η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας σχετίζονται ανεξάρτητα με αυτό. Συγκεκριμένα, οι φοιτητές που έμεναν με τους γονείς τους είχαν κατά 0,18 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία και οι φοιτητές που είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας είχαν κατά 0,31 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία. Όμοια, η διαμονή και η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Υποταγή». Αναλυτικά, οι φοιτητές που έμεναν με τους γονείς τους είχαν κατά 0,13 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τους φοιτητές που έμεναν μόνοι τους. Οι φοιτητές που είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας είχαν κατά 0,38 μονάδες

υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή, σε σύγκριση με τους φοιτητές που δεν είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας ούτε είχαν νοσηλευτεί.

Το φύλο, η διαμονή και η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας ή/και η νοσηλεία σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στο ΠΔΣ «Αυτοθυσία». Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν κατά 0,28 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τους άντρες. Ακόμα, οι φοιτητές με «άλλη» διαμονή είχαν κατά 0,21 υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους φοιτητές που έμεναν μόνοι τους. Οι φοιτητές που είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας είχαν κατά 0,14 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους φοιτητές που δεν είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας.

Με το ΠΔΣ «Συναισθηματική αναστολή» όλοι οι παράγοντες που διερευνήθηκαν, βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με αυτήν. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν κατά 0,25 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μειώνεται η συναισθηματική αναστολή που αισθάνονται οι συμμετέχοντες. Οι άγαμοι είχαν κατά 0,35 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους μη άγαμους. Οι φοιτητές με «άλλη» διαμονή είχαν κατά 0,21 υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους φοιτητές που έμεναν μόνοι τους. Τέλος, οι φοιτητές που είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας είχαν κατά 0,28 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους φοιτητές που δεν είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 23.** Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες τις βαθμολογίες των φοιτητών στις διαστάσεις «Μειονεξία», «Αποτυχία», «Εξάρτηση» και «Ευαλωτότητα».

	Μειονεξία		Αποτυχία		Εξάρτηση		Ευαλωτότητα	
	β (SE) ‡	P	β (SE) ‡	P	β (SE) ‡	P	β (SE) ‡	P
<b>Φύλο</b>								
Άντρες	0,00*		0,00*		0,00*		0,00*	
Γυναίκες	-0,14 (0,04)	<b>0,001</b>	0,03 (0,05)	0,551	-0,04 (0,04)	0,369	0,05 (0,05)	0,307
<b>Ηλικία</b>	-0,01 (0,01)	0,154	-0,01 (0,01)	0,154	-0,02 (0,01)	0,057	0,01 (0,01)	0,482
<b>Άγαμοι</b>								
Όχι	0,00		0,00		0,00		0,00	
Ναι	-0,01 (0,11)	0,955	-0,13 (0,12)	0,258	-0,06 (0,12)	0,585	0,11 (0,13)	0,393
<b>Διαμονή</b>								
Μόνοι	0,00		0,00		0,00		0,00	
Με γονείς	0,01 (0,05)	0,803	0,03 (0,05)	0,620	0,11 (0,05)	<b>0,028</b>	0,1 (0,05)	0,060
Άλλο	0,01 (0,06)	0,845	-0,02 (0,07)	0,741	-0,03 (0,07)	0,655	0,07 (0,07)	0,332
<b>Έχετε επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας?</b>								
Όχι	0,00		0,00		0,00		0,00	
Ναι	0,33 (0,05)	<b>&lt;0,001</b>	0,21 (0,05)	<b>&lt;0,001</b>	0,33 (0,05)	<b>&lt;0,001</b>	0,35 (0,06)	<b>&lt;0,001</b>

‡ Συντελεστής εξάρτησης (Τυπικό Σφάλμα) \* Δηλώνει κατηγορία αναφοράς

**ΠΙΝΑΚΑΣ 24.** Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες τις βαθμολογίες των φοιτητών στις διαστάσεις «Ελλειμματικός εαυτός», «Υποταγή», «Αυτοθυσία» και «Συναισθηματική αναστολή».

	Ελλειμματικός εαυτός		Υποταγή		Αυτοθυσία		Συναισθηματική αναστολή	
	β (SE) ‡	P	β (SE) ‡	P	β (SE) ‡	P	β (SE) ‡	P
<b>Φύλο</b>								
Άντρες	0,00*		0,00*		0,00*		0,00*	
Γυναίκες	0,08 (0,05)	0,110	0,06 (0,05)	0,204	0,28 (0,06)	<b>&lt;0,001</b>	-0,25 (0,06)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ηλικία</b>	-0,01 (0,01)	0,243	-0,02 (0,01)	0,095	-0,01 (0,01)	0,519	-0,03 (0,01)	<b>0,018</b>
<b>Άγαμοι</b>								
Όχι	0,00		0,00		0,00		0,00	
Ναι	-0,09 (0,13)	0,493	-0,02 (0,13)	0,895	-0,07 (0,16)	0,655	0,35 (0,17)	<b>0,040</b>
<b>Διαμονή</b>								
Μόνοι	0,00		0,00		0,00		0,00	
Με γονείς	0,18 (0,06)	<b>0,002</b>	0,13 (0,06)	<b>0,019</b>	0,11 (0,07)	0,101	0,09 (0,07)	0,212
Άλλο	0,04 (0,08)	0,635	0,13 (0,08)	0,090	0,21 (0,09)	<b>0,025</b>	0,21 (0,1)	<b>0,026</b>
<b>Έχετε επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας?</b>								
Όχι	0,00		0,00		0,00		0,00	
Ναι	0,31 (0,06)	<b>&lt;0,001</b>	0,38 (0,06)	<b>&lt;0,001</b>	0,14 (0,07)	<b>0,050</b>	0,28 (0,07)	<b>&lt;0,001</b>

‡ Συντελεστής εξάρτησης (Τυπικό Σφάλμα) \* Δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Στον πίνακα 25 δίνονται τα αποτελέσματα για τα ΠΔΣ «Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική», «Αυτονόητο δικαίωμα», «Ανεπαρκής αυτοέλεγχος» και «Αναζήτηση επιβεβαίωσης».

Όσον αφορά στο ΠΔΣ «Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική» βρέθηκε μόνο το φύλο να σχετίζεται ανεξάρτητα με αυτό. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν κατά 0,17 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους άντρες.

Επίσης, το φύλο, η ηλικία και η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αυτονόητο δικαίωμα». Αναλυτικά, οι γυναίκες είχαν κατά 0,27 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, ενώ προϋούσης της ηλικίας μειώνεται η βαθμολογία του συγκεκριμένου ΠΔΣ. Οι φοιτητές που είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας είχαν κατά 0,22 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους φοιτητές που δεν είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας.

Η ηλικία και η επίσκεψη στο παρελθόν σε ειδικό ψυχικής υγείας βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Ανεπαρκής αυτοέλεγχος». Συγκεκριμένα όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μειώνεται το ΠΔΣ «Ανεπαρκής αυτοέλεγχος» των συμμετεχόντων. Ακόμα, οι φοιτητές που είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας είχαν κατά 0,21 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τους φοιτητές που δεν είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας.

Τέλος, μόνο η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στο ΠΔΣ «Αναζήτηση επιβεβαίωσης», με τους φοιτητές που είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας είχαν κατά 0,19 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε αυτό, σε σύγκριση με τους φοιτητές που δεν είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 25.** Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες τις βαθμολογίες των φοιτητών στις διαστάσεις «Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική», «Αυτονόητο δικαίωμα», «Ανεπαρκής αυτοέλεγχος» και «Αναζήτηση επιβεβαίωσης».

	Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική		Αυτονόητο δικαίωμα		Ανεπαρκής αυτοέλεγχος		Αναζήτηση επιβεβαίωσης	
	β (SE) <sup>‡</sup>	P	β (SE) <sup>‡</sup>	P	β (SE) <sup>‡</sup>	P	β (SE) <sup>‡</sup>	P
<b>Φύλο</b>								
Άντρες	0,00*		0,00*		0,00*		0,00*	
Γυναίκες	-0,17 (0,06)	<b>0,005</b>	-0,27 (0,05)	<b>&lt;0,001</b>	-0,1 (0,06)	0,086	0,01 (0,06)	0,917
<b>Ηλικία</b>	-0,01 (0,01)	0,550	-0,02 (0,01)	<b>0,020</b>	-0,03 (0,01)	<b>0,010</b>	-0,02 (0,01)	0,170
<b>Άγαμοι</b>								
Όχι	0,00		0,00		0,00		0,00	
Ναι	0,07 (0,15)	0,663	-0,16 (0,14)	0,256	-0,18 (0,15)	0,219	-0,19 (0,16)	0,224
<b>Διαμονή</b>								
Μόνοι	0,00		0,00		0,00		0,00	
Με γονείς	0,09 (0,06)	0,146	0,09 (0,06)	0,118	0,05 (0,06)	0,399	0,11 (0,07)	0,117
Άλλο	0,03 (0,09)	0,732	0,02 (0,08)	0,827	-0,06 (0,08)	0,481	-0,05 (0,09)	0,552
<b>Έχετε επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας?</b>								
Όχι	0,00		0,00		0,00		0,00	
Ναι	0,1 (0,07)	0,132	0,22 (0,06)	<b>&lt;0,001</b>	0,21 (0,06)	<b>0,001</b>	0,19 (0,07)	<b>0,006</b>

<sup>‡</sup>Συντελεστής εξάρτησης (Τυπικό Σφάλμα) \*Δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Στον πίνακα 26 δίνονται τα αποτελέσματα για τα ΠΔΣ «Αρνητισμός», «Τιμωρητικότητα» καθώς και τη συνολική βαθμολογία.

Όσον αφορά στο ΠΔΣ «Αρνητισμός» βρέθηκε ότι μόνο η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας σχετίζεται ανεξάρτητα με αυτό. Συγκεκριμένα, οι φοιτητές που είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας είχαν κατά 0,37 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τους φοιτητές που δεν είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας.

Το φύλο και η ηλικία βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στο ΠΔΣ «Τιμωρητικότητα». Αναλυτικά, οι γυναίκες είχαν κατά 0,16 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, ενώ προϊούσης της ηλικίας η βαθμολογία στο ΠΔΣ μειώνεται.

Τέλος, η ηλικία, η διαμονή και η επίσκεψη στο παρελθόν σε ειδικό ψυχικής υγείας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων. Οπότε, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο ελαττώνονται οι βαθμολογίες στα ΠΔΣ των συμμετεχόντων. Επίσης, οι φοιτητές που μένουν με τους γονείς τους είχαν κατά 0,08 μονάδες υψηλότερη συνολική βαθμολογία, ενώ οι φοιτητές που είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας είχαν κατά 0,29 μονάδες υψηλότερη συνολική βαθμολογία, σε σύγκριση με τους φοιτητές που δεν είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 26.** Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες τις βαθμολογίες των φοιτητών στις διαστάσεις «Αρνητισμός», «Τιμωρητικότητα», «Συνολική βαθμολογία» και «Κοινωνικός αποκλεισμός».

	<b>Αρνητισμός</b>		<b>Τιμωρητικότητα</b>		<b>Συνολική βαθμολογία</b>	
	<b>β (SE)<sup>‡</sup></b>	<b>P</b>	<b>β (SE)<sup>‡</sup></b>	<b>P</b>	<b>β (SE)<sup>‡</sup></b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b>						
Αντρες	0,00*		0,00*		0,00*	
Γυναίκες	-0,01 (0,06)	0,867	-0,16 (0,05)	<b>0,002</b>	-0,04 (0,03)	0,255
<b>Ηλικία</b>	-0,01 (0,01)	0,235	-0,03 (0,01)	<b>0,006</b>	-0,01 (0,01)	<b>0,031</b>
<b>Άγαμοι</b>						
Όχι	0,00		0,00		0,00	
Ναι	0,03 (0,15)	0,840	-0,11 (0,14)	0,440	-0,04 (0,09)	0,638
<b>Διαμονή</b>						
Μόνοι	0,00		0,00		0,00	
Με γονείς	0,12 (0,07)	0,081	0,01 (0,06)	0,930	0,08 (0,04)	<b>0,032</b>
Άλλο	0,14 (0,09)	0,116	0,04 (0,08)	0,592	0,04 (0,05)	0,380
<b>Έχετε επισκεφτεί στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας?</b>						
Όχι	0,00		0,00		0,00	
Ναι	0,39 (0,07)	<b>&lt;0,001</b>	0,09 (0,06)	0,132	0,29 (0,04)	<b>&lt;0,001</b>

<sup>‡</sup> Συντελεστής εξάρτησης (Τυπικό Σφάλμα) \*Δηλώνει κατηγορία αναφοράς



### 3.3. Συζήτηση

Βασικός σκοπός της πρώτης φάσης της παρούσας διδακτορικής διατριβής ήταν η μετάφραση των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιεί η Θεραπεία Σχημάτων και ακολούθως η στάθμιση της ελληνικής μετάφρασης της τελευταίας έκδοσης της σύντομης μορφής του Ερωτηματολογίου Σχημάτων (YSQ-S3) στον ελληνικό πληθυσμό.

Αρχικά η Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση ανέδειξε τα 18 ΠΔΣ που μετράει το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο. Μια σειρά μελετών στη βιβλιογραφία, όπως ήδη αναφέρθηκε στην εισαγωγή (σελ. 33-34), έχουν διερευνήσει την παρουσία των κατηγοριών των ΠΔΣ που προτείνει ο Young (Young et al. 2003) αλλά τα αποτελέσματα αυτών των μελετών είναι αντικρουόμενα και λιγότερο σταθερά (Hawke & Provencher, 2012; Lockwood & Perris, 2012). Η διερεύνηση και αναζήτηση της παρουσίας αυτών των κατηγοριών που αποτελούν μια δομή ανώτερης τάξης του Ερωτηματολογίου Σχημάτων έχει ιδιαίτερη κλινική σημασία, καθώς οι κατηγορίες αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες ακάλυπτες πυρηνικές συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου και κατά συνέπεια στόχους της θεραπευτικής παρέμβασης στη Θεραπεία Σχημάτων (Young et al. 2003). Στη δική μας μελέτη διερευνήσαμε την παρουσία αυτών κατηγοριών ακολουθώντας τις προτάσεις της υπάρχουσας μέχρι σήμερα βιβλιογραφίας. Στο πλαίσιο αυτό μελετήσαμε το κλασικό μοντέλο των πέντε κατηγοριών ΠΔΣ που προτείνει ο Young (Young et al. 2003), το τροποποιημένο μοντέλο τεσσάρων κατηγοριών των Hoffart et al. (2006), το μοντέλο των δύο και τριών κατηγοριών των Saariaho et al. (2012) καθώς και τα μοντέλα μιας ανώτερης κατηγορίας και διπαραγοντικής δομής (Kriston et al. 2012). Η ανάλυση των δεδομένων δεν υποστήριξε την παρουσία κατηγοριών των ΠΔΣ. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με δύο προηγούμενες μελέτες που επίσης δεν ανέδειξαν δομή ανώτερης τάξης για τα ΠΔΣ. Οι Lockwood and Perris (2012) αναφέρουν ότι με βάση προφορική επικοινωνία με την κύρια ερευνήτρια της στάθμισης της ολλανδικής μετάφρασης του YSQ (Rijkeboer et al. 2006) στη μελέτη αυτή δεν αναδείχθηκαν κατηγορίες ΠΔΣ. Επίσης στη μελέτη στάθμισης της γαλλο-καναδικής μετάφρασης του YSQ, παρομοίως δεν αναδείχθηκαν παράγοντες ανώτερης τάξης. Τα αποτελέσματα

αυτά υποδεικνύουν ότι αποτελέσματα βασισμένα σε κατηγορίες ΠΔΣ πρέπει να ερμηνεύονται με επιφύλαξη και οι ερευνητές πρέπει να επικεντρώνουν την προσοχή τους στα συγκεκριμένα ΠΔΣ που σχετίζονται με τον πληθυσμό ή τις κλινικές εικόνες που μελετούν (Hawke and Provencher 2012).

Το ερωτηματολόγιο ανέδειξε καλές λοιπές ψυχομετρικές ιδιότητες, οι οποίες και συζητούνται κατωτέρω.

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής ήταν καλή με συντελεστή Cronbach's  $\alpha$  0,70 ή και μεγαλύτερο για όλους τους παράγοντες του ερωτηματολογίου τόσο στο δείγμα των φοιτητών όσο και στο κλινικό δείγμα. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με τα αναφερόμενα στη βιβλιογραφία (Baranof et al. 2006, Hawke and Provencher 2012, Rigkeboer & Van den Bergh 2006, Saariaho et al. 2009, Schmidt et al. 1995).

Επίσης η σύγκριση των δύο μορφών YSQ L και S ανέδειξε αντίστοιχη εσωτερική συνοχή όπως αυτή υπολογίστηκε με βάση τον συντελεστή Cronbach  $\alpha$ , ενώ και οι συντελεστές συμφωνίας (ICC) μεταξύ των δύο μορφών ήταν σημαντικοί ( $p < 0,001$ ) και κυμαίνονταν από 0,63 (Εξάρτηση) έως 0,89 (Υποταγή, Αναζήτηση επιβεβαίωσης, Αρνητισμός). Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με την προϋπάρχουσα βιβλιογραφία (Waller et al. 2001).

Το ερωτηματολόγιο έδειξε καλή διακριτική ικανότητα, και τα ΠΔΣ διέκριναν το κλινικό από το μη κλινικό δείγμα. Οι διαφορές των ΠΔΣ ανάμεσα στα δύο δείγματα ήταν στατιστικά σημαντικές για όλα τα ΠΔΣ με εξαίρεση τα ΠΔΣ των Ανελαστικών Προτύπων/Υπερβολικής Κριτικής, του Αυτονόητου Δικαιώματος και της Αναζήτησης Επιδοκμασίας/Αναγνώρισης. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με προηγούμενα αποτελέσματα που αναφέρονται στη βιβλιογραφία (Hawke & Provencher 2012, Rijkeboer et al. 2005). Τόσο σε αυτές τις μελέτες όπως και στη δική μας το μη κλινικό δείγμα αποτελείτο από φοιτητές. Ειδικά χαρακτηριστικά αυτού του δείγματος όπως η υψηλή αίσθηση ανταγωνισμού, ο προσανατολισμός στην επιτυχία και ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά της νεότερης γενιάς πιθανώς εξηγούν την υψηλή βαθμολογία σε αυτά τα ΠΔΣ και την απουσία στατιστικά σημαντικής διαφοράς με το κλινικό δείγμα (Hawke & Provencher 2012, Rijkeboer et al. 2005).

Ένα ενδιαφέρον εύρημα ήταν το γεγονός ότι τα ΠΔΣ Συναισθηματική Στέρηση, Ευαλωτότητα σε βλάβη ή ασθένεια, Υποτακτικότητα, Κοινωνική Απομόνωση/ Αποξένωση και Ελαττωματικότητα/Ντροπή είχαν τη μεγαλύτερη διακριτική ικανότητα και τα μεγαλύτερα μεγέθη επίδρασης τόσο μεταξύ μη κλινικού και κλινικού δείγματος, αλλά επίσης και μεταξύ του μη κλινικού δείγματος με βάση την ερώτηση αν έχουν επισκεφτεί ποτέ ειδικό ψυχικής υγείας. Το γεγονός αυτό πιθανώς υποδεικνύει τα συγκεκριμένα ΠΔΣ ως πιο ευαίσθητους δείκτες ανίχνευσης ψυχολογικών προβλημάτων.

Όσον αφορά στις διαφορές των ΠΔΣ μεταξύ των δύο φύλλων, όπως αυτές προέκυψαν στα αποτελέσματα του μη κλινικού δείγματος, οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερες βαθμολογίες στα ΠΔΣ Αυτοθυσία και Εγκατάλειψη και οι άντρες στα ΠΔΣ Συναισθηματική Στέρηση, Κοινωνική Απομόνωση, Μειονεξία, Ανελαστικά Όρια, Αυτονόητο Δικαίωμα και Τιμωρητικότητα. Τα αποτελέσματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με προηγούμενη βιβλιογραφία (Welburn et al. 2002) και μπορούν να εξηγηθούν πιθανώς ως προϊόν πολιτισμικών και κοινωνικών επιδράσεων. Οι συγκεκριμένες όμως συσχετίσεις θα απαιτούσαν άλλου είδους σχεδιασμό και χρήση εργαλείων κοινωνιολογικής επιστήμης, γεγονός το οποίο δεν εμπίπτει στους σκοπούς της παρούσας διατριβής.

Επίσης όσον αφορά αποκλειστικά στο κλινικό δείγμα, τα ΠΔΣ Συναισθηματική Στέρηση, Εγκατάλειψη, Καχυποψία/ Κακοποίηση, Κοινωνική Απομόνωση/ Αποξένωση συγκέντρωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στους ασθενείς με συννοσηρότητα διαταραχής προσωπικότητας και τους διέκριναν από τους ασθενείς με αποκλειστική διάγνωση στον Άξονα Ι. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με τη θεωρία της Θεραπείας Σχημάτων, καθώς τα ΠΔΣ αυτά συσχετίζονται κυρίως με πρώιμες τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και ανασφαλή δεσμό, αποτελούν δε το υπόβαθρο και τον πυρήνα της ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας της προσωπικότητας (Young et al. 2003).

Η συγκλίνουσα εγκυρότητα μελετήθηκε με τη συσχέτιση του YSQ με το ερωτηματολόγιο ASR και τα 18 ΠΔΣ είχαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τους δείκτες συμπτωματολογίας και προβλημάτων προσωπικότητας όπως αυτοί μετρούνται στις εναρμονισμένες με το DSM-IV κλιμάκων του ASR. Τα

αποτελέσματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες της συγκλίνουσας εγκυρότητας του YSQ-S3 (Hawke & Provencher, 2012; Soygut et al., 2009).

Επίσης τα αποτελέσματα της γραμμικής παλίνδρομης ανάλυσης έδειξαν ότι οι παράγοντες του YSQ-S3 εξηγούν το 43,1% και το 34,8% της μεταβλητότητας των καταθλιπτικών και αγχώδων συμπτωμάτων αντίστοιχα, όπως αυτά μετρούνται από τις εναρμονισμένες με το DSM-IV κλίμακες του ASR.

Τα αποτελέσματα αυτά είναι επίσης συμβατά με προηγούμενη βιβλιογραφία η οποία έχει μελετήσει την προβλεπτική ικανότητα του YSQ και έχει χρησιμοποιήσει διάφορες μορφές του και διάφορους δείκτες καταθλιπτικής ή αγχώδους συμπτωματολογίας (Baranoff et al., 2006; Calvete et al., 2005; Glaser et al., 2002; Schmidt et al., 1995).

Η μελέτη αυτή υπόκειται σε κάποιους περιορισμούς που σχετίζονται με τη χρήση της μορφής YSQ-L3 στο κλινικό δείγμα. Η βαθμολογία των λημμάτων που απαρτίζουν το YSQ-S3 λήφθηκε από τα ερωτηματολόγια εκτεταμένης μορφής (YSQ-L3), γεγονός που μπορεί να είχε επηρεάσει τις βαθμολογίες λόγω της ομαδοποιημένης μορφής των λημμάτων κατά ΠΔΣ στο YSQ-L3. Επίσης το γεγονός αυτό δεν επέτρεψε την παράλληλη πραγματοποίηση Επιβεβαιωτικής Παραγοντικής Ανάλυσης στο μη κλινικό και κλινικό δείγμα, η οποία προτείνεται από τη βιβλιογραφία, καθώς η κατανομή των ΠΔΣ θεωρείται φασματική, συνεχής σε μη κλινικό και κλινικό πληθυσμό με τα ΠΔΣ να λαμβάνουν τις μεγαλύτερες τιμές στον κλινικό πληθυσμό.

Από την άλλη η μελέτη παρουσιάζει κάποια σημαντικά ισχυρά μεθοδολογικά πλεονεκτήματα όπως το μεγάλο μη κλινικό δείγμα και βέβαια η χρήση Επιβεβαιωτικής Παραγοντικής Ανάλυσης, καθώς αυτή παρά το γεγονός ότι αποτελεί μία δύσκολη και απαιτητική μέθοδο, θεωρείται η καταλληλότερη για την ανάλυση των δεδομένων, προκειμένου να επιβεβαιώσει τους παράγοντες που υποθέτει το μοντέλο.

## 4. ΦΑΣΗ II

### Δημιουργία Προγράμματος Εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων- Εκπαίδευση Θεραπευτών

Το πρόγραμμα εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων πραγματοποιήθηκε στην Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο και αποτέλεσε το πρώτο πρόγραμμα εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα.

#### 4.1. Μέθοδος

##### 4.1.1. Διαδικασία Εκπαίδευσης

##### Προϋποθέσεις Παρακολούθησης

Ο σχεδιασμός του προγράμματος ακολούθησε τις προϋποθέσεις εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων όπως αυτές περιγράφονται στις σελ. 78-81 και στον Πίνακα 5 (σελ. 80). Επιπλέον των προϋποθέσεων αυτών προστέθηκαν:

- α. 20 διδακτικές ώρες (σύνολο 60 διδακτικών ωρών)
  - β. Απαραίτητη η ύπαρξη προσωπικής θεραπείας των εκπαιδευόμενων
  - γ. Απαραίτητη η ύπαρξη προηγούμενης ψυχοθεραπευτικής κατάρτισης.
- Η βασική δομή του προγράμματος παρουσιάζεται στο γράφημα 2.

##### Πρόγραμμα Μαθημάτων

Το πρόγραμμα μαθημάτων κάλυψε πλήρως τα περιεχόμενα ενός εκπαιδευτικού προγράμματος όπως περιγράφονται από τους (Nadort et al., 2012) (βλ. ανωτέρω, σελ 75-76).

Οι διδακτικές ώρες καλύφθηκαν σε 16 3ώρα μαθήματα και δύο δωρα εργαστήρια εντός 6 μηνών.

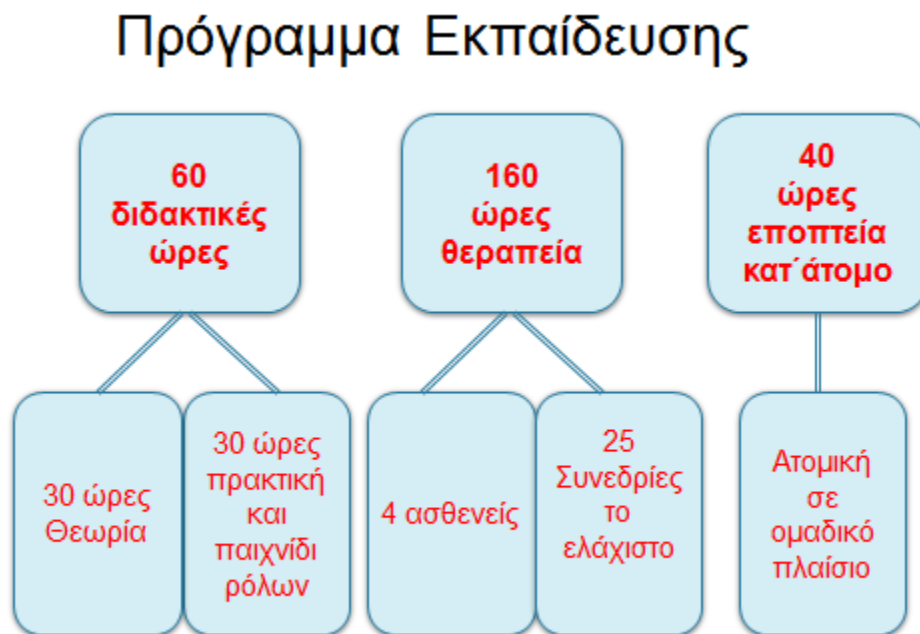
##### Πρόγραμμα και Διαδικασία Εποπτειών

Μετά την ολοκλήρωση των 24 πρώτων ωρών μαθημάτων (περίπου 2 μήνες) οι εκπαιδευόμενοι ανέλαβαν ασθενείς (4 ασθενείς έκαστος) και ξεκίνησαν τις εποπτείες. Το σύνολο των 40 εποπτειών, για τον καθένα, ολοκληρώθηκε σε διάρκεια 16 μηνών. Για την ανάγκη των εποπτειών οι εκπαιδευόμενοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, δύο και τριών ατόμων. Οι εποπτείες είχαν διάρκεια

50 λεπτά έκαστη για τον κάθε εκπαιδευόμενο και πραγματοποιούνταν με τη μορφή ατομικής εποπτείας σε ομάδα. Δηλαδή στην κάθε ομάδα, ο κάθε εκπαιδευόμενος είχε χρόνο 50 λεπτά και παρακολουθούσε και την εποπτεία του άλλου ή των άλλων μελών.

Στο Γράφημα 6 παρουσιάζεται η δομή και το περιεχόμενο του προγράμματος

### Γράφημα 6. Δομή και περιεχόμενο προγράμματος Εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων



#### 4.1.2. Εργαλεία Αξιολόγησης και Αξιολόγηση Εκπαιδευόμενων

Βασικό εργαλείο αξιολόγησης των συνεδριών Θεραπείας Σχημάτων αποτελεί η Κλίμακα Επάρκειας στη Θεραπεία Σχημάτων (Schema Therapy Competency Rating Scale) (Young, 2005). Η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί (στην πρωτότυπη ή σε τροποποιημένες μορφές) τόσο σε κλινικές μελέτες για την αξιολόγηση των θεραπευτών (Giessen-Bloo et al. 2006, Nadort et al. 2009, Bamelis et al. 2014) όσο και σε προγράμματα εκπαίδευσης για την αξιολόγηση των εκπαιδευομένων (Nadort et al., 2012).

Η κλίμακα αξιολογεί: 1. Την ακεραιότητα (Adherence) της παρεχόμενης από τον θεραπευτή θεραπείας. Δηλαδή τη συνεπή πραγματοποίηση Θεραπείας Σχημάτων και εφαρμογή τεχνικών της Θεραπείας Σχημάτων στη διάρκεια της συνεδρίας 2. Την ικανότητα και επάρκειά (Competence) στην εκτέλεση των τεχνικών αυτών (Nadort et al., 2012).

Η κλίμακα αποτελείται από 14 λήμματα που βαθμολογούν επιμέρους θεραπευτικές δεξιότητες με βαθμολογία για κάθε λήμμα από το 0 (Μη αποδεκτό) έως το 6 (άριστο). Κάθε λήμμα συνοδεύεται από έναν ορισμό των απαιτούμενων από τον θεραπευτή δεξιοτήτων. Επίσης σε κάθε λήμμα υπάρχουν οδηγίες βαθμολόγησης για τις βαθμολογίες 0, 2, 4, 6, δίνοντας τη δυνατότητα στον αξιολογητή να δώσει και από αυτές ή μια ενδιάμεση. Τα 14 λήμματα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες θεραπευτικών δεξιοτήτων ως εξής:

Γενικές θεραπευτικές δεξιότητες: 1. Διορθωτική γονεϊκή στάση, 2. Κατανόηση και συντονισμός, 3. Συνεργασία, ανατροφοδότηση και εστίαση στη συνεδρία, 4. Ισορροπία και ευελιξία του θεραπευτή, 5. Άνεση και εμπιστοσύνη στον εαυτό του.

Διατύπωση περίπτωσης και εκπαίδευση: 6. Διερεύνηση και αξιολόγηση σχημάτων, 7. Εκπαίδευση στα σχήματα και τιλοφόρηση σχημάτων, 8. Σύνδεση, 9. Σύνδεση καταστάσεων πυροδοτούμενων από τα σχήματα.

Αλλαγή Σχημάτων: 10. Πλάνο για την αλλαγή, 11. Εφαρμογή γνωσιακών τεχνικών για την αλλαγή, 12. Εφαρμογή τεχνικών εστιασμένων στο συναίσθημα για την αλλαγή, 13. Εφαρμογή αλλαγής συμπεριφοριστικών μοτίβων, 14. Θεραπευτική σχέση για την αλλαγή, 15. Τεχνικές αυτοβοήθειας έξω από τη συνεδρία.

Σύμφωνα με τις οδηγίες της ISST ([www.isstonline.com](http://www.isstonline.com)) απαιτείται μέσος όρος βαθμολογίας τουλάχιστον 4 στην κλίμακα STCRS για την πιστοποίηση θεραπευτών σε επίπεδο Standard Level και βαθμολογία τουλάχιστον 4,5 για την πιστοποίηση σε επίπεδο Advanced Level. Επιπλέον των ελαχίστων μέσων όρων βαθμολογίας, ο υποψήφιος πρέπει να συγκεντρώσει βαθμολογία τουλάχιστον μεγαλύτερη ή ίση του 4 σε καθένα από τα λήμματα 6-9.

Η κλίμακα STCRS χρησιμοποιήθηκε και στη διάρκεια του προγράμματος για την παρακολούθηση και αξιολόγηση της πορείας των εκπαιδευόμενων.

Κάθε εκπαιδευόμενος ηχογραφούσε όλες τις συνεδρίες δύο τουλάχιστον ασθενών του, κατόπιν λήψεως έγγραφης συγκατάθεσης από μέρους τους. Στη διάρκεια της εποπτείας 4 τυχαία επιλεγμένες συνεδρίες κάθε εποπτευόμενου αξιολογήθηκαν από τον επόπτη του προγράμματος και βαθμολογήθηκαν.

Η τελική αξιολόγηση των εκπαιδευόμενων του προγράμματος περιγράφεται στο τρίτο μέρος της παρούσας εργασίας, όπου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας.

#### **4.1.3. Συμμετέχοντες**

Συμμετέχοντες στο πρόγραμμα ήταν ένας επόπτης εκπαιδευτής στη Θεραπεία Σχημάτων και 5 εκπαιδευόμενοι. Επόπτης εκπαιδευτής ήταν ο συγγραφέας της εν λόγω εργασίας, υποψήφιος Διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, πιστοποιημένος στη Θεραπεία Σχημάτων, από την ISST το 2008. Οι 5 εκπαιδευόμενοι ήταν: 1 ειδικευμένος ψυχίατρος, 1 Ψυχολόγος με Μεταπτυχιακό και Διδακτορικό τίτλο σπουδών Ψυχολογίας Υγείας και εκπαίδευση στη Θεωρία Δεσμού, 1 Ψυχολόγος με Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών Ψυχολογίας της Υγείας και με εκπαίδευση στη ΓΣΘ, 1 Ψυχολόγος με Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στην Κλινική Ψυχολογία, υποψήφια Διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Αθηνών, με εκπαίδευση στη ΓΣΘ και 1 ψυχολόγος με Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στην Κλινική Ψυχολογία, με εκπαίδευση στη ΓΣΘ. Όλοι οι εκπαιδευόμενοι είχαν τουλάχιστον τριετή κλινική εμπειρία. Οι πέντε εκπαιδευόμενοι ήταν ένας άντρας (ψυχίατρος) και 4 γυναίκες (ψυχολόγοι), ηλικίας 33-36 ετών (Μέση ηλικία 34,6 ετών).

Το πρόγραμμα εκπαίδευσης που πραγματοποιήθηκε αντιστοιχούσε σε Advanced Level Certification.

Την παρακολούθηση της εκπαίδευσης περάτωσαν και οι πέντε εκπαιδευόμενοι. Η τελική αξιολόγηση έγινε με βαθμολόγηση δύο συνεδριών από δύο διαφορετικούς ασθενείς του κάθε θεραπευτή (βλ. πίνακα 6. Αξιολόγηση). Οι αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν από επόπτη και εκπαιδευτή του Ινστιτούτου Θεραπείας Σχημάτων της Νέας Υόρκης, πιστοποιημένο από την ISST, ο οποίος δε γνώριζε τους εκπαιδευόμενους. Προκειμένου να αξιολογηθούν οι συνεδρίες, απομαγνητοφωνήθηκαν και μεταφράστηκαν στα αγγλικά.



## 4.2 Αποτελέσματα - Συζήτηση

Το πρόγραμμα εκπαίδευσης και εποπτειών Θεραπεία Σχημάτων, με τις επιπλέον προσθήκες που έγιναν όσον αφορά στις προϋποθέσεις και ώρες εκπαίδευσης, εγκρίθηκε από την ISST ([www.isst-online.com](http://www.isst-online.com)).

Την παρακολούθηση της εκπαίδευσης περάτωσαν και οι πέντε εκπαιδευόμενοι. Η τελική αξιολόγηση κάθε εκπαιδευόμενου έγινε μετά τη συμπλήρωση του συνόλου των μαθημάτων (60 ώρες), του απαραίτητου αριθμού συνεδριών με ασθενείς (160 ώρες) και του απαραίτητου αριθμού εποπτειών (40ώρες), με βαθμολόγηση 2 ηχογραφημένων συνεδριών από δύο διαφορετικούς ασθενείς του. Για να διασφαλιστεί η ακεραιότητα της αξιολόγησης, από βαθμολογητή που δεν γνώριζε τους υποψηφίους, οι αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν από εκπαιδευτή και επόπτη του New York Institute of Schema Therapy. Προκειμένου να αξιολογηθούν, οι συνεδρίες, απομαγνητοφωνήθηκαν και μεταφράστηκαν στα αγγλικά.

Ως επιτυχόντες αξιολογήθηκαν οι 4 από τους 5 εκπαιδευόμενους. Ένας εκπαιδευόμενος δε συγκέντρωσε την απαραίτητη βαθμολογία.

Η μέση τιμή των βαθμολογιών αξιολόγησης των 5 εκπαιδευομένων ήταν  $M=4,93$  ( $SD=0,63$ ). Η μέση τιμή των βαθμολογιών αξιολόγησης όλων των 4 επιτυχόντων  $M=5,2$  ( $SD=0,22$ ).

Αναλυτικά οι βαθμολογίες των επιτυχόντων στις δύο συνεδρίες που βαθμολογήθηκαν για τον καθένα είχαν ως εξής:

- 5,3 και 5,46
- 5,3 και 5,46
- 5,15 και 5,00
- 5,2 και 4,8

Οι 4 επιτυχόντες πιστοποιήθηκαν με Advanced Level Certification από την ISST. Οι 4 θεραπευτές συμμετείχαν στην πιλοτική κλινική μελέτη εφαρμογής της Θεραπείας σχημάτων σε ασθενείς με Χρόνια Κατάθλιψη.

Το πρόγραμμα εκπαίδευσης που οργανώθηκε και πραγματοποιήθηκε, μπορεί να θεωρηθεί, με βάση τα αποτελέσματα που έδωσε, μια επαρκής βάση για την εκπαίδευση στη Θεραπεία Σχημάτων.

Όσον αφορά στο σκεπτικό για τις επιπλέον προϋποθέσεις και ώρες εκπαίδευσης του προγράμματος, σε σχέση με αυτές που ορίζει η ISST, αυτό έχει ως εξής:

Η προσθήκη 20 επιπλέον διδακτικών ωρών στις 60 ώρες που ορίζει ISST (30% επιπλέον ώρες διδασκαλίας) κρίθηκε σημαντική για την καλύτερη κατανόηση του θεωρητικού υποβάθρου της Θεραπείας Σχημάτων. Σε αυτές τις επιπλέον ώρες δόθηκε η δυνατότητα πραγματοποίησης περισσότερων ασκήσεων με παιχνίδια ρόλων και συζήτησης τόσο θεωρητικών θεμάτων όσο και συγκεκριμένων κλινικών περιπτώσεων.

Η θέσπιση ως κριτηρίου ένταξης στην εκπαίδευση, της ύπαρξης προσωπικής θεραπείας του εκπαιδευόμενου βασίστηκε στα κριτήρια της ISST που την θέτουν ως συνιστώμενη ("strongly recommended"). Η Θεραπεία Σχημάτων αναπτύχθηκε για τη ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Στις ψυχοθεραπείες αυτές τα θέματα των ασθενών αναδύονται σαφώς στη θεραπευτική σχέση, η οποία σχέση αποτελεί και βασικό θεραπευτικό συστατικό της Θεραπείας Σχημάτων. Οι Τρόποι Λειτουργίας των ασθενών κινητοποιούν τα ΠΔΣ και τους Τρόπους Λειτουργίας του θεραπευτή (Nadort et al., 2012; Young et al., 2003) και η προσωπική θεραπεία του τελευταίου αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην κατανόηση των συστατικών αυτών, στην αναγνώριση των ακάλυπτων αναγκών του ασθενούς και των επακόλουθων ΠΔΣ και Τρόπων Λειτουργίας του και στην εφαρμογή της διορθωτικής γονεϊκής στάσης από πλευράς θεραπευτή.

Η προσθήκη ως προϋπόθεσης της προηγούμενης ψυχοθεραπευτικής κατάρτισης για την ένταξη ενός εκπαιδευόμενου στο συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης, έγινε με γνώμονα τη διασφάλιση επαρκούς κλινικής εμπειρίας του εκπαιδευόμενου. Η ISST θέτει ως προϋποθέσεις την κατοχή άδειας άσκησης επαγγέλματος και τίτλου ειδικότητας ψυχιατρικής για τους ψυχιάτρους ή μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών για τους ψυχολόγους. Προκειμένου για τους ψυχολόγους εκπαιδευόμενους και με βάση τα προγράμματα σπουδών στην Ελλάδα, τα κριτήρια της ISST δεν εξασφαλίζουν την ύπαρξη επαρκούς κλινικής εμπειρίας, τόσο στα πλαίσια των προπτυχιακών σπουδών, όσο και στα πλαίσια

του μεταπτυχιακού τίτλου, αν αυτός δεν αφορά πρόγραμμα με κλινική κατεύθυνση. Έτσι εδώ η παρουσία προηγούμενης ψυχοθεραπευτικής κατάρτισης διασφαλίζει την ύπαρξη της απαραίτητης κλινικής εμπειρίας. Όσον αφορά στους ψυχιάτρους, η ψυχοθεραπευτική κατάρτιση θεωρείται τμήμα της εκπαίδευσής τους στη διάρκεια της ειδικότητας (Χαραλαμπίκη, Μιχόπουλος, Φιλιπποπούλου, & Φιλιπποπούλου, 2014).

Ο προβληματισμός που οδήγησε στις ανωτέρω προσθήκες βρίσκεται σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία, στην οποία αναφέρεται ότι η ολοκλήρωση ενός προγράμματος εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων δεν σημαίνει την κατάκτηση όλης της απαραίτητης ψυχοθεραπευτικής γνώσης για την άσκηση της Θεραπείας Σχημάτων (Nadort et al. 2009). Επιπλέον το γεγονός ότι η Θεραπεία Σχημάτων αποτελεί μια ψυχοθεραπευτική μέθοδο που χρησιμοποιεί και συνδυάζει διαφορετικές μεθόδους και τεχνικές και εφαρμόζεται κατεξοχήν σε δύσκολους ασθενείς, με χρόνιες συναισθηματικές δυσκολίες και διαγνώσεις διαταραχής ή στοιχείων διαταραχής προσωπικότητας καθιστά απαραίτητη την προϋπάρχουσα εμπειρία και προσωπική θεραπεία του θεραπευτή που εκπαιδεύεται και ασκεί τη Θεραπεία σχημάτων (Nadort et al. 2012).

Τα κριτήρια της εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων αποτελούν βασικό σημείο συζητήσεων και προβληματισμού στα πλαίσια της ISST, η οποία έχει θεσπίσει ειδικές επιτροπές τόσο για την πιστοποίηση των εκπαιδευόμενων στη Θεραπεία Σχημάτων, όσο και για την ανάπτυξη προϋποθέσεων και κριτηρίων, που θα διασφαλίζουν την επαρκή εκπαίδευση και την υψηλή κλινική κατάρτιση των εκπαιδευόμενων θεραπευτών σε κάθε χώρα. Ο συγγραφέας της παρούσας διατριβής είναι ο εκπρόσωπος της Ελλάδας στα πλαίσια των επιτροπών εκπαίδευσης της ISST ([www.isst-online.com](http://www.isst-online.com)).

Οι ανωτέρω προβληματισμοί που αφορούν στην εκπαίδευση στη Θεραπεία Σχημάτων, συναντούν τους αντίστοιχους προβληματισμούς που έχει αναπτύξει ο Κλάδος Ψυχοθεραπείας της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, για την διασφάλιση των διαδικασιών που μπορούν να οδηγήσουν στην απόκτηση ενός θεσμικά κατοχυρωμένου τίτλου ψυχοθεραπευτή στην Ελλάδα σύμφωνα με τους Χαραλαμπίκη και συν. (2014).

## 5. ΦΑΣΗ ΙΙΙ

### Πιλοτική Εφαρμογή της Θεραπείας Σχημάτων σε Ασθενείς με Χρόνια Κατάθλιψη

#### 5.1. Μέθοδος

##### 5.1.1. Συμμετέχοντες

Κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν η κύρια διάγνωση χρόνιας κατάθλιψης κατά DSM-IV (βλ. σελ. 59), ηλικία 18-65 ετών και βαθμολογία στην κλίμακα Hamilton για την κατάθλιψη, 24 λημμάτων (Hamilton Rating Scale for Depression-24, HRSD-24) (Hamilton, 1967; Miller, Bishop, Norman, & Maddever, 1985), ίση ή μεγαλύτερη του 15 στις δύο αξιολογήσεις βασικής περιόδου (baseline) καθώς και στην αξιολόγηση πριν την έναρξη της θεραπευτικής παρέμβασης.

Κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη ήταν η συνύπαρξη διάγνωσης κατά DSM-IV, Διπολικής ή Κυκλοθυμικής διαταραχής, Σχιζοφρένειας ή άλλη Ψυχωσικής Διαταραχής, Οριακής ή Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας, Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής, Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής, Ψυχικής Διαταραχής μη προσδιοριζόμενης αλλιώς οφειλόμενης σε γενική σωματική κατάσταση, Νοητικής Καθυστέρησης, σοβαρής εξάρτησης από ουσίες και παρουσίας ενεργού αυτοκτονικού ιδεασμού.

Η λήψη αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής επιτρεπόταν, αλλά θα έπρεπε να παραμένει σταθερή, όσον αφορά στη δόση και στο είδος του φαρμάκου, για ένα τουλάχιστον μήνα πριν την πρώτη βασική αξιολόγηση. Σε περίπτωση εμφάνισης σοβαρού αυτοκτονικού ιδεασμού ή ιατρικής κατάστασης που απαιτούσε τη νοσηλεία, ο ασθενής θα εξαιρείτο από τη μελέτη και θα παρεχόταν η κατάλληλη ιατρική αντιμετώπιση.

Στη μελέτη συμμετείχαν 12 ασθενείς, όλες γυναίκες, ηλικίας 26-56 ετών. Οι ασθενείς παραπέμφθηκαν από το Τμήμα Ψυχικής Υγείας Γυναικών, της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής, της Ιατρικής σχολής του πανεπιστημίου Αθηνών. Η ροή των ασθενών στη διαδικασία της μελέτης παρουσιάζεται στο γράφημα 7 και στον Πίνακα 27 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Το

ένα τρίτο των συμμετεχουσών ήταν άγαμες, το δεύτερο τρίτο έγγαμες και το υπόλοιπο ήταν διαζευγμένες. Ακριβώς οι μισές από τις συμμετέχουσες είχαν παιδιά. Τα έτη εκπαίδευσης των ασθενών κυμαίνονταν από 12 έως 18. Η πλειοψηφία των συμμετεχουσών έπασχε από Χρόνια Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (41,7%) το 33,3% από Δυσθυμική Διαταραχή και το 25% από Διπλή Κατάθλιψη. Το 58,3% είχαν συννοσηρότητα με Διαταραχή Προσωπικότητας. Τα έτη νόσου κυμαίνονταν από 2 έως 14. Όλες οι ασθενείς λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή. Όλες οι ασθενείς υπέγραψαν φόρμα συγκατάθεσης συμμετοχής στη μελέτη και φόρμα συγκατάθεσης ηχογράφησης των συνεδριών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 27.** Χαρακτηριστικά του δείγματος των ασθενών με Χρόνια Κατάθλιψη

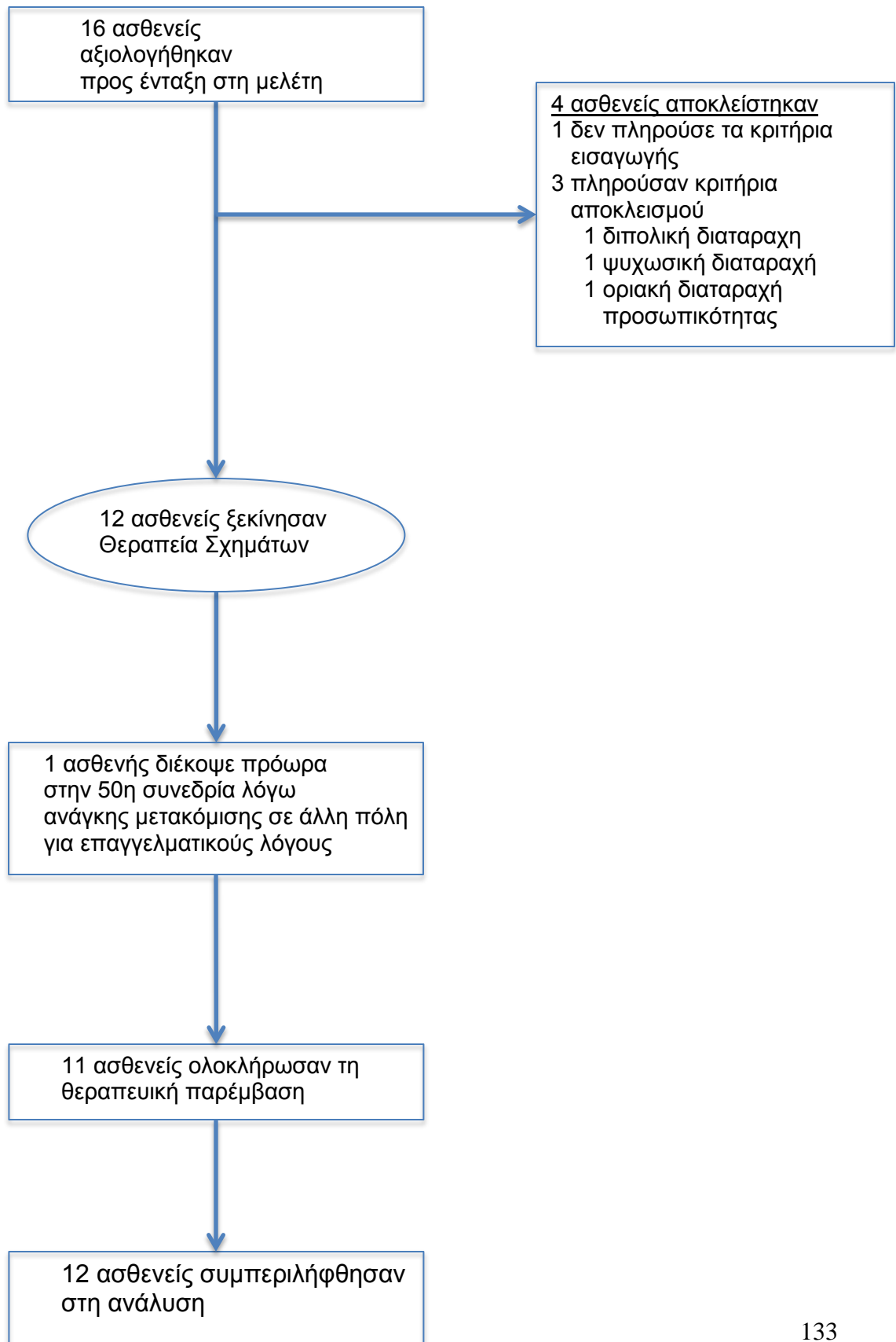
Υποκείμενο	Ηλικία	Οικογενειακή κατάσταση	Έτη εκπαίδευσης	Διάγνωση χρόνιας κατάθλιψης (SCID I)	Χρόνια από έναρξη κατάθλιψης	Αγωγή	Personality Disorder (PD) Diagnosis (SCID II)
1	47	Έγγαμη	12	Χρόνια Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή	2	SSRI	-
2	26	Άγαμη	15	Διπλή Κατάθλιψη	10	SSRI + NaSSA	Εξαρτητική και Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας
3	35	Άγαμη	15	Δυσθυμική Διαταραχή	3	SNRI	Ιστριονική και Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας
4	49	Διαζευγμένη 2 παιδιά	16	Δυσθυμική Διαταραχή	4	SSRI	-
5	47	Έγγαμη 2 παιδιά	16	Χρόνια Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή	3,5	SSRI	-
6	54	Έγγαμη 1 παιδί	18	Χρόνια Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή	2	SNRI	Ιστριονική και Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας
7	32	Άγαμη	15	Δυσθυμική Διαταραχή	6	NDRI (Bupropion)	Διαταραχή Προσωπικότητας Μη Προσδιοριζόμενη Διαφορετικά
8	56	Διαζευγμένη	12	Διπλή Κατάθλιψη	10	SSRI + NaSSA	Ιδεοψυχαναγκαστική και Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας
9	45	Διαζευγμένη 2 παιδιά	12	Χρόνια Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή	3	SSRI	-
10	32	Άγαμη	15	Διπλή Κατάθλιψη	14	SNRI	Ιστριονική και Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας
11	38	Διαζευγμένη 2 παιδιά	12	Δυσθυμική Διαταραχή	6	SSRI	Αποφευκτική διαταραχή Προσωπικότητας
12	50	Έγγαμη 2 παιδιά	12	Χρόνια Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή	3	SSRI	-

### 5.1.2. Σχεδιασμός της Μελέτης

Χρησιμοποιήθηκε σχεδιασμός μελέτης μεμονωμένων περιπτώσεων (single case series) σε τρεις φάσεις, A-B-C, με επανεκτίμηση 6 μήνες μετά το τέλος της μελέτης (follow-up). Η πρώτη φάση της μελέτης (βασική περίοδος αναφοράς-baseline), A, ήταν ένα διάστημα 8 εβδομάδων κατά το οποίο το κύριο εργαλείο αξιολόγησης της μελέτης (HRSD-24) μετρήθηκε τρεις φορές, κάθε τέσσερις εβδομάδες (στην αρχή της βασικής περιόδου, σε 4 εβδομάδες και σε 8 εβδομάδες, δηλαδή πριν την έναρξη της θεραπευτικής παρέμβασης).

Η δεύτερη φάση της μελέτης, B, ήταν η περίοδος έναρξης της θεραπείας κατά την οποία γινόταν η εισαγωγή στη Θεραπεία Σχημάτων και η σύνδεση με τον θεραπευτή. Η διάρκεια της φάσης αυτή ήταν 12-16 συνεδρίες, αναλόγως των αναγκών του ασθενούς, με βάση την εκτίμηση του θεραπευτή. Στο τέλος αυτής της περιόδου γινόταν νέα ψυχομετρική εκτίμηση του ασθενούς. Στη συνέχεια ακολουθούσε η τρίτη φάση, C, που αποτελούσε την περίοδο της κύριας παρέμβασης με τη μορφή της Θεραπείας Σχημάτων, μέχρι την ολοκλήρωση 60 συνεδριών. Η εκτίμηση χωριστά του αποτελέσματος της πρώτης φάσης, δηλαδή της περιόδου εισαγωγής στη θεραπεία ακολούθησε την πρακτική της υπάρχουσας βιβλιογραφίας αντίστοιχων θεραπευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας ή μετατραυματική διαταραχή άγχους (Arntz, Sofi, & van Breukelen, 2013; Weertman & Arntz, 2007). Το ερώτημα που έθεσαν οι μελέτες αυτές ήταν εάν η περίοδος εισαγωγής στη θεραπεία και σύνδεσης με τον θεραπευτή, κατά την οποία ο θεραπευτής εκφράζει μόνο συναισθαντική κατανόηση για τις δυσκολίες του ασθενούς, μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση την συμπτωματολογία του ασθενούς.

**Γράφημα 7.** Ροή των ασθενών στη διαδικασία της κλινικής μελέτης



Η εκτίμηση των ασθενών προς ένταξη στη μελέτη έγινε με τη χρήση της δομημένης κλινικής συνέντευξης για τον Άξονα-I κατά DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I-SCID-I) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002) και για τον Άξονα-II κατά DSM-IV (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997). Στη συνέχεια οι ασθενείς αξιολογήθηκαν με την κλίμακα HRSD-24, στην οποία έπρεπε να συγκεντρώνουν βαθμολογία τουλάχιστον 15. Όλες οι συνεντεύξεις αξιολόγησης προς ένταξη στη μελέτη πραγματοποιήθηκαν από έναν ψυχίατρο έμπειρο στη χρήση των εργαλείων.

Μετά την αξιολόγηση προς ένταξη στη μελέτη οι ασθενείς εισέρχονταν στην φάση Α της μελέτης. Βαθμολογία στην HRSD-24 μεγαλύτερη ή ίση του 15 ήταν απαραίτητη σε όλες τις μετρήσεις, για να περάσουν οι ασθενείς στη δεύτερη φάση Β, έναρξης της θεραπείας. Όλοι οι ασθενείς που εντάχθηκαν στη μελέτη μετά την αρχική αξιολόγηση πέρασαν στη δεύτερη φάση. Επιπλέον πριν την έναρξη της θεραπείας (δεύτερη φάση) χορηγήθηκαν και τα υπόλοιπα ψυχομετρικά εργαλεία της μελέτης: Κλίμακα Hamilton για το Άγχος [Hamilton rating Scale for Anxiety, HRSA; (Hamilton, 1959)] και YSQ-L3 (Young & Brown, 2003) (βλ. κατωτέρω Δείκτες εκτίμησης της αποτελεσματικότητας).

Στη διάρκεια της θεραπείας η εκτίμηση των ασθενών με τη χορήγηση HRSD-24 και HRSA πραγματοποιήθηκε στο τέλος της εισαγωγικής φάσης Β (συνεδρίες 12-16) και ακολούθως κατά την κυρίως θεραπευτική παρέμβαση στις συνεδρίες 24, 36, 48 και 60 (μετά την ολοκλήρωση της θεραπευτικής παρέμβασης) καθώς και 6 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας (follow-up).

Η χορήγηση του YSQ-L3 πραγματοποιήθηκε πριν την έναρξη της θεραπείας (φάση Β), στη συνεδρία 24 και μετά την συνεδρία 60 (ολοκλήρωση θεραπείας).

Όλες οι συνεντεύξεις εκτίμησης των κλιμάκων HRSD-24 και HRSA στη διάρκεια της παρέμβασης πραγματοποιήθηκαν από έμπειρο ψυχίατρο (διαφορετικό πρόσωπο από τον ψυχίατρο που πραγματοποίησε τις συνεντεύξεις αξιολόγησης προς ένταξη στη μελέτη).



### **5.1.3. Δείκτες Αποτελεσματικότητας**

Ο κύριος δείκτης αποτελεσματικότητας της μελέτης ήταν η HRSD-24. Με βάση τις μελέτες της βιβλιογραφίας στη χρόνια κατάθλιψη (Keller et al. 2000, Kocsis et al. 2009) οι οποίες στην πλειοψηφία τους χρησιμοποιούν το ίδιο εργαλείο, ορίστηκε ως ύφεση βαθμολογία στην HRSD-24 μικρότερη ή ίση του 8 στις μετρήσεις στο τέλος της θεραπείας και στην επανεκτίμηση των έξι μηνών (follow-up). Επίσης ορίστηκε ως ικανοποιητική απάντηση (αλλά όχι ύφεση) η ελάττωση της βαθμολογίας στη HRSD-24 κατά 50%, με βαθμολογία μικρότερη του 15 αλλά μεγαλύτερη του 8.

Δευτερεύων δείκτης αποτελεσματικότητας ήταν η HRSA. Η βαθμολογία 14 στη συγκεκριμένη κλίμακα έχει προταθεί ως κατώφλι πέραν του οποίου το άγχος θεωρείται κλινικά σημαντικό.

Τέλος δευτερεύων δείκτης αποτελεσματικότητας, ειδικός ως προς τη Θεραπεία σχημάτων ήταν το YSQ-L3 (Young & Brown, 2003).

### **5.1.4. Πρωτόκολλο Θεραπείας**

Το πρωτόκολλο της θεραπείας περιελάμβανε 60 συνεδρίες, διάρκειας 50 λεπτών έκαστη. Οι πρώτες 55 συνεδρίες πραγματοποιήθηκαν σε εβδομαδιαία βάση και οι 5 τελευταίες σε δεκαπενθήμερη. Το σύνολο της θεραπευτικής παρέμβασης διήρκεσε 20 μήνες. Η θεραπεία εστιάστηκε στην εργασία με τους τρόπους λειτουργίας. Η απόφαση βασίστηκε στη βιβλιογραφία, η οποία προτείνει αυτή την στρατηγική για ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας (Arntz, 2012; Giesen-Bloo et al. 2006; Young et al. 2003), και στην υπάρχουσα στενή σχέση χρόνιας κατάθλιψης και διαταραχών προσωπικότητας (Garyfallos et al. 1999, Klein 1995, Maddux et al. 2009, Pepper et al. 1995, Riso et al. 1996, 2002). Το πρωτόκολλο της θεραπευτικής παρέμβασης αποτελείτο από τρεις φάσεις (οι φάσεις αυτές αποτελούν περιόδους της θεραπευτικής εργασίας και είναι διαφορετικές από τις φάσεις της ερευνητικής μελέτης, οι οποίες περιγράφηκαν ανωτέρω στο σχεδιασμό της).

Η πρώτη φάση της θεραπείας κάλυψε διάστημα από την έναρξή της μέχρι την 12-16 συνεδρία (συμπίπτει με την φάση Β της μελέτης). Η φάση αυτή όπως

ήδη αναφέρθηκε στο σχεδιασμό της μελέτης, περιελάμβανε την εισαγωγή στη θεραπεία και τη σύνδεση με τον θεραπευτή. Η στάση του θεραπευτή καθοριζόταν από τις αρχές της διορθωτικής γονεϊκής στάσης, ήδη από τις αρχικές συνεδρίες, παρέχοντας ένα ιδιαίτερα ζεστό περιβάλλον αποδοχής και ασφάλειας για τον θεραπευόμενο. Η στάση αυτή ήδη από τις αρχικές συνεδρίες ακολούθησε το πρωτόκολλο που προτείνουν οι Young et al. (2003) για ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, με σκοπό τη δημιουργία ενός ασφαλούς δεσμού που θα υποστήριζε την πορεία της θεραπείας και θα προστάτευε από πρόωρες διακοπές. Το πρωτόκολλο της συγκεκριμένης μελέτης διαφοροποιήθηκε σε αυτό το σημείο από το πρωτόκολλο των Renner & Arntz (2013) για τη χρόνια κατάθλιψη καθώς και από τις μελέτες των Weertman & Arntz (2007) και Arntz et al. (2013), οι οποίοι επίσης χρησιμοποίησαν αρχική φάση εισαγωγής στη θεραπεία, κατά την οποία η στάση του θεραπευτή καθοριζόταν από τις γενικές αρχές της θεραπευτικής σχέσης, χωρίς να αναπτύσσει τη δεξιότητα της διορθωτικής γονεϊκής στάσης, η οποία χρησιμοποιήθηκε στις εν λόγω μελέτες, αργότερα στην πορεία της θεραπείας.

Η δεύτερη φάση της θεραπείας κάλυψε το διάστημα μέχρι την 40η συνεδρία. Στη φάση αυτή η εργασία εστίασε σε υλικό από την παιδική ηλικία του ασθενούς, το οποίο συνδέεται με τα ΠΔΣ και τους τρόπους λειτουργίας του ασθενούς, στην εργασία με τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα και στη διορθωτικής γονεϊκής στάσης από το θεραπευτή προς τον θεραπευόμενο μέσω της θεραπευτικής σχέσης και των τεχνικών εστιασμένων στο συναίσθημα.

Η τρίτη φάση της θεραπείας κάλυψε το υπόλοιπο διάστημα μέχρι την 60η συνεδρία και εστίασε σε συμπεριφορικές αλλαγές στην καθημερινή ζωή του ασθενούς και στη σταδιακή λήξη της θεραπευτικής εργασίας.

#### **5.1.5. Επάρκεια Θεραπευτών και Πιστότητα Θεραπείας**

Στη μελέτη συμμετείχαν τέσσερις θεραπευτές, οι οποίοι πιστοποιήθηκαν μετά την εκπαίδευσή τους στη Θεραπεία Σχημάτων, όπως περιγράφηκε ανωτέρω (σελ. 127). Βασικό συστατικό της μελέτης για τον έλεγχο και διασφάλιση της επάρκειας των θεραπευτών και της πιστότητας της θεραπείας, αποτέλεσε η εποπτεία. Με

την έννοια πιστότητα της θεραπείας εννοούμε την χρήση των τεχνικών της Θεραπείας Σχημάτων και με την έννοια επάρκεια των θεραπευτών, την ορθή και αποτελεσματική χρήση των τεχνικών (Giesen-Bloo et al. 2006, Nadort et al. 2009, Nadort et al. 2012). Οι θεραπευτές ελάμβαναν ομαδική εποπτεία, διάρκειας 3 ωρών, μια φορά την εβδομάδα για τους 12 πρώτους μήνες της θεραπείας και ακολούθως κάθε δύο εβδομάδες μέχρι την ολοκλήρωση της θεραπείας. Επόπτης των θεραπευτών ήταν ο συγγραφέας της εν λόγω εργασίας, υποψήφιος Διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, πιστοποιημένος στη Θεραπεία Σχημάτων, από την ISST το 2008, ο οποίος είχε πραγματοποιήσει και την εκπαίδευση και εποπτεία των θεραπευτών στα πλαίσια του εκπαιδευτικού προγράμματος, στη Φάση II της παρούσας Διατριβής.

Ο έλεγχος της επάρκειας των θεραπευτών και της πιστότητας της παρεχόμενης θεραπείας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της Κλίμακας Αξιολόγησης Θεραπείας Σχημάτων (Young, 2005). Όλες οι συνεδρίες των θεραπευτών ηχογραφήθηκαν. Μια συνεδρία για κάθε έναν ασθενή, μεταξύ των συνεδριών 16-50, επιλέχθηκε τυχαία και αξιολογήθηκε από τον επόπτη των θεραπευτών. Ως επαρκής ορίστηκε βαθμολογία μεγαλύτερη του 4,5 στην STRS. Ο μέσος όρος της βαθμολογίας των θεραπευτών ήταν 5,12 (SD=0,15). Με βάση αυτή τη βαθμολογία η ακεραιότητα και η επάρκεια της θεραπείας κρίθηκαν εξαιρετικές, ενώ δεν ανιχνεύτηκε χρήση τεχνικών πέραν της Θεραπείας Σχημάτων.

#### **5.1.6. Στατιστική Ανάλυση**

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) ή/και τα εύρη (range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη διερεύνηση της μεταβολής των κλιμάκων HRSD και HRSA χρησιμοποιήθηκαν μεικτά μοντέλα παλινδρόμησης (mixed models) από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης ( $\beta$ ) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Συγκεκριμένα, για την κλίμακα HRSD χρησιμοποιήθηκαν μεικτά μοντέλα παλινδρόμησης για τη διερεύνηση της

μεταβολής της μεταξύ των τριών αρχικών μετρήσεων της βασικής περιόδου αναφοράς (baseline) (πριν την έναρξη της θεραπείας). Αρχικά εκτιμήθηκε μόνο η επίδραση του χρόνου. Στη συνέχεια προστέθηκε η φάση θεραπείας που βρίσκονταν οι ασθενείς: Βασική περίοδος αναφοράς, Εισαγωγική φάση θεραπείας (μέτρηση συνεδρία 12-16), κυρίως θεραπεία με 4 μετρήσεις (στις συνεδρίες 24,36,48 και 60) καθώς και το χρόνο που βρίσκονταν οι ασθενείς εντός θεραπείας. Αν η επίδραση του χρόνου συνολικά δεν ήταν σημαντική εξαγόταν από το μοντέλο. Η εκτίμηση της μεταβολής από την αρχική μέτρηση μέχρι τους 6 μήνες μετά τη θεραπεία έγινε με χωριστά μεικτά μοντέλα. Για το HRSA δεν έγιναν μοντέλα για τη διερεύνηση της μεταβολής της εντός των αρχικών μετρήσεων καθώς υπήρχε μόνο μία αρχική μέτρηση, αλλά έγιναν όλες οι υπόλοιπες αναλύσεις που έγιναν και με το HRSD. Για τη διερεύνηση της μεταβολής των τομέων του YSQ έγιναν μεικτά μοντέλα παλινδρόμησης (mixed models) με προσέγγιση της γάμμα κατανομής εξαιτίας της ασυμμετρίας των κατανομών τους. Διερευνήθηκαν οι διαφορές μεταξύ αρχικής μέτρησης και της μέτρησης στις 24 συνεδρίες καθώς και μεταξύ αρχικής μέτρησης και της μέτρησης μετά το τέλος της θεραπείας. Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Τα μεγέθη επίδρασης (effect sizes) εκφράστηκαν με τον συντελεστή Cohen's d. Οι υπολογισμοί πραγματοποιήθηκαν για τους ακόλουθους χρόνους: βασική περίοδος αναφοράς (μέσος όρος μετρήσεων), τέλος εισαγωγικής περιόδου, τέλος θεραπείας, αξιολόγηση 6 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας (follow-up).

## **5.2. Αποτελέσματα**

Από τους 16 ασθενείς που παραπέμφθηκαν προς ένταξη στη μελέτη, 4 (25%) δεν πληρούσαν τις προϋποθέσεις προς ένταξη. Πιο αναλυτικά, 1 δεν πληρούσε τα κριτήρια εισαγωγής (δεν είχε χρόνια κατάθλιψη), 3 πληρούσαν κριτήρια αποκλεισμού (1 διπολική διαταραχή, 1 ψυχωσική διαταραχή, 1 οριακή διαταραχή προσωπικότητας). 12 ασθενείς συμμετείχαν στη μελέτη και ξεκίνησαν θεραπεία.

Από τους 12 ασθενείς που ξεκίνησαν θεραπεία 1 (8,33%) διέκοψε πρόωρα στη συνεδρία 50 για λόγους εργασίας (ανάγκη μετακίνησης σε άλλη πόλη). Κανένας ασθενής δεν εξαιρέθηκε από τη μελέτη λόγω ανάγκης νοσηλείας ή εμφάνισης αυτοκτονικού ιδεασμού.

Στο τέλος της θεραπείας 5 από τους 12 ασθενείς (41,6%) παρουσίασαν ύφεση (οι ασθενείς 2,4,5,6 και 8 βλ. Πίνακα 23) και άλλοι 2 (16,7%) ικανοποιητική απάντηση (οι ασθενείς 9 και 11). Συνολικά δηλαδή 58,3% των συμμετεχόντων στη μελέτη παρουσίασαν ύφεση ή ικανοποιητική απάντηση στο τέλος της θεραπείας. Τα ποσοστά αυτά διατηρήθηκαν και στην αξιολόγηση έξι μήνες μετά το τέλος της θεραπείας (follow-up). Συγκεκριμένα από αυτούς που παρουσίασαν ύφεση, ένας ασθενής (ασθενής 9) είχε υποτροπιάσει στην follow-up αξιολόγηση ενώ οι υπόλοιποι διατήρησαν το αποτέλεσμα. Από τους ασθενείς που παρουσίασαν ικανοποιητική απάντηση ένας ασθενής είχε παρουσιάσει ύφεση στην follow-up αξιολόγηση. Επίσης ένας ασθενής που δεν είχε παρουσιάσει απάντηση στο τέλος της θεραπείας, παρουσίασε ικανοποιητική απάντηση στη follow-up αξιολόγηση.

### **5.2.1. Αποτελέσματα της Θεραπείας στα Συμπτώματα Κατάθλιψης**

#### Επίδραση της βασικής περιόδου αναφοράς-Baseline στη συμπτωματολογία κατάθλιψης

Με τη χρήση μη δομημένης συνδιακύμανσης για την ανάλυση των τριών μετρήσεων της βασικής περιόδου αναφοράς, βρέθηκε στατιστικά σημαντική γραμμική αύξηση στη βαθμολογία της HRSD κατά τη διάρκεια της περιόδου,  $B = 0,52$ ,  $SE = 0,186$ ,  $t(11) = 2,81$ ,  $P = 0,017$ . Συνεπώς κατά τη διάρκεια της βασικής περιόδου αναφοράς τα συμπτώματα της κατάθλιψης αυξήθηκαν.

#### Επίδραση της θεραπείας στα συμπτώματα της κατάθλιψης

Το αρχικό μοντέλο με το χρόνο ως προβλεπτικό παράγοντα στα συμπτώματα της κατάθλιψης έδειξε μια σημαντική επίδραση, [ $B = -1,50$ ,  $SE = 0,271$ ,  $t(27,40) = -5,53$   $p < 0,001$ ], με ελάττωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης με την πάροδο του χρόνου. Όταν όμως εισήχθησαν στο μοντέλο η φάση θεραπείας στην οποία βρίσκονταν οι ασθενείς (πριν την έναρξη, τέλος

εισαγωγικής φάσης και κυρίως παρέμβαση) και ο χρόνος που ήταν εντός της θεραπείας, η μείωση με τη πάροδο του χρόνου έπαψε να είναι σημαντική,  $B = 0,50$ ,  $SE = 0,63$ ,  $t(23,64) = 0,81$ ,  $p = 0,43$ . Αφαιρώντας τη συνολική επίδραση του χρόνου, η επίδραση της θεραπευτικής φάσης βρέθηκε στατιστικά σημαντική,  $F(2, 21, 14) = 22,29$ ,  $p < 0,001$ . Συγκεκριμένα η εκτίμηση μετά την εισαγωγική περίοδο έδειξε σημαντική μείωση της HRSD (Ελάττωση της μέσης τιμής από  $M = 20,87$  σε  $M = 10,87$ ,  $t(8,92) = 4,78$ ,  $p = 0,001$ ). Η μέση τιμή της HRSD στη διάρκεια της βασικής θεραπευτικής παρέμβασης ( $M=12,29$ ) επίσης διέφερε σημαντικά από τη μέση τιμή της βασικής περιόδου αναφοράς,  $t(24,32) = 5,83$ ,  $p < 0,001$ . Στη διάρκεια της βασικής θεραπευτικής παρέμβασης βρέθηκε σημαντική γραμμική ελάττωση στη βαθμολογία της HRSD,  $B = -1,94$ ,  $SE = 0,854$ ,  $t(23,25) = -2,28$ ,  $p = 0,032$ .

Στο τέλος της θεραπείας η μέση τιμή της HRSD ήταν 9,40 ( $\Sigma\Delta = 7,17$ ), στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη από τη μέση τιμή στη διάρκεια της βασικής περιόδου αναφοράς ( $M = 20,87$ ,  $SD = 3,61$ ). Το μέγεθος επίδρασης (Cohen's  $d$ ) ήταν 2.01 (pooled SD); 2.84 (baseline SD); and 2.02 (SD of change score).

#### Επανεκτίμηση 6 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας (follow-up)

Η μέση τιμή της HRSD στην επανεκτίμηση 6 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας ( $M = 10,75$ ) ήταν επίσης σημαντικά χαμηλότερη από αυτή της βασικής περιόδου αναφοράς,  $t(10,62) = 4,57$ ,  $p = 0,001$ . Το μέγεθος επίδρασης (Cohen's  $d$ ) ήταν 2,24 (pooled SD), 2,60 (baseline SD) και 1,40 (SD of change score).

### **5.2.2. Αποτελέσματα της Θεραπείας στα Συμπτώματα Άγχους**

#### Επίδραση της θεραπείας στα συμπτώματα του άγχους

Η μέση τιμή της HRSA μειώθηκε σημαντικά στο χρόνο παρακολούθησης ( $B = -1,49$ ,  $SE=0,478$ ,  $t(27,90)=-3,12$ ,  $p=0,004$ ) (Πίνακας 23). Όταν όμως εισήχθη ως προβλεπτικός παράγοντας η φάση της θεραπείας στην οποία βρίσκονταν οι ασθενείς (πριν την έναρξη, τέλος εισαγωγικής φάσης και κυρίως παρέμβαση), η μείωση έπαψε να είναι σημαντική με τη πάροδο του χρόνου ( $\beta=-1,00$ ,  $SE=0,83$ ,  $t(23,83)=-1,20$ ,  $p=0,240$ ). Η μέση τιμή της HRSA ήταν σημαντικά χαμηλότερη μετά την εισαγωγική φάση της θεραπείας συγκριτικά με την βασική περίοδο

αναφοράς [ $t(18,14)=-2,37$ ,  $p=0,029$ ]. Επίσης, η μέση τιμή της HRSA ήταν σημαντικά χαμηλότερη κατά τη διάρκεια της θεραπείας σε σύγκριση με την βασική περίοδο αναφοράς [ $t(20,53)=-3,26$ ,  $p=0,004$ ]. Επίσης η ελάττωση των μέσων τιμών της HRSA κατά τη διάρκεια της θεραπείας ήταν στατιστικά σημαντική ( $p=0,24$ ) (η μέση τιμή στο τέλος της θεραπείας ήταν  $M=9,56$ , σε σχέση με τη μέση τιμή κατά την βασική περίοδο αναφοράς που ήταν  $M=17,29$ ). Το μέγεθος επίδρασης (Cohen's  $d$ ) ήταν 1,22 (pooled SD), 1,35 (baseline SD) και 1,04 (SD of change score).

#### Επανεκτίμηση 6 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας (follow-up)

Η μέση τιμή της HRSA στη μέτρηση επανεκτίμησης 6 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας ήταν  $M=9,63$ . Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική σε σχέση με τη μέση τιμή της HRSA στη βασική περίοδο αναφοράς [ $t(11,05)=2,84$ ,  $p=0,016$ ]. Το μέγεθος επίδρασης (Cohen's  $d$ ) ήταν 1,33 (pooled SD), 1,36 (baseline SD) και 0,83 (SD of change score).

Στον Πίνακα 28 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των HRSD και HRSA στις διαφορετικές μετρήσεις κατά τη διάρκεια της βασικής περιόδου αναφοράς, της θεραπείας και της επανεκτίμησης 6 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 28.** Μέσες τιμές των ασθενών στις κλίμακες κατάθλιψης (HRSD) και άγχους (HRSA).

Μέτρηση	HRSD		HRSA	
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD
Αρχική 1	20.57	3.19	NA	NA
Αρχική 2	21.07	3.22	NA	NA
Πριν τη θεραπεία	21.58	4.30	17.29	5.71
12-16 συνεδρίες	10.89	8.64	12.32	6.35
24 συνεδρίες	15.23	6.49	12.56	5.29
36 συνεδρίες	13.28	8.60	11.56	7.39
48 συνεδρίες	11.34	5.37	10.56	4.58
Μετά τη θεραπεία	9.40	7.17	9.56	6.94
6 μήνες μετά	10.75	5.50	9.63	5.92



### 5.2.3 Αποτελέσματα της Θεραπείας στα ΠΔΣ

Στον πίνακα 29 δίνονται οι βαθμολογίες στις 5 διαστάσεις του YSQ καθώς και η συνολική βαθμολογία στο YSQ. Οι μεταβολές από την αρχή μέχρι τη μέτρηση στην 24η συνεδρία δεν ήταν σημαντικές στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. Οι μεταβολές όμως, από την αρχική μέχρι την τελική μέτρηση, υπήρξαν μεγάλες και στατιστικά σημαντικές.

Στο γράφημα 8 παρουσιάζονται οι τιμές στις κλίμακες HRSD, HRSA και στις πέντε κατηγορίες του YSQ, για κάθε υποκείμενο, στις διαφορετικές μετρήσεις κατά την βασική περίοδο αναφοράς, την εισαγωγική περίοδο θεραπείας, τη βασική περίοδο της θεραπευτικής παρέμβασης και την επανεκτίμηση στους 6 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας.

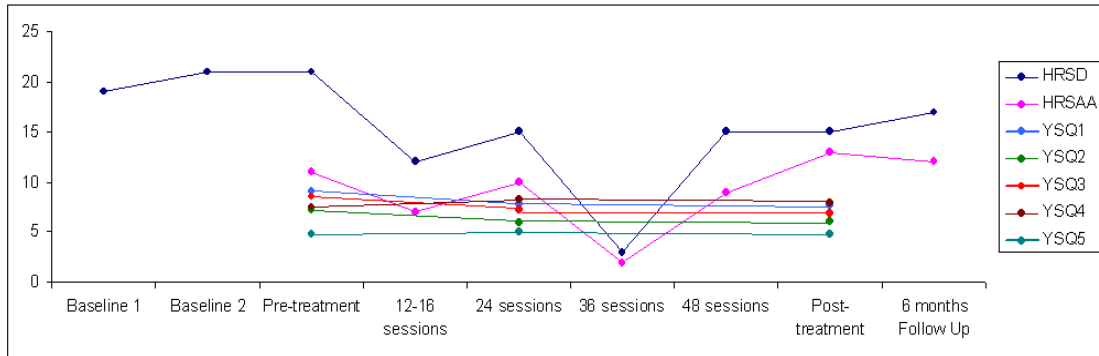
**ΠΙΝΑΚΑΣ 29.** Μεταβολές των διαστάσεων του YSQ στο χρόνο παρακολούθησης με μικτά μοντέλα παλινδρόμησης

SQ	Estimated means (95% CI)			Time effect			Baseline-24 sessions						Baseline-posttreatment					
	baseline	24 sessions	60 sessions	F	d.f.	p	t	d.f.	p	d <sup>(1)</sup>	d <sup>(2)</sup>	d <sup>(3)</sup>	t	d.f.	p	d <sup>(1)</sup>	d <sup>(2)</sup>	d <sup>(3)</sup>
1	206 (163; 260)	197 (154; 252)	155 (130; 185)	5,53	2, 29	,009	1,08	29	,29	0,16	0,13	0,19	3,18	29	.004	1.00	0.83	0.95
2	119 (91; 156)	111 (85; 146)	80 (65; 98)	8,86	2, 29	,001	1,62	29	,12	0,21	0,18	0,21	4,09	29	<.001	1.22	1.00	1.24
3	143 (117; 175)	136 (108; 170)	101 (81; 126)	9,79	2, 29	,001	1,58	29	,13	0,15	0,15	0,24	3,96	29	<.001	0.98	1.00	1.20
4	177 (147; 213)	166 (138; 199)	116 (98; 138)	11,67	2, 29	<.001	1,67	29	,11	0,24	0,23	0,56	4,61	29	<.001	1.53	1.43	1.42
5	81 (66; 99)	74 (62; 89)	53 (43; 65)	11,89	2, 29	<.001	2,52	29	,018	0,24	0,26	0,35	4,86	29	<.001	1.24	1.24	1.50
Total	726 (595; 887)	686 (557; 845)	502 (422; 599)	10,40	2, 29	<.001	2,23	29	,034	0,17	0,17	0,68	4,55	29	<.001	1.09	1.18	1.38

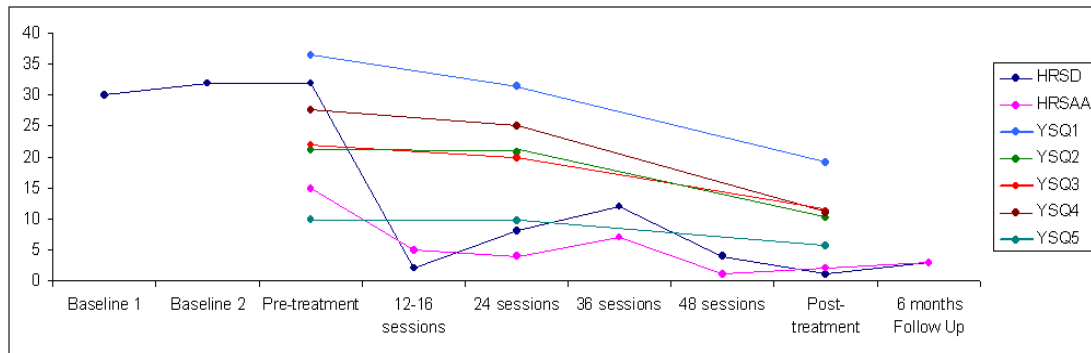
*Σημείωση:  $d^{(1)}$  = μέγεθος ισχύος του Cohen βασισμένο στην baseline SD,  $d^{(2)}$  = μέγεθος ισχύος του Cohen βασισμένο στην σταθμισμένη SD των μετρήσεων,  $d^{(3)}$  = μέγεθος ισχύος του Cohen βασισμένο στην SD της μεταβολής και υπολογισμένο από το μικτό μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης βασισμένο στη γάμμα κατανομή*

**Γράφημα 8.** Τιμές στις κλίμακες HRSD, HRSAA και YSQ ξεχωριστά για κάθε ασθενή (Οι διαστάσεις YSQ διαιρέθηκαν με το 10 για καλύτερη παρουσίαση)

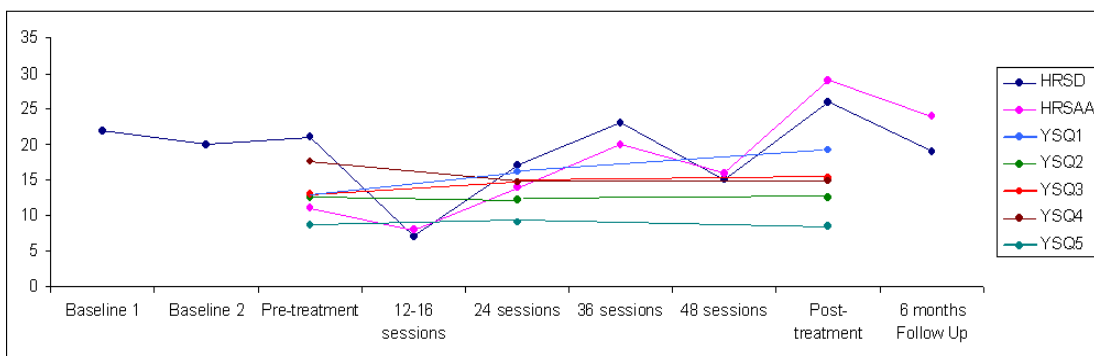
**Ασθενής 1**



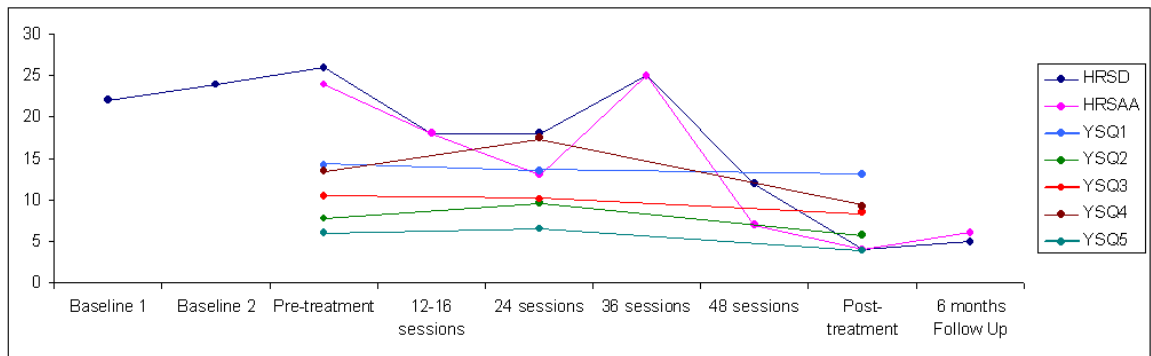
**Ασθενής 2**



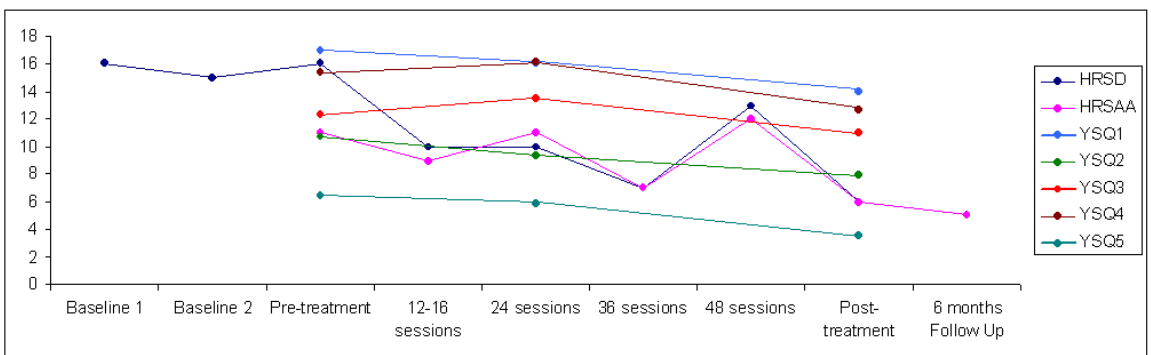
**Ασθενής 3**



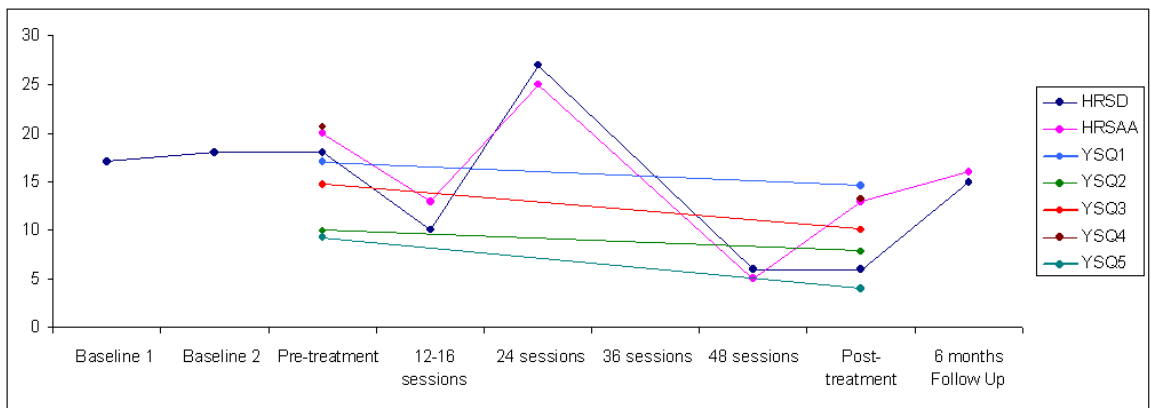
### Ασθενής 4



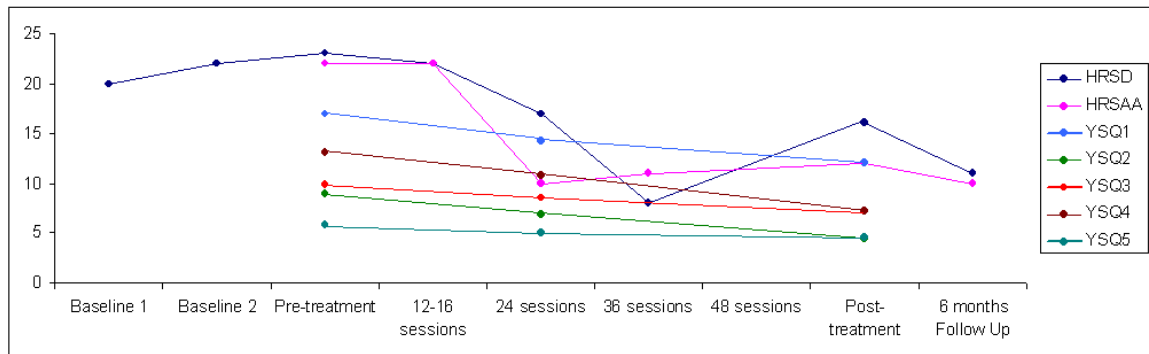
### Ασθενής 5



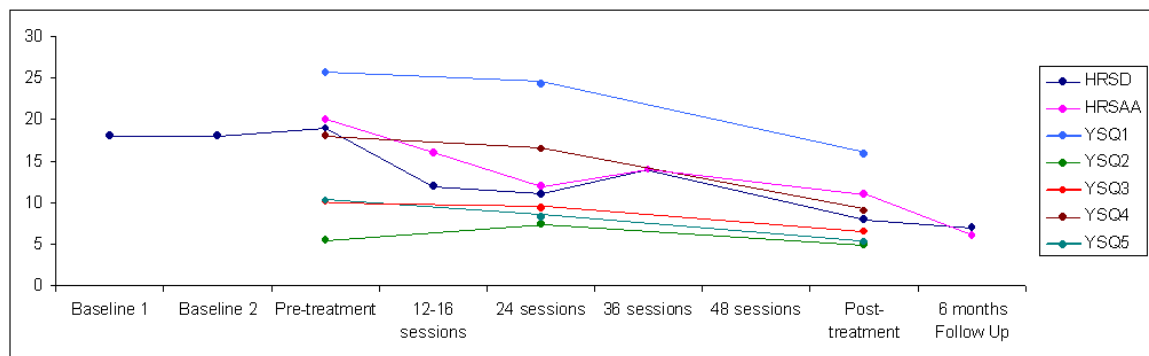
### Ασθενής 6



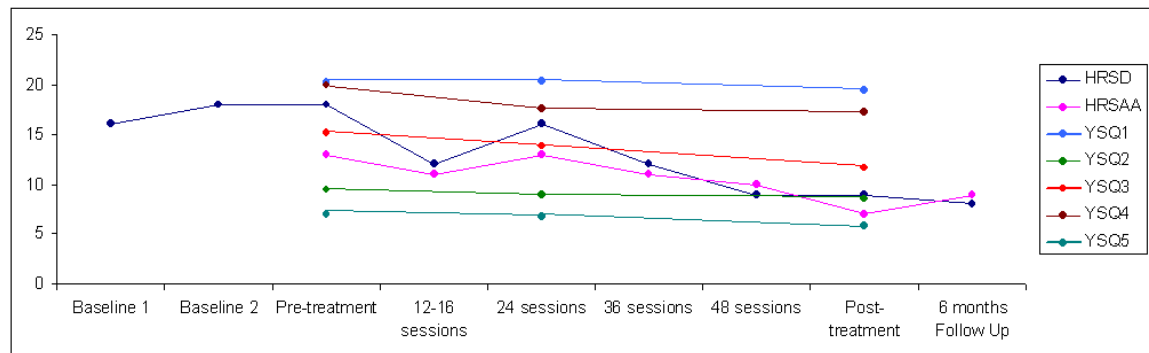
### Ασθενής 7



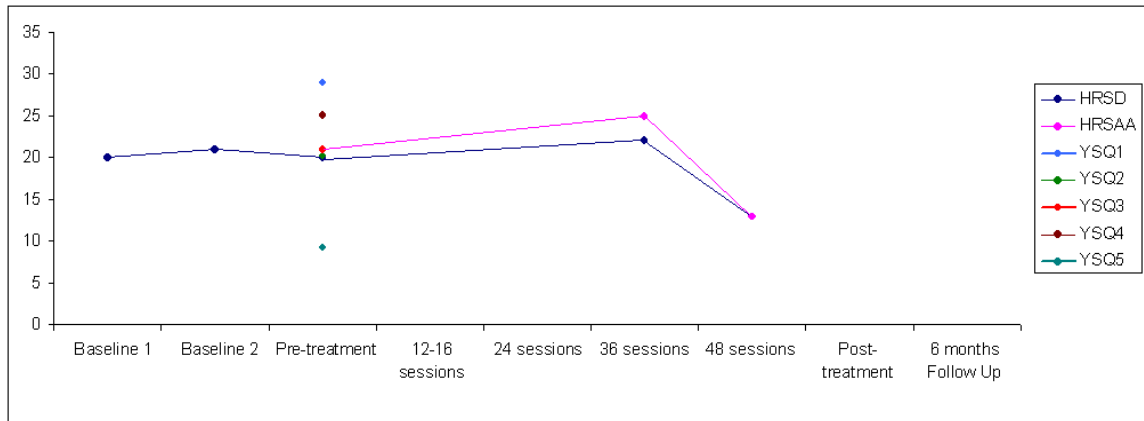
### Ασθενής 8



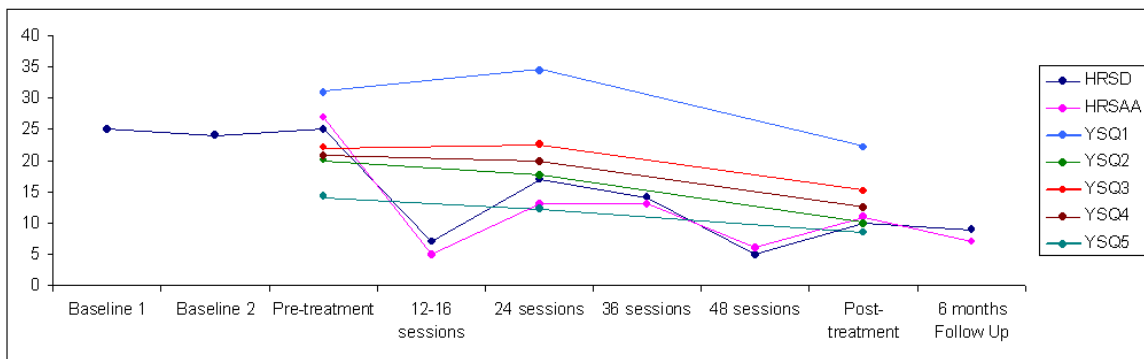
### Ασθενής 9



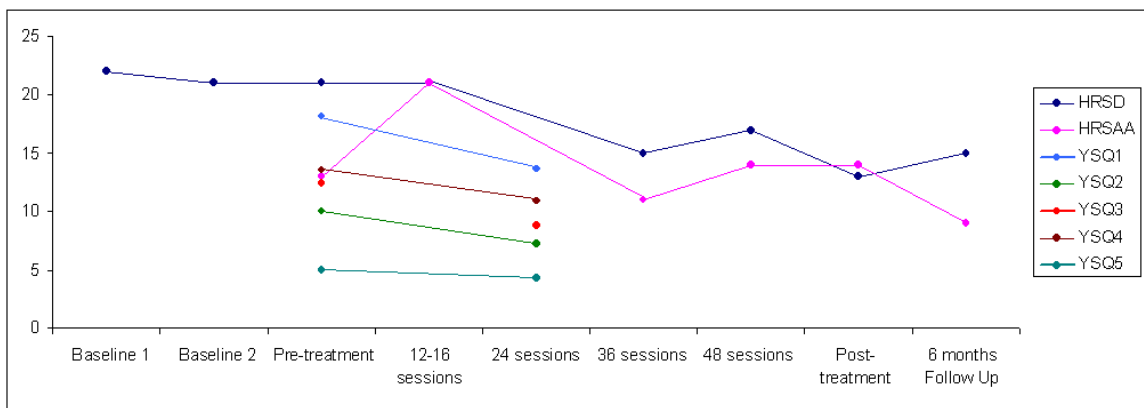
### Ασθενής 10



### Ασθενής 11



### Ασθενής 12



### 5.3. Αποτελέσματα - Συζήτηση

Στη μελέτη αυτή βρέθηκε ότι 60 συνεδρίες Θεραπείας Σχημάτων επέφεραν στατιστικά σημαντική βελτίωση στη συμπτωματολογία γυναικών, ασθενών εξωτερικών ιατρείων, με χρόνια κατάθλιψη. Η βελτίωση αυτή αφορά το άγχος και την κατάθλιψη όπως αυτά μετρήθηκαν με τις αντίστοιχες κλίμακες Hamilton. Περίπου το 60% των ασθενών εμφάνισε ύφεση ή ικανοποιητική απάντηση. Η μέση τιμή της HRSD-24 ελαττώθηκε από 21,07 στη βασική περίοδο (baseline) πριν την έναρξη της θεραπείας σε 9,40 στο τέλος της θεραπείας και σε 10,75 στην επανεκτίμηση 6 μήνες (follow-up) μετά το τέλος της θεραπείας. Τα μεγέθη επίδρασης ήταν μεγάλα και διατηρήθηκαν στο follow-up. Μόνο μία ασθενής διέκοψε πρόωρα. Στην επανεκτίμηση follow-up άλλοι δύο ασθενείς εμφάνισαν ύφεση ή ικανοποιητική απάντηση, ανεβάζοντας το ποσοστό στο 67%. Επτά από τις 12 ασθενείς (58,33%) που συμμετείχαν είχαν διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας (βλ πίνακα 27). 4 από τις ασθενείς αυτές εμφάνισαν ύφεση ή ικανοποιητική απάντηση. Το ποσοστό αυτό συμφωνεί με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας σχημάτων με ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας.

Ο σχεδιασμός αυτής της μελέτης περιελάμβανε μια βασική περίοδο 8 εβδομάδων πριν την έναρξη της θεραπευτικής παρέμβασης. Στη διάρκεια αυτής της περιόδου δεν παρατηρήθηκε καμία ελάττωση στην καταθλιπτική συμπτωματολογία. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει ότι οι ασθενείς ήταν χρονίως καταθλιπτικοί, όπως είχαν διαγνωστεί με τη χρήση του SCID-I και οι αλλαγές που παρατηρήθηκαν στη διάρκεια της επακόλουθης παρέμβασης, οφείλονται αποκλειστικά στη θεραπεία.

Η περίοδος Β της μελέτης, που περιελάμβανε την εισαγωγή στη θεραπεία και τη σύνδεση με τον θεραπευτή, από την αρχή της θεραπείας μέχρι την 12η-16η συνεδρία είχε σημαντική επίδραση στην ελάττωση των HRSD-24 και HRSA. Το εύρημα αυτό διαφέρει από τα αντίστοιχα άλλων μελετών (Arntz & Weertman 2007, Arntz et al. 2013), οι οποίες ακολούθησαν το ίδιο πρωτόκολλο με φάση εισαγωγής στη θεραπεία, αντίστοιχου αριθμού συνεδριών. Στις δύο αυτές μελέτες της βιβλιογραφίας που αναφέρθηκαν, η φάση εισαγωγής είχε έναν σαφή διερευνητικό χαρακτήρα. Η διαφορά στη δική μας μελέτη ήταν ότι η κύρια εστίαση από πλευράς θεραπευτή στην εισαγωγική φάση ήταν η σύνδεση με τον θεραπευόμενο. Στο πλαίσιο αυτό

βασικό συστατικό ήταν η υιοθέτηση ήδη από τις πρώτες συνεδρίες της θεραπευτικής στάσης που καθορίζεται από τις αρχές της διορθωτικής γονεϊκής στάσης. Παράλληλα με τη διερεύνηση των προβλημάτων του ασθενούς και τη δόμηση της διατύπωσης περίπτωσης, ο θεραπευτής προσέφερε ένα ιδιαίτερα φροντιστικό περιβάλλον, ζεστασιάς και αποδοχής στοχεύοντας στην εμπέδωση ενός ασφαλούς δεσμού ανάμεσα σε αυτόν και τον θεραπευόμενο. Η σύνδεση αυτή μπορεί να εξηγεί την σημαντική επίδραση της πρώτης φάσης στην ελάττωση της συμπτωματολογίας των ασθενών. Βέβαια δε θα ήταν βάσιμο να υποστηρίξει κανείς ότι θα επαρκούσε αυτή και μόνο η περίοδος, ως ολοκληρωμένη θεραπεία των ασθενών. Σύμφωνα με τη θεωρία της Θεραπείας Σχημάτων, η συνέχεια της υπόλοιπης θεραπευτικής παρέμβασης είναι απαραίτητη για την επίτευξη των αλλαγών. Σε αυτή την υπόλοιπη πορεία, ο θεραπευτής βασιζόμενος στον ασφαλή δεσμό που έχει δομήσει στη σχέση του με τον ασθενή, μπορεί πλέον να προσπελάσει τους επιμέρους δυσπροσαρμοστικούς τρόπους λειτουργίας (αποστασιοποιημένο προστάτη, υπεραναπλήρωση) του θεραπευόμενου και να έρθει σε επαφή με τον τρόπο λειτουργίας του ευάλωτου παιδιού (Young et al. 2003). Το ευάλωτο παιδί φέρει όλα τα βασικά ΠΔΣ του θεραπευόμενου, απόρροια των τοξικών και ελλειμματικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας. Η επαφή με αυτό δίνει τη δυνατότητα στο θεραπευτή μέσω της θεραπευτικής σχέσης και των τεχνικών εστιασμένων στο συναίσθημα να καλύψει τις ακάλυπτες πυρηνικές συναισθηματικές ανάγκες του ασθενούς, οδηγώντας στην ίαση των ΠΔΣ και στην εγκατάλειψη των δυσπροσαρμοστικών συναισθηματικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων που τον παγιδεύουν και αποτελούν υπόβαθρο της χρονίσιας συμπτωματολογίας του. Η εργασία αυτή απαιτεί βάθος χρόνου και δε δύναται να ολοκληρωθεί σε 12-16 συνεδρίες. Όπως ήδη τονίσθηκε οι συνεδρίες αυτές παίζουν το ρόλο της θεμελίωσης ενός ασφαλούς τόπου, ο οποίος προετοιμάζει το έδαφος της ψυχοθεραπείας (Ανδριτσάνου & Ζέρβας, 2012). Η εκτεταμένη συνέχιση της θεραπευτικής παρέμβασης, όπως εν προκειμένω στο πρωτόκολλο που εφαρμόστηκε, είναι ουσιώδους σημασίας για την υποστήριξη μιας βαθύτερης, σταθερής και μονιμότερης αλλαγής, δεδομένης μάλιστα της χρονιότητας της συμπτωματολογίας και της συννοσηρότητας με διαταραχές προσωπικότητας (Cuijpers et al. 2010, Klein et al. 2008, Imel et al. 2008).



Μία ενδιαφέρουσα παρατήρηση στο πλαίσιο αυτό, είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς που στο τέλος της θεραπευτικής παρέμβασης παρουσίασαν ύφεση ή ικανοποιητική απάντηση (οι ασθενείς 2,4,5,6,7,9,11), εμφάνισαν μετά από την αρχική βελτίωση μία τάση επιδείνωσης στην εκτίμηση στη συνεδρία 24 ή και αργότερα. Η επιδείνωση αυτή μπορεί να εξηγηθεί ως αποτέλεσμα της χρήσης τεχνικών εστιασμένων στο συναίσθημα, όπως οι νοερές εικόνες και η τεχνική των πολυθρόνων. Οι τεχνικές αυτές αποτελούν κρίσιμο συστατικό της θεραπείας, γιατί φέρνουν τον ασθενή, όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη παράγραφο, σε επαφή με την ευαλωτότητα του και δίνουν στο θεραπευτή τη δυνατότητα για να θεμελιώσει τη βασική θεραπευτική παρέμβαση και την αλλαγή του θεραπευόμενου. Η φάση αυτή της θεραπείας βιώνεται αρχικά από τον ασθενή ως επιβαρυντική. Το συναίσθημα αυτό είναι το αποτέλεσμα της επαφής και βίωσης του τραυματικού υλικού της παιδικής ηλικίας. Η διαδικασία της σταδιακής κάλυψης των πυρηνικών συναισθηματικών αναγκών του θεραπευόμενου και η μετατροπή αυτού του δυσάρεστου βιώματος σε κλινική βελτίωση, υποκειμενικό αίσθημα ευεξίας και βελτίωση ποιότητας ζωής χρειάζεται κάποιο χρόνο. Στη βιβλιογραφία των θεραπειών που χρησιμοποιούν τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα αυτό είναι γνωστό και περιγράφεται: "...it gets worse before it gets better..." (Pascual-Leone, 2009), "...the only way out is through..." (Hunt, 1998). Επίσης σε εργασίες όπου μελετήθηκε η συναισθηματική διαδικασία στη διάρκεια εφαρμογής θεραπειών εστιασμένων στο συναίσθημα σε καταθλιπτικούς ασθενείς, βρέθηκε ότι υψηλά επίπεδα συναισθηματικής κινητοποίησης στο μέσον της θεραπείας, είναι προβλεπτικά ελάττωσης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και θετικής έκβασης στο τέλος της θεραπείας (Missirlian, Toukmanian, Warwar, & Greenberg, 2005; Pos, Greenberg, & Warwar, 2009). Αυτή η συναισθηματική διαδικασία μπορεί να εξηγήσει το γεγονός ότι όλοι ασθενείς της μελέτης μας, οι οποίοι παρουσίασαν ύφεση ή ικανοποιητική απάντηση, εμφάνισαν το περιγραφέν μοτίβο αρχικής επιδείνωσης στη φάση της κυρίως θεραπευτικής παρέμβασης.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της μελέτης μας με αυτά των μελετών της CBASP, η Θεραπεία Σχημάτων φαίνεται να αποτελεί μία νέα υποσχόμενη θεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της χρόνιας κατάθλιψης. Στη μελέτη των Keller et al. (2000) τα συνολικά ποσοστά απάντησης στη

θεραπεία για το αρχικό δείγμα ασθενών (intent to treat sample) ήταν 48% για τον βραχίονα της μεμονωμένης παρέμβασης με CBASP ή με νεφαζοδόνη και 73% για τον συνδυασμό τους. Οι μέσες τιμές των HRSD υποχώρησαν από 26,4 σε 15,1 στο βραχίονα της CBASP και από 27,4 σε 9,7 στο βραχίονα της συνδυαστικής θεραπείας. Στη δική μας μελέτη τα συνολικά ποσοστά απάντησης στη θεραπεία ήταν 58,2% και η HRSD υποχώρησε από 21,07 σε 9,4. Επίσης στην πιο πρόσφατη μελέτη εφαρμογής της CBASP σε ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη από την ίδια ερευνητική ομάδα (Kocsis et al. 2009) η προσθήκη CBASP ή σε χρονίως καταθλιπτικούς ασθενείς, οι οποίοι δεν είχαν απαντήσει σε έναν αλγόριθμο φαρμακευτικής παρέμβασης, οδήγησε σε απάντηση μόνο το 37,5 των ασθενών, ενώ 62,5 αυτών παρέμειναν καταθλιπτικοί. Οι μέσες τιμές της HRSD υποχώρησαν από το 19,5 στο 11,2 στο βραχίονα που έλαβε CBASP και από το 19,4 στο 12,8 στο βραχίονα που έλαβε Βραχεία Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία. Σε αντίθεση με τις εργασίες αυτές, στη δική μας μελέτη εφαρμόσαμε ένα πρωτόκολλο μεγαλύτερου χρόνου, αποτελούμενου από 60 συνεδρίες (σε σχέση με τις 16 συνεδρίες CBASP). Ο έλεγχος της αντικαταθλιπτικής αγωγής ήταν πέρα από τους στόχους της μελέτης μας. Παρά ταύτα πρέπει να σημειωθεί ότι όλοι οι ασθενείς λάμβαναν ήδη φαρμακευτική αγωγή, η οποία έπρεπε να είναι σταθερή τουλάχιστον ένα μήνα πριν την πρώτη αξιολόγηση της baseline περιόδου και επομένως τουλάχιστον 3 μήνες πριν την έναρξη της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης. Το γεγονός αυτό ομοιάζει περισσότερο με τη συνθήκη της προσθήκης CBASP σε προϋπάρχουσα φαρμακευτική αγωγή σε χρονίως καταθλιπτικούς ασθενείς (Kocsis et al. 2009) και λιγότερο με την συνδυαστική εφαρμογή CBASP και νεφαζοδόνης στη μελέτη των Keller et al. (2000) (εδώ φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση ξεκίνησαν συνδυαστικά ταυτόχρονα και δεν προστέθηκε η ψυχοθεραπεία σε ήδη υπάρχουσα, χωρίς ανταπόκριση φαρμακευτική αγωγή). Οπωσδήποτε όμως μόνο μια άρτια μεθοδολογικά σχεδιασμένη σύγκριση των δύο ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, της Θεραπείας σχημάτων και της CBASP μπορεί να δώσει απαντήσεις σε σχέση με την πιθανή διαφορετική αποτελεσματικότητά τους.

Επίσης η μελέτη μας μαζί με τη μελέτη των Carter et al. (2013) είναι οι πρώτες μελέτες που υποστηρίζουν την εφαρμογή της Θεραπείας Σχημάτων

σε καταθλιπτικούς ασθενείς. Στη μελέτη της Carter, ο σκοπός είναι η αντιμετώπιση ενός τρέχοντος μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, το 68% όμως των ασθενών της μελέτης είχαν επίσης διάγνωση χρόνιας κατάθλιψης. Η παρουσία της χρόνιας κατάθλιψης δεν επηρέασε την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Στη μελέτη αυτή ο βραχίονας της Θεραπείας Σχημάτων είχε ισάξια αποτελεσματικότητα με το βραχίονα της ΓΣΘ. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να εκληφθεί ως ένδειξη χρήσης της ΓΣΘ στη χρόνια κατάθλιψη. Παρά ταύτα πέρα από το γεγονός ότι η μέχρι σήμερα υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν υποστηρίζει κάτι τέτοιο, στη μελέτη των Carter et al. (2013) δεν υπάρχει αξιολόγηση σε επόμενο χρονικό διάστημα μετά το τέλος της θεραπείας (follow-up), γεγονός που περιορίζει σημαντικά την αξιολόγηση αυτών των αποτελεσμάτων, καθώς όπως ήδη αναφέρθηκε στην εισαγωγή για τις υπάρχουσες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στη χρόνια κατάθλιψη, αυτές πάσχουν σημαντικά από τα χαμηλά ποσοστά συντήρησης των αποτελεσμάτων τους σε βάθος χρόνου (Gelenberg et al., 2003).

Όσον αφορά στα ΠΔΣ, όπως αυτά μετρώνται με το YSQ, στη μελέτη μας βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική ελάττωση τους στο τέλος της θεραπείας. Η ελάττωση των καταθλιπτικών και αγχώδων συμπτωμάτων εμφανίστηκε πιο πρώιμα από την ελάττωση των βαθμολογιών στο YSQ. Το εύρημα αυτό είναι παρόμοιο με αυτό των Renner et al. (2013) σε μελέτη εφαρμογής βραχύχρονης ομαδικής θεραπευτικής παρέμβασης με Θεραπεία Σχημάτων σε ασθενείς με διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας ή με στοιχεία διαταραχής προσωπικότητας. Πιθανώς το YSQ δεν είναι κατάλληλο εργαλείο για να ανιχνεύσει πρώιμα τις αλλαγές σε επίπεδο ΠΔΣ. Εναλλακτικά μπορεί οι αλλαγές αυτές να επισυμβαίνουν αρχικά σε επίπεδο συναισθημάτων, αντανακλούμενες στις κλίμακες καταθλιπτικής ή αγχώδους συμπτωματολογίας και ακολούθως να απαρτιώνονται γνωσιακά και να εμφανίζονται σε επίπεδο ΠΔΣ όπως αυτά μετρώνται με βάση το YSQ.

Η ελάττωση των βαθμολογιών στο YSQ αφορούσε κυρίως στις κατηγορίες Ανεπαρκής Αυτονομία και Επίδοση και Υπερεπαγρύπνιση και Αναστολή, οι οποίες είναι οι κατηγορίες που χαρακτηρίζουν ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη (Riso et al. 2003) και στην κατηγορία Αποσύνδεση και Απόρριψη, η οποία συσχετίζεται με καταθλιπτική συμπτωματολογία (Renner et al. 2012). Οι αλλαγές αυτές στα ΠΔΣ πιθανώς εξηγούν τη συντήρηση του

αποτελέσματος στην επανεκτίμηση 6 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας. Είναι αναγκαία η πραγματοποίηση μελλοντικών μεγαλύτερων μελετών που θα διερευνήσουν το στοιχείο αυτό.

Η ανωτέρω κλινική μελέτη έχει κάποιους περιορισμούς, οι οποίοι εμποδίζουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της. Ένας βασικός περιορισμός είναι η απουσία ομάδας ελέγχου. Το μικρό δείγμα αποτελεί έναν άλλο περιορισμό της μελέτης. Ένας τρίτος περιορισμός αφορά στο σχεδιασμό της και συγκεκριμένα στην απουσία μεταβαλλόμενου χρονικού διαστήματος βασικής περιόδου αναφοράς (multiple baseline case series), το οποίο επιτρέπει τον καλύτερο διαχωρισμό της επίδρασης της θεραπείας από την επίδραση του χρόνου καθεαυτού (Arntz et al., 2013).

Από την άλλη η συγκεκριμένη μελέτη έχει και μία σειρά από ισχυρά μεθοδολογικά χαρακτηριστικά, που είναι τα ακόλουθα:

Ο μεγάλος αριθμός συνεδριών για κάθε υποκείμενο έδωσε τη δυνατότητα για ένα μεγάλο αριθμό δεδομένων προς χρήση στη στατιστική ανάλυση.

Η εφαρμογή της θεραπείας από 4 θεραπευτές είναι σημαντικό στοιχείο, γιατί δίνει τη δυνατότητα καλύτερης γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε πραγματικές συνθήκες.

Η πραγματοποίηση όλων των εκτιμήσεων έγινε από ανεξάρτητο βαθμολογητή, γεγονός που διασφάλισε καλύτερα την αμεροληψία της εκτίμησης.

Η ηχογράφηση όλων των συνεδριών, η εντατική εποπτεία και ο έλεγχος της πιστότητας και της επάρκειας των θεραπευτών αποτελούν σημαντικά μεθοδολογικά συστατικά μιας κλινικής μελέτης εφαρμογής ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης.

## 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο πλαίσιο των εργασιών της παρούσας Διατριβής πραγματοποιήθηκε η μεταφορά της Θεραπείας Σχημάτων σε Ελληνικό πληθυσμό και η εφαρμογή της σε ασθενείς με Χρόνια Κατάθλιψη. Το έργο αυτό διεκπεραιώθηκε σε τρεις φάσεις. Το χρονοδιάγραμμα των φάσεων αυτών παρουσιάζεται στον κατωτέρω πίνακα:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 30. Χρονοδιάγραμμα Ερευνητικών φάσεων**

Ερευνητική Φάση	Περιγραφή Έργου	Έναρξη	Ολοκλήρωση	Διάρκεια
Φάση I	Μετάφραση εργαλείων Θεραπείας Σχημάτων	06/2008	09/2008	3 μήνες
	Στάθμισης YSQ	09/2008	03/2010	18 μήνες
Φάση II	Πρόγραμμα Εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων	09/2008	01/2010	16 μήνες
Φάση III	Αξιολόγηση και ένταξη ασθενών στη μελέτη	02/2010	03/2011	13 μήνες
	Χρόνοι θεραπείας πρώτου ασθενούς της μελέτης	04/2010	12/2011	20 μήνες
	Χρόνοι θεραπείας τελευταίου ασθενούς της μελέτης	05/2011	01/2013	20 μήνες

Στην πρώτη φάση του έργου έγινε η μετάφραση όλων των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται στη Θεραπεία Σχημάτων. Έτσι πλέον είναι διαθέσιμη η ελληνική μετάφραση των ερωτηματολογίων αυτών, σύμφωνα με τις διαδικασίες που προτείνει η διεθνής βιβλιογραφία. Τα μεταφρασμένα ερωτηματολόγια μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους

ερευνητές και τους θεραπευτές για την πραγματοποίηση ερευνητικών εργασιών στον ελληνικό πληθυσμό και για τη συμπληρωματική εκτίμηση ασθενών στη διάρκεια της θεραπείας. Επιπλέον στην πρώτη φάση έγινε η μετάφραση της Κλίμακας Επάρκειας στη Θεραπεία Σχημάτων. Η κλίμακα αυτή αποτελεί, όπως έχει ήδη αναφερθεί, το βασικό εργαλείο εκτίμησης της επάρκειας και της ακεραιότητας των συνεδριών Θεραπείας Σχημάτων, που πραγματοποιούνται στα πλαίσια εκπαίδευσης ή κλινικών μελετών. Η διαθέσιμη πλέον ελληνική μετάφρασή, δίνει τη δυνατότητα χρησιμοποίησής της σε προγράμματα εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων στην Ελλάδα, όσο και σε κλινικές μελέτες εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων στον Ελληνικό πληθυσμό.

Ακολούθως πραγματοποιήθηκε η στάθμιση της Ελληνικής μετάφρασης του Ερωτηματολογίου Σχημάτων, το οποίο αποτελεί το εργαλείο μέτρησης των ΠΔΣ, της βασικής δηλαδή θεωρητικής έννοιας, επάνω στην οποία στηρίχτηκε η ανάπτυξη της Θεραπείας Σχημάτων. Τα αποτελέσματα της στάθμισης επιβεβαίωσαν την παρουσία των ΠΔΣ που προβλέπει η σχετική θεωρία και ανέδειξαν εξαιρετική αξιοπιστία και εγκυρότητα για την ελληνική έκδοση. Έτσι πλέον το σταθμισμένο στα ελληνικά Ερωτηματολόγιο Σχημάτων μπορεί να αποτελέσει βασική αναφορά μελλοντικών ερευνητικών εργασιών που περιλαμβάνουν την εκτίμηση των ΠΔΣ σε ελληνικό κλινικό ή μη πληθυσμό.

Στη δεύτερη φάση του έργου οργανώθηκε το πρώτο πρόγραμμα εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων στην Ελλάδα και ακολούθως πραγματοποιήθηκε εκπαίδευση θεραπευτών. Η φάση αυτή καταρχήν είχε ως αποτέλεσμα την έγκριση του πρώτου εκπαιδευτικού προγράμματος στη Θεραπεία Σχημάτων στην Ελλάδα από την ISST και επακόλουθα την πιστοποίηση στη Θεραπεία Σχημάτων των πρώτων θεραπευτών που εκπαιδεύτηκαν στην Ελλάδα. Επίσης η διαδικασία οργάνωσης του προγράμματος εκπαίδευσης έδωσε την ευκαιρία για τον καθορισμό των απαραίτητων προϋποθέσεων, οι οποίες πρέπει να πληρούνται ώστε να γίνει αποδεκτός στο πρόγραμμα εκπαίδευσης ένας υποψήφιος, ψυχίατρος ή ψυχολόγος στην Ελλάδα. Η ISST, ως διεθνής εταιρία, ορίζει τις βασικές προϋποθέσεις που πρέπει να φέρει το βιογραφικό ενός υποψήφιου εκπαιδευόμενου, για να γίνει δεκτός σε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης στη

Θεραπεία Σχημάτων ([www.isst-online.com](http://www.isst-online.com)). Δεδομένης όμως της μεγάλης εξάπλωσης της Θεραπείας Σχημάτων στη διεθνή ψυχοθεραπευτική κοινότητα και αναγνωρίζοντας την μεγάλη ποικιλομορφία όσον αφορά στους τίτλους και στην εκπαίδευση στις διάφορες χώρες, η ISST δίνει την ευκαιρία σε κάθε χώρα να θεσπίσει επιπλέον δικά της κριτήρια/προϋποθέσεις. Έτσι η πρώτη εκπαίδευση στη Θεραπεία Σχημάτων στην Ελλάδα, που οργανώθηκε στα πλαίσια αυτής της Διατριβής, αποτέλεσε τη βάση για τον καθορισμό των αντίστοιχων προϋποθέσεων. Οι προϋποθέσεις αυτές, έγιναν πλήρως αποδεκτές από την ISST και σκοπός τους είναι η διασφάλιση της κλινικής εμπειρίας και επάρκειας των εκπαιδευομένων που θα παρακολουθήσουν το πρόγραμμα. Η προηγούμενη κλινική εμπειρία με την έννοια της ψυχοθεραπευτικής κατάρτισης και η προσωπική θεραπεία των υποψηφίων εκπαιδευόμενων κρίθηκε απαραίτητη. Η απόφαση αυτή στηρίχτηκε στο γεγονός ότι οι υποψήφιοι πρόκειται να εκπαιδευτούν σε ένα μοντέλο ψυχοθεραπείας, το οποίο απαιτεί ικανότητα συνδυασμού μεθόδων και τεχνικών διαφορετικών προσεγγίσεων και το οποίο αναπτύχθηκε για την αντιμετώπιση δύσκολων ασθενών, με χρόνιες συναισθηματικές δυσκολίες και χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Επιπλέον η Θεραπεία Σχημάτων αποτελεί ψυχοθεραπεία μακράς διάρκειας, η ακεραιότητα της άσκησης της οποίας δεν μπορεί να διασφαλιστεί από συγκεκριμένα ατζέντα και βιβλίο οδηγιών (manual) συνεδριών. Στα πλαίσια αυτής της ψυχοθεραπευτικής εργασίας η θεραπευτική σχέση αναδεικνύεται ως ακρογωνιαίος λίθος της παρέμβασης. Τα ΠΔΣ και οι Τρόποι Λειτουργίας του θεραπευόμενου αναδύονται διαρκώς μέσα στη θεραπευτική σχέση και κινητοποιούν τα ΠΔΣ και τους Τρόπους Λειτουργίας του θεραπευτή, ο οποίος με τη σειρά του καλείται να αναγνωρίσει αυτά τα στοιχεία, προκειμένου να εφαρμόσει εύστοχα τη διορθωτική γονεϊκή στάση και τις λοιπές μεθόδους της θεραπείας. Όλα τα παραπάνω θέματα αποτέλεσαν τη βάση της απόφασής μας, να ενταχθούν στις προϋποθέσεις παρακολούθησης της εκπαίδευσης, η προηγούμενη κλινική εμπειρία και προσωπική θεραπεία του υποψήφιου εκπαιδευόμενου. Οι προϋποθέσεις που τέθηκαν με αφορμή την πραγματοποίηση αυτού του πρώτου στην Ελλάδα εκπαιδευτικού προγράμματος στη Θεραπεία Σχημάτων, δεν αποτελούν απαραίτητα κλειστές και μόνιμες αποφάσεις. Βασικός στόχος είναι η δημιουργία μιας βάσης προβληματισμού για μελλοντικά προγράμματα

εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων στην Ελλάδα και επιπλέον η κατάθεση αυτών των απόψεων στα πλαίσια των εκπαιδευτικών επιτροπών της ISST, με σκοπό τη συμβολή στη συζήτηση για τη διασφάλιση και ανάπτυξη ορθών πρακτικών εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων διεθνώς. Τέλος οι προβληματισμοί αυτοί συναντούν τη συζήτηση του Κλάδου Ψυχοθεραπείας της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, σχετικά με τη διασφάλιση των διαδικασιών που μπορούν να οδηγήσουν στην απόκτηση ενός θεσμικά κατοχυρωμένου τίτλου ψυχοθεραπευτή στην Ελλάδα (Χαραλαμπίκη και συν. 2014).

Στην τρίτη φάση του έργου πραγματοποιήθηκε πιλοτική κλινική μελέτη εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Χρόνια Κατάθλιψη. Πρόκειται για την πρώτη κλινική μελέτη Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Χρόνια Κατάθλιψη στη διεθνή βιβλιογραφία. Όπως ήδη αναπτύχθηκε διεξοδικά στο Γενικό Μέρος της παρούσας Διατριβής η υπάρχουσα βιβλιογραφία για τους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης Χρόνιας Κατάθλιψης και για τις διαθέσιμες θεραπευτικές παρεμβάσεις, σε συνδυασμό με την υπάρχουσα βιβλιογραφία της Θεραπείας Σχημάτων, θεμελιώνουν την πιλοτική εφαρμογή της τελευταίας στο συγκεκριμένο κλινικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα της κλινικής μελέτης ήταν ιδιαίτερα ενθαρρυντικά, αναδεικνύοντας υψηλή αποτελεσματικότητα, ελάχιστο ποσοστό πρόωρων διακοπών και διατήρηση του αποτελέσματος έξι μήνες μετά το τέλος της παρέμβασης. Αυτό το τελευταίο εύρημα λαμβάνει ιδιαίτερη σημασία δεδομένου ότι οι περισσότερες παρεμβάσεις σε χρονίως καταθλιπτικούς ασθενείς εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά διατήρησης του αποτελέσματός τους σε βάθος χρόνου (Leichenring & Rabung, 2012; Renner & Arntz 2013). Επιπλέον τα μικρά ποσοστά πρόωρης διακοπής της θεραπείας βρίσκονται σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία κλινικών μελετών εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων. Το εύρημα αυτό χρήζει ιδιαίτερου σχολιασμού, δεδομένης της εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με διαγνώσεις διαταραχών προσωπικότητας, οι οποίοι εμφανίζουν υψηλά ποσοστά πρόωρων διακοπών της θεραπείας τους. Η παρουσία υψηλών ποσοστών διαταραχών προσωπικότητας περιγράφεται επίσης στους ασθενείς με Χρόνια Κατάθλιψη (Maddux et al., 2009; Riso et al., 2002), γεγονός που παρατηρήθηκε και στο κλινικό δείγμα της δικής μας έρευνας. Τα χαμηλά



ποσοστά πρόωρων διακοπών σχολιάζονται στη βιβλιογραφία ως αποτέλεσμα της θεραπευτικής σχέσης και πιο συγκεκριμένα της διορθωτικής γονεϊκής στάσης του θεραπευτή της Θεραπείας Σχημάτων (Spinhoven et al., 2007). Ο ασφαλής δεσμός που κτίζει με τον θεραπευόμενο μέσω της στάσης αυτής ο θεραπευτής αποτέλεσε επιπλέον, μια πιθανή εξήγηση της ταχείας ανακούφισης που εμφάνισαν οι ασθενείς της μελέτης μας στην πρώτη φάση των συνεδριών. Ακολούθως στην πορεία της θεραπείας ο ασφαλής δεσμός, που εμπεδώθηκε στην αρχική φάση υποστήριξε τη διερεύνηση των τοξικών εμπειριών του παρελθόντος, την επεξεργασία των συναισθημάτων που σχετίζονται με τις εμπειρίες αυτές και το πένθος για τις απώλειες του παρελθόντος, οδηγώντας τελικά σε σημαντική κλινική βελτίωση διατηρούμενη σε βάθος χρόνου. Η σημασία της θεραπευτικής σχέσης και του δεσμού θεραπευτή-θεραπευόμενου αποτελούν σημαντικά θέματα προς διερεύνηση σε μελλοντικές κλινικές έρευνες της Θεραπείας Σχημάτων.

Τα αποτελέσματα της κλινικής μελέτης που πραγματοποιήσαμε, έγιναν αποδεκτά με ενδιαφέρον στη βιβλιογραφία (Malogiannis et al., 2014). Ως συνέχεια αυτής της εργασίας, η ερευνητική μας ομάδα σχεδιάζει την πραγματοποίηση μιας Τυχαιοποιημένης Ελεγχόμενης Μελέτης εφαρμογής της Ομαδικής Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Χρόνια Κατάθλιψη, στην Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο.

Πέραν της σημασίας της κλινικής μελέτης που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας Διατριβής για την έρευνα στη θεραπεία της Χρόνιας Κατάθλιψης και την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Σχημάτων, η εργασία αυτή έδωσε τη δυνατότητα ανάπτυξης και εμπέδωσης μίας άρτιας μεθοδολογίας πραγματοποίησης κλινικών μελετών στην ψυχοθεραπεία. Στα πλαίσια αυτής της μεθοδολογίας υπογραμμίζεται η σημασία της εποπτείας των θεραπευτών, της ηχογράφησης των συνεδριών και της επακόλουθης εκτίμησης της επάρκειας και ακεραιότητας της θεραπείας που παρέχεται από τους θεραπευτές, οι διαδικασίες αξιολόγησης των θεραπευομένων και η σημασία του κατάλληλου σχεδιασμού για την εκπλήρωση των στόχων της κλινικής μελέτης που πραγματοποιείται.

Τα αποτελέσματα της εργασίας αυτής απέδωσαν, οδηγώντας σε πρόσκληση της ερευνητικής μας ομάδας να συμμετάσχει στην πραγματοποίηση Πολυκεντρικής Μελέτης εφαρμογής της Ομαδικής

Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας. Στη μελέτη αυτή συμμετέχουν ήδη 14 κέντρα από 5 χώρες (Ολλανδία, Γερμανία, Αυστραλία, ΗΠΑ και Μεγάλη Βρετανία). Η Ελλάδα είναι η 6η χώρα που θα λάβει μέρος και η 1η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο αποτελεί το 15ο κέντρο. Ο σχεδιασμός της μελέτης αυτής έχει ήδη δημοσιευτεί (Wetzelaer et al. 2014).

Τέλος η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε μπορεί να αποτελέσει τη βάση για την πραγματοποίηση μελλοντικών κλινικών μελετών ψυχοθεραπείας όχι μόνο Θεραπείας Σχημάτων, αλλά και άλλων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε διάφορες Δομές Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα.

## 7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ξένη Βιβλιογραφία

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*: University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families.
- Agosti, V. (2014). Predictors of remission from chronic depression: A prospective study in a nationally representative sample. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 463-467.
- Alexander, F., French, T. M., & others, a. (1946). *Psychoanalytic Therapy. Principles and Application*. Nebraska: John Wiley and Sons Inc.
- Angst, J., Gamma, A., Rossler, W., Ajdacic, V., & Klein, D. N. (2011). Childhood adversity and chronicity of mood disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(1), 21-27.
- APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aquardo, C., Jambon, B., Ellis, D., & Marqis, P. (1996). Languages and translation issues. In B. Spiker (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials (2nd edn)* (pp.575-585). New York: Lippincott-Raven.
- Arnou, B. A., & Constantino, M. J. (2003). Effectiveness of psychotherapy and combination treatment for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59(8), 893-905.
- Arntz, A., & Giesen-Bloo, J. (1999). *Borderline Personality Disorder Severity Index, BPDSI*. Maastricht, The Netherlands: University of Maastricht, Department of Medical Clinical and Experimental Psychology.
- Arntz, A., Klokman, J., & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 226-239.
- Arntz, A., Sofi, D., & van Breukelen, G. (2013). Imagery Rescripting as treatment for complicated PTSD in refugees: a multiple baseline case series study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(6), 274-283.

- Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R., van den Bosch, W. M. C., & de Bie, A. J. H. T. (2003). Reliability and Validity of the Borderline Personality Disorder Severity Index. *Journal of Personality Disorders*, 17(1), 45-59.
- Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of Childhood memories: theory and practice. *Behavior Research and Therapy*, 37, 715-740.
- Arntz, A., & van Genderen, H. (2009). *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*. Wiley and Blackwell.
- Ball, S. A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of Personality Disorders*, 21(3), 305-321.
- Ball, S. A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A. J., Bujosa, C. T., & O'Neill, T. W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: Symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*, 46(5), 371–379.
- Ball, S. A., & Young, J. E. (2000). Dual focus Schema therapy for personality disorders and substance dependence: case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 270-281.
- Bamelis, L., Bloo, J., Bernstein, D., & Arntz, A. (2012). Effectiveness Studies *Wiley Blackwell Handbook of Schema Therapy. Theory, Research and Practice*. New York: John Willey & Sons.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305-322.
- Bamelis, L. L. M., Renner, F., Heidkamp, D., & Arntz, A. (2011). Extended schema mode conceptualizations for specific personality disorders: An empirical study. *Journal of Personality Disorders*, 25, 41-58.
- Baranoff, J., Oei, T. P. S., Kwon, S. M., & Cho, S. (2006). Factor structure and internal consistency of the young schema questionnaire (short form). *Journal of Affective Disorders*(93), 133 – 140.
- Barlett, F. C. (1932). *Remembering: A study in Experimental and Social Psychology*. Cambridge Cambridge University Press.

- Barrett, J. E., Williams, J. W., Oxman, T. E., Frank, E., Katon, W., Sullivan, M., & al., e. (2001). Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized trial in patients aged 18 to 59 years. *Journal of Family Practice, 50*, 405–412.
- Barrett, M. S., & Barber, J. P. (2007). Interpersonal profiles in major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology, 63*(3), 247–266.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- 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., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bentler, P. (1992). On the fit of models to covariances and methodology to the Bulletin. *Psychological Bulletin, 112*(3), 400-404.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry, 151*(8), 1132-1136.
- Bifulco, A., Brown, G. W., & Harris, T. O. (1994). Childhood experience of care and abuse (CECA): A retrospective measure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 1419–1435.
- Bifulco, A., Brown, G. W., Lillie, A., & Jarvis, J. (1997). Memories of childhood neglect and abuse: corroboration in a series of sisters. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*(3), 365-374.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness, and depression*. New York: Basic Books.
- Brewin, C. R., Wheatley, J., Patel, T., Fearon, P., Hackmann, A., Wells, A., Myers, S. (2009). Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment

- for depressed patients with intrusive memories. *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 569-576.
- Brown, G. W., Craig, T. K., Harris, T. O., Handley, R. V., & Harvey, A. L. (2007). Development of a retrospective interview measure of parental maltreatment using the Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) instrument -- A life-course study of adult chronic depression - 1. *Journal of Affective Disorders*, 103(1-3), 205-215.
- Brown, G. W., Harris, T. O., Hepworth, C., & Robinson, R. (1994). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. II. A patient enquiry. *British Journal of Psychiatry*, 165(4), 457-465.
- Brown, G. W., & Moran, P. (1994). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I: A community survey. *British Journal of Psychiatry*, 165(4), 447-456.
- Browne, G., Steiner, M., Roberts, J., Gafni, A., Byrne, C., Dunn, E., & al., e. (2002). Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. *Journal of Affective Disorders*, 68, 317–330.
- Bryant, F. B., & Yarnold, P. R. (1995). Principal-components analysis and confirmatory factor analysis. In L. G. G. P. R. Yarnold (Ed.), *Reading and understanding multivariate statistics*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D., & Aaronson, N. (1993). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research*, 2(6), 451-459.
- Calvete, E., Estevez, A., Lopez de Arroyabe, E., & Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire – Short Form; structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*(21), 90–99.
- Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 500-505.

- Clark, L. A. (1983). On the induction of depressed mood in the laboratory: Evaluation and comparison of the Velten and musical procedures. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 27–49.
- Clark, L. A. (1999). Dimensional approaches to personality disorder assessment and diagnosis. In C. R. Cloninger (Ed.), *Personality and Psychopathology* (pp. 219-244). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder : A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, 15(6), 487-495.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal Psychiatry*, 164, 922-928.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy of borderline personality*. New York: Wiley.
- Conte, H. R., Plutchik, R., Karasu, T. B., & Jerrett, I. (1980). A self-report borderline scale. Discriminative validity and preliminary norms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 100, 428–435.
- Costa, P. T. J., & McCrae, R. R. (1992). *The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 51-62.
- Cukor, D., & McGinn, L. K. (2006). History of Childhood abuse and severity of adult depression: The mediating role of cognitive schema. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(3), 19-34.
- de Mello, M. F., Myczcowisk, L. M., & Menezes, P. R. (2001). A randomized controlled trial comparing moclobemide and moclobemide plus interpersonal psychotherapy in the treatment of dysthymic disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 117–123.

- Derogatis, L. (1983). *SCL-90-R administration, scoring and procedures manual-II for the revised version* (2nd ed.): Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Donnellan, M. B., & Trzesniewski, K. H. (2009). How should we study generational 'changes'—or should we? A critical examination of the evidence for 'Generation Me'. *Social and Personality Psychology Compass*, 3, 775–784.
- Dunner, D. L., Schmalting, K. B., Hendrickson, H., Becker, J., Lehman, A., & Bea, C. (1996). Cognitive therapy versus fluoxetine in the treatment of dysthymic disorder. *Depression*, 4, 34–41.
- Edwards, D., & Arntz, A. (2012). Schema Therapy in Historical Perspective *Wiley Blackwell Handbook of Schema Therapy. Theory, Research and Practice*. New York: John Willey & Sons.
- Farrell, J., Shaw, I., & Reiss, N. (2012). Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder Patients: Catalyzing Schema and Mode Change *Wiley Blackwell Handbook of Schema Therapy. Theory, Research and Practice*. New York: John Willey & Sons.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317-328.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders, (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Inc.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2002). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR Axis I disorders, research version (SCID-I/P) (Patient ed.)*. New York: Biometrics Research, State Psychiatric Institute.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992: The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 231-257.
- Garyfallos, G., Adamopoulou, A., Karastergiou, A., Voikli, M., Sotiropoulou, A., Donias, S., Paraschos, A. (1999). Personality disorders in



- dysthymia and major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(5), 332-340.
- Gelenberg, A. J., Trivedi, M. H., Rush, A. J., Thase, M. E., Howland, R., Klein, D. N., & al., e. (2003). Randomized, placebo-controlled trial of Nefazodone maintenance treatment in preventing recurrence in chronic depression. *Biological Psychiatry*, 54(8), 806–817.
- Giesen-Bloo, J., Dyck, R. v., Spinhoven, P., Tilburg, W. v., Dirksen, C., Asselt, T. v., Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder, randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649-658.
- Giesen-Bloo, J. H., Arntz, A., van Dyck, R., Spinhoven, P., & van Tilburg, W. (2001). *Outpatient treatment of borderline personality disorder: analytical psychotherapy versus cognitive behavior therapy*. Paper presented at the World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Vancouver, Canada.
- Gilmer, W. S., Trivedi, M. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Luther, J., Howland, R. H., Alpert, J. (2005). Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(6), 425-433.
- Glaser, B., Campbell, L. F., Calhoun, G. B., Bates, J. M., & Petrocelli, J. V. (2002). The Early Maladaptive Schema Questionnaire-Short Form: A construct validity study. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*(35), 2-13.
- Greenberg, L. S., & Malcolm, W. (2002). Resolving unfinished business: Relating process to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 406-416.

- Greenberg, L. S., & Pasual-Leone, A. (2006). Emotion in Psychotherapy: A Practice-Friendly Research Review. *Journal of Clinical Psychology*, 62(5), 611-630.
- Grossmann, K. E., & Grossmann, K. (1991). Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. In J. S.-H. C. M. Parkes, & P. Marris (Ed.), *Attachment across the life cycle* (pp. 93-114). London: Tavistock/Routledge.
- Gude, T., & Hoffart, H. (2008). Change in interpersonal problems after cognitive agoraphobia and schema-focused therapy versus psychodynamic treatment as usual of inpatients with agoraphobia and cluster C personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 195–199.
- Halvorsen, M., Wang, C. E., Richter, J., Myrland, I., Pedersen, S. K., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2009). Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(5), 394-407.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6(4), 278-296.
- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*(26), 405–416.
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2012). The Canadian French Young Schema Questionnaire: Confirmatory factor analysis and validation in clinical and nonclinical samples. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44(1), 40-49.
- Hayden, E. P., & Klein, D. N. (2001). Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: the effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1864-1870.
- Hellerstein, D. J., Little, S. A. S., Samstag, L. W., Batchelder, S., Muran, C. J., & Fedak, M. (2001). Adding group psychotherapy to medication

- treatment in dysthymia: A randomized prospective pilot study. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 93–103.
- Hoffart, A., & Sexton, H. (2002). The role of optimism in the process of schema-focused cognitive therapy of personality problems. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 611–623.
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L. M., Wang, C. E., Holthe, H., Haugum, J. A., Holte, A. (2005). The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 627–644.
- Holmes, E. A., Arntz, A., & Smucker, M. R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 297-305.
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2005). Mental imagery and emotion: A special relationship? *Emotion*, 5, 489–497.
- Holzel, L., Harter, M., Reese, C., & Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression-A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 129, 1-13.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Hu, L., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*(6), 1-55.
- Hunt, M. G. (1998). The only way out is through: emotional processing and recovery after a depressing life event. *Behavior Research and Therapy*, 36(4), 361-384.
- Hyer, S. A., & Rieder, R. O. (1987). *Personality Diagnostic Questionnaire - Revised*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M., & Wampold, B. E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 110(3), 197-206.
- Ingram, R. E. (2003). Origins of cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(1), 77-88.

- Joiner, T. E. (2000). Depression's vicious scree: Self-propagating and erosive processes in depression chronicity. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 203–218.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., Zajecka, J. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *The New England Journal of Medicine*, 342(20), 1462-1470.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458.
- Kersten, T. (2012). Schema Therapy in Personality Disorders and Addiction *Wiley Blackwell Handbook of Schema Therapy. Theory, Research and Practice*. New York: John Willey & Sons.
- Klein, D. N., Arnow, B. A., Barkin, J. L., Dowling, F., Kocsis, J. H., Leon, A. C., Wisniewski, S. R. (2009). Early adversity in chronic depression: clinical correlates and response to pharmacotherapy. *Depress Anxiety*, 26(8), 701-710.
- Klein, D. N., Riso, L. P., Donaldson, S. K., Schwartz, J. E., Anderson, R. L., Ouimette, P. C., Aronson, T. A. (1995). Family study of early-onset dysthymia. Mood and personality disorders in relatives of outpatients with dysthymia and episodic major depression and normal controls. *Archives of General Psychiatry*, 52(6), 487-496.
- Klein, D. N., & Santiago, N. J. (2003). Dysthymia and chronic depression: introduction, classification, risk factors and course. *Journal of Clinical Psychology*, 59(8), 807-816.
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Rose, S., & Leader, J. B. (2000). Five-year course and outcome of dysthymic disorder: A prospective, naturalistic follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 931-939.
- Klein, D. N., Shankman, S. A., & Rose, S. (2006). Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 872-880.
- Klein, D. N., Shankman, S. A., & Rose, S. (2008). Dysthymic disorder and double depression: prediction of 10-year course trajectories and outcomes. *Journal of Psychiatry Research*, 42(5), 408-415.

- Klokman, J., Arntz, A., & Sieswerda, S. (2001). *The schema mode questionnaire (state and trait version),(internal document)*. Maastricht: Maastricht University: Internal Document.
- Kocsis, J. H. (2000). New strategies for treating chronic depression. *Journal of Clinical Psychiatry, 61 Suppl 11*, 42-45.
- Kocsis, J. H., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., Klein, D. N., Trivedi, M. H., Manber, R., Thase, M. E. (2009). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression: the REVAMP Trial. *Archives of General Psychiatry, 66(11)*, 1178-1188.
- Kriston, L., Schafer, J., von Wolff, A., Harter, M., & Holzel, L. P. (2012). The latent factor structure of Young's early maladaptive schemas: are schemas organized into domains? *Journal of Clinical Psychology, 68(6)*, 684-698.
- Lee, C. W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research, 23(4)*, 441-451.
- Leichenring, F., & Rabung, S. (2012). Long-term Psychodynamic Psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 199(1)*, 15-22.
- Ley, P., Helbig-Lang, S., Czilwik, S., Lang, T., Worlitz, A., Brucher, K., & Petermann, F. (2011). Phenomenological differences between acute and chronic forms of major depression in inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry, 65(5)*, 330–337.
- Lizardi, H., & Klein, D. N. (2000). Parental psychopathology and reports of the childhood home environment in adults with early-onset dysthymic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188(2)*, 63-70.
- Lizardi, H., Klein, D. N., Ouimette, P. C., Riso, L. P., Anderson, R. L., & Donaldson, S. K. (1995). Reports of the childhood home environment in early-onset dysthymia and episodic major depression. *Journal of Abnormal Psychology, 104(1)*, 132-139.
- Lobbestael, J. (2012). Validation of the Scema Mode Inventory. In M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Eds.), *The WilleyeBlackwell*

- handbook of schema therapy, theory, research and practice* (pp. 397-414). Chichester, UK: John Willey and Sons Ltd.
- Lobbestael, J., Arntz, A., & Sieswerda, S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 240-253.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., & Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: a clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology*(63), 76–85.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 38(4), 437-458.
- Lobbestael, J., Vreeswijk, M. F. v., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualisations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 854-860.
- Lockwood, G. (2011). Do domains exist? <http://www.isst-online.com/node/226>
- Lockwood, G., & Perris, P. (2012). *A new look at core emotional needs. In Willey Blackwell Handbook of Schema Therapy. Theory, Research and Practice* : John Willey & Sons.
- Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the Relations among Childhood Adversity, Early Maladaptive Schemas, and Symptom Profiles in Adolescent Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 639-657.
- Maddux, R. E., Riso, L. P., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Arnow, B. A., Thase, M. E. (2009). Select comorbid personality disorders and the treatment of chronic depression with nefazodone, targeted psychotherapy, or their combination. *Journal of Affective Disorders*, 117(3), 174-179.
- Malogiannis, I., Boulougouris, V., Arntz, A., Farrell, J., Shaw, I., Papageorgiou, C., & Zervas, I. (2014). *Design of an RCT on Group Schema Therapy for Chronic Depression*.
- Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic

- depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3), 319-329.
- Markowitz, J. C. (1994). Psychotherapy of dysthymia. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1114-1121.
- Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Bleiberg, K. L., Christos, P. J., & Sacks, M. (2005). A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for “pure” dysthymic patients. *Journal of Affective Disorders*, 89, 167–175.
- McCullough, J. P., Jr., Klein, D. N., Keller, M. B., Holzer, C. E., 3rd, Davis, S. M., Kornstein, S. G., Harrison, W. M. (2000). Comparison of DSM-III-R chronic major depression and major depression superimposed on dysthymia (double depression): validity of the distinction. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 419-427.
- Miller, I. W., Bishop, S., Norman, W. H., & Maddever, H. (1985). The Modified Hamilton Rating Scale for Depression: reliability and validity. *Psychiatry Research*, 14(2), 131-142.
- Missirlian, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H., & Greenberg, L. S. (2005). Emotional arousal, client perceptual processing, and the working alliance in experiential psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 861-871.
- Mueller, R. (2000). *Basic principles of structural equation modeling*. New York, USA: Springer.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Dyck, R. (2009a). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behavior Research and Therapy*, 47(11), 961-973.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Dyck, R. (2009b). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder: study design. *BMC Psychiatry*, 9, 64.
- Nadort, M., Genderen, H. V., & Behary, W. (2012). The Wiley Blackwell Handbook of Schema Therapy. Theory, research and Practice. In M. van Vreeswijk , J. Broersen & N. M. (Eds.), *The Wiley-Blackwell*

*Handbook of Schema Therapy: Theory, Research and Practice* New York: John Wiley & sons, Ltd., Publications.

- Nadort, M., van Dyck, R., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Wensing, M., Arntz, A. (2009). Three preparatory studies for promoting implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder in general mental health care. *Behavior Research and Therapy*, 47(11), 938-945.
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169(2), 141-151.
- Nemeroff, C. B., Heim, C. M., Thase, M. E., Klein, D. N., Rush, A. J., Schatzberg, A. F., Keller, M. B. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences U S A*, 100(24), 14293-14296.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: Meta- analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry*, 188(1), 13-20.
- Nordahl, H. M., & Nysaeter, T. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 254-264.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Oei, T. P. S., & Baranoff, J. (2007). Young schema questionnaire: review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59, 78-86.
- Ohanian, V. (2002). Imagery rescripting within cognitive behavior therapy for bulimia nervosa: an illustrative case report. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 352-357.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: A systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 61(7), 714-719.



- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, *52*, 1-10.
- Pascual-Leone, A. (2009). Dynamic emotional processing in experiential therapy: two steps forward, one step back. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(1), 113-126.
- Pepper, C. M., Klein, D. N., Anderson, R. L., Riso, L. P., Ouimette, P. C., & Lizardi, H. (1995). DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *American Journal of Psychiatry*, *152*(2), 239-247.
- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B., & Campbell, L. F. (2001). Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *Journal of Personality Disorders*, *15*(6), 546-559.
- Piaget, J. (1926). *La représentation du monde chez l'enfant*. Paris: Alcan.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., & Warwar, S. H. (2009). Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(6), 1055-1066.
- Ravindran, A. V., Anisman, H., Merali, Z., Charbonneau, Y., Telner, J., Bialik, R. J., & al., e. (1999). Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: Clinical symptoms and functional impairments. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1608–1617.
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, *136*(3), 581-590.
- Renner, F., van Gooor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behavior Research and Therapy*, *51*(8), 487-492.
- Rijkeboer, M. (2012). *Validation of Young Schema Questionnaire*. In *Wiley Blackwell Handbook of Schema Therapy. Theory, Research and Practice*. (First Edition ed.): John Willey & Sons.

- Rijkeboer, M. M., & van den Bergh, H. (2006). Multiple group confirmatory factor analysis of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Cognitive Therapy and Research*(30), 263–278.
- Rijkeboer, M. M., van den Bergh, H., & van den Bout, J. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(2), 129-144.
- Riso, L. P., du Toit, P. L., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J. S., Ulmer, C. S. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 72-80.
- Riso, L. P., Klein, D. N., Ferro, T., Kasch, K. L., Pepper, C. M., Schwartz, J. E., & Aronson, T. A. (1996). Understanding the comorbidity between early-onset dysthymia and cluster B personality disorders: a family study. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 900-906.
- Riso, L. P., Miyatake, R. K., & Thase, M. E. (2002). The search for determinants of chronic depression: a review of six factors. *Journal of Affective Disorders*, 70(2), 103-115.
- Rosenberg, S. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rothwell, P. M. (1995). Can overall results of clinical trials be applied to all patients? *The Lancet*, 345, 1616-1619.
- Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I., & Joukamaa, M. (2009). The psychometric properties of the Finnish Young Schema Questionnaire in chronic pain patients and a non-clinical sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(1), 158-168.
- Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I., & Joukamaa, M. (2012). Early maladaptive schema factors, chronic pain and depressiveness: a study with 271 chronic pain patients and 331 control participants. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19(3), 214-223.
- Schatzberg, A. F., Rush, A. J., Arnow, B. A., Banks, P. L., Blalock, J. A., Borian, F. E., Keller, M. B. (2005). Chronic depression: medication (nefazodone) or psychotherapy (CBASP) is effective when the other is not. *Archives of General Psychiatry*, 62(5), 513-520.

- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*(19), 295–321.
- Shah, R., & Waller, G. (2000). Parental style and vulnerability to depression: the role of core beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(1), 19-25.
- Simpson, S. (2012). Schema Therapy for Eating Disorders: A Case Study Illustration of the Mode Approach *Willey Blackwell Handbook of Schema Therapy. Theory, Research and Practice*. New York: John Willey & Sons.
- Simpson, S. G., Morrow, E., van Vreeswijk, M., & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 1, 182.
- Skodol, A. E., Grilo, C. M., Keyes, K. M., Geier, T., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *American Journal of Psychiatry*, 168(3), 257–264.
- Smucker, M. R., & Dancu, C. (1999). *Cognitive-behavioural treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Smucker, M. R., & Dancu, C. (2005). *Cognitive-behavioural treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Smucker, M. R., Dancu, C., Foa, E. B., & Niederee, J. L. (1995). Imagery rescripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9(3-17).
- Soygut, G., Karaosmanoglu, A., & Cakir, Z. (2009). Assessment of early maladaptive schemas: A psychometric study of the Turkish Young Schema Questionnaire-Short Form-3. *Turkish Journal of Psychiatry*(20), 75– 84.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. I., & Lushene, R. E. (1988). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Manual [Manual for the State-Trait Anxiety Inventory]*. Madrid: TEA.
- Spinhoven, P., Dyck, R. v., Giesen-Bloo, J., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 104-115.
- Thase, M. E., Rush, A. J., Howland, R. H., Kornstein, S. G., Kocsis, J. H., Gelenberg, A. J., Harrison, W. (2002). Double-blind switch study of imipramine or sertraline treatment of antidepressant-resistant chronic depression. *Archives of General Psychiatry, 59*(3), 233-239.
- Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41*(1), 52-59.
- Torpey, D. C., & Klein, D. N. (2008). Chronic depression: update on classification and treatment. *Current Psychiatry Reports, 10*(6), 458-464.
- Twenge, J. M., Konrath, S., Foster, J. D., Campbell, W. K., & Bushman, B. J. (2008). Egos inflating over time: A cross-temporal meta-analysis of the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of Personality, 76*, 875– 902.
- van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., Severens, J. L. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *British Journal of Psychiatry, 192*(6), 450-457.
- Vijver, F. V., & Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist, 1*(2), 89-99.
- von Wolff, A., Holzel, L. P., Westphal, A., Harter, M., & Kriston, L. (2013). Selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants in the acute treatment of chronic depression and dysthymia: A systematic review and meta-analysis *Journal of Affective Disorders, 144*, 7-15.
- Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema-Questionnaire: Core

- beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy and Research*(25), 137–147.
- Watson , D., & Clark, L. A. (1990). *The Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form*. Unpublished manuscript. Southern methodist University.
- Watson , D., Clark, L. A., & A., T. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Weersing, V. R. (2005). Benchmarking the effectiveness of psychotherapy: program evaluation as a component of evidence-based practice. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1058–1062.
- Weertman, A., & Arntz, A. (2007). Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: a controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behavior Research and Therapy*, 45(9), 2133-2143.
- Weissman, A. N. (1979). The Dysfunctional Attitude Scale: a validation study. Unpublished dissertation, University of Pennsylvania. *Dissertation Abstract International*, 40, 1389-1390B.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*(26), 519–530.
- Wells, K. B., Burnam, M. A., Rogers, W., Hays, R., & Camp, P. (1992). The course of depression in adult outpatients. Results from the Medical Outcomes Study. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 788-794.
- Wetzelaer, P., Farrell, J., Evers , S. M. A. A., Jacob, G., Lee, C., Brand, O., Arntz, A. (2014). Design of an international multicentre RCT on group schema therapy for borderline personality disorder *BMC Psychiatry*, 14, 319. doi: 10.1186/s12888-014-0319-3
- Williams, J. W., Barrett, J., Oxman, T., Frank, E., Katon, W., Sullivan, M., & al., e. (2000). Treatment of dysthymia and minor depression in primary

- care: A randomized controlled trial in older adults. *Journal of the American Medical Association*, *284*, 1519–1526.
- Wilson, G. T. (1995). Empirically-validated treatments as a basis for clinical practice: problems and prospects. In V. M. F. S. C. Heyes, R. M. Dawes, & K. E. Grady (Ed.), *Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations* (pp. 163–196). Reno, NV: Context Press.
- Yeomans, F. E., & Levy, K. N. (2002). An object relations perspective on borderline personality. *Acta Neuropsychiatrica*, *14*, 76-80.
- Young, J. (2003). *Young Compensation Inventory* New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J., Atkinson, T., Arntz, A., Weishaar, E., & Weishaar, M. (2005). *The Young Atkinson Mode Inventory (YAMI-PM, 1B)*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J., & Rygh, J. (2003). *Young and Rygh Avoidance Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (rev. edition)*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (1998). *Young schema questionnaire short form*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire Short Form (YSQ-S3)* (3rd ed.). New York, NY: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M. E., Vreeswijk, M. F. v., & Klokman, J. (2007). *Schema Mode Inventory (SMI version 1)*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., Arntz, A., & Giesen-Bloo, J. (2006). Therapy adherence and competence scale. <http://www.epp.unimaas.nl>.
- Young, J. E., & Brown, G. (1994). *Young schema questionnaire. (revised ed.)*. In J. E. Young (Ed.), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (2nd ed.)*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange Inc.

- Young, J. E., & Brown, G. (2003). *Young Schema Questionnaire Long Form 3 (YSQ- L3)*. New York, NY: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., & Klosko, J. (1994). *Reinventing Your Life: The Breakthrough Program To End Negative Behaviour And Feel Great Again*. USA: Penguin Putnam Inc USA.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. . New York, NY: Guilford Press.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 161–167.

### **Ελληνική Βιβλιογραφία**

- Αγγελή, Α. (Διδακτορική Διατριβή υπό προετοιμασία). *Οι βαθμολογίες ΔΕΠΥ και οι γονεϊκές συμπεριφορές κατά την παιδική ηλικία, σε σχέση με τα Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα, την ψυχοπαθολογία και την ποιότητα ζωής στην ενήλικη ζωή*. Τμήμα Ψυχολογίας, Φιλοσοφική Σχολή. Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα.
- Ανδρισάνου, Ε., & Ζέρβας, Ι. (2012). *Μετάφραση του "Leston Havens. Ένας τόπος ασφαλής. Προετοιμάζοντας το έδαφος της ψυχοθεραπείας*. Αθήνα: Άγρα.
- Μαλογιάννης, Ι., Αγγελή, Α., & Βλαβιανού, Μ. (2008). *Ελληνική Μετάφραση, Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young, Σύντομη Μορφή -3 (YSQ-S3)*. Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Σχημάτων.
- Μαλογιάννης, Ι., Ζαχαροπούλου, Χ., Καράμπελα, Κ., Παπανικολάου, Ν., & Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ. (2014). *Ελληνική Μετάφραση : Δείκτης Σοβαρότητας Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας*
- Μαλογιάννης, Ι., Χαντζή, Β., & Βλαβιανού, Μ. (2008). *Ελληνική Μετάφραση, Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young, Εκτεταμένη Μορφή - 3 (YSQ-L3)*. Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Σχημάτων.
- Παπακώστας, Ι. (1994). *Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία. Θεωρία και Πράξη*. Αθήνα Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
- Παπανούτσος, Ε. (1973). *Ψυχολογία*. Αθήνα: Νόηση Εκδόσεις.

- Τσαούσης, Ι. (2013). [Ελληνική Έκδοση Ερωτηματολογίου Αυτοαναφοράς Ενηλίκων. Χειρόγραφο υπό προετοιμασία. ].
- Χαραλαμπάκη Κ., Μιχόπουλος Γ., Φιλιπποπούλου Α., & Χ., Κ. (2014). Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής. Προβληματισμοί και προτάσεις. *Ψυχιατρική*, 25, 129-138.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

### **Εισαγωγή:**

Η Θεραπεία Σχημάτων είναι ένα συνδυαστικό μοντέλο ψυχοθεραπείας το οποίο αναπτύχθηκε για την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνιες συναισθηματικές δυσκολίες και χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Την τελευταία δεκαετία μια σειρά μελετών έδειξαν υψηλή αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Σχημάτων στην Οριακή και σε άλλες Διαταραχές Προσωπικότητας. Επιπλέον, ερευνητικό ενδιαφέρον έχει εκφραστεί για την μελέτη της αποτελεσματικότητας της Θεραπείας Σχημάτων σε χρόνιες διαταραχές του Άξονα I, οι οποίες εμφανίζουν συννόσηση με Διαταραχές Προσωπικότητας, όπως η Χρόνια Κατάθλιψη. Οι βασικοί παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης Χρόνιας Κατάθλιψης, όπως το ιστορικό τραυματικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας, η συννόσηση με Διαταραχές Προσωπικότητας και η παρουσία γνωσιακών παραγόντων με τη μορφή Πρώιμων Δυσλειτουργικών Σχημάτων (ΠΔΣ), αποτελούν βασικούς στόχους της Θεραπείας Σχημάτων. Επιπλέον η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων για τη Χρόνια Κατάθλιψη με τη μορφή φαρμακευτικής αγωγής, ψυχοθεραπείας ή συνδυασμού αυτών και η δυνατότητα διατήρησης του αποτελέσματος σε βάθος χρόνου παραμένουν μέτριες. Τα δεδομένα αυτά υποστηρίζουν τη μελέτη της Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Χρόνια Κατάθλιψη.

Στόχος της παρούσας Διδακτορικής Διατριβής ήταν η προσαρμογή της Θεραπείας Σχημάτων στον Ελληνικό πληθυσμό και η πραγματοποίηση πιλοτικής εφαρμογής της σε ασθενείς με Χρόνια Κατάθλιψη. Ο στόχος αυτός αναπτύχθηκε σε 3 φάσεις:

**Φάση I:** Μετάφραση στα Ελληνικά των βασικών ερωτηματολογίων της Θεραπείας Σχημάτων και στάθμιση του Ερωτηματολογίου Σχημάτων του Young

**Μέθοδος:** Μεταφράστηκαν στα Ελληνικά τα ερωτηματολόγια με τη μεθοδολογία της διγλωσσικής μετάφρασης προς δύο κατευθύνσεις. Ακολούθως το Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young χορηγήθηκε σε μη κλινικό δείγμα 1236 φοιτητών και σε κλινικό δείγμα 124 ασθενών με διαγνώσεις στον Άξονα I (Αγχώδους ή Καταθλιπτικής Διαταραχής) ή/και διαγνώσεις στον Άξονα II. Πραγματοποιήθηκε Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση και μελέτη της εσωτερικής συνοχής, της αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων, της συγκλίνουσας, προβλεπτικής και διακριτικής εγκυρότητας του ερωτηματολογίου.

**Αποτελέσματα:** Επιβεβαιώθηκε η προτεινόμενη δομή του ερωτηματολογίου με ανάδειξη των 18 ΠΔΣ, όπως προβλέπει η θεωρία. Επίσης το ερωτηματολόγιο έδειξε καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.

**Φάση II:** Οργάνωση του πρώτου εκπαιδευτικού προγράμματος στη Θεραπεία Σχημάτων στην Ελλάδα.

**Μέθοδος:** Ορίστηκαν οι προϋποθέσεις παρακολούθησης του προγράμματος, οι ώρες εκπαίδευσης, εποπτείας και οι διαδικασίες αξιολόγησης των εκπαιδευόμενων με βάση τα κριτήρια της International Society of Schema Therapy (ISST). Η διάρκεια του προγράμματος ήταν 16 μήνες. Στην εκπαίδευση έλαβαν μέρος πέντε εκπαιδευόμενοι. Εκπαιδευτής και επόπτης ήταν ο συγγραφέας της παρούσας Διατριβής, πιστοποιημένος ως Advanced Level Schema Therapist από την ISST, από το 2008.

**Αποτελέσματα:** Το πρόγραμμα εγκρίθηκε από την ISST. Και οι πέντε εκπαιδευόμενοι ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα εκπαίδευσης. Τέσσερις εκπαιδευόμενοι αξιολογήθηκαν ως επιτυγχόντες και πιστοποιήθηκαν ως Advanced Level Schema Therapists από την ISST. Ένας εκπαιδευόμενος δεν συγκέντρωσε την απαραίτητη βαθμολογία.

**Φάση III:** Πραγματοποίηση πιλοτικής κλινικής μελέτης εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Χρόνια Κατάθλιψη.

**Μέθοδος:** Συμμετείχαν 12 ασθενείς με διάγνωση Χρόνιας Κατάθλιψης. Το πρωτόκολλο θεραπείας περιελάμβανε 60 συνεδρίες, εκ των οποίων οι 55 σε εβδομαδιαία συχνότητα και οι 5 τελευταίες ανά 15ημερο. Χρησιμοποιήθηκε

σχεδιασμός μελέτης μεμονωμένων περιπτώσεων (single case series) σε τρεις φάσεις A-B-C και επανεκτίμηση 6 μήνες μετά το τέλος της παρέμβασης. Η αρχική φάση (A), ήταν μια βασική περίοδος αναφοράς (baseline) 8 εβδομάδων. Στη συνέχεια η φάση (B), ήταν μια εισαγωγική περίοδος 12-16 εβδομάδων, αναλόγως του ασθενούς, στην οποία πραγματοποιείτο η εισαγωγή στη θεραπεία και η σύνδεση του θεραπευτή με τον θεραπευόμενο. Τέλος, ακολουθούσε η κυρίως φάση της θεραπείας (C), μέχρι την 60η συνεδρία. Βασικός δείκτης αποτελεσματικότητας ήταν η Hamilton Rating Scale for Depression-24 items (HRSD), η οποία μετρήθηκε τρεις φορές στη διάρκεια της βασικής περιόδου αναφοράς, έπειτα στο τέλος της εισαγωγικής περιόδου και ακολούθως κάθε 12 εβδομάδες μέχρι το τέλος της θεραπείας. Δευτερεύοντες δείκτες αποτελεσματικότητας ήταν η Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA) και το Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young.

**Αποτελέσματα:** Στο τέλος της θεραπείας 7 ασθενείς (περίπου 60%) παρουσίασαν ύφεση ή ικανοποιητική απάντηση. Η μέση τιμή της HRSD μειώθηκε από το 21,07 στη διάρκεια της βασικής περιόδου αναφοράς, στο 9,40 στο τέλος της θεραπείας και στο 10,75 στην αξιολόγηση 6 μήνες μετά το τέλος της παρέμβασης. Τα μεγέθη επίδρασης ήταν υψηλά και διατηρήθηκαν στην αξιολόγηση 6 μήνες μετά το τέλος της παρέμβασης.

#### **Συμπεράσματα και Μελλοντικές Προοπτικές:**

1. Οι Ελληνικές μεταφράσεις των εργαλείων της Θεραπείας Σχημάτων είναι πλέον διαθέσιμες προς χρήση σε ερευνητικές εργασίες, κλινικές παρεμβάσεις και στην εκπαίδευση στη Θεραπεία Σχημάτων.
2. Η Ελληνική μετάφραση του Ερωτηματολογίου Σχημάτων του Young αποτελεί ένα σταθμισμένο εργαλείο, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση και έρευνα των ΠΔΣ σε Ελληνικό κλινικό ή μη κλινικό πληθυσμό.
3. Το πρώτο πρόγραμμα εκπαίδευσης Θεραπείας Σχημάτων στην Ελλάδα εγκρίθηκε από την ISST και πιστοποιήθηκαν οι πρώτοι θεραπευτές με εκπαίδευση στην Ελλάδα.
4. Ορίστηκαν οι προϋποθέσεις παρακολούθησης της εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων για την Ελλάδα.
5. Πραγματοποιήθηκε η πρώτη στη διεθνή βιβλιογραφία, πιλοτική κλινική μελέτη εφαρμογής της Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Χρόνια Κατάθλιψη.
6. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής υποστηρίζουν την εφαρμογή της Θεραπείας Σχημάτων, ως μίας αποτελεσματικής θεραπείας για τη Χρόνια Κατάθλιψη.
7. Η πραγματοποίηση της έρευνας αυτής αποτέλεσε τη βάση για την έναρξη μίας νέας κλινικής μελέτης, Τυχαίοποιημένης Ελεγχόμενης, εφαρμογής της Ομαδικής Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Χρόνια Κατάθλιψη. Ο σχεδιασμός της έχει ήδη ξεκινήσει στην Α' Ψυχιατρική Κλινική, της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο.
8. Τα αποτελέσματα της κλινικής μελέτης που πραγματοποιήθηκε οδήγησαν σε πρόσκληση συμμετοχής του κέντρου μας σε Διεθνή Πολυκεντρική Μελέτη εφαρμογής της Ομαδικής Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας. Η ένταξη ασθενών στη μελέτη αυτή έχει ήδη ξεκινήσει στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο.
9. Τέλος η πραγματοποίηση της κλινικής μελέτης στο πλαίσιο αυτής της Διατριβής, οδήγησε στην ανάπτυξη και εμπέδωση μιας μεθοδολογίας έρευνας στην ψυχοθεραπεία, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο μέλλον για κλινικές μελέτες διάφορων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε διάφορες Δομές Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα.

## ABSTRACT

### **Introduction:**

Schema therapy is an integrative model of psychotherapy, developed for the treatment of patients with long standing emotional difficulties and characterological features. The last decade several studies have supported the effectiveness of Schema Therapy for Borderline and other Personality Disorders. A growing research interest has been expressed for the study of Schema Therapy in chronic Axis I disorders comorbid with Personality Disorders, like Chronic Depression. The main determinants of Chronic Depression, such as early adversity in childhood, comorbid Personality Disorders and Early Maladaptive Schemas (EMS), are also main objectives of Schema Therapy. Moreover the effectiveness of the existing treatments, pharmacological, psychotherapeutic and combined, for Chronic Depression, remains limited and lack maintenance of their effects in time. The above mentioned findings support the study of Schema Therapy in the treatment of chronically depressed patients.

The aim of this Doctoral Dissertation was the adaptation of Schema Therapy in Greek population and the implementation of a clinical trial for patients with Chronic Depression. These aims were developed in three phases:

**Phase I:** Translation into Greek of the main Schema Therapy inventories and instruments and validation of the Young schema Questionnaire.

**Method:** The Schema Therapy inventories were translated following the method of forward-backward-forward technique. 1236 students and 124 patients with Axis I (Anxiety or Depressive Disorder) an/or Axis II diagnoses completed the 3rd version of the Young Schema Questionnaire. Confirmatory Factor Analysis (CFA) was used to investigate the factor structure; internal consistency, convergent, predictive and discriminant validity were examined.

**Results:** CFA supported the factor structure and the existence of the 18 Early Maladaptive Schemas and the inventory showed good reliability and validity.

**Phase II:** Organization of the 1st Training Program in Schema Therapy in Greece.

**Method:** Training requirements, didactic and supervision hours were defined for the program, following the International Society of Schema Therapy (ISST) guidelines. Five trainees participated in the training program. Trainer and supervisor was the author of this Dissertation, accredited as Advanced Level Schema Therapists by the ISST, since 2008.

**Results:** The training program was approved by the ISST. All the five trainees completed the program. Four of them succeeded in the final evaluation and were accredited as Advanced Level Schema Therapists by the ISST. One trainee failed to reach the necessary rating.

**Phase III:** Implementation of a pilot clinical study of Schema Therapy for chronically depressed patients.

**Method:** 12 patients with a diagnosis of chronic depression participated. The treatment protocol consisted of 60 sessions, with the first fifty-five sessions offered weekly and the last five sessions on a biweekly basis. A single case series A-B-C design, with 6 months follow-up was used. Baseline (A) was a wait period of 8 weeks. Baseline was followed by introduction to ST and bonding to therapist (phase B) with individually tailored length of 12 to 16 sessions, after which further ST was provided (phase C) up to 60 sessions (included the sessions given as introduction). Patients were assessed with Hamilton Rating Scale for Depression three times during baseline, at the end of phase B, then every 12 weeks until the end of treatment and at 6 months follow-up. Secondary outcome measures were the Hamilton Rating Scale for Anxiety and the Young Schema Questionnaire.

**Results:** At the end of treatment 7 patients (approximately 60%) remitted or satisfactorily responded. The mean HRSD dropped from 21.07 during baseline to

9,40 at post-treatment and 10,75 at follow-up. The effects were large and the gains of treatment were maintained at 6-month follow-up. Only one patient dropped-out for reasons not related to treatment.

**Conclusions and Future Directions:**

1. The Greek translation of the instruments of Schema Therapy can be used in research and clinical studies and in Schema Therapy training programs in Greece.
2. The Greek translation of the Young Schema Questionnaire is a valid tool and can be used in the evaluation and research on EMS in Greek clinical and non- clinical population.
3. The first Schema Therapy training program was approved and the first Schema Therapists trained in Greece were accredited by the ISST.
4. The Schema Therapy training requirements were defined for Greece.
5. The first in the literature, clinical study of Schema Therapy for Chronic Depression, was implemented.
6. The results of the study support the use of ST as an effective treatment for Chronic Depression.
7. The implementation of this study was the base for the organization of a new Randomized Controlled Trial of Group Schema Therapy for Chronic Depression. The design of this new trial has already begun in the A' Psychiatric Clinic of the Medical School of the University of Athens, in Eginition Hospital.
8. The results of this clinical trial led to an invitation for participation in an International Multicenter Clinical Trial of Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. Patients recruitment for this study has already begun.
9. Finally the implementation of the clinical trial as part of this Dissertation, resulted in the development and foundation of a research methodology for psychotherapeutic studies, which can be used in the future in clinical trials of several psychotherapeutic interventions in different Mental Health Units in Greece.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### YSQ –L3

#### Young Schema Questionnaire-Long Form-3

Jeffrey Young, Ph.D

#### (Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young-Εκτεταμένη Μορφή-3)

Μετάφραση και Προσαρμογή στα Ελληνικά:

Ιωάννης Μαλογιάννης, Βασιλική Χαντζή, Μιράντα Βλαβιανού

Όνομα \_\_\_\_\_ Ημερομηνία \_\_\_\_\_

#### ΟΔΗΓΙΕΣ:

Ακολουθούν κάποιες προτάσεις με τις οποίες κανείς θα μπορούσε να περιγράψει τον εαυτό του. Παρακαλώ διαβάστε την κάθε πρόταση και αποφασίστε πόσο καλά περιγράφει εσάς. Στην περίπτωση που δεν είστε σίγουρος/η, απαντήστε σύμφωνα με το πώς **νιώθετε** και όχι με το τι **νομίζετε** ότι ισχύει.

Αν θέλετε, αναδιατυπώστε την πρόταση, ώστε να σας περιγράφει με περισσότερη ακρίβεια (μην αλλάξετε όμως το βασικό νόημα της ερώτησης).

Στη συνέχεια επιλέξτε την βαθμολογική κατάταξη από το 1 ως το 6 που σας περιγράφει (συμπεριλαμβανομένων και τυχόν αναδιατυπώσεων), και σημειώστε το νούμερο στην αρχή κάθε πρότασης.

#### ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ:

- |                                |                                   |                              |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| 1= Δεν ισχύει καθόλου για μένα | 3= Ισχύει μάλλον, παρά δεν ισχύει | 5= Ισχύει πάρα πολύ για μένα |
| 2= Μάλλον δεν ισχύει για μένα  | 4= Ισχύει αρκετά για μένα         | 6= Με περιγράφει τέλεια      |

#### ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ:

A. \_\_\_\_ 4 \_\_\_\_ **Ανησυχώ ότι οι άνθρωποι που αγαπώ δεν με συμπαθούν.**

1. \_\_\_\_ Οι άλλοι δεν ήταν εκεί, για να καλύψουν τις συναισθηματικές μου ανάγκες.
2. \_\_\_\_ Δεν έχω πάρει αρκετή αγάπη και προσοχή.
3. \_\_\_\_ Συνήθως δεν είχα κάποιον στον οποίο να βασίζομαι για να με συμβουλευτεί και να με στηρίζει συναισθηματικά.
4. \_\_\_\_ Συνήθως δεν είχα κάποιο άτομο να με φροντίζει, να μοιράζεται τον εαυτό του μαζί μου, ή να νοιάζεται σε βάθος για οτιδήποτε μου συμβαίνει.

5. \_\_\_\_ Για ένα μεγάλο μέρος της ζωής μου δεν είχα κάποιον που να θέλει να με πλησιάσει και να περάσει πολύ χρόνο μαζί μου.
6. \_\_\_\_ Γενικά, οι άλλοι δεν ήταν εκεί για να μου δώσουν ζεστασιά, στήριγμα και στοργή.
7. \_\_\_\_ Για μεγάλο μέρος της ζωής μου δεν ένιωσα ότι ήμουν κάτι ιδιαίτερο για κάποιον.
8. \_\_\_\_ Τις περισσότερες φορές δεν είχα κάποιον που να με ακούει πραγματικά, να με καταλαβαίνει, ή νιώθει τις πραγματικές μου ανάγκες και συναισθήματα.
9. \_\_\_\_ Σπάνια είχα ένα δυνατό άτομο να μου δώσει μια σωστή συμβουλή ή κατεύθυνση όταν δεν είμαι σίγουρος/η για το τι πρέπει να κάνω.
10. \_\_\_\_ Ανησυχώ ότι οι άνθρωποι που αγαπώ θα πεθάνουν σύντομα μολονότι δεν υπάρχει σοβαρός ιατρικός λόγος που να στηρίζει την ανησυχία μου.
11. \_\_\_\_ Θεωρώ ότι προσκολλώμαι σε ανθρώπους που νιώθω κοντά μου γιατί φοβάμαι ότι θα με εγκαταλείψουν.
12. \_\_\_\_ Ανησυχώ ότι οι άνθρωποι που νιώθω κοντά μου θα φύγουν ή θα με εγκαταλείψουν.
13. \_\_\_\_ Νιώθω ότι μου λείπει μια σταθερή βάση συναισθηματικής στήριξης.
14. \_\_\_\_ Αισθάνομαι ότι οι σημαντικές σχέσεις δε θα έχουν διάρκεια και περιμένω να τελειώσουν.
15. \_\_\_\_ Αισθάνομαι εξαρτημένος/η από συντρόφους που δεν μπορούν να δεσμευτούν μαζί μου.
16. \_\_\_\_ Στο τέλος θα μείνω μόνος/η.
17. \_\_\_\_ Απελπίζομαι όταν κάποιο άτομο για το οποίο νοιάζομαι απομακρύνεται από μένα.
18. \_\_\_\_ Μερικές φορές ανησυχώ τόσο πολύ μήπως οι άλλοι με αφήσουν, που τους απομακρύνω από κοντά μου.
19. \_\_\_\_ Αναστατώνομαι όταν κάποιος με αφήνει μόνο/η, ακόμη και για μικρό χρονικό διάστημα.
20. \_\_\_\_ Δεν μπορώ να βασιστώ στους ανθρώπους που με στηρίζουν και να πιστέψω ότι θα είναι εκεί σε μόνιμη βάση.
21. \_\_\_\_ Δεν αφήνω τον εαυτό μου να έρθει πολύ κοντά με άλλους ανθρώπους, γιατί δεν μπορώ να είμαι σίγουρος/η ότι θα είναι πάντοτε εκεί.
22. \_\_\_\_ Φαίνεται ότι πάντα οι σημαντικοί άνθρωποι στη ζωή μου έρχονται και φεύγουν.
23. \_\_\_\_ Ανησυχώ πολύ ότι οι άνθρωποι που αγαπώ θα βρουν κάποιο άλλο άτομο, που θα το προτιμούν και θα με εγκαταλείψουν.

24. \_\_\_\_ Οι κοντινοί μου άνθρωποι έχουν υπάρξει πολύ απρόβλεπτοι. Τη μια στιγμή είναι διαθέσιμοι και καλοί μαζί μου, την άλλη είναι θυμωμένοι, συγχυσμένοι, απορροφημένοι στον εαυτό τους, επιθετικοί, κ.τ.λ.
25. \_\_\_\_ Χρειάζομαι τόσο πολύ τους άλλους ανθρώπους που ανησυχώ ότι θα τους χάσω.
26. \_\_\_\_ Δεν μπορώ να είμαι ο εαυτός μου ή να εκφράσω αυτό που πραγματικά αισθάνομαι γιατί οι άλλοι θα με εγκαταλείψουν.
27. \_\_\_\_ Νιώθω ότι οι άλλοι θα με εκμεταλλευτούν.
28. \_\_\_\_ Συχνά νιώθω ότι πρέπει να προστατεύσω τον εαυτό μου από τους άλλους ανθρώπους.
29. \_\_\_\_ Νιώθω ότι δεν μπορώ να αφεθώ όταν είμαι με άλλους ανθρώπους, γιατί εσκεμμένα θα με πληγώσουν.
30. \_\_\_\_ Εάν κάποιος μου φέρεται καλά, υποθέτω ότι σε κάτι αποσκοπεί.
31. \_\_\_\_ Είναι απλά θέμα χρόνου να με προδώσει κάποιος.
32. \_\_\_\_ Οι περισσότεροι άνθρωποι σκέφτονται τον εαυτό τους.
33. \_\_\_\_ Έχω μεγάλη δυσκολία να εμπιστευτώ τους ανθρώπους.
34. \_\_\_\_ Είμαι αρκετά καχύποπτος/η για τα κίνητρα των ανθρώπων.
35. \_\_\_\_ Σπάνια οι άλλοι άνθρωποι είναι ειλικρινείς. Συνήθως δεν είναι αυτό που φαίνονται.
36. \_\_\_\_ Συνήθως βρίσκομαι σε επαγρύπνηση για τα απώτερα κίνητρα των άλλων.
37. \_\_\_\_ Εάν νομίζω ότι κάποιος θέλει να με πληγώσει, προσπαθώ να τον/την πληγώσω πρώτος/η.
38. \_\_\_\_ Οι άνθρωποι πρέπει συνήθως να μου αποδείξουν ότι είναι εντάξει για να τους εμπιστευτώ.
39. \_\_\_\_ «Δοκιμάζω» τους άλλους ανθρώπους για να δω εάν μου λένε την αλήθεια και έχουν καλές προθέσεις.
40. \_\_\_\_ Συμμερίζομαι την αρχή: «Θα ελέγχεις ή θα ελέγχεσαι».
41. \_\_\_\_ Θυμώνω όταν σκέφτομαι το πώς οι άλλοι άνθρωποι με έχουν κακομεταχειριστεί στη ζωή μου.
42. \_\_\_\_ Κατά τη διάρκεια της ζωής μου, οι κοντινοί μου άνθρωποι με έχουν εκμεταλλευτεί ή με έχουν χρησιμοποιήσει για δικούς τους σκοπούς.
43. \_\_\_\_ Έχω κακοποιηθεί σωματικά, συναισθηματικά ή σεξουαλικά από σημαντικούς ανθρώπους στη ζωή μου.
44. \_\_\_\_ Δεν ανήκω κάπου. Δεν μπορώ να ενταχθώ.
45. \_\_\_\_ Είμαι ουσιαστικά διαφορετικός/η από τους άλλους ανθρώπους.
46. \_\_\_\_ Δεν ανήκω πουθενά. Είμαι μοναχικός/η.

47. \_\_\_\_ Νιώθω αποξενωμένος/η από τους άλλους ανθρώπους.
48. \_\_\_\_ Νιώθω απομονωμένος/η και μόνος/η.
49. \_\_\_\_ Πάντα νιώθω εκτός κάθε ομάδας.
50. \_\_\_\_ Κανείς δεν με καταλαβαίνει πραγματικά.
51. \_\_\_\_ Η οικογένειά μου ήταν πάντα διαφορετική από τις άλλες οικογένειες γύρω μας.
52. \_\_\_\_ Μερικές φορές νιώθω σαν «εξωγήινος/η».
53. \_\_\_\_ Εάν αύριο εξαφανιζόμουν, κανείς δεν θα το πρόσεχε.
54. \_\_\_\_ Κανένας άνδρας / καμία γυναίκα που να επιθυμώ δεν θα μπορούσε να με αγαπήσει εάν έβλεπε τα ελαττώματά μου.
55. \_\_\_\_ Κανένα άτομο που επιθυμώ δεν θα ήθελε να μείνει κοντά μου, εάν ήξερε τον πραγματικό μου εαυτό.
56. \_\_\_\_ Είμαι εκ γενετής ελαττωματικός/η και μειονεκτικός/η.
57. \_\_\_\_ Όσο σκληρά κι αν προσπαθώ, νιώθω ότι δεν θα καταφέρω να κάνω κάποιον σημαντικό για εμένα άνδρα / γυναίκα να με σεβαστεί και να νιώσει ότι αξίζω.
58. \_\_\_\_ Είμαι ανάξιος/α της αγάπης, της προσοχής και του σεβασμού των άλλων.
59. \_\_\_\_ Νιώθω ότι δεν είμαι άξιος/α να αγαπηθώ
60. \_\_\_\_ Είμαι τόσο μη αποδεκτός/η στην ουσία μου, ώστε να μην μπορώ να αποκαλύψω τον εαυτό μου στους άλλους ανθρώπους.
61. \_\_\_\_ Εάν οι άλλοι ανακάλυπταν τα βασικά μου ελαττώματα, δεν θα μπορούσα να τους αντικρίσω.
62. \_\_\_\_ Όταν οι άνθρωποι με συμπαθούν, νομίζω ότι τους ξεγελάω.
63. \_\_\_\_ Συχνά διαπιστώνω ότι ελκύομαι από ανθρώπους που είναι ιδιαίτερα επικριτικοί προς εμένα ή με απορρίπτουν.
64. \_\_\_\_ Έχω μύχια μυστικά που δεν θέλω οι κοντινοί μου άνθρωποι να ανακαλύψουν.
65. \_\_\_\_ Εγώ φταίω που οι γονείς (ο γονιός) μου δεν μπόρεσαν να με αγαπήσουν αρκετά.
66. \_\_\_\_ Δεν αφήνω τους ανθρώπους να γνωρίσουν τον πραγματικό μου εαυτό.
67. \_\_\_\_ Ένας από τους μεγαλύτερους φόβους μου είναι ότι τα ελαττώματά μου θα βγουν στην επιφάνεια.
68. \_\_\_\_ Δεν μπορώ να καταλάβω πώς κάποιος θα μπορούσε να με αγαπήσει.
69. \_\_\_\_ Σχεδόν τίποτα από αυτά που κάνω στη δουλειά (ή το σχολείο) δεν είναι τόσο καλό όσο εκείνα που μπορούν να κάνουν οι άλλοι.
70. \_\_\_\_ Είμαι ανίκανος/η να επιτύχω πράγματα.
71. \_\_\_\_ Οι περισσότεροι από τους άλλους ανθρώπους είναι πιο ικανοί από μένα όσο αφορά στη δουλειά (ή το σχολείο) και την επίτευξη πραγμάτων.



72. \_\_\_\_ Είμαι αποτυχημένος/η.
73. \_\_\_\_ Δεν είμαι τόσο ταλαντούχος/α, όσο είναι οι περισσότεροι άνθρωποι στη δουλειά τους (ή το σχολείο).
74. \_\_\_\_ Δεν είμαι τόσο έξυπνος/η, όσο είναι οι περισσότεροι άνθρωποι στη δουλειά (ή το σχολείο).
75. \_\_\_\_ Νιώθω ταπεινωμένος/η από τις αποτυχίες μου και την ανεπάρκειά μου στο χώρο της δουλειάς (ή του σχολείου).
76. \_\_\_\_ Συχνά αισθάνομαι αμηχανία μπροστά σε άλλους ανθρώπους γιατί δεν μπορώ να αναμετρηθώ μαζί τους σε επίπεδο επιτευγμάτων.
77. \_\_\_\_ Συχνά συγκρίνω τα επιτεύγματά μου με των άλλων και νιώθω ότι εκείνοι είναι πολύ πιο επιτυχημένοι.
78. \_\_\_\_ Νιώθω ότι δεν είμαι ικανός/ή να αντεπεξέλθω μόνος/η μου στην καθημερινή ζωή.
79. \_\_\_\_ Χρειάζομαι τους άλλους ανθρώπους για να με βοηθήσουν να αντεπεξέλθω (να τα βγάλω πέρα).
80. \_\_\_\_ Νιώθω ότι δεν μπορώ να τα καταφέρω καλά μόνος/η μου.
81. \_\_\_\_ Πιστεύω ότι οι άλλοι άνθρωποι μπορούν με φροντίσουν καλύτερα απ' ό,τι μπορώ εγώ να φροντίσω τον εαυτό μου.
82. \_\_\_\_ Δυσκολεύομαι να αντιμετωπίσω καινούρια καθήκοντα εκτός δουλειάς, εκτός εάν κάποιος με καθοδηγεί.
83. \_\_\_\_ Θεωρώ τον εαυτό μου εξαρτημένο άτομο όσο αφορά στην καθημερινή λειτουργία.
84. \_\_\_\_ «Τα κάνω θάλασσα» σε οτιδήποτε κι αν καταπιαστώ, ακόμη και εκτός δουλειάς (ή σχολείου).
85. \_\_\_\_ Είμαι ανίκανος/η στους περισσότερους τομείς της ζωής μου.
86. \_\_\_\_ Εάν εμπιστευτώ την κρίση μου σε καθημερινές καταστάσεις, θα πάρω τη λάθος απόφαση.
87. \_\_\_\_ Στερούμαι κοινής λογικής.
88. \_\_\_\_ Δεν μπορεί κανείς να βασιστεί στην κρίση μου για καθημερινές καταστάσεις.
89. \_\_\_\_ Δεν αισθάνομαι σίγουρος/η για την ικανότητά μου να αντιμετωπίζω καθημερινά προβλήματα που εμφανίζονται.
90. \_\_\_\_ Νιώθω ότι χρειάζομαι κάποιον που να μπορώ να βασιστώ πάνω του, ώστε να με συμβουλευτεί σε πρακτικά θέματα.
91. \_\_\_\_ Νιώθω περισσότερο σαν παιδί, παρά σαν ενήλικας, όταν πρόκειται για το χειρισμό καθημερινών υποχρεώσεων.
92. \_\_\_\_ Θεωρώ τις καθημερινές υποχρεώσεις δυσβάσταχτες.

93. \_\_\_\_ Δεν μπορώ να ξεφύγω από την αίσθηση ότι κάτι κακό πρόκειται να συμβεί.
94. \_\_\_\_ Νιώθω ότι ανά πάσα στιγμή κάποια καταστροφή (φυσική, εγκληματική, οικονομική, ιατρική) μπορεί να συμβεί.
95. \_\_\_\_ Ανησυχώ μήπως βρεθώ στο δρόμο ή γίνω περιθωριακός/ή.
96. \_\_\_\_ Ανησυχώ μήπως δεχτώ επίθεση.
97. \_\_\_\_ Παίρνω αυξημένα μέτρα προφύλαξης, προκειμένου να μην αρρωστήσω ή πληγωθώ.
98. \_\_\_\_ Ανησυχώ ότι πρόκειται να εκδηλώσω σοβαρή ασθένεια, παρά το γεγονός ότι ο γιατρός δεν έχει διαγνώσει κάτι σοβαρό.
99. \_\_\_\_ Είμαι φοβισμένο άτομο.
100. \_\_\_\_ Ανησυχώ πολύ για τα άσχημα πράγματα που συμβαίνουν στον κόσμο: έγκλημα, μόλυνση περιβάλλοντος, κ.τ.λ.
101. \_\_\_\_ Συχνά νιώθω ότι μπορεί να τρελαθώ.
102. \_\_\_\_ Συχνά νιώθω ότι πρόκειται να πάθω κρίση άγχους.
103. \_\_\_\_ Συχνά ανησυχώ ότι θα πάθω καρδιακή προσβολή ή καρκίνο, παρόλο που δεν υπάρχει σοβαρός ιατρικός λόγος να ανησυχώ.
104. \_\_\_\_ Νιώθω ότι ο κόσμος είναι ένα επικίνδυνο μέρος.
105. \_\_\_\_ Δεν έχω καταφέρει να διαχωρίσω τον εαυτό μου από τους γονείς μου, όπως συμβαίνει με άλλους ανθρώπους της ηλικίας μου.
106. \_\_\_\_ Οι γονείς μου κι εγώ έχουμε την τάση να παρεμβαίνουμε υπερβολικά ο ένας στη ζωή και τα προβλήματα του άλλου.
107. \_\_\_\_ Είναι ιδιαίτερα δύσκολο για μένα και τους γονείς μου να αποκρύπτουμε λεπτομέρειες της ιδιωτικής μας ζωής ο ένας από τον άλλο, χωρίς να νιώθουμε προδομένοι ή ένοχοι.
108. \_\_\_\_ Οι γονείς μου και εγώ πρέπει να μιλάμε μεταξύ μας σε καθημερινή βάση, διαφορετικά κάποιος από εμάς θα νιώσει ένοχος/η, πληγωμένος/η, απογοητευμένος/η ή μόνος/η.
109. \_\_\_\_ Συχνά νιώθω ότι δεν έχω τη δική μου ξεχωριστή ταυτότητα ως προς τους γονείς μου ή το/τη σύντροφό μου.
110. \_\_\_\_ Συχνά νιώθω ότι οι γονείς μου ζουν μέσα από μένα – δεν έχω τη δική μου ζωή.
111. \_\_\_\_ Μου είναι ιδιαίτερα δύσκολο να διατηρώ οποιαδήποτε απόσταση από τα άτομα με τα οποία έχω στενή επαφή. Αποτελεί πρόβλημα για μένα να δω τον εαυτό μου χωριστά από αυτά.
112. \_\_\_\_ Εμπλέκομαι τόσο πολύ στη σχέση με τους γονείς μου και το/τη σύντροφό μου που πραγματικά δεν γνωρίζω ποιος είμαι ή τι θέλω.
113. \_\_\_\_ Αποτελεί πρόβλημα για μένα να διαχωρίσω την άποψή μου ή τη γνώμη μου από εκείνη των γονιών μου ή του/της συντρόφου μου.

114. \_\_\_\_ Συχνά νιώθω ότι δεν έχω προσωπικό χώρο σε σχέση με τους γονείς μου και το/τη σύντροφό μου.
115. \_\_\_\_ Νιώθω ότι οι γονείς μου έχουν πληγωθεί που ζω (ή θα πληγωνόντουσαν εάν ζούσα) μόνος/η μου μακριά τους .
116. \_\_\_\_ Επιτρέπω να γίνονται τα πράγματα όπως τα θέλουν οι άλλοι γιατί φοβάμαι τις συνέπειες.
117. \_\_\_\_ Πιστεύω πως εάν κάνω αυτό που θέλω, είναι σαν να πηγαίνω γυρεύοντας για προβλήματα.
118. \_\_\_\_ Νομίζω ότι δεν έχω άλλη επιλογή από το να υποκύπτω στις επιθυμίες των άλλων γιατί διαφορετικά θα με εκδικηθούν ή θα με απορρίψουν με κάποιο τρόπο.
119. \_\_\_\_ Στις σχέσεις αφήνω τον άλλο να έχει το πάνω χέρι.
120. \_\_\_\_ Αφήνω πάντα τους άλλους να επιλέγουν για μένα και έτσι δεν ξέρω τι πραγματικά θέλω για τον εαυτό μου.
121. \_\_\_\_ Νιώθω ότι οι σημαντικές αποφάσεις στη ζωή μου δεν υπήρξαν πραγματικά δικές μου.
122. \_\_\_\_ Ανησυχώ πολύ για το πώς θα ευχαριστήσω τους άλλους ώστε να μη με απορρίψουν.
123. \_\_\_\_ Δυσκολεύομαι πολύ να απαιτήσω να γίνονται σεβαστά τα δικαιώματά μου και να λαμβάνονται υπόψη τα συναισθήματά μου.
124. \_\_\_\_ Ανταπαντώ στους ανθρώπους με αδύναμο τρόπο, αντί να εκδηλώνω άμεσα το θυμό μου.
125. \_\_\_\_ Πασχίζω πολύ περισσότερο από άλλους ανθρώπους ώστε να αποφύγω τις αντιπαραθέσεις.
126. \_\_\_\_ Βάζω τις ανάγκες των άλλων πάνω από τις δικές μου, διαφορετικά αισθάνομαι ένοχος/η.
127. \_\_\_\_ Αισθάνομαι ένοχος/η όταν απογοητεύω ή διαψεύδω τους άλλους.
128. \_\_\_\_ Δίνω περισσότερα στους άλλους από όσα παίρνω πίσω από εκείνους.
129. \_\_\_\_ Συνήθως εγώ είμαι αυτός/ή που καταλήγει να φροντίζει τους κοντινούς μου ανθρώπους.
130. \_\_\_\_ Δεν υπάρχει σχεδόν τίποτα που δε θα μπορούσα να ανεχτώ από κάποιο πρόσωπο που αγαπώ.
131. \_\_\_\_ Είμαι καλός άνθρωπος γιατί σκέφτομαι τους άλλους περισσότερο απ' ό,τι σκέφτομαι τον εαυτό μου.
132. \_\_\_\_ Στη δουλειά, είμαι συνήθως αυτός/ή που προσφέρεται να αναλάβει περισσότερα καθήκοντα ή να δουλέψει υπερωρίες.

133. \_\_\_\_ Μπορώ πάντα να βρω χρόνο για τους άλλους, ανεξάρτητα από το πόσο απασχολημένος/η είμαι.
134. \_\_\_\_ Μπορώ να τα βγάλω πέρα με πολύ λίγα, γιατί οι ανάγκες μου είναι ελάχιστες.
135. \_\_\_\_ Είμαι ευτυχισμένος/η μόνο όταν οι γύρω μου είναι ευτυχισμένοι.
136. \_\_\_\_ Αφιερώνω τόσο πολύ χρόνο κάνοντας πράγματα για τους ανθρώπους για τους οποίους νοιάζομαι, που έχω ελάχιστο χρόνο για μένα.
137. \_\_\_\_ Ανέκαθεν ήμουν αυτός/ή που άκουγε τα προβλήματα όλων των άλλων.
138. \_\_\_\_ Νιώθω περισσότερο άνετα να προσφέρω ένα δώρο παρά να λαμβάνω.
139. \_\_\_\_ Οι άνθρωποι γύρω μου θεωρούν ότι κάνω υπερβολικά πολλά για τους άλλους και όχι αρκετά για μένα.
140. \_\_\_\_ Ανεξάρτητα από το πόσα πολλά δίνω, νιώθω ότι ποτέ δεν είναι αρκετά.
141. \_\_\_\_ Εάν κάνω αυτό που θέλω, νιώθω πολύ δυσάρεστα (άβολα).
142. \_\_\_\_ Μου είναι πολύ δύσκολο να ζητάω από τους άλλους να φροντίσουν για τις δικές μου ανάγκες.
143. \_\_\_\_ Ανησυχώ μήπως χάσω τον έλεγχο των πράξεών μου.
144. \_\_\_\_ Ανησυχώ ότι, εάν ο θυμός μου ξεπεράσει τα όρια, θα βλάψω σοβαρά κάποιον σωματικά ή συναισθηματικά.
145. \_\_\_\_ Νιώθω ότι πρέπει να ελέγχω τα συναισθήματα και τις παρορμήσεις μου, διαφορετικά είναι πιθανό να συμβεί κάτι κακό.
146. \_\_\_\_ Έχει συσσωρευτεί μέσα μου πολύς θυμός και αγανάκτηση που δεν εκφράζω.
147. \_\_\_\_ Είμαι υπερβολικά συγκρατημένος/η, για να εκφράσω θετικά συναισθήματα στους άλλους (π.χ. να εκδηλώσω στοργή, να δείξω ότι νοιάζομαι).
148. \_\_\_\_ Νιώθω αμηχανία να εκφράσω τα συναισθήματά μου σε άλλους.
149. \_\_\_\_ Δυσκολεύομαι να είμαι ζεστός/ή και αυθόρμητος/η.
150. \_\_\_\_ Συγκρατώ τον εαυτό μου τόσο πολύ, που οι άλλοι νομίζουν ότι δεν έχω συναισθήματα.
151. \_\_\_\_ Οι άνθρωποι με θεωρούν συναισθηματικά σφιγμένο/η.
152. \_\_\_\_ Πρέπει να είμαι ο/η καλύτερος/η στα περισσότερα από αυτά που κάνω. Δεν μπορώ να δεχτώ να έρχομαι δεύτερος/η.
153. \_\_\_\_ Πασχίζω να διατηρώ σχεδόν τα πάντα σε απόλυτη τάξη.
154. \_\_\_\_ Πρέπει η εμφάνισή μου να είναι πάντα άψογη.
155. \_\_\_\_ Προσπαθώ να κάνω ό,τι καλύτερο μπορώ. Δεν μπορώ να συμβιβαστώ με το «αρκετά καλό».

156. \_\_\_\_ Υπάρχουν τόσα πολλά που πρέπει να επιτύχω, που δεν υπάρχει σχεδόν καθόλου χρόνος να χαλαρώσω.
157. \_\_\_\_ Σχεδόν τίποτα από αυτά που κάνω δεν είναι αρκετά καλό. Μπορώ πάντα να τα καταφέρω καλύτερα.
158. \_\_\_\_ Πρέπει να αντεπεξέρχομαι σε όλες μου τις υποχρεώσεις.
159. \_\_\_\_ Νιώθω ότι υπάρχει μια συνεχής πίεση να επιτύχω και να καταφέρω πράγματα.
160. \_\_\_\_ Οι σχέσεις μου υποφέρουν, γιατί πιέζω τον εαυτό μου υπερβολικά.
161. \_\_\_\_ Η υγεία μου καταπονείται γιατί πιέζω υπερβολικά τον εαυτό να αντεπεξέλθει στα πάντα.
162. \_\_\_\_ Συχνά θυσιάζω την ευχαρίστηση και την ευτυχία, προκειμένου να ανταποκριθώ στις απαιτήσεις που θέτω.
163. \_\_\_\_ Όταν κάνω λάθος, μου αξίζει έντονη κριτική.
164. \_\_\_\_ Δε μου επιτρέπω να ξεφύγω εύκολα ή να βρω δικαιολογίες για τα λάθη μου.
165. \_\_\_\_ Είμαι ιδιαίτερα ανταγωνιστικό άτομο.
166. \_\_\_\_ Δίνω πολύ μεγάλη σημασία στα χρήματα και την κοινωνική θέση.
167. \_\_\_\_ Πρέπει πάντα να είμαι πρώτος/η στις επιδόσεις μου.
168. \_\_\_\_ Δυσκολεύομαι ιδιαίτερα να δεχτώ το «όχι» ως απάντηση, όταν θέλω κάτι από τους άλλους.
169. \_\_\_\_ Συχνά γίνομαι οξύθυμος/η και ευέξαπτος/η, όταν δεν παίρνω αυτό που θέλω.
170. \_\_\_\_ Είμαι ιδιαίτερο άτομο και δε θα έπρεπε να δέχομαι τους περιορισμούς που υπάρχουν για τους άλλους ανθρώπους.
171. \_\_\_\_ Απεχθάνομαι να με περιορίζουν ή να με εμποδίζουν να κάνω αυτό που θέλω.
172. \_\_\_\_ Νιώθω ότι δε θα έπρεπε να ακολουθώ τους συνήθεις κανόνες και συμβάσεις, όπως όλοι οι άλλοι άνθρωποι.
173. \_\_\_\_ Νιώθω ότι αυτό που εγώ έχω να προσφέρω είναι πολύ πιο σπουδαίο από οποιαδήποτε συνεισφορά των άλλων.
174. \_\_\_\_ Συνήθως βάζω τις ανάγκες μου πάνω από τις ανάγκες των άλλων.
175. \_\_\_\_ Συχνά διαπιστώνω ότι είμαι τόσο απορροφημένος/η στις δικές μου προτεραιότητες, που δεν έχω χρόνο για τους φίλους και την οικογένεια.
176. \_\_\_\_ Οι άλλοι μου λένε συχνά ότι είμαι πολύ ελεγκτικός/ή, ως προς τον τρόπο που γίνονται τα πράγματα.
177. \_\_\_\_ Εξοργίζομαι όταν οι άνθρωποι δεν κάνουν αυτό που τους ζητάω.
178. \_\_\_\_ Δεν μπορώ να ανεχτώ να μου λένε οι άλλοι τι να κάνω.

179. \_\_\_\_ Δυσκολεύομαι ιδιαίτερα να σταματήσω τον εαυτό μου από το να πίνει, να καπνίζει, να τρώει υπερβολικά ή από άλλες προβληματικές συμπεριφορές.
180. \_\_\_\_ Δεν καταφέρνω να πειθαρχήσω τον εαυτό μου, ώστε να ολοκληρώνω καθημερινές δραστηριότητες ή βαρετά καθήκοντα.
181. \_\_\_\_ Συχνά αφήνω τον εαυτό μου να ενεργήσει παρορμητικά και να εκφράσει συναισθήματα που προκαλούν προβλήματα σε εμένα ή πληγώνουν τους άλλους.
182. \_\_\_\_ Εάν δεν καταφέρνω να επιτύχω ένα στόχο, απογοητεύομαι εύκολα και τα παρατάω.
183. \_\_\_\_ Δυσκολεύομαι ιδιαίτερα να θυσιάσω την άμεση ικανοποίηση, προκειμένου να επιτύχω ένα μακροπρόθεσμο στόχο.
184. \_\_\_\_ Εάν θυμώσω, συχνά χάνω τον έλεγχο.
185. \_\_\_\_ Έχω την τάση να κάνω τα πάντα σε υπερβολή, ακόμη και πράγματα που ξέρω ότι μου κάνουν κακό.
186. \_\_\_\_ Πλήττω πολύ εύκολα.
187. \_\_\_\_ Όταν τα καθήκοντα δυσκολεύουν, συνήθως δε μπορώ να επιμείνω και να τα ολοκληρώσω.
188. \_\_\_\_ Δεν μπορώ να συγκεντρωθώ σε τίποτα για πολλή ώρα.
189. \_\_\_\_ Δεν μπορώ να πιέσω τον εαυτό μου να κάνει πράγματα που δεν με ευχαριστούν, ακόμη κι όταν ξέρω ότι είναι για το καλό μου.
190. \_\_\_\_ Χάνω την ψυχραιμία μου με την παραμικρή προσβολή.
191. \_\_\_\_ Σπανίως καταφέρνω να μείνω πιστός/ή στις αποφάσεις μου.
192. \_\_\_\_ Δεν μπορώ σχεδόν ποτέ να συγκρατηθώ και να μην εκφράσω τα πραγματικά μου συναισθήματα στους άλλους, ανεξάρτητα από τις συνέπειες.
193. \_\_\_\_ Συχνά ενεργώ παρορμητικά και στη συνέχεια το μετανιώνω.
194. \_\_\_\_ Είναι σημαντικό για μένα να με συμπαθούν σχεδόν όλοι όσοι γνωρίζω.
195. \_\_\_\_ Αλλάζω τη συμπεριφορά μου ανάλογα με τους ανθρώπους που βρίσκονται μαζί μου, προκειμένου να με συμπαθήσουν περισσότερο.
196. \_\_\_\_ Προσπαθώ σκληρά να ενταχθώ.
197. \_\_\_\_ Η αυτοεκτίμησή μου βασίζεται κυρίως στην άποψη που έχουν οι άλλοι για μένα.
198. \_\_\_\_ Το να έχω χρήματα και να γνωρίζω επιφανείς ανθρώπους με κάνει να νιώθω ότι αξίζω (είμαι σημαντικός/ή).
199. \_\_\_\_ Αναλώνω πολύ χρόνο στην εξωτερική μου εμφάνιση, προκειμένου να με εκτιμήσουν οι άλλοι.
200. \_\_\_\_ Τα επιτεύγματα έχουν μεγαλύτερη αξία για μένα, εάν οι άλλοι άνθρωποι τα αναγνωρίζουν.

201. \_\_\_\_ Είμαι τόσο εστιασμένος/η στο να ενταχθώ, που μερικές φορές δεν ξέρω ποιος είμαι.
202. \_\_\_\_ Δυσκολεύομαι να θέσω τους δικούς μου στόχους χωρίς να λάβω υπόψη μου την αντίδραση των άλλων στις επιλογές μου.
203. \_\_\_\_ Όταν αναλογίζομαι τις αποφάσεις που έχω πάρει στη ζωή μου, διαπιστώνω ότι πήρα τις περισσότερες από αυτές έχοντας στο μυαλό μου την επιδοκιμασία των άλλων.
204. \_\_\_\_ Ακόμη κι αν δεν συμπαθώ κάποιον, θέλω εκείνος να με συμπαθεί.
205. \_\_\_\_ Νιώθω λιγότερο σημαντικός/ή, όταν οι άλλοι δε μου δίνουν ιδιαίτερη σημασία.
206. \_\_\_\_ Εάν κάνω κάποιο σχόλιο σε μια συνάντηση ή με συστήσουν σε μια συγκέντρωση, αναζητώ την αναγνώριση και το θαυμασμό των άλλων.
207. \_\_\_\_ Οι έπαινοι και οι φιλοφρονήσεις με κάνουν να νιώθω σημαντικός/ή (ότι αξίζω).
208. \_\_\_\_ Ακόμη κι αν όλα φαίνεται να πηγαίνουν καλά, νιώθω ότι αυτό είναι μόνο προσωρινό.
209. \_\_\_\_ Εάν συμβεί κάτι καλό, ανησυχώ ότι πιθανότατα κάτι κακό θα ακολουθήσει.
210. \_\_\_\_ Όσο και να προσέχεις, σχεδόν πάντα κάτι θα πάει στραβά.
211. \_\_\_\_ Όσο σκληρά κι αν εργάζομαι, ανησυχώ ότι θα καταστραφώ οικονομικά.
212. \_\_\_\_ Ανησυχώ ότι μια λάθος απόφαση θα μπορούσε να οδηγήσει στην καταστροφή.
213. \_\_\_\_ Συχνά ακόμη και οι πιο ασήμαντες αποφάσεις μου απορροφούν όλη την προσοχή, καθώς οι συνέπειες ενός λάθους φαντάζουν πολύ σοβαρές.
214. \_\_\_\_ Νιώθω καλύτερα όταν υποθέτω ότι τα πράγματα δε θα πάνε καλά, γιατί έτσι δε θα απογοητευτώ εάν όντως δεν πάνε καλά.
215. \_\_\_\_ Εστιάζω περισσότερο στις αρνητικές πλευρές της ζωής απ' ό,τι στις θετικές.
216. \_\_\_\_ Έχω την τάση να είμαι απαισιόδοξος/η.
217. \_\_\_\_ Οι κοντινοί μου άνθρωποι θεωρούν ότι ανησυχώ υπερβολικά.
218. \_\_\_\_ Εάν οι άνθρωποι ενθουσιάζονται υπερβολικά με κάτι, αισθάνομαι άβολα και νιώθω ότι πρέπει να τους προειδοποιήσω ότι ίσως κάτι πάει στραβά.
219. \_\_\_\_ Εάν κάνω κάποιο λάθος, μου αξίζει να τιμωρηθώ.
220. \_\_\_\_ Εάν δεν προσπαθήσω όσο πιο σκληρά μπορώ, θα πρέπει να περιμένω ότι θα χάσω.
221. \_\_\_\_ Δεν υπάρχει δικαιολογία εάν κάνω λάθος.
222. \_\_\_\_ Οι άνθρωποι που δεν αναλαμβάνουν τις ευθύνες τους, θα πρέπει με κάποιο τρόπο να τιμωρούνται.
223. \_\_\_\_ Τις περισσότερες φορές δε δέχομαι τις δικαιολογίες που δίνουν οι άλλοι. Απλά δεν θέλουν να αναλάβουν τις ευθύνες τους και να δεχθούν τις συνέπειες.
224. \_\_\_\_ Εάν δεν κάνω αυτό που πρέπει, οφείλω να υποστώ τις συνέπειες.
225. \_\_\_\_ Συχνά σκέφτομαι τα λάθη που έχω κάνει και θυμώνω με τον εαυτό μου.

226. \_\_\_\_ Όταν οι άνθρωποι κάνουν κάτι κακό, έχω πρόβλημα να εφαρμόσω τη φράση «Να συγχωρείς και να ξεχνάς».
227. \_\_\_\_ Είμαι μνησικάκος/η, ακόμη και με κάποιον που έχει ζητήσει συγγνώμη.
228. \_\_\_\_ Συγχύζομαι όταν βλέπω κάποιον να «τη γλιτώνει» (ξεφεύγει) πολύ εύκολα.
229. \_\_\_\_ Θυμώνω όταν οι άνθρωποι δίνουν δικαιολογίες στον εαυτό τους ή κατηγορούν τους άλλους για τα προβλήματά τους.
230. \_\_\_\_ Δεν έχει σημασία για ποιο λόγο κάνω ένα λάθος. Όταν κάνω κάτι στραβό, θα πρέπει να τιμωρηθώ.
231. \_\_\_\_ «Αυτομαστιγώνομαι» όταν «τα έχω κάνει θάλασσα».
232. \_\_\_\_ Είμαι ένα κακό άτομο που αξίζει να τιμωρηθεί.

Copyright 2005 Jeffrey Young, Ph.D. Special thanks to Gary Brown, Ph.D., Scott Kellogg, Ph.D., Glenn Waller, Ph.D., and the other therapists and researchers who have contributed items and feedback in the development of the YSQ, 3<sup>rd</sup> edition. Unauthorized reproduction without written consent of the author is prohibited.

Schema Therapy Institute, 130 West 42nd St., Ste. 501, New York, NY 10036 USA.

Μετάφραση Προσαρμογή στα Ελληνικά: Ιωάννης Μαλογιάννης, Βασιλική Χαντζή, Μιράντα Βλαβιανού (Επικοινωνία: Ιωάννης Μαλογιάννης, [imalog@hol.gr](mailto:imalog@hol.gr))



### Κλειδί Βαθμολόγησης YSQ-L3

- 1-9: Συναισθηματική Στέρηση
- 10-26: Εγκατάλειψη/Ασάθεια
- 27-43: Καχυποψία/Κακοποίηση
- 44-53: Κοινωνική Απομόνωση/Αποξένωση
- 54-68: Ελαττωματικότητα/Ντροπή
- 69-77: Αποτυχία
- 78-92: Εξάρτηση/Ανικανότητα
- 93-104: Ευαλωτότητα
- 105-115: Υπερεμπλοκή/Μη Ανεπτυγμένος Εαυτός
- 116-125: Υποτακτικότητα
- 126-142: Αυτοθυσία
- 143-151: Συναισθηματική Αναστολή
- 152-167: Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική
- 168-178: Αυτονόητο Δικαίωμα/Μεγαλείο
- 179-193: Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος/Αυτοπειθαρχία
- 194-207: Αναζήτηση Επιδοκμασίας/Αναγνώρισης
- 20-218: Αρνητισμός
- 219-232: Τιμωρητικότητα

## YSQ –S3

### Young Schema Questionnaire-Short Form-3

Jeffrey Young PhD

#### (Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young-Σύντομη Μορφή-3)

Μετάφραση και προσαρμογή στα Ελληνικά :

Γιάννης Μαλογιάννης, Κατερίνα Αγγελή και Μιράντα Βλαβιανού

Ακολουθούν κάποιες προτάσεις με τις οποίες κανείς θα μπορούσε να περιγράψει τον εαυτό του. Παρακαλώ διαβάστε την κάθε πρόταση και αποφασίστε πόσο καλά περιγράφει εσάς. Στην περίπτωση που δεν είστε σίγουρος/η, απαντήστε σύμφωνα με το πώς **νιώθετε** και όχι με το τι **νομίζετε** ότι ισχύει.

Κάποιες από τις προτάσεις αναφέρονται στη σχέση με τους γονείς ή τους συντρόφους σας. Αν κάποιος από αυτούς έχει πεθάνει, παρακαλώ απαντήστε στην ερώτηση βασιζόμενος στη σχέση που είχατε όταν ήταν εν ζωή. Αν στην παρούσα φάση δεν έχετε σύντροφο, αλλά είχατε συντρόφους στο παρελθόν, παρακαλώ απαντήστε βασιζόμενος/η στην τελευταία σημαντική συντροφική σχέση που είχατε.

Στη συνέχεια επιλέξτε την βαθμολογική κατάταξη από το 1 ως το 6 που σας περιγράφει (συμπεριλαμβανομένων και τυχόν αναδιατυπώσεων), και σημειώστε το νούμερο στην αρχή κάθε πρότασης.

#### ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ:

- |                                |                                   |                              |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| 1= Δεν ισχύει καθόλου για μένα | 3= Ισχύει μάλλον, παρά δεν ισχύει | 5= Ισχύει πάρα πολύ για μένα |
| 2= Μάλλον δεν ισχύει για μένα  | 4= Ισχύει αρκετά για μένα         | 6= Με περιγράφει τέλεια      |

#### ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ:

**B. 4 Ανησυχώ ότι οι άνθρωποι που αγαπώ δεν με συμπαθούν.**

- \_\_\_ Δεν είχα κάποιο άτομο να με φροντίζει, να μοιράζεται τον εαυτό του μαζί μου, ή να νοιάζεται σε βάθος για οτιδήποτε μου συμβαίνει.
- \_\_\_ Θεωρώ ότι προσκολλώμαι σε ανθρώπους που νιώθω κοντά μου γιατί φοβάμαι ότι θα με εγκαταλείψουν.
- \_\_\_ Νιώθω ότι οι άλλοι θα με εκμεταλλευτούν.
- \_\_\_ Δεν ανήκω κάπου. Δεν μπορώ να ενταχθώ.
- \_\_\_ Κανένας άνδρας/καμία γυναίκα που να επιθυμώ δεν θα μπορούσε να με αγαπήσει εάν έβλεπε τα ελαττώματά μου.
- \_\_\_ Σχεδόν τίποτα από αυτά που κάνω στη δουλειά (ή το σχολείο) δεν είναι τόσο καλό όσο εκείνα που μπορούν να κάνουν οι άλλοι.
- \_\_\_ Νιώθω ότι δεν είμαι ικανός/ή να αντεπεξέλθω μόνος μου στην καθημερινή ζωή.

8. \_\_\_\_ Δεν μπορώ να ξεφύγω από την αίσθηση ότι κάτι κακό πρόκειται να συμβεί.
9. \_\_\_\_ Δεν έχω καταφέρει να διαχωρίσω τον εαυτό μου από τους γονείς μου, όπως συμβαίνει με άλλους ανθρώπους της ηλικίας μου.
10. \_\_\_\_ Πιστεύω πως εάν κάνω αυτό που θέλω, είναι σαν να πηγαίνω γυρεύοντας για προβλήματα.
11. \_\_\_\_ Συνήθως εγώ είμαι αυτός/ή που καταλήγει να φροντίζει τους κοντινούς μου ανθρώπους.
12. \_\_\_\_ Είμαι υπερβολικά συγκρατημένος/η, για να εκφράσω θετικά συναισθήματα στους άλλους (π.χ. να εκδηλώσω στοργή, να δείξω ότι νοιάζομαι).
13. \_\_\_\_ Πρέπει να είμαι ο/η καλύτερος/η στα περισσότερα από αυτά που κάνω. Δεν μπορώ να δεχτώ να έρχομαι δεύτερος/η.
14. \_\_\_\_ Δυσκολεύομαι ιδιαίτερα να δεχτώ το «όχι» ως απάντηση, όταν θέλω κάτι από τους άλλους.
15. \_\_\_\_ Δεν καταφέρνω να πειθαρχήσω τον εαυτό μου, ώστε να ολοκληρώνω καθημερινές δραστηριότητες ή βαρετά καθήκοντα.
16. \_\_\_\_ Το να έχω χρήματα και να γνωρίζω επιφανείς ανθρώπους με κάνει να νιώθω ότι αξίζω (είμαι σημαντικός/ή).
17. \_\_\_\_ Ακόμη κι αν όλα φαίνεται να πηγαίνουν καλά, νιώθω ότι αυτό είναι μόνο προσωρινό.
18. \_\_\_\_ Εάν κάνω κάποιο λάθος, μου αξίζει να τιμωρηθώ.
19. \_\_\_\_ Γενικά, οι άλλοι δεν ήταν εκεί για να μου δώσουν ζεστασιά, στήριγμα και στοργή.
20. \_\_\_\_ Χρειάζομαι τόσο πολύ τους άλλους ανθρώπους που ανησυχώ ότι θα τους χάσω.
21. \_\_\_\_ Νιώθω ότι δεν μπορώ να αφεθώ όταν είμαι με άλλους ανθρώπους, γιατί εσκεμμένα θα με πληγώσουν.
22. \_\_\_\_ Είμαι ουσιαστικά διαφορετικός/ή από τους άλλους ανθρώπους.
23. \_\_\_\_ Κανένα άτομο που να επιθυμώ δεν θα ήθελε να μείνει κοντά μου, εάν ήξερε τον πραγματικό μου εαυτό.
24. \_\_\_\_ Είμαι ανίκανος/η να επιτύχω πράγματα.
25. \_\_\_\_ Θεωρώ τον εαυτό μου εξαρτημένο άτομο όσο αφορά στην καθημερινή λειτουργία.

26. \_\_\_\_ Νιώθω ότι ανά πάσα στιγμή κάποια καταστροφή (φυσική, εγκληματική, οικονομική, ιατρική) μπορεί να συμβεί.
27. \_\_\_\_ Οι γονείς μου κι εγώ έχουμε την τάση να παρεμβαίνουμε υπερβολικά ο ένας στη ζωή και τα προβλήματα του άλλου.
28. \_\_\_\_ Νομίζω ότι δεν έχω άλλη επιλογή από το να υποκύπτω στις επιθυμίες των άλλων γιατί διαφορετικά θα με εκδικηθούν ή θα με απορρίψουν με κάποιο τρόπο.
29. \_\_\_\_ Είμαι καλός άνθρωπος γιατί σκέφτομαι τους άλλους περισσότερο απ' ό,τι σκέφτομαι τον εαυτό μου.
30. \_\_\_\_ Νιώθω αμηχανία να εκφράσω τα συναισθήματά μου σε άλλους.
31. \_\_\_\_ Προσπαθώ να κάνω ό,τι καλύτερο μπορώ. Δεν μπορώ να συμβιβαστώ με το «αρκετά καλό».
32. \_\_\_\_ Είμαι ιδιαίτερο άτομο και δεν θα έπρεπε να δέχομαι τους περιορισμούς που υπάρχουν για τους άλλους ανθρώπους.
33. \_\_\_\_ Εάν δεν καταφέρνω να επιτύχω ένα στόχο, απογοητεύομαι εύκολα και τα παρατάω.
34. \_\_\_\_ Τα επιτεύγματα έχουν μεγαλύτερη αξία για μένα εάν οι άλλοι άνθρωποι τα αναγνωρίζουν.
35. \_\_\_\_ Εάν συμβεί κάτι καλό, ανησυχώ ότι πιθανότατα κάτι κακό θα ακολουθήσει.
36. \_\_\_\_ Εάν δεν προσπαθήσω όσο πιο σκληρά μπορώ, θα πρέπει να περιμένω ότι θα χάσω.
37. \_\_\_\_ Για μεγάλο μέρος της ζωής μου δεν ένιωσα ότι ήμουν κάτι ιδιαίτερο για κάποιον.
38. \_\_\_\_ Ανησυχώ ότι οι άνθρωποι που νιώθω κοντά μου θα φύγουν ή θα με εγκαταλείψουν.
39. \_\_\_\_ Είναι απλά θέμα χρόνου να με προδώσει κάποιος.
40. \_\_\_\_ Δεν ανήκω πουθενά. Είμαι μοναχικός/ή.
41. \_\_\_\_ Είμαι ανάξιος/α της αγάπης, της προσοχής και του σεβασμού των άλλων.
42. \_\_\_\_ Οι περισσότεροι από τους άλλους ανθρώπους είναι πιο ικανοί από μένα όσο αφορά στη δουλειά (ή το σχολείο) και στην επίτευξη πραγμάτων.
43. \_\_\_\_ Στερούμαι κοινής λογικής.
44. \_\_\_\_ Ανησυχώ μήπως δεχτώ επίθεση.

45. \_\_\_\_ Είναι ιδιαίτερα δύσκολο για μένα και τους γονείς μου να αποκρύπτουμε λεπτομέρειες της ιδιωτικής μας ζωής ο ένας από τον άλλο, χωρίς να νιώθουμε προδομένοι ή ένοχοι.
46. \_\_\_\_ Στις σχέσεις αφήνω τον άλλο να έχει το πάνω χέρι.
47. \_\_\_\_ Αφιερώνω τόσο πολύ χρόνο κάνοντας πράγματα για τους ανθρώπους για τους οποίους νοιάζομαι, που έχω ελάχιστο χρόνο για μένα.
48. \_\_\_\_ Δυσκολεύομαι να είμαι ζεστός/ή και αυθόρμητος/η.
49. \_\_\_\_ Πρέπει να αντεπεξέρχομαι σε όλες μου τις υποχρεώσεις.
50. \_\_\_\_ Απεχθάνομαι να με περιορίζουν ή να με εμποδίζουν να κάνω αυτό που θέλω.
51. \_\_\_\_ Δυσκολεύομαι ιδιαίτερα να θυσιάσω την άμεση ικανοποίηση, προκειμένου να επιτύχω ένα μακροπρόθεσμο στόχο.
52. \_\_\_\_ Νιώθω λιγότερο σημαντικός/ή, όταν οι άλλοι δε μου δίνουν ιδιαίτερη σημασία.
53. \_\_\_\_ Όσο και να προσέχεις, σχεδόν πάντα κάτι θα πάει στραβά.
54. \_\_\_\_ Εάν δεν κάνω αυτό που πρέπει, οφείλω να υποστώ τις συνέπειες.
55. \_\_\_\_ Τις περισσότερες φορές, δεν είχα κάποιον που να με ακούει πραγματικά, να με καταλαβαίνει, ή νιώθει τις πραγματικές μου ανάγκες και συναισθήματα.
56. \_\_\_\_ Απελπίζομαι όταν κάποιο άτομο για το οποίο νοιάζομαι απομακρύνεται από μένα.
57. \_\_\_\_ Είμαι αρκετά καχύποπτος/η για τα κίνητρα των ανθρώπων.
58. \_\_\_\_ Νιώθω αποξενωμένος/η από τους άλλους ανθρώπους.
59. \_\_\_\_ Νιώθω ότι δεν είμαι άξιος/α να αγαπηθώ.
60. \_\_\_\_ Δεν είμαι όσο ταλαντούχος/α είναι οι περισσότεροι άνθρωποι στη δουλειά τους (ή το σχολείο).
61. \_\_\_\_ Εάν εμπιστευτώ την κρίση μου σε καθημερινές καταστάσεις, θα πάρω τη λάθος απόφαση.
62. \_\_\_\_ Ανησυχώ μήπως βρεθώ στο δρόμο ή γίνω περιθωριακός/ή.
63. \_\_\_\_ Συχνά νιώθω ότι οι γονείς μου ζουν μέσα από μένα – δεν έχω τη δική μου ζωή.
64. \_\_\_\_ Αφήνω πάντα τους άλλους να επιλέγουν για μένα και έτσι δεν ξέρω τι πραγματικά θέλω για τον εαυτό μου.
65. \_\_\_\_ Ανέκαθεν ήμουν αυτός/ή που άκουγε τα προβλήματα όλων των άλλων.

66. \_\_\_\_ Συγκρατώ τον εαυτό μου τόσο πολύ που οι άλλοι νομίζουν ότι δεν έχω συναισθήματα.
67. \_\_\_\_ Νιώθω ότι υπάρχει μια συνεχής πίεση να επιτύχω και να καταφέρω πράγματα.
68. \_\_\_\_ Νιώθω ότι δεν θα έπρεπε να ακολουθώ τους συνηθεις κανόνες και συμβάσεις, όπως όλοι οι άλλοι άνθρωποι.
69. \_\_\_\_ Δεν μπορώ να πιέσω τον εαυτό μου να κάνει πράγματα που δεν με ευχαριστούν, ακόμη κι όταν ξέρω ότι είναι για το καλό μου.
70. \_\_\_\_ Εάν κάνω κάποιο σχόλιο σε μια συνάντηση ή με συστήσουν σε μια συγκέντρωση, αναζητώ την αναγνώριση και το θαυμασμό των άλλων.
71. \_\_\_\_ Όσο σκληρά κι αν εργάζομαι, ανησυχώ ότι θα καταστραφώ οικονομικά.
72. \_\_\_\_ Δεν έχει σημασία για ποιο λόγο κάνω ένα λάθος. Όταν κάνω κάτι στραβό, θα πρέπει να τιμωρηθώ.
73. \_\_\_\_ Σπάνια είχα ένα δυνατό άτομο να μου δώσει μια σωστή συμβουλή ή κατεύθυνση όταν δεν είμαι σίγουρος/η για το τι πρέπει να κάνω.
74. \_\_\_\_ Μερικές φορές ανησυχώ τόσο πολύ μήπως οι άλλοι με αφήσουν, που τους απομακρύνω από κοντά μου.
75. \_\_\_\_ Συνήθως βρίσκομαι σε επαγρύπνηση για τα απώτερα κίνητρα των άλλων.
76. \_\_\_\_ Πάντα νιώθω εκτός κάθε ομάδας.
77. \_\_\_\_ Είμαι τόσο μη αποδεκτός/ή στην ουσία μου, ώστε να μην μπορώ να αποκαλύψω τον εαυτό μου στους άλλους ανθρώπους.
78. \_\_\_\_ Δεν είμαι τόσο έξυπνος/η όσο είναι οι περισσότεροι άνθρωποι στη δουλειά (ή το σχολείο).
79. \_\_\_\_ Δεν αισθάνομαι σίγουρος/η για την ικανότητά μου να αντιμετωπίζω καθημερινά προβλήματα που εμφανίζονται.
80. \_\_\_\_ Ανησυχώ ότι πρόκειται να εκδηλώσω σοβαρή ασθένεια, παρά το γεγονός ότι ο γιατρός δεν έχει διαγνώσει κάτι σοβαρό.
81. \_\_\_\_ Συχνά νιώθω ότι δεν έχω τη δική μου ξεχωριστή ταυτότητα ως προς τους γονείς μου ή το/τη σύντροφό μου.
82. \_\_\_\_ Δυσκολεύομαι πολύ να απαιτήσω να γίνονται σεβαστά τα δικαιώματά μου και να λαμβάνονται υπόψη τα συναισθήματά μου.

83. \_\_\_\_ Οι άνθρωποι γύρω μου θεωρούν ότι κάνω υπερβολικά πολλά για τους άλλους και όχι αρκετά για μένα.
84. \_\_\_\_ Οι άλλοι με θεωρούν συναισθηματικά σφιγμένο/η.
85. \_\_\_\_ Δε μου επιτρέπω να ξεφύγω εύκολα ή να βρω δικαιολογίες για τα λάθη μου.
86. \_\_\_\_ Νιώθω ότι αυτό που εγώ έχω να προσφέρω είναι πολύ πιο σπουδαίο από οποιαδήποτε συνεισφορά των άλλων.
87. \_\_\_\_ Σπανίως καταφέρνω να μείνω πιστός/ή στις αποφάσεις μου.
88. \_\_\_\_ Οι έπαινοι και οι φιλοφρονήσεις με κάνουν να νιώθω σημαντικός/ή (ότι αξίζω).
89. \_\_\_\_ Ανησυχώ ότι μια λάθος απόφαση θα μπορούσε να οδηγήσει στην καταστροφή.
90. \_\_\_\_ Είμαι ένα κακό άτομο που αξίζει να τιμωρηθεί.

Copyright 2005 Jeffrey Young, Ph.D. Special thanks to Gary Brown, Ph.D., Scott Kellogg, Ph.D., Glenn Waller, Ph.D., and the other therapists and researchers who have contributed items and feedback in the development of the YSQ, 3<sup>rd</sup> edition. Unauthorized reproduction without written consent of the author is prohibited.

Schema Therapy Institute, 130 West 42nd St., Ste. 501, New York, NY 10036 USA.

Μετάφραση Προσαρμογή στα Ελληνικά: Γιάννης Μαλογιάννης, Κατερίνα Αγγελή και Μιράντα Βλαβιανού (Επικοινωνία: Ιωάννης Μαλογιάννης, [imalog@hol.gr](mailto:imalog@hol.gr))

### **Κλειδί Βαθμολόγησης YSQ-S3**

- Συναισθηματική Στέρηση: 1, 19, 37, 55, 73  
Εγκατάλειψη/Ασάθεια: 2, 20, 38, 56, 74  
Καχυποψία/Κακοποίηση: 3, 21, 39, 57, 75  
Κοινωνική Απομόνωση/Αποξένωση: 4, 22, 40, 58, 76  
Ελαττωματικότητα/Ντροπή: 5, 23, 41, 59, 77  
Αποτυχία: 6, 24, 42, 60, 78  
Εξάρτηση/Ανικανότητα: 7, 25, 43, 61, 79  
Ευαλωτότητα: 8, 26, 44, 62, 80  
Μη Ανεπτυγμένος Εαυτός: 9, 27, 45, 63, 81  
Υποτακτικότητα: 10, 28, 46, 64, 82  
Αυτοθυσία: 11, 29, 47, 65, 83  
Συναισθηματική Αναστολή: 12, 30, 48, 66, 84  
Ανελαστικά Πρότυπα/Υπερβολική Κριτική: 13, 31, 49, 67, 85  
Αυτονόητο Δικαίωμα/Μεγαλείο: 14, 32, 50, 68, 86  
Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος/Αυτοπειθαρχία: 15, 33, 51, 69, 87  
Αναζήτηση Επιδοκμασίας/Αναγνώρισης: 16, 34, 52, 70, 88  
Αρνητισμός: 17, 35, 53, 71, 89  
Τιμωρητικότητα: 18, 36, 54, 72, 90



## SMI

### Schema Mode Inventory

Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M.,  
van Vreeswijk, M and Klokman

#### (Ερωτηματολόγιο Τρόπων Λειτουργίας)

Μετάφραση και προσαρμογή στα Ελληνικά:

Ιωάννης Μαλογιάννης, Χριστίνα Βαλλιανάτου, Ευαγγελία Άνθη,

Ειρήνη Τσαρτσάρα.

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Παρακάτω παρατίθενται προτάσεις τις οποίες οι άνθρωποι μπορεί να χρησιμοποιήσουν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Παρακαλούμε βαθμολογήστε την κάθε πρόταση λαμβάνοντας υπόψη πόσο συχνά πιστεύετε ή αισθάνεστε/νιώθετε ότι σας εκφράζει γενικά, χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα συχνότητας.

#### Συχνότητα: Γενικά

1= Ποτέ ή Σχεδόν ποτέ

4= Συχνά

2= Σπανίως

5= Τις περισσότερες φορές

3= Μερικές φορές

6= Πάντα

Συχνότητα	Γενικά...
	1. Απαιτώ σεβασμό μην επιτρέποντας σε άλλους ανθρώπους να με πιέζουν.
	2. Νιώθω ότι με αγαπούν και με αποδέχονται.
	3. Αρνούμαι στον εαυτό μου απολαύσεις, γιατί δεν το αξίζω.
	4. Αισθάνομαι βαθειά ανεπαρκής, με ψεγάδια ή ελαττωματικός/ή.
	5. Έχω παρορμήσεις αυτοτιμωρίας τραυματίζοντας τον εαυτό μου (π.χ. προκαλώντας κοψίματα)
	6. Αισθάνομαι χαμένος/η.
	7. Είμαι σκληρός/ή με τον εαυτό μου.

Συχνότητα	Γενικά...
	8. Προσπαθώ πολύ σκληρά να ικανοποιώ του άλλους για να αποφεύγω την σύγκρουση, την αντιπαράθεση ή την απόρριψη.
	9. Δεν μπορώ να συγχωρήσω τον εαυτό μου.
	10. Κάνω πράγματα για να γίνομαι το κέντρο της προσοχής.
	11. Εκνευρίζομαι όταν οι άνθρωποι δεν κάνουν αυτό που τους ζητώ να κάνουν.
	12. Έχω δυσκολία να ελέγξω τις παρορμήσεις μου.
	13. Εάν δεν μπορώ να φτάσω έναν στόχο, απογοητεύομαι εύκολα και τα παρατώ.
	14. Έχω εκρήξεις οργής.
	15. Δρω παρορμητικά ή εκφράζω συναισθήματα που με μπλέκουν σε μπελάδες ή που πληγώνουν τους άλλους.
	16. Όταν γίνεται κάτι κακό, είναι δικό μου λάθος
	17. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η και άνετα.
	18. Αλλάζω ανάλογα με τους ανθρώπους με τους οποίους βρίσκομαι, ώστε να τους αρέσω ή να με αποδεχτούν
	19. Αισθάνομαι συνδεδεμένος με άλλους ανθρώπους.
	20. Όταν υπάρχουν προβλήματα, προσπαθώ σκληρά να τα επιλύσω
	21. Δεν έχω αυτοπειθαρχία ώστε να ολοκληρώσω καθημερινά ή βαρετά καθήκοντα
	22. Εάν δεν αγωνιστώ, θα με κακομεταχειριστούν ή θα με αγνοήσουν.
	23. Πρέπει να φροντίζω τους ανθρώπους γύρω μου.
	24. Εάν αφήνεις τους άλλους να σε εμπαίζουν ή να σε εκφοβίζουν, είσαι αποτυχημένος/η.
	25. Επιτίθεμαι σωματικά σε ανθρώπους όταν είμαι θυμωμένος/η μαζί τους.
	26. Μόλις αισθανθώ θυμό, συχνά χάνω τον έλεγχο και εκνευρίζομαι.
	27. Είναι σημαντικό για μένα να είμαι ο/η «πρώτος/η» (π.χ., ο πιο δημοφιλής, πιο επιτυχημένος, πιο ευκατάστατος, πιο ισχυρός).
	28. Αισθάνομαι αδιάφορα για τα περισσότερα πράγματα.
	29. Μπορώ να επιλύω προβλήματα λογικά (με την λογική) χωρίς να επιτρέπω να με κατακλύζουν τα συναισθήματά μου.
	30. Είναι γελοίο να σχεδιάζεις πως θα αντιμετωπίσεις καταστάσεις.

Συχνότητα	Γενικά...
	31. Δεν συμβιβάζομαι να έρχομαι δεύτερος.
	32. Η επίθεση είναι η καλύτερη άμυνα.
	33. Νιώθω ψυχρός/ή και σκληρός/ή προς τους άλλους ανθρώπους.
	34. Νιώθω αποστασιοποιημένος (χωρίς επαφή με τον εαυτό μου, τα συναισθήματά μου ή τους άλλους ανθρώπους).
	35. Ακολουθώ τα συναισθήματά μου τυφλά.
	36. Νιώθω απελπισμένος.
	37. Επιτρέπω στους άλλους να με επικρίνουν ή να με υποτιμούν.
	38. Στις σχέσεις, επιτρέπω στο άλλο άτομο να έχει το πάνω χέρι.
	39. Αισθάνομαι απόμακρος/η από τους άλλους ανθρώπους.
	40. Δεν σκέφτομαι αυτά που λέω, και αυτό με βάζει σε μπελά ή πληγώνει τους άλλους.
	41. Εργάζομαι ή κάνω σπορ εντατικά ώστε να μην χρειάζεται να σκέφτομαι ανησυχητικά [ή ενοχλητικά] πράγματα.
	42. Θυμώνω που οι άνθρωποι προσπαθούν να μου πάρουν την ελευθερία ή την ανεξαρτησία μου.
	43. Δεν αισθάνομαι τίποτα.
	44. Κάνω αυτό που θέλω να κάνω, ανεξάρτητα από τις ανάγκες και συναισθήματα των άλλων ανθρώπων.
	45. Δεν επιτρέπω στον εαυτό μου να χαλαρώνω ή να διασκεδάζω έως ότου να έχω ολοκληρώσει όλες τις υποχρεώσεις μου.
	46. Πετάω αντικείμενα όταν είμαι θυμωμένος/η.
	47. Νιώθω εξοργισμένος/η με άλλους ανθρώπους.
	48. Αισθάνομαι ότι ταιριάζω με τους άλλους ανθρώπους.
	49. Έχω πολύ συσσωρευμένο θυμό μέσα μου που χρειάζομαι να τον εξωτερικεύσω.
	50. Νιώθω μοναξιά.
	51. Προσπαθώ να κάνω το καλύτερό μου σε όλα.
	52. Μου αρέσει να κάνω κάτι που είναι συναρπαστικό ή που με ανακουφίζει για να αποφεύγω τα συναισθήματά μου (π.χ., να δουλεύω, να παίζω τζόγο, να τρώω, να πηγαίνω για ψώνια, να επιδίδομαι σε σεξουαλικές δραστηριότητες, να βλέπω τηλεόραση).

Συχνότητα	Γενικά...
	53. Δεν υπάρχει ισότητα, επομένως είναι καλύτερο να είσαι ανώτερος/η από τους άλλους ανθρώπους.
	54. Όταν είμαι θυμωμένος/η, συχνά χάνω τον έλεγχο και απειλώ τους άλλους.
	55. Επιτρέπω στους άλλους να κάνουν αυτό που θέλουν αντί να εκφράζω τις δικές μου ανάγκες.
	56. Αν κάποιος δεν είναι με το μέρος μου, είναι εναντίον μου.
	57. Για να με παρεμποδίζουν λιγότερο η ενοχλητικές μου σκέψεις ή τα συναισθήματά μου, φροντίζω να είμαι πάντοτε απασχολημένος/η.
	58. Είμαι κακός άνθρωπος εάν θυμώνω με τους άλλους.
	59. Δεν θέλω να σχετίζομαι με ανθρώπους.
	60. Έχω υπάρξει τόσο θυμωμένος/η ώστε έχω χτυπήσει κάποιον ή έχω σκοτώσει κάποιον.
	61. Νιώθω ότι έχω πολύ σταθερότητα και ασφάλεια στη ζωή μου.
	62. Ξέρω πότε να εκφράζω τα συναισθήματά μου και πότε να μην το κάνω.
	63. Θυμώνω με κάποιον που με αφήνει μόνο/η μου ή με εγκαταλείπει.
	64. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι σε επαφή με τους άλλους ανθρώπους.
	65. Δεν μπορώ να φέρω τον εαυτό μου σε θέση να κάνει πράγματα που τα θεωρώ δυσάρεστα, ακόμη κι αν ξέρω πως αυτά μπορεί να είναι για το καλό μου.
	66. Παραβιάζω κανόνες και το μετανιώνω αργότερα.
	67. Νιώθω εξευτελισμένος/η.
	68. Εμπιστεύομαι τους περισσότερους ανθρώπους.
	69. Πρώτα ενεργώ και μετά σκέφτομαι.
	70. Βαριέμαι εύκολα και χάνω το ενδιαφέρον μου στα πράγματα.
	71. Ακόμη και αν υπάρχουν άνθρωποι γύρω μου, αισθάνομαι μοναξιά.
	72. Δεν επιτρέπω στον εαυτό μου να κάνω ευχάριστα πράγματα που κάνουν οι άλλοι άνθρωποι γιατί είμαι κακός/ή.
	73. Διεκδικώ αυτό που χρειάζομαι χωρίς να το παρακάνω.
	74. Αισθάνομαι ιδιαίτερος/η και καλύτερος/η από τους περισσότερους ανθρώπους.
	75. Δε νοιάζομαι για τίποτε. Τίποτε δεν με ενδιαφέρει.

Συχνότητα	Γενικά...
	76. Με θυμώνει όταν κάποιος μου λέει πώς θα έπρεπε να νιώθω ή να συμπεριφέρομαι.
	77. Αν δεν εξουσιάζεις άλλους ανθρώπους, θα σε εξουσιάζουν εκείνοι.
	78. Λέω αυτό που αισθάνομαι, ή κάνω πράγματα παρορμητικά, χωρίς να σκέφτομαι τις συνέπειες.
	79. Νιώθω την ανάγκη να επιθετώ λεκτικά ανθρώπους για τον τρόπο που μου έχουν φερθεί.
	80. Είμαι ικανός/ή να φροντίζω τον εαυτό μου.
	81. Είμαι αρκετά επικριτικός/ή με τους άλλους ανθρώπους.
	82. Βιώνω συνεχή πίεση για να πετυχαίνω και να ολοκληρώνω πράγματα.
	83. Προσπαθώ να μην κάνω λάθη, διαφορετικά, γίνομαι σκληρός/ή με τον εαυτό μου.
	84. Μου αξίζει να τιμωρηθώ.
	85. Μπορώ να μαθαίνω, να εξελίσσομαι, και να αλλάζω.
	86. Θέλω να αποσπώ τον εαυτό μου από ενοχλητικές σκέψεις και συναισθήματα.
	87. Είμαι θυμωμένος/η με τον εαυτό μου.
	88. Νιώθω μονότονα.
	89. Πρέπει να είμαι ο καλύτερος/η σε οτιδήποτε κάνω.
	90. Θυσιάζω ευχαρίστηση, υγεία ή ευτυχία για να εκπληρώνω τα προσωπικά μου πρότυπα.
	91. Είμαι απαιτητικός/ή με τους άλλους ανθρώπους.
	92. Εάν θυμώσω, μπορεί να χάσω τόσο πολύ τον έλεγχο που προκαλώ τραυματισμό σε άλλους ανθρώπους
	93. Είμαι άτρωτος/η.
	94. Είμαι κακός άνθρωπος.
	95. Αισθάνομαι ασφαλής.
	96. Νιώθω ότι [οι άλλοι] με ακούν, με καταλαβαίνουν και με επικυρώνουν.
	97. Μου είναι αδύνατον να ελέγχω τις παρορμήσεις μου.
	98. Καταστρέφω πράγματα όταν είμαι θυμωμένος/η.
	99. Εξουσιάζοντας τους άλλους, τίποτε δεν μπορεί να σε βλάψει.

Συχνότητα	Γενικά...
	100. Συμπεριφέρομαι παθητικά, ακόμη και όταν δεν μου αρέσουν τα πράγματα έτσι όπως είναι.
	101. Ο θυμός μου βγαίνει εκτός ελέγχου.
	102. Εμπαίζω ή εκφοβίζω άλλους ανθρώπους.
	103. Θέλω να επιτεθώ ή να τραυματίσω κάποιον/α για αυτά που μου έκανε.
	104. Ξέρω ότι υπάρχει ένας «σωστός» και ένας «λάθος» τρόπος για να κάνει κανείς πράγματα. Προσπαθώ σκληρά να κάνω πράγματα με τον σωστό τρόπο, διαφορετικά γίνομαι επικριτικός/ή με τον εαυτό μου.
	105. Συχνά νιώθω μόνος/η στον κόσμο.
	106. Νιώθω αδύναμος/η και αβοήθητος/η.
	107. Είμαι τεμπέλης/α.
	108. Μπορώ να ανεχτώ οτιδήποτε από τους ανθρώπους που είναι σημαντικοί για μένα
	109. Με έχουν εξαπατήσει ή μου έχουν συμπεριφερθεί με άδικο τρόπο.
	110. Εάν νιώσω την ορμή να κάνω κάτι, απλά το κάνω.
	111. Αισθάνομαι ξεχασμένος/η ή αποκλεισμένος/η.
	112. Υποτιμώ τους άλλους.
	113. Αισθάνομαι αισιόδοξος/η.
	114. Νιώθω ότι δεν θα έπρεπε να ακολουθώ τους ίδιους κανόνες που ακολουθούν οι άλλοι άνθρωποι.
	115. Η ζωή μου αυτήν την στιγμή περιστρέφεται γύρω από το να ολοκληρώνω πράγματα και να τα κάνω «σωστά».
	116. Πιέζω τον εαυτό μου να είμαι περισσότερο υπεύθυνος/η από τους περισσότερους άλλους ανθρώπους.
	117. Μπορώ να υπερασπιστώ τον εαυτό μου όταν νιώθω ότι με επικρίνουν άδικα, ότι με κακοποιούν ή με εκμεταλλεύονται.
	118. Δεν μου αξίζει συμπόνια όταν μου συμβαίνει κάτι άσχημο.
	119. Νιώθω ότι κανένας δεν με αγαπάει.
	120. Νιώθω ότι είμαι κατά βάσει καλό άτομο.
	121. Όταν είναι αναγκαίο, ολοκληρώνω βαρετά και καθημερινά καθήκοντα ώστε να διεκπεραιώνω αυτά που είναι σημαντικά για μένα.
	122. Αισθάνομαι αυθόρμητος και παιχνιδιάρης/α.

Συχνότητα	Γενικά...
	123. Μπορώ να θυμώσω τόσο πολύ που νιώθω ότι είμαι ικανός να σκοτώσω κάποιον.
	124. Έχω καλή αίσθηση του ποιος/ές είμαι και του τι χρειάζομαι για να κάνω τον εαυτό μου ευτυχισμένο.

**COPYRIGHT 2008 Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., van Vreeswijk, M and Klokman, J. Unauthorized reproduction without written consent of the authors is prohibited. For more information, write: Schema Therapy Institute, 130 West 42<sup>nd</sup> St., Ste. 501, New York, NY 10036, or for the Dutch version: J. Lobbestael, Clinical Psychological Science, PO Box 616, 6200 MD Maastricht, the Netherlands ([Jill.lobbestael@dmkep.unimaas.nl](mailto:Jill.lobbestael@dmkep.unimaas.nl)).**

Μετάφραση και προσαρμογή στα Ελληνικά:

Ιωάννης Μαλογιάννης, Χριστίνα Βαλλιανάτου, Ευαγγελία Άνθη,

Ειρήνη Τσαρτσάρα.

(Επικοινωνία: Ιωάννης Μαλογιάννης, [imalog@hol.gr](mailto:imalog@hol.gr))

## Κλειδί Βαθμολόγησης SMI

Ευάλωτο Παιδί (n = 10): 4, 6, 36, 50, 67, 71, 105, 106, 111, 119.

Θυμωμένο Παιδί (n = 10): 22, 42, 47, 49, 56, 63, 76, 79, 103, 109.

Εξαγριωμένο Παιδί (n = 10): 14, 25, 26, 46, 54, 60, 92, 98, 101, 123.

Παρορμητικό Παιδί (n = 9): 12, 15, 35, 40, 66, 69, 78, 97, 110.

Απείθαρχο Παιδί (n = 6): 13, 21, 30, 65, 70, 107.

Ευτυχισμένο Παιδί (n = 10): 2, 17, 19, 48, 61, 68, 95, 96, 113, 122.

Πειθήνιος Υποταγμένος (n = 7): 8, 18, 37, 38, 55, 100, 108.

Αποστασιοποιημένος Προστάτης (n = 9): 28, 33, 34, 39, 43, 59, 64, 75, 88.

Αποστασιοποιημένος Αυτοκαθυσχαστικός Τρόπος Λειτουργίας (n = 4): 41, 52, 57, 86.

Υπεροπτικός Τρόπος Λειτουργίας (n = 10): 10, 11, 27, 31, 44, 74, 81, 89, 91, 114.

Εκφοβιστικός και Επιθετικός Τρόπος Λειτουργίας (n = 9): 1, 24, 32, 53, 77, 93, 99, 102, 112.

Τιμωρητικός Γονέας (n = 10): 3, 5, 9, 16, 58, 72, 84, 87, 94, 118.

Απαιτητικός Γονέας (n = 10): 7, 23, 45, 51, 82, 83, 90, 104, 115, 116.

Υγιής Ενήλικας (n = 10): 20, 29, 62, 73, 80, 85, 117, 120, 121, 124.



## YCI-1

### Young Compensation Inventory-1

Jeffrey Young, PhD

#### (Ερωτηματολόγιο Αναπλήρωσης του Young-1)

Μετάφραση και προσαρμογή στα Ελληνικά:

Ιωάννης Μαλογιάννης, Ειρήνη Τσαρτσάρα, Θωμάς Καλπάκογλου

Όνομα \_\_\_\_\_ Ημερομηνία / \_\_\_\_\_

#### Οδηγίες:

Ακολουθούν προτάσεις με τις οποίες κανείς θα μπορούσε να περιγράψει τον εαυτό του. Παρακαλώ διαβάστε την κάθε πρόταση και αποφασίστε πόσο καλά σας περιγράφει. Αν το επιθυμείτε, αναδιατυπώστε την πρόταση ώστε να είναι πιο αληθής για σας. Στη συνέχεια επιλέξτε το βαθμό που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο στην κλίμακα από το 1 έως το 6 (συμπεριλαμβανομένων των αναδιατυπώσεών σας) και καταγράψτε τον βαθμό στο κενό πριν από την κάθε πρόταση.

#### Βαθμολογική κλίμακα:

##### ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ:

1= Δεν ισχύει καθόλου για μένα

3= Ισχύει μάλλον, παρά δεν ισχύει

5= Ισχύει πάρα πολύ για μένα

2= Μάλλον δεν ισχύει για μένα

4= Ισχύει αρκετά για μένα

6= Με περιγράφει τέλεια

#### ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ:

που νοιάζομαι

A. 4 Ανησυχώ ότι οι άνθρωποι γ δε θα με συμπαθήσουν

1. \_\_\_\_\_ Βγάζω τα απωθημένα μου στους ανθρώπους γύρω μου.

2. \_\_\_\_\_ Συχνά κατηγορώ τους άλλους όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά.
3. \_\_\_\_\_ Δείχνω πολύ θυμό όταν οι άνθρωποι με απογοητεύουν ή με προδίδουν.
4. \_\_\_\_\_ Δεν μπορώ να εκτονώσω τον θυμό μου αν δεν πάρω εκδίκηση.
5. \_\_\_\_\_ Γίνομαι αμυντικός/ή όταν με επικρίνουν.
6. \_\_\_\_\_ Είναι σημαντικό οι άλλοι να θαυμάζουν τα επιτεύγματα ή τα κατορθώματά μου.
7. \_\_\_\_\_ Τα ορατά δείγματα επιτυχίας (π.χ. ακριβά αυτοκίνητα, ντύσιμο, σπίτι) είναι σημαντικά για μένα.
8. \_\_\_\_\_ Εργάζομαι σκληρά για να είμαι ανάμεσα στους καλύτερους ή πιο επιτυχημένους.
9. \_\_\_\_\_ Είναι σημαντικό για μένα να είμαι δημοφιλής.
10. \_\_\_\_\_ Συχνά φαντασιώνομαι επιτυχία, δόξα, πλούτο, εξουσία ή δημοτικότητα.
11. \_\_\_\_\_ Μου αρέσει να είμαι το επίκεντρο της προσοχής.

12. \_\_\_\_\_ Φλερτάρω ή γίνομαι σαηηνευτικός/ή περισσότερο από το μέσο άτομο.
13. \_\_\_\_\_ Δίνω πολύ έμφαση στο να έχω τάξη στη ζωή μου (π.χ. οργάνωση, δομή, πρόγραμμα, ρουτίνα).
14. \_\_\_\_\_ Καταβάλλω μεγάλο κόππο στην προσπάθεια να αποφύγω τα πράγματα να πάνε λάθος.
15. \_\_\_\_\_ Αγωνιώ να πάρω αποφάσεις, που να μην κάνω λάθος.
16. \_\_\_\_\_ Είμαι αρκετά ελεγκτικός/ή με τους ανθρώπους γύρω μου.
17. \_\_\_\_\_ Μου αρέσει να είμαι σε θέσεις από όπου ελέγχω ή ασκώ εξουσία στους ανθρώπους γύρω μου.
18. \_\_\_\_\_ Δεν μου αρέσει οι άλλοι να έχουν λόγο στη ζωή μου.
19. \_\_\_\_\_ Δυσκολεύομαι να συμβιβάζομαι ή να υποτάσσομαι.
20. \_\_\_\_\_ Δεν μου αρέσει να εξαρτώμαι από κανέναν.
21. \_\_\_\_\_ Είναι σημαντικό για μένα να παίρνω αποφάσεις μόνος/η μου και να στηρίζω τον εαυτό μου.

22. \_\_\_\_\_ Με δυσκολεύει να δεσμεύομαι με ένα πρόσωπο ή να στεριώνω κάπου.
23. \_\_\_\_\_ Μου αρέσει να είμαι «ελεύθερο πουλί», να έχω την ελευθερία να κάνω αυτό που θέλω.
24. \_\_\_\_\_ Με δυσκολεύει να περιορίζω τον εαυτό μου σε μία δουλειά ή καριέρα. Μου αρέσει να έχω ανοιχτές επιλογές.
25. \_\_\_\_\_ Συνήθως τοποθετώ τις ανάγκες μου μπροστά από τις ανάγκες των άλλων.
26. \_\_\_\_\_ Συχνά γίνομαι απαιτητικός από τους άλλους – Μου αρέσει όλα να είναι «απλά σωστά».
27. \_\_\_\_\_ Πρέπει να φροντίζω τον εαυτό μου πρώτα, έτσι όπως κάνουν και οι άλλοι άνθρωποι.
28. \_\_\_\_\_ Είναι πολύ σημαντικό για μένα το περιβάλλον μου να είναι άνετο (π.χ. θερμοκρασία, φωτισμός, επίπλωση).
29. \_\_\_\_\_ Αντιλαμβάνομαι τον εαυτό μου ως επαναστάτη. Συχνά πηγαίνω ενάντια στο κατεστημένο.

30. \_\_\_\_\_ Αντιπαθώ τους κανόνες και αντλώ ικανοποίηση καταρρίπτοντάς τους.
31. \_\_\_\_\_ Απολαμβάνω να είμαι ασυμβίβαστος, ακόμη κι αν αυτό που κάνω δεν είναι δημοφιλές ή με περιθωριοποιεί.
32. \_\_\_\_\_ Δεν προσπαθώ να είμαι επιτυχής έτσι όπως η κοινωνία το ορίζει (π.χ. πλούτος, επιτεύγματα, δημοτικότητα).
33. \_\_\_\_\_ Πάντοτε ακολουθούσα τους δικούς μου κανόνες.
34. \_\_\_\_\_ Είμαι πολύ κλειστό άτομο. Δεν μου αρέσει να ξέρουν οι άλλοι πολλά για την ιδιωτική μου ζωή ή για τα συναισθήματά μου.
35. \_\_\_\_\_ Προσπαθώ να φαίνομαι δυνατός στους άλλους ανθρώπους, ακόμη κι όταν αισθάνομαι ευάλωτος/η ή είμαι αβέβαιος/η για τον εαυτό μου.
36. \_\_\_\_\_ Μπορώ να γίνω πολύ κτητικός/ή ή να γραπώνομαι από τους ανθρώπους που εκτιμώ.
37. \_\_\_\_\_ Συχνά γίνομαι χειριστικός/ή ώστε να επιτύχω τους στόχους μου.
38. \_\_\_\_\_ Συχνά προτιμώ έμμεσους τρόπους για να πετύχω το δικό μου αντί να ζητώ ευθέως αυτό που θέλω

39. \_\_\_\_\_ Κρατώ τους άλλους ανθρώπους σε απόσταση ώστε να βλέπουν μόνο εκείνες τις πλευρές μου που εγώ θέλω να δουν.
40. \_\_\_\_\_ Είμαι άκρως επικριτικό άτομο.
41. \_\_\_\_\_ Αισθάνομαι ότι πιέζομαι σε μεγάλο βαθμό ώστε να ανταποκρίνομαι στις προσωπικές μου απαιτήσεις ή τις ευθύνες.
42. \_\_\_\_\_ Συχνά γίνομαι αδιάκριτος/η ή χοντροκομμένος/η όταν εκφράζομαι.
43. \_\_\_\_\_ Προσπαθώ να είμαι αισιόδοξος/η ανά πάσα στιγμή. Δεν επιτρέπω στον εαυτό μου να εστιάζει στα αρνητικά.
44. \_\_\_\_\_ Πιστεύω ότι είναι σημαντικό να «δείχνω ένα χαρούμενο πρόσωπο» ανεξαρτήτως του τί νιώθω μέσα μου.
45. \_\_\_\_\_ Συχνά αισθάνομαι ζήλεια ή απογοήτευση όταν οι άλλοι είναι περισσότερο επιτυχείς ή όταν λαμβάνουν μεγαλύτερη προσοχή από ότι εγώ.
46. \_\_\_\_\_ Θα φτάσω ως τα άκρα προκειμένου να είμαι βέβαιος ότι με αντιμετωπίζουν δίκαια και δεν με εξαπατούν
47. \_\_\_\_\_ Ψάχνω τρόπους να είμαι εξυπνότερος από τους άλλους, ώστε να μην με εκμεταλλεύονται ούτε να με πληγώνουν.

48. \_\_\_\_\_ Ξέρω ακριβώς τί να πω ή τί να κάνω για να κάνω τους άλλους να με συμπαθήσουν (π.χ. να τους κολακεύω, να λέω αυτό που θέλουν να ακούσουν).

**COPYRIGHT 2003 Jeffrey Young, Ph.D. Unauthorized reproduction without written consent of the author is prohibited. For more information, write: Cognitive Therapy Center of New York, 130 West 42nd St., Ste. 501, New York, NY 10036.**

Μετάφραση Προσαρμογή στα Ελληνικά: Ιωάννης Μαλογιάννης, Ειρήνη Τσαρτσάρα, Θωμάς Καλπάκογλου (Επικοινωνία: Ιωάννης Μαλογιάννης, [imalog@hol.gr](mailto:imalog@hol.gr))

## YRAI-1

### Young & Rygh Avoidance Inventory-1

J. Young, PhD and J. Rygh, PhD

(Ερωτηματολόγιο Αποφυγής των Young & Rygh-1)

Μετάφραση και προσαρμογή στα Ελληνικά:

Ιωάννης Μαλογιάννης, Ειρήνη Τσαρτσάρα, Θωμάς Καλπάκογλου

Όνομα \_\_\_\_\_ Ημερομηνία/ \_\_\_\_\_

### Οδηγίες:

Ακολουθούν προτάσεις με τις οποίες κανείς θα μπορούσε να περιγράψει τον εαυτό του. Παρακαλώ διαβάστε την κάθε πρόταση και αποφασίστε πόσο καλά σας περιγράφει. Στη συνέχεια επιλέξτε το βαθμό που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο στην κλίμακα από το 1 έως το 6) και καταγράψτε τον βαθμό στο κενό πριν από την κάθε πρόταση.

### ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ:

1= Δεν ισχύει καθόλου για μένα

3= Ισχύει μάλλον, παρά δεν ισχύει

5= Ισχύει πάρα πολύ για μένα

2= Μάλλον δεν ισχύει για μένα

4= Ισχύει αρκετά για μένα

6= Με περιγράφει τέλεια

### ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ:

A. 4 Προσπαθώ να μη σκέφτομαι πράγματα που με ενοχλούν.

1. \_\_\_\_\_ Προσπαθώ να μη σκέφτομαι πράγματα που με ενοχλούν.

2. \_\_\_\_\_ Κάνω χρήση αλκοόλ ώστε να ηρεμώ τον εαυτό μου.

3. \_\_\_\_\_ Είμαι χαρούμενος/η τον περισσότερο καιρό.

4. \_\_\_\_\_ Σπανίως αισθάνομαι θλίψη ή μελαγχολία.



5. \_\_\_\_\_ Εκτιμώ περισσότερο την λογική από τα συναισθήματα.
6. \_\_\_\_\_ Πιστεύω ότι δεν πρέπει να θυμώνω, ακόμη και με τους ανθρώπους που δεν συμπαθώ.
7. \_\_\_\_\_ Χρησιμοποιώ ψυχοτρόπες ουσίες (ναρκωτικά) για να αισθάνομαι καλύτερα.
8. \_\_\_\_\_ Δεν νιώθω πολλά όταν θυμάμαι τα παιδικά μου χρόνια.
9. \_\_\_\_\_ Καπνίζω όταν είμαι αναστατωμένος/η.
10. \_\_\_\_\_ Υποφέρω από γαστρεντερικά προβλήματα (π.χ. δυσπεψία, έλκη, κολίτιδες).
11. \_\_\_\_\_ Αισθάνομαι μουδιασμένος/η.
12. \_\_\_\_\_ Έχω συχνά πονοκεφάλους.
13. \_\_\_\_\_ Αποσύρομαι όταν θυμώνω.
14. \_\_\_\_\_ Δεν έχω τόση ενέργεια όση έχουν τα περισσότερα άτομα της ηλικίας μου.
15. \_\_\_\_\_ Υποφέρω από μυοσκελετικά άλγη και πόνους.
16. \_\_\_\_\_ Παρακολουθώ πολύ τηλεόραση όταν είμαι μόνος/η.
17. \_\_\_\_\_ Πιστεύω ότι κανείς πρέπει να χρησιμοποιεί την λογική ώστε να κρατάει τα συναισθήματα υπό έλεγχο.
18. \_\_\_\_\_ Δεν μπορώ να αντιπαθήσω κάποιον έντονα.

- 19.\_\_\_\_\_ Η φιλοσοφία μου όταν κάτι πάει στραβά, είναι να το αφήσω πίσω μου όσο το δυνατόν γρηγορότερα και να προχωρήσω.
- 20.\_\_\_\_\_ Αποσύρομαι από τους ανθρώπους όταν πληγώνομαι.
- 21.\_\_\_\_\_ Δεν θυμάμαι πολλά από τα παιδικά μου χρόνια.
- 22.\_\_\_\_\_ Παίρνω «υπνάκους» ή κοιμάμαι αρκετά κατά την διάρκεια της ημέρας.
- 23.\_\_\_\_\_ Είμαι απόλυτα ευτυχής όταν περιπλανώμαι ή ταξιδεύω.
- 24.\_\_\_\_\_ Το να μένω πιστός στο καθήκον με βοηθάει να μην αναστατώνομαι.
- 25.\_\_\_\_\_ Περνώ πολύ χρόνο ονειροπολώντας.
- 26.\_\_\_\_\_ Όταν αναστατώνομαι, τρώω για να νιώθω καλύτερα.
- 27.\_\_\_\_\_ Προσπαθώ να μην σκέφτομαι επώδυνες μνήμες από το παρελθόν.
- 28.\_\_\_\_\_ Νιώθω καλύτερα όταν κρατώ τον εαυτό μου συνεχώς απασχολημένο/η, ώστε να μην αφήνω πολύ χρόνο για σκέψη.
- 29.\_\_\_\_\_ Είχα πολύ χαρούμενα παιδικά χρόνια.
- I
- 30.\_\_\_\_\_ Αποσύρομαι όταν είμαι θλιμμένος/η.
- 31.\_\_\_\_\_ Λένε ότι είμαι σαν την στρουθοκάμηλο με το κεφάλι μου χωμένο στην άμμο. Δηλαδή, τείνω να παραβλέπω τις δυσάρεστες σκέψεις.
- 32.\_\_\_\_\_ Τείνω να μην σκέφτομαι απώλειες ή απογοητεύσεις.

33. \_\_\_\_\_ Συχνά δεν αισθάνομαι τίποτε, ακόμη και όταν μια κατάσταση φαίνεται να δικαιολογεί την ύπαρξη δυνατών συναισθημάτων.
34. \_\_\_\_\_ Υπήρξα τυχερός/ή που είχα τόσο καλούς γονείς.
35. \_\_\_\_\_ Προσπαθώ να παραμένω συναισθηματικά ουδέτερος/η τον περισσότερο καιρό.
36. \_\_\_\_\_ Πιάνω τον εαυτό μου να κάνω αγορές που δεν τις χρειάζομαι, ώστε να βελτιώσω την διάθεσή μου.
37. \_\_\_\_\_ Προσπαθώ να μην βάζω τον εαυτό μου σε καταστάσεις που είναι δύσκολες ή που με κάνουν να αισθάνομαι άβολα.
38. \_\_\_\_\_ Ασθενώ όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά για μένα.
39. \_\_\_\_\_ Όταν κάποιιοι άνθρωποι με άφησαν ή πέθαναν, δεν ένιωσα μεγάλη αναστάτωση.
40. \_\_\_\_\_ Δεν με ενδιαφέρει τί σκέφτονται οι άλλοι για μένα.

**COPYRIGHT 2003 Jeffrey Young, Ph.D. and Jayne Rygh, Ph.D. Unauthorized reproduction without written consent of the authors is prohibited. For more information, write: Cognitive Therapy Center of New York, 130 West 42nd St., Ste. 501, New York, NY 10036.**

Μετάφραση Προσαρμογή στα Ελληνικά: Ιωάννης Μαλογιάννης, Ειρήνη Τσαρτσάρα, Θωμάς Καλπάκογλου (Επικοινωνία: Ιωάννης Μαλογιάννης, [imalog@hol.gr](mailto:imalog@hol.gr)).

## Schema Therapy Competency Rating Scale

### STCRS

#### Βαθμολογική Κλίμακα Επάρκειας στη Θεραπεία Σχημάτων

Θεραπευτής: \_\_\_\_\_ Ασθενής: \_\_\_\_\_  
Ημερομηνία συνεδρίας: \_\_\_\_\_  
Κασέτα ID#: \_\_\_\_\_ Βαθμολογητής: \_\_\_\_\_  
Ημερομηνία βαθμολόγησης: \_\_\_\_\_  
Συνεδρία # \_\_\_\_\_ ( ) Βιντεοκασέτα ( ) Ακουστική κασέτα ( ) Ζωντανή Παρατήρηση

Οδηγίες: Για κάθε λήμμα βαθμολογείτε τον θεραπευτή σε μια κλίμακα από 0 έως 6 και καταγράψτε το βαθμό στη γραμμή δίπλα στον αριθμό του κάθε λήμματος. Παρέχονται περιγραφές σε ζυγή αρίθμηση κλίμακας. Εάν πιστεύετε πως ο θεραπευτής τοποθετείται ανάμεσα σε δύο περιγραφές, διαλέξτε τον ενδιάμεσο μονό αριθμό (1, 3, 5). Για παράδειγμα, αν ο θεραπευτής είναι καλύτερος από την περιγραφή του 4, αλλά όχι τόσο καλός όσο η περιγραφή του 6, σημειώστε ως βαθμό το 5.

Εάν οι περιγραφές για κάποιο λήμμα κάποιες φορές δεν ανταποκρίνονται στη συνεδρία που βαθμολογείτε, αγνοείστε τες εφόσον το κρίνετε απαραίτητο και χρησιμοποιείτε την κάτωθι πιο γενική κλίμακα :

0	1	2	3	4	5	6
Πολύ φτωχή	Φτωχή	Μη ικανοποιητική	Επαρκής	Καλή	Πολύ καλή	Άριστη

Παρακαλείσθε να μην αφήσετε κανένα λήμμα κενό. Για όλα τα λήμματα επικεντρωθείτε στην ικανότητα του θεραπευτή, λαμβάνοντας υπόψη το πόσο δύσκολος είναι ο ασθενής. Χρησιμοποιείτε την εναλλακτική "Όχι", μόνο όταν αναφέρεται στο λήμμα, το οποίο βαθμολογείτε. (Μη χρησιμοποιείτε αυτή τη βαθμολογική κλίμακα για πολύ αρχικές ή τελικές συνεδρίες).

## Μέρος Ι. ΓΕΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

### 1. ΔΙΟΡΘΩΤΙΚΗ ΓΟΝΕΪΚΗ ΣΤΑΣΗ

Η Διορθωτική Γονεϊκή Στάση αφορά στο να καλύψει ο θεραπευτής με άμεσο τρόπο πυρηνικές ανάγκες του ασθενούς που δεν καλύφθηκαν στην παιδική ηλικία, μέσα στα κατάλληλα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης. Η Διορθωτική Γονεϊκή Στάση περιλαμβάνει ζεστασιά, αποδοχή, μη λεκτικές εκφράσεις ενδιαφέροντος, επικύρωσης, προώθησης της αυτονομίας, οριοθέτησης, όπως και άλλες συμπεριφορές που σχετίζονται με ακάλυπτες παιδικές ανάγκες. Για να βαθμολογηθεί με 5 ή 6, ο θεραπευτής θα πρέπει να εφαρμόσει τη Διορθωτική Γονεϊκή Στάση πέρα από την τυπική θεραπευτική ζεστασιά και φροντίδα.

0 Συμπεριφέρθηκε με τρόπο ο οποίος πλήγωσε τον ασθενή (ήταν επικριτικός, απορριπτικός ή προκλητικός). Ή δεν εφάρμοσε τη Διορθωτική Γονεϊκή Στάση υγιώς (υπήρξε απουσία ζεστασιάς και φροντίδας).

2 Περιορισμένη Διορθωτική Γονεϊκή Στάση. Δεν πλήγωσε τον ασθενή, αλλά δυσκολεύτηκε πολύ να καλύψει τις πυρηνικές συναισθηματικές ανάγκες του ασθενούς (π.χ ήταν κρύος, αποστασιοποιημένος, ακυρωτικός).

4 Έκανε καλή δουλειά καλύπτοντας τις περισσότερες πυρηνικές ανάγκες, αλλά δεν είχε Διορθωτική Γονεϊκή Στάση που να διαφέρει από αυτή ενός ζεστού θεραπευτή οποιασδήποτε άλλης θεραπευτικής προσέγγισης

6 Άριστη και κατάλληλη Διορθωτική Γονεϊκή Στάση. Έφτασε πέρα από τα όρια της ζεστασιάς και της φροντίδας για την κάλυψη των πυρηνικών αναγκών του ασθενούς (π.χ έδωσε περισσότερο θεραπευτικό χρόνο όπου χρειάστηκε, έκανε τηλεφωνήματα, αυτό αποκάλυψη, έδωσε μεταβατικά αντικείμενα)

*Εξαιρέσεις: Αυτό το λήμμα δεν αφορά στην ικανότητα του θεραπευτή για συναισθαντική κατανόηση, καθώς αυτό καλύπτεται στο λήμμα 2. Επίσης, όταν Η Διορθωτική Γονεϊκή Στάση πραγματοποιείται μέσω νοερής εικόνας, θα*

πρέπει να βαθμολογείται στις τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα (λήμμα 11) και όχι στο ανωτέρω λήμμα.

## 2. ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ

0 Ο θεραπευτής επανειλημμένως απέτυχε να καταλάβει αυτό που εξηγούσε ο ασθενής και κατά συνέπεια έχασε το νόημα. Πολύ φτωχές ικανότητες συναισθαντικής κατανόησης.

2 Ο θεραπευτής συνήθως κατάφερνε να πραγματοποιήσει παράφραση ή αντανάκλαση των λεγομένων του ασθενούς, αλλά επανειλημμένως απέτυχε να ανταποκριθεί σε μια πιο ουσιαστική επικοινωνία. Περιορισμένη ικανότητα για συναισθαντική κατανόηση.

4 Καλή ικανότητα να ακούσει και να εφαρμόσει τη συναισθαντική κατανόηση. Ο θεραπευτής έδωσε σε γενικές γραμμές την εντύπωση πως αντιλαμβάνεται την «εσωτερική πραγματικότητα» του ασθενούς, η οποία εκφράστηκε τόσο ρητά όσο και άρρητα από την πλευρά του.

6 Άριστη ικανότητα για συναισθαντική κατανόηση. Ο θεραπευτής έδωσε την εντύπωση πως αντιλαμβάνεται την «εσωτερική πραγματικότητα» του ασθενούς και κατάφερε να επικοινωνήσει αυτή την κατανόηση μέσα από κατάλληλες λεκτικές και μη λεκτικές απαντήσεις προς τον ασθενή (π.χ ο τόνος της απάντησης του θεραπευτή κατέδειξε συντονισμό με τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς).

*Εξαίρεση: Το συγκεκριμένο λήμμα αναφέρεται στο βάθος της συναισθαντικής κατανόησης του θεραπευτή, αλλά δεν περιλαμβάνει τη ζεστασιά, τη φροντίδα και τις άλλες όψεις της διορθωτικής γονεϊκής στάσης του λήμματος 1.*

## 3. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ, ΑΝΑΤΡΟΦΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΕΣΤΙΑΣΜΟΣ ΣΤΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

0 Ο θεραπευτής δεν συνεργάστηκε με τον ασθενή, δεν εστιάστηκε σε κάποια ζητήματα στη συνεδρία ή/και δεν ζήτησε ανατροφοδότηση για τη συνεδρία και τη θεραπευτική σχέση.

2 Ο θεραπευτής προσπάθησε να συνεργαστεί με τον ασθενή, αλλά δυσκολεύτηκε σημαντικά να ορίσει ένα πρόβλημα, το οποίο ο ασθενής θεωρούσε σημαντικό, να εγκαθιδρύσει μια συμμαχία μαζί του ή να ζητήσει ανατροφοδότηση.

4 Ο θεραπευτής συνεργάστηκε καλά με τον ασθενή: Εστιάστηκε σε ένα πρόβλημα που τόσο ο ασθενής όσο και ο θεραπευτής θεωρούσαν σημαντικό, εγκαθίδρυσε μια καλή συμμαχία, και ζήτησε για γενική ανατροφοδότηση.

6 Η συνεργασία φάνηκε άριστη. Εκτός από μια πολύ καλή συμμαχία και από κοινού συμφωνία για τον εστιασμό στη συνεδρία, ο θεραπευτής ενθάρρυνε τον ασθενή όσο περισσότερο μπορούσε, ώστε να αναλάβει ενεργητικό ρόλο κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και να λειτουργήσουν ως ομάδα. Ο θεραπευτής ήταν επαρκής στο να ζητήσει ανατροφοδότηση, να αντιληφθεί πώς ανταποκρινόταν ο ασθενής στη συνεδρία και να προσαρμόσει την προσέγγισή του, για να επεκτείνει τη συνεργασία.

#### **\_\_\_\_\_ 4. ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΚΑΙ ΕΥΕΛΙΞΙΑ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ**

Ο θεραπευτής διέθετε μια ισορροπημένη και ευέλικτη προσέγγιση στη θεραπεία, η οποία ήταν συμβατή με τη διάθεση του ασθενούς και με τους θεραπευτικούς στόχους. Για παράδειγμα, αναμείγνυε την ευγένεια με την αντιπαράθεση, το να είναι περισσότερο κατευθυντικός με το να είναι λιγότερο ενεργητικός, το να είναι πιο χαλαρός με το να είναι πιο πειστικός, το να επιτρέπει την ελευθερία στην έκφραση θέτοντας ταυτόχρονα όρια και το να είναι τόσο συναισθηματικός όσο και λογικός.

0 Ο θεραπευτής δεν χρησιμοποιεί μια ισορροπημένη και ευέλικτη προσέγγιση σε αρκετούς τομείς της συμπεριφοράς του (π.χ φαίνεται απόλυτος, αντιπαράτίθεται υπερβολικά, είναι πολύ παθητικός, πολύ κυριαρχικός, πολύ λογικός ή πολύ περιοριστικός). Αυτή η έλλειψη ισορροπίας υπήρξε επιζήμια για τη συνεδρία.

2 Ο θεραπευτής ήταν σχετικά ισορροπημένος, αλλά δεν ήταν ευέλικτος σε μια ή δυο σημαντικές φάσεις, οι οποίες επηρέασαν αρνητικά τη γενική βοηθητικότητα της συνεδρίας.

4 Ο θεραπευτής είναι καλός στο να εξισορροπεί διαφορετικά στοιχεία της προσέγγισης του. Ωστόσο, το συγκεκριμένο σιλιλ δεν είναι το καλύτερο για τον συγκεκριμένο ασθενή. Ο θεραπευτής δεν ήταν τόσο ισορροπημένος σε μια ή περισσότερες λιγότερο σημαντικές φάσεις. Παρόλα αυτά, αυτοί οι περιορισμοί δεν μείωσαν ουσιαστικά τη βοηθητικότητα της συνεδρίας.

6 Ο θεραπευτής είναι άριστος στη διατήρηση ενός ισορροπημένου θεραπευτικού σιλιλ και επιδεικνύει ένα βέλτιστο επίπεδο ευελιξίας στο να προσαρμόζει το προσωπικό του σιλιλ στις συγκεκριμένες ανάγκες και συναισθήματα του ασθενούς κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

## **5. ΑΝΕΣΗ ΚΑΙ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΤΟΥ**

Ο θεραπευτής φάνηκε να έχει υγιή εμπιστοσύνη στις ικανότητές του. Δεν έδειχνε αγχωμένος ή ανασφαλής. Μετέφερε μια αίσθηση καθαρότητας για την κατεύθυνση της συνεδρίας. Δεν είχε υπερβολική αυτοπεποίθηση, δεν ήταν επικεντρωμένος στον εαυτό του, δεν προσπαθούσε να εντυπωσιάσει ή να ευχαριστήσει τον ασθενή. Φαινόταν άνετος με τον εαυτό του, αντί να παίζει το ρόλο του θεραπευτή.

0 Ο θεραπευτής φαίνεται εξαιρετικά ανασφαλής, με έλλειψη αυτοπεποίθησης ή με υπερβολική αυτοπεποίθηση. Φαίνεται είτε να έχει πολύ άγχος είτε να πιστεύει πολύ στον εαυτό του. Ή δεν ελέγχει καθόλου την κατεύθυνση προς την οποία κινείται η συνεδρία.

2 Ο θεραπευτής δυσκολεύεται σημαντικά να φανεί χαλαρός και σίγουρος ή να κατευθύνει τη συνεδρία. Μπορεί να επιδεικνύει είτε πολύ ζήλο για να ευχαριστήσει τον ασθενή, είτε παθητικότητα είτε επικέντρωση στον εαυτό του.



4 Ο θεραπευτής εκπέμπει αυτοπεποίθηση και κατευθύνει τη συνεδρία. Φαίνεται γενικώς χαλαρός παρά ανασφαλής ή με διάθεση να εντυπωσιάσει.

6 Ο θεραπευτής επιδεικνύει το βέλτιστο επίπεδο αυτοπεποίθησης, άνεσης και εσωτερικής ασφάλειας. Παρέχει βοηθητική κατεύθυνση με έναν άνετο τρόπο. Φαίνεται εξαιρετικά φυσικός και αυθόρμητος στο να είναι ο εαυτός του, αντί να δίνει την εντύπωση πως ακολουθεί συγκεκριμένους κανόνες σχετικά με το «τι θα έπρεπε να κάνει ένας καλός θεραπευτής».

## **Μέρος II. ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

### **6. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΧΗΜΑΤΩΝ**

Μέσω μιας διαδικασίας διερεύνησης και αξιολόγησης, ο θεραπευτής προσπαθεί να συλλάβει τα προβλήματα του ασθενούς καθώς και τα υποβόσκοντα ζητήματα και μοτίβα σε όρους σχημάτων. Διαμέσου της χρήσης κατάλληλων ερωτήσεων, της κατανόησης τρεχουσών εμπειριών ζωής και της ερμηνείας των ερωτηματολογίων που αφορούν στα σχήματα, ο θεραπευτής εντοπίζει τα σχήματα, τους λειτουργικούς τρόπους, τις στρατηγικές αντιμετώπισης καταστάσεων και τα μοτίβα ζωής.

(Όχι) Ο θεραπευτής δεν ασχολήθηκε με τη διερεύνηση ή την αξιολόγηση των σχημάτων. Ωστόσο, αυτό δεν ήταν αναγκαίο ή αρμόζον στα πλαίσια της συγκεκριμένης συνεδρίας.

0 Ο θεραπευτής δεν διερεύνησε ούτε αξιολόγησε σχήματα ή μοτίβα, παρόλο που αυτή η διαδικασία θα ήταν απαραίτητη, ώστε να καταστεί αποτελεσματική η συγκεκριμένη συνεδρία.

2 Ο θεραπευτής έκανε κάποια προσπάθεια να διερευνήσει ή να αξιολογήσει σχήματα ή μοτίβα, αλλά δεν έκανε ερωτήσεις με επιδέξιο τρόπο, δεν χρησιμοποίησε σωστά τα ερωτηματολόγια ή δεν συνδύασε τις πληροφορίες κατά χρήσιμο τρόπο. Συνεπώς, η διατύπωση περίπτωσης βάσει σχημάτων δεν ήταν ακριβής, ούτε ολοκληρωμένη ή δεν συνδεόταν με τρόπο που να κάνει νόημα.

4 Ο θεραπευτής ήταν καλός στη σύλληψη και τη διατύπωση των προβλημάτων του ασθενούς με όρους σχημάτων. Χρησιμοποίησε ερωτήσεις, ερωτηματολόγια ή εμπειρίες από την ενήλικη ζωή του ασθενούς για να αναπτύξει μια χρήσιμη και ακριβή διατύπωση περίπτωσης.

6 Άριστη διερεύνηση και αξιολόγηση σχημάτων. Ο θεραπευτής ήταν πολύ επιδέξιος στη συγκέντρωση πληροφοριών, στη χρήση ερωτήσεων και ερωτηματολογίων και στη συζήτηση γύρω από εμπειρίες ζωής. Ο θεραπευτής κατέδειξε διορατικότητα και την ικανότητα να συνθέτει ποικίλες πληροφορίες σε μια ενοποιημένη διατύπωση περίπτωσης, προσαρμοσμένης με ακρίβεια στον ασθενή.

*Εξαίρεση: Το συγκεκριμένο λήμμα δεν περιλαμβάνει συζήτηση για ρίζες στην παιδική ηλικία, ούτε τη χρήση νοερής εικόνας από την παιδική ηλικία, ούτε τη διερεύνηση της θεραπευτικής σχέσης με στόχο την αξιολόγηση. Αυτά βαθμολογούνται στο λήμμα 8. Το παρόν λήμμα επίσης δεν περιλαμβάνει την εκπαίδευση του ασθενούς για τη διατύπωση περίπτωσης, η οποία βαθμολογείται στο λήμμα 7.*

## **\_\_\_\_\_ 7. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΙΤΛΟΦΟΡΗΣΗ ΣΧΗΜΑΤΩΝ**

Ο θεραπευτής εκπαιδεύει τον ασθενή στα παρόντα προβλήματά του, στα μοτίβα της ζωής του, στις συναισθηματικές του αντιδράσεις, στις διαστρεβλωμένες του αντιλήψεις, ή στις δυσλειτουργικές συμπεριφορές του χρησιμοποιώντας τους όρους των σχημάτων. Ο θεραπευτής αναλυτικά τιτλοφορεί τα σχήματα, τις πυρηνικές ανάγκες, τους λειτουργικούς τρόπους και τις στρατηγικές αντιμετώπισης καταστάσεων για τον ασθενή, όπως προκύπτουν. Με αποτελεσματικό τρόπο επικοινωνεί αυτές τις έννοιες έτσι, ώστε ο ασθενής να τις κατανοήσει διεξοδικά.

0 Ο θεραπευτής δεν εκπαίδευσε τον ασθενή για τα προβλήματά του, ώστε ο ίδιος να τα κατανοήσει και δεν τιτλοφόρησε σχήματα, πυρηνικές ανάγκες, λειτουργικούς τρόπους και /ή στρατηγικές αντιμετώπισης καταστάσεων, όταν προέκυπταν.

2 Ο θεραπευτής προσπάθησε να εκπαιδεύσει τον ασθενή για τα προβλήματά του αλλά: οι έννοιες ή οι ονομασίες των σχημάτων δεν εξηγήθηκαν με το σωστό τρόπο, ο θεραπευτής δεν χρησιμοποίησε γλώσσα εστιασμένη στα σχήματα, ή δεν επικοινωνήσε τις έννοιες με τρόπο τέτοιο, ώστε ο ασθενής να τις κατανοήσει καθαρά.

4 Ο θεραπευτής ήταν καλός στο να εκπαιδεύσει τον ασθενή για τα τρέχοντα προβλήματά του. Του τα εξήγησε επιτυχώς χρησιμοποιώντας τίτλους βασισμένους στα σχήματα. Ήταν αποτελεσματικός στο να επικοινωνήσει αυτές τις πληροφορίες με τρόπο τέτοιο, ώστε ο ασθενής να τις κατανοήσει. Ο θεραπευτής θα μπορούσε να είναι πιο επιδέξιος στην επεξήγηση των προβλημάτων του ασθενούς ή στη χρήση ορολογίας σχημάτων.

6 Ο θεραπευτής ήταν άριστος στο να εκπαιδεύσει τον ασθενή για τα τρέχοντα προβλήματά του. Του τα εξήγησε επιτυχώς χρησιμοποιώντας τίτλους βασισμένους στα σχήματα και με πολύ επιδέξιο τρόπο επικοινωνήσε αυτή την πληροφορία, ώστε ο ασθενής να την κατανοήσει και να ταυτίσει τον εαυτό του με αυτό.

## **\_\_\_\_\_ 8. ΣΥΝΔΕΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΠΥΡΟΔΟΤΟΥΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΣΧΗΜΑΤΑ**

Ο θεραπευτής συνδέει διάφορα γεγονότα του παρόντος ή του παρελθόντος τα οποία μοιράζονται τα ίδια υποβόσκοντα σχήματα, τους ίδιους λειτουργικούς τρόπους, τα ίδια συναισθήματα, συμπεριφορές ή/και στρατηγικές αντιμετώπισης καταστάσεων. Οι συνηθέστερες συνδέσεις είναι μεταξύ: πρόσφατων προβλημάτων ζωής, πηγών προέλευσης στην παιδική ή εφηβική ηλικία, συνθηκών της πρώιμης ενήλικης ζωής ή διαδράσεων στη θεραπευτική σχέση. Η σύνδεση μπορεί να γίνει είτε μέσω νοερών εικόνων ρωτώντας τον θεραπευόμενο να εντοπίσει παρόμοιες καταστάσεις είτε μέσω υποδείξεων από την πλευρά του θεραπευτή για την ομοιότητα μεταξύ γεγονότων.

0 Ο θεραπευτής δεν προσπάθησε να συνδέσει γεγονότα ζωής, τα οποία μοιράζονται κοινά θέματα και έχουν στη βάση τους τα ίδια σχήματα.

2 Ο θεραπευτής προσπάθησε να συνδέσει γεγονότα με παρόμοια υποβόσκοντα σχήματα αλλά: οι συνδέσεις δεν ήταν ακριβείς ή δεν έκαναν νόημα στον ασθενή. Ή δεν επικοινωνήθηκαν στον ασθενή με τρόπο τέτοιο, ώστε να κατανοήσει τη σύνδεση.

4 Ο θεραπευτής ήταν καλός στη σύνδεση γεγονότων με παρόμοια υποβόσκοντα σχήματα. Ωστόσο, οι συνδέσεις θα μπορούσαν να έχουν επικεντρωθεί στα γεγονότα ζωής του ασθενούς ή να έχουν επικοινωνηθεί πιο αποτελεσματικά (π.χ ο θεραπευτής θα μπορούσε να έχει χρησιμοποιήσει νοερή εικόνα αντί να υποδείξει λεκτικά τις συνδέσεις).

6 Ο θεραπευτής ήταν άριστος στη σύνδεση γεγονότων με παρόμοια υποβόσκοντα σχήματα. Οι συνδέσεις ήταν επικεντρωμένες στα τρέχοντα ζητήματα που απασχολούν τον ασθενή και επικοινωνήθηκαν σε αυτόν με τις πιο αποτελεσματικές τεχνικές και στην πιο κατανοητή γλώσσα.

### **Μέρος III. ΑΛΛΑΓΗ ΣΧΗΜΑΤΩΝ**

#### **\_\_\_\_\_ 9. ΠΛΑΝΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ**

Ο θεραπευτής πρέπει να έχει ένα σαφές πλάνο για την πρόοδο σε σχέση με το πρόβλημα του ασθενούς. Πρέπει να είναι ξεκάθαρο στον βαθμολογητή ότι ο θεραπευτής καθοδηγεί τον ασθενή προς την αλλαγή σχημάτων με έναν σταθερό τρόπο που να διαθέτει συνοχή. Ο θεραπευτής πρέπει να χρησιμοποιεί στρατηγικές που φαίνονται κατάλληλες, υπόσχονται να βοηθήσουν τον ασθενή να αλλάξει και πηγάζουν από τη θεραπεία σχημάτων.

(Όχι) Ο θεραπευτής δεν προσπάθησε να επιφέρει αλλαγή σχημάτων κατά τη διάρκεια της συνεδρίας (π.χ η συνεδρία επικεντρώθηκε στην αξιολόγηση ή στη θεραπευτική σχέση μόνο). Ωστόσο, ήταν εύλογο για τον θεραπευτή να μην προσπαθήσει αλλαγή σχημάτων στη συγκεκριμένη συνεδρία.

0 Ο θεραπευτής είτε δεν επέδειξε κάποια σαφή στρατηγική για αλλαγή, είτε δεν χρησιμοποίησε στρατηγικές που πηγάζουν από τη θεραπεία

σχημάτων (π.χ η θεραπευτική προσέγγιση ήταν πολύ γενική με την έννοια ότι θα μπορούσε να προσομοιάζει σε πολλές άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις).

2 Ο θεραπευτής είχε στρατηγική για αλλαγή και χρησιμοποίησε στρατηγικές που πηγάζουν από τη θεραπεία σχημάτων. Ωστόσο, η στρατηγική ήταν ασαφής και χωρίς συνοχή ή η στρατηγική και οι τεχνικές δεν ήταν κατάλληλες για τα προβλήματα του ασθενούς στη συγκεκριμένη συνεδρία.

4 Ο θεραπευτής φάνηκε να έχει μια στρατηγική για αλλαγή καλή και με συνοχή, η οποία είναι υποσχόμενη και η οποία ενσωμάτωσε τεχνικές από τη θεραπεία σχημάτων. Ωστόσο, ο θεραπευτής θα μπορούσε είτε να έχει χρησιμοποιήσει μια καλύτερη στρατηγική για αλλαγή, είτε να έχει ενσωματώσει καταλληλότερες τεχνικές από τη θεραπεία σχημάτων για τη συγκεκριμένη συνεδρία.

6 Ο θεραπευτής ακολούθησε μια εξαιρετική στρατηγική για την αλλαγή, η οποία φάνηκε ξεκάθαρη, με συνοχή, κατάλληλη και υποσχόμενη για τα προβλήματα του ασθενούς και ενσωμάτωσε τις καταλληλότερες τεχνικές από τη θεραπεία σχημάτων για τη συγκεκριμένη συνεδρία.

*Σημείωση: Αυτό το λήμμα δεν αναφέρεται στο πόσο καλά ο θεραπευτής εφάρμοσε τη στρατηγική. Αυτό θα βαθμολογηθεί στα λήμματα 10, 11 και 12. Αν η στρατηγική αντλήθηκε από τη θεραπεία σχημάτων και ήταν κατάλληλη για το πρόβλημα, ο θεραπευτής θα πρέπει να λάβει υψηλή βαθμολογία σε αυτό το λήμμα, ακόμα και αν ο θεραπευτής εφάρμοσε τις τεχνικές με αναποτελεσματικό τρόπο. Επιπλέον, ο θεραπευτής δεν πρέπει να βαθμολογηθεί χαμηλότερα, αν δεν προκύψει αλλαγή, από τη στιγμή που η στρατηγική είναι εύλογη.*

## 10. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΓΝΩΣΙΑΚΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ

Ο θεραπευτής εφαρμόζει με επιδέξιο τρόπο γνωσιακές τεχνικές, οι οποίες πηγάζουν από τη θεραπεία σχημάτων. Οι γνωσιακές τεχνικές για την αλλαγή συνήθως εστιάζουν στη λογική ή εμπειρική ανάλυση των πεποιθήσεων. Κάποιες από τις συνήθεις γνωσιακές τεχνικές, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι οι ακόλουθες:

- α. Ο θεραπευτής αναπλαισιώνει το παρελθόν για να πολεμήσει τα σχήματα. Για παράδειγμα, αποδίδει το αρνητικό φέρσιμο των γονιών προς το παιδί σε ανεπάρκεια των γονιών και όχι σε ανεπάρκεια του ασθενούς.
- β. Ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή να επαναποδώσει προβλήματα της ενήλικης ζωής στα σχήματα ή στους λειτουργικούς τρόπους αντί να τα αποδίδει σε ενδογενή ελαττώματά του.
- γ. Ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή να δει τα δεδομένα για να ελέγξει κατά πόσο ένα σχήμα είναι ακριβές και του υποδεικνύει γνωσιακές παραποιήσεις που προκύπτουν από τα σχήματα.
- δ. Ο θεραπευτής ελέγχει ένα σχήμα καθοδηγώντας μια ανασκόπηση ζωής, συγκεντρώνοντας δεδομένα υπέρ και κατά, ώστε να αντικρούσει το σχήμα.
- ε. Ο θεραπευτής κατασκευάζει μια ισχυρή λογική και εμπειρική επιχειρηματολογία ενάντια σε ένα σχήμα, το οποίο ο ασθενής λογικά αποδέχεται.
- στ. Ο θεραπευτής καθοδηγεί έναν διάλογο με τον ασθενή ανάμεσα στην πλευρά του σχήματος και στην υγιή πλευρά με στόχο τη γνωσιακή αναδόμηση.
- ζ. Ο θεραπευτής δημιουργεί μια κάρτα υπενθύμισης, που περιλαμβάνει την οπτική του Υγειούς Ενήλικα και βασίζεται στο υπόδειγμα για τις κάρτες υπενθύμισης.
- η. Ο θεραπευτής δημιουργεί με τον ασθενή ένα ολοκληρωμένο Ημερολόγιο Σχημάτων.

*Εξαιρέση: Ο βαθμολογητής δεν θα πρέπει να κρίνει αν η γνωσιακή τεχνική που χρησιμοποιείται είναι γενικά καλή στρατηγική ή αν οι γνωσιακές τεχνικές ήταν απαραίτητες για αυτή τη συνεδρία. Ο θεραπευτής θα πρέπει να*

βαθμολογηθεί βάσει του πόσο καλά εφάρμοσε τις γνωσιακές τεχνικές κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

*Επεξήγηση: Το παιχνίδι ρόλων, οι διάλογοι και η νοερή εικόνα θεωρούνται γνωσιακές τεχνικές μόνο όταν αποσκοπούν πρωταρχικά στην αλλαγή της διαστρεβλωμένης γνωσιακής οπτικής του ασθενούς. Αν το παιχνίδι ρόλων, οι διάλογοι και η νοερή εικόνα αποσκοπούν πρωταρχικά στην αλλαγή συναισθημάτων ή στη διορθωτική γονεϊκή στάση, τότε θεωρούνται τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα. Αν η έμφαση είναι στην αλλαγή συμπεριφοράς, τότε θεωρείται αλλαγή συμπεριφοριστικού μοτίβου.*

(Όχι) Ο θεραπευτής δεν χρησιμοποίησε γνωσιακές τεχνικές για την αλλαγή.

0 Ο θεραπευτής ήταν κακός στην εφαρμογή γνωσιακών τεχνικών για την αλλαγή.

2 Υπήρξαν βασικά λάθη στον τρόπο με τον οποίο εφαρμόστηκαν οι γνωσιακές τεχνικές για την αλλαγή, τα οποία περιόρισαν σημαντικά την αποτελεσματικότητά τους.

4 Ο θεραπευτής ήταν καλός στην εφαρμογή γνωσιακών τεχνικών για την αλλαγή, αλλά θα μπορούσε να είναι πιο επιδέξιος.

6 Ο θεραπευτής ήταν εξαιρετικός στην εφαρμογή γνωσιακών τεχνικών για την αλλαγή.

## \_\_\_\_\_ 11. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

Ο θεραπευτής εφαρμόζει με επιδέξιο τρόπο τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα, οι οποίες πηγάζουν από τη θεραπεία σχημάτων. Κάποιες από τις συνήθεις τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι οι ακόλουθες:

- α. Διορθωτική Γονεϊκή Στάση προς το Ευάλωτο Παιδί μέσω νοερής εικόνας
- β. Εκτόξευση θυμού προς τους σημαντικούς άλλους (ειδικά στον λειτουργικό τρόπο του Θυμωμένου Παιδιού)
- γ. Θρήνος για τις απώλειες
- δ. Νοερή εικόνα για την προσπέλαση του Αποστασιοποιημένου Προστάτη
- ε. Γράμματα προς τους γονείς με έκφραση συναισθημάτων και ακάλυπτων αναγκών
- στ. Νοεροί διάλογοι για να εξωτερικεύσει και να πολεμήσει τον Τιμωρητικό Γονιό
- ζ. Δουλειά με τραυματικές αναμνήσεις

*Εξαίρεση: Ο βαθμολογητής δεν θα πρέπει να κρίνει αν η εστιασμένη στο συναίσθημα τεχνική που χρησιμοποιείται είναι γενικά καλή στρατηγική ή αν οι τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα ήταν απαραίτητες για αυτή τη συνεδρία. Ο θεραπευτής θα πρέπει να βαθμολογηθεί βάσει του πόσο καλά εφάρμοσε τις τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.*

*Επεξήγηση: Αν το παιχνίδι ρόλων, οι διάλογοι και η νοερή εικόνα αποσκοπούν πρωταρχικά στην αλλαγή συναισθημάτων ή στη διορθωτική γονεϊκή στάση, τότε θεωρούνται τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα. Γενικά, το παιχνίδι ρόλων, οι διάλογοι και η νοερή εικόνα θεωρούνται γνωσιακές ή συμπεριφοριστικές τεχνικές μόνο όταν αποσκοπούν στην εξάσκηση μιας διαπροσωπικής δεξιότητας ή στην άμεση αλλαγή της διαστρεβλωμένης γνωσιακής οπτικής του ασθενούς.*

(Όχι) Ο θεραπευτής δεν χρησιμοποίησε τεχνικές για την αλλαγή εστιασμένες στο συναίσθημα.



0 Ο θεραπευτής ήταν κακός στην εφαρμογή τεχνικών για την αλλαγή εστιασμένων στο συναίσθημα.

2 Υπήρξαν βασικά λάθη στον τρόπο με τον οποίο εφαρμόστηκαν οι τεχνικές για την αλλαγή εστιασμένες στο συναίσθημα, τα οποία περιορίσαν σημαντικά την αποτελεσματικότητά τους.

4 Ο θεραπευτής ήταν καλός στην εφαρμογή τεχνικών για την αλλαγή εστιασμένων στο συναίσθημα, αλλά θα μπορούσε να είναι πιο επιδέξιος.

6 Ο θεραπευτής ήταν εξαιρετικός στην εφαρμογή τεχνικών για την αλλαγή εστιασμένων στο συναίσθημα

## \_\_\_\_\_ 12. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΟΤΙΒΩΝ

Ο θεραπευτής εφαρμόζει με επιδέξιο τρόπο τεχνικές αλλαγής συμπεριφοριστικών μοτίβων, οι οποίες πηγάζουν από τη θεραπεία σχημάτων. Οι συμπεριφοριστικές τεχνικές είναι επικεντρωμένες στην αλλαγή συμπεριφοράς και συμπεριλαμβάνουν την εκμάθηση διαπροσωπικών δεξιοτήτων και την οριοθέτηση. Κάποιες από τις συνήθεις τεχνικές για την αλλαγή συμπεριφοριστικών μοτίβων, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι οι ακόλουθες:

α. Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί νοερή εικόνα ή παιχνίδια ρόλων για να κάνει πρόβα σε συνθήκες ζωής έξω από τη συνεδρία.

β. Ο θεραπευτής και ο ασθενής συζητούν νέους τρόπους χειρισμού προβλημάτων ζωής έξω από τη συνεδρία.

γ. Ο θεραπευτής συζητά την αλλαγή δυσλειτουργικών μοτίβων σε στενές διαπροσωπικές σχέσεις ή φιλίες.

δ. Ο θεραπευτής συζητά την αλλαγή δυσλειτουργικών μοτίβων στην εργασία ή στο σχολείο.

ε. Ο θεραπευτής προτρέπει τον ασθενή να κάνει μια αλλαγή ζωής, που συζητήθηκε νωρίτερα αλλά δεν υλοποιήθηκε, χρησιμοποιώντας

συναισθαντική κατανόηση με αντιπαράθεση ή «χειρισμό των συνεπακόλουθων».

στ. Ο θεραπευτής θέτει όρια, όταν ο ασθενής φέρεται με δυσλειτουργικό τρόπο (π.χ χάνει συνεδρίες, πίνει πολύ, τηλεφωνεί πολύ συχνά στον θεραπευτή εκτός συνεδριών).

ζ. Ο θεραπευτής συζητά την υλοποίηση πολύ σημαντικών αλλαγών ζωής, ώστε ο ασθενής να καλύψει τις πυρηνικές του ανάγκες.

η. Ο θεραπευτής αναγνωρίζει σχήματα ή λειτουργικούς τρόπους που εμποδίζουν τον ασθενή να πραγματοποιήσει συμπεριφοριστικές αλλαγές και χρησιμοποιεί τεχνικές, για να αντιμετωπίσει εμπόδια για την αλλαγή συμπεριφοράς.

*Εξαιρέση: Ο βαθμολογητής δεν θα πρέπει να κρίνει αν η συμπεριφοριστική τεχνική που χρησιμοποιείται είναι γενικά καλή στρατηγική ή αν οι συμπεριφοριστικές τεχνικές ήταν απαραίτητες για αυτή τη συνεδρία. Ο θεραπευτής θα πρέπει να βαθμολογηθεί βάσει του πόσο καλά εφάρμοσε τις συμπεριφοριστικές τεχνικές κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.*

*Επεξήγηση: Το παιχνίδι ρόλων, οι διάλογοι και η νοερή εικόνα θεωρούνται συμπεριφοριστικές τεχνικές όταν αποσκοπούν στην εξάσκηση μιας διαπροσωπικής δεξιότητας, στην άμεση αλλαγή μιας συμπεριφοράς ή στην οριοθέτηση. Αν το παιχνίδι ρόλων, οι διάλογοι και η νοερή εικόνα αποσκοπούν πρωταρχικά στην αλλαγή συναισθημάτων ή στη διορθωτική γονεϊκή στάση, τότε θεωρούνται τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα. Αν η έμφαση είναι στην αλλαγή σκέψεων και πεποιθήσεων, τότε θεωρούνται γνωσιακές τεχνικές.*

(Όχι) Ο θεραπευτής δεν χρησιμοποίησε τεχνικές αλλαγής συμπεριφοριστικών μοτίβων.

0 Ο θεραπευτής ήταν κακός στην εφαρμογή τεχνικών αλλαγής συμπεριφοριστικών μοτίβων.

2 Υπήρξαν βασικά λάθη στον τρόπο με τον οποίο εφαρμόστηκαν οι τεχνικές για την αλλαγή συμπεριφοριστικών μοτίβων, τα οποία περιόρισαν σημαντικά την αποτελεσματικότητά τους.

4 Ο θεραπευτής ήταν καλός στην εφαρμογή τεχνικών για την αλλαγή συμπεριφοριστικών μοτίβων , αλλά θα μπορούσε να είναι πιο επιδέξιος.

6 Ο θεραπευτής ήταν εξαιρετικός στην εφαρμογή τεχνικών για την αλλαγή συμπεριφοριστικών μοτίβων.

### \_\_\_\_\_ 13. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ

Ο θεραπευτής παρατηρεί πότε τα σχήματα, οι στρατηγικές αντιμετώπισης καταστάσεων ή οι λειτουργικοί τρόποι ενεργοποιούνται από τη θεραπευτική σχέση και χρησιμοποιεί τη θεραπευτική σχέση ως μέσο για να επιφέρει την αλλαγή. Ο θεραπευτής εστιάζει στη διάδραση ανάμεσα στον ίδιο και στον ασθενή στο εδώ και τώρα κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

(Όχι) Η σχέση του ασθενούς με τον θεραπευτή δεν φάνηκε να είναι θέμα που πυροδοτήθηκε ή προέκυψε κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Ο θεραπευτής ήταν σωστός στο να μην επικεντρωθεί άμεσα στη θεραπευτική σχέση.

0 Η θεραπευτική σχέση φάνηκε να αποτελεί ζήτημα κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, αλλά ο θεραπευτής είτε απέτυχε να ασχοληθεί με αυτό όταν θα έπρεπε, είτε ασχολήθηκε με τη θεραπευτική σχέση με επιζήμιο τρόπο.

2 Ο θεραπευτής παρατήρησε ότι η θεραπευτική σχέση προέκυψε ως ζήτημα και το συζήτησε κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Ωστόσο, ο θεραπευτής είτε δεν κατάλαβε σωστά τι συνέβαινε στη θεραπευτική σχέση, είτε δεν προσπάθησε να αλλάξει τα σχήματα, τις στρατηγικές αντιμετώπισης καταστάσεων ή τους λειτουργικούς τρόπους που πυροδοτήθηκαν.

4 Ο θεραπευτής ήταν καλός στην ανάδειξη ζητημάτων που προέκυψαν στη θεραπευτική σχέση, κατάλαβε επακριβώς τι συνέβαινε μεταξύ τους και το επικοινωνήσε στον ασθενή. Ο θεραπευτής ήταν επαρκής με χρήση τεχνικών στο να αλλάξει τις δυσλειτουργικές αντιδράσεις του ασθενούς στη θεραπευτική σχέση.

6 Ο θεραπευτής ήταν εξαιρετικός στην ανάδειξη ζητημάτων που προέκυψαν στη θεραπευτική σχέση, κατάλαβε επακριβώς τι συνέβαινε μεταξύ τους και βοήθησε τον ασθενή να κατανοήσει τα σχήματα, τις στρατηγικές αντιμετώπισης καταστάσεων ή τους λειτουργικούς τρόπους που

πυροδοτήθηκαν. Ο θεραπευτής επιδέξια διόρθωσε τις δυσλειτουργικές γνωσιακές, συναισθηματικές ή συμπεριφοριστικές αντιδράσεις του ασθενούς, ώστε να επιφέρει την αλλαγή σχημάτων στη θεραπευτική σχέση χρησιμοποιώντας κατάλληλες τεχνικές, όπως η αυτοαποκάλυψη, η γνωσιακή αναδόμηση ή η συμπεριφοριστική πρόβα.

*Εξαίρεση: Το συγκεκριμένο λήμμα δεν αναφέρεται στη Διορθωτική Γονεϊκή Στάση, που βαθμολογείται στο λήμμα 1. Το να μπει ο θεραπευτής μέσα στην εικόνα βαθμολογείται στο λήμμα 11. Επίσης, το συγκεκριμένο λήμμα βαθμολογείται μόνο όταν τα σχήματα πυροδοτούνται μέσα στη θεραπευτική σχέση. Διαφορετικά, βαθμολογείστε αυτό το λήμμα ως N/A.*

#### **\_\_\_\_\_ 14. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΕΞΩ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

Ο θεραπευτής προτείνει ή αναθέτει κατάλληλη εργασία για το σπίτι βασισμένη στα σχήματα ή δεξιότητες αντιμετώπισης καταστάσεων που ο ασθενής μπορεί να δοκιμάσει κατά τη διάρκεια της εβδομάδας έξω από τη συνεδρία, ώστε να σταθεροποιηθεί ή να προαχθεί η θεραπευτική δουλειά που πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Ο θεραπευτής ανασκοπεί την εργασία που δόθηκε για το σπίτι από την προηγούμενη συνεδρία. Αν ο ασθενής δεν την έχει ολοκληρώσει, ο θεραπευτής διερευνά τους λόγους και προσπαθεί να επιλύσει τις δυσκολίες. Κάποιες συνηθισμένες τεχνικές αυτοβοήθειας από τη θεραπεία σχημάτων περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Κάρτα Υπενθύμισης
- «Μεταβατικό Αντικείμενο»
- «Ημερολόγιο Σχημάτων»
- Καταγραφή σε ακουστική κασέτα των απαντήσεων των υγείων σχημάτων
- Παρατήρηση συναισθημάτων, λειτουργικών τρόπων ή καταστάσεων που πυροδοτούν τα σχήματα
- Διάλογοι μεταξύ λειτουργικών τρόπων ή μεταξύ σχημάτων
- Προσέγγιση και επικοινωνία με φίλους
- Δουλειά στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις
- Φροντίδα του Εγκαταλελειμμένου Παιδιού
- Καταγραφή των υπέρ και των κατά για λήψη αποφάσεων ή καταγραφή αποδείξεων για τον έλεγχο της εγκυρότητας των σχημάτων
- Τηλεφωνική επικοινωνία με τον θεραπευτή, όταν κρίνεται κατάλληλο
- Πρακτική εφαρμογή υγείων συμπεριφοριστικών αλλαγών

(Όχι) Ο θεραπευτής δεν ανέθεσε εργασία αυτοβοήθειας και ήταν σκόπιμο να μην αναθέσει στην συγκεκριμένη συνεδρία. (Για αυτό το λήμμα, το «N/A» θα έπρεπε να χρησιμοποιείται μόνο για ιδιαίτερες συνεδρίες. Είναι σχεδόν πάντα κατάλληλη η ανάθεση κάποιας μορφής εργασίας αυτοβοήθειας έξω από τη συνεδρία.)

0 Ο θεραπευτής δεν πρότεινε ούτε ανέθεσε κάποια εργασία αυτοβοήθειας έξω από τη συνεδρία, παρόλο που θα ήταν αρμόζον και βοηθητικό.

2 Ο θεραπευτής πρότεινε ή ανέθεσε εργασία αυτοβοήθειας έξω από τη συνεδρία, αλλά η εργασία δεν ήταν βοηθητική για τον ασθενή ή δεν του έκανε νόημα, ήταν αόριστη, ή δεν του εξηγήθηκε αρκετά καλά ώστε να την καταλάβει. Επίσης, ενδέχεται ο θεραπευτής να μην πραγματοποίησε επαρκή ανασκόπηση της εργασίας αυτοβοήθειας που ανατέθηκε στην προηγούμενη συνεδρία.

4 Ο θεραπευτής ήταν καλός στην ανασκόπηση της εργασίας αυτοβοήθειας που ανατέθηκε στην προηγούμενη συνεδρία και στην

αντιμετώπιση ενδεχόμενων δυσκολιών. Ο θεραπευτής ανέθεσε βασικές ασκήσεις αυτοβοήθειας βασισμένες στα σχήματα, για να βοηθήσει τον ασθενή να αλλάξει σχήματα και να αντιμετωπίσει καταστάσεις στην ερχόμενη εβδομάδα. Οι εργασίες αυτοβοήθειας θα μπορούσαν να είναι καλύτερα προσαρμοσμένες στις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς ή στην προώθηση της δουλειάς που πραγματοποιήθηκε στη συνεδρία.

6 Ο θεραπευτής ήταν εξαιρετικός στην ανασκόπηση της εργασίας αυτοβοήθειας που ανατέθηκε στην προηγούμενη συνεδρία και στην αντιμετώπιση ενδεχόμενων δυσκολιών. Ο θεραπευτής ανέθεσε εργασία βασισμένη στα σχήματα, σχετική με τη συνεδρία και διαμορφωμένη στα μέτρα του ασθενούς, ώστε να τον βοηθήσει να ενσωματώσει νέες προοπτικές.

**ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ:** \_\_\_\_\_

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΗΜΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΘΗΚΑΝ (Εκτός των N/A):** \_\_\_\_\_

**ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_

## Μέρος IV. ΓΕΝΙΚΕΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΕΣ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑ

### \_\_\_\_\_ A. ΓΕΝΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

Πώς θα βαθμολογούσατε τον κλινικό γενικά σε αυτή τη συνεδρία, ως θεραπευτή σχημάτων;

0	1	2	3	4	5	6
Πολύ φτωχός	Φτωχός	Μη ικανοποιητικός	Επαρκής	Καλός	Πολύ καλός	Άριστος

\_\_\_\_\_ B. Αν διενεργούσατε μια μελέτη αποτελεσματικότητας στη θεραπεία σχημάτων, θα επιλέγατε τον συγκεκριμένο θεραπευτή για να συμμετάσχει αυτή τη στιγμή (θεωρώντας ότι η συγκεκριμένη συνεδρία είναι αντιπροσωπευτική);

1	2	3	4	5
Σίγουρα όχι	Μάλλον όχι	Δεν ξέρω	Μάλλον ναι	Σίγουρα ναι

\_\_\_\_\_ Γ. Πόσο δύσκολος θεωρείτε πως ήταν ο ασθενής;

0	1	2	3	4	5	6
Πολύ εύκολος και δεκτικός		Μέτριας Δυσκολίας				Ιδιαίτερα Δύσκολος

\_\_\_\_\_ Δ. Υπήρξαν κάποιοι ασυνήθιστοι και σημαντικοί παράγοντες που αισθάνεστε πως θα δικαιολογούσαν τη μη συμπερίληψη της συγκεκριμένης συνεδρίας στην αξιολόγηση του θεραπευτή; (Αν η απάντησή σας είναι «ναι» ή «είμαι αβέβαιος/δεν ξέρω», εξηγήστε γιατί στις γραμμές που ακολουθούν).

**ΝΑΙ** (Να μη συμπεριληφθεί η συνεδρία) **ΟΧΙ** (Να συμπεριληφθεί η συνεδρία)  
**ΕΙΜΑΙ ΑΒΕΒΑΙΟΣ**

Εάν «ναι» ή «είμαι αβέβαιος/δεν ξέρω», παρακαλώ εξηγήστε :

---

---

---

---

2005 Jeffrey Young, Ph.D. & Gunilla Fosse, M.D. Unauthorized reproduction without written consent of the authors is prohibited. For more information, write: Schema Therapy Institute, 36 West 44<sup>th</sup> Street, Ste. 1007, New York, NY 10036. Μετάφραση και προσαρμογή στα Ελληνικά: Γιάννης Μαλογιάννης και Μιράντα Βλαβιανού.



**ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ  
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

1. **Ioannis A. Malogiannis**, Arnoud Arntz, Areti Spyropoulou, Aikaterini Aggeli, Spyridoula Karveli, Eirini Tsartsara, Miranda Vlavianou, Artemios Pehlivanidis, George N. Papadimitriou, Iannis Zervas. **(2014)**. Schema Therapy for patients with chronic depression. A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 319-329.
  
2. Pim Wetzelaer, Joan Farrell, Silvia MAA Evers , Gitta Jacob, Christopher W Lee, Odette Brand, Gerard van Breukelen, Eva Fassbinder, Heather Fretwell, R Patrick Harper, Anna Lavender, George Lockwood, **Ioannis A Malogiannis**, Ulrich Schweiger, Helen Startup, Teresa Stevenson, Gerhard Zarbock & Arnoud Arntz. **(2014)**. Design of an international multicentre RCT on group schema therapy for borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 14 (1) 319 (epub ahead of print)
  
3. **Ioannis A. Malogiannis**, Aikaterini Aggeli, Chara Tzavara, Ioannis Michopoulos, Olga Vallianou, Artemios Pehlivanidis, Anastasia Kalantzi-Azizi, George N. Papadimitriou, Iannis Zervas  
Confirmatory Factor Analysis and Validation of the Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-S3) in a Greek sample. *Cognitive Therapy and Research* (Under Review).

## ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

### I. ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ :

- ΕΠΩΝΥΜΟ: Μαλογιάννης
- ΟΝΟΜΑ: Ιωάννης
- ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Ψυχίατρος
- ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: 5-1-1968
- ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: Αθήνα
- ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Έγγαμος
- ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Πανός 18,  
Πλάκα, 105 55  
Αθήνα
- ΤΗΛΕΦΩΝΟ: Οικίας: 213 0043594  
Κινητό: 6945898082
- e-mail: imalog@hol.gr

### II. ΣΠΟΥΔΕΣ :

- 1985: Αποφοίτηση από το 10<sup>ο</sup> Λύκειο Αθηνών με απολυτήριο Άριστα.
- 1985-1993: Ιατρική Σχολή του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. ΠΤΥΧΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ με βαθμό Λίαν Καλώς.
- 1997 - 2001: Τετραετές πρόγραμμα εκπαίδευσης στην Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία, του Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (Ι.Ε.Θ.Σ.), το οποίο περιλαμβάνει δύο έτη θεωρητικής εκπαίδευσης και δύο έτη εποπτείας σε κλινικά περιστατικά.
- 1/2007 - 4/2008 : International Training Program του Schema Therapy Institute of New York, στη Νέα Υόρκη, το οποίο παρέχει εξειδίκευση στη Θεραπεία Σχημάτων.

### **III. ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΓΟ :**

- 10/1994 - 3/1995: Ιατρός στον Παθολογικό Τομέα του 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας κατά τη διάρκεια της στρατιωτικής θητείας.
- 12/1995 - 12/1996: Υπηρεσία Υπαίθρου. Αγροτικός Ιατρός στο Κέντρο Υγείας Νεμέας.
- 9/1997 - 3/1998: Παθολογική Κλινική του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. 6 μήνες άσκησης στην Παθολογία, στα πλαίσια της ειδικότητας της Ψυχιατρικής.
- 4/1998 - 4/1999: Νευρολογική Κλινική του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. 1 έτος άσκησης στη Νευρολογία, στα πλαίσια της ειδικότητας της Ψυχιατρικής.
- 6/1999 - 12/2002: Ψυχιατρική Κλινική του Π.Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ». 3,5 έτη ως ειδικευόμενος Ψυχίατρος.
- 5/2003: Απόκτηση Τίτλου ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ.
- 9/2003 - σήμερα : Εργασία ως ιδιώτης Ψυχίατρος.
- 6/2006 - 9/2007 : Ψυχίατρος, Επιστημονικά Υπεύθυνος του Κέντρου Ημέρας «Ομόνοια» της Μη Κυβερνητικής Οργάνωσης Κλίμακα, η οποία λειτουργεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας.

### **IV. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΟ :**

- 6/2000 - 4/2001 : Συμμετοχή στο ερευνητικό πρόγραμμα που πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία, από το Πανεπιστημιακό Ερευνητικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, το Αιγινήτειο Νοσοκομείο και το 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας με τίτλο «Προοπτική μελέτη στο γενικό πληθυσμό για την ανάδειξη προδιαθεσικών παραγόντων για τη σχιζοφρένεια και τις συναφείς ψυχώσεις με συνδυασμένη διερεύνηση ειδικών γνωσιακών λειτουργιών, μεταβλητών της προσωπικότητας και μοριακών-γενετικών δεικτών», στα πλαίσια του προγράμματος χρηματοδότησης της Γενικής Γραμματείας Έρευνας και Τεχνολογίας ΕΠΕΤ II.

- 6/2000 - 6/2005 : Συμμετοχή στο ερευνητικό έργο του Εργαστηρίου Γνωσιακής Νευροφυσιολογίας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου (Cognition and Action Group). Στα πλαίσια αυτό μελέτη των γνωσιακών λειτουργιών ασθενών με σχιζοφρενική διαταραχή και φυσιολογικών ατόμων, με τη χρήση παραδειγμάτων οφθαλμοκινητικότητας. Επίσης συμμετοχή στην ανάπτυξη και εφαρμογή της τεχνικής της Λειτουργικής Μαγνητικής Τομογραφίας (fMRI).
- 4/2008 - Σήμερα : Επιστημονικός Συνεργάτης του Τμήματος Ψυχικής Υγείας Γυναικών της 1ης Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Στο πλαίσιο αυτό πραγματοποίηση Διδακτορικής Διατριβής με τίτλο: " Προσαρμογή της Γνωσιακής Θεραπείας Σχημάτων σε Ελληνικό πληθυσμό. Εφαρμογή σε ασθενείς με Χρονίσασα Καταθλιπτική Διαταραχή."
- 3/2014 - Σήμερα: Συντονιστής Κλινικής Μελέτης εφαρμογής της Ομαδικής Θεραπείας Σχημάτων σε ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, στην 1η Ψυχιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Η μελέτη αυτή πραγματοποιείται στο πλαίσιο συμμετοχής σε Πολυκεντρική Μελέτη με τίτλο: "Multi-Site RCT of Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder", η οποία συντονίζεται από τον Professor Arnoud Arntz, Research Centre of Experimental Psychopathology, Maastricht University ( Protocol ID NL28106.09 / MEC 09-3-044).

## V. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

- 2003 - 2006 : Συμμετοχή ως διδάσκων στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των ειδικευομένων ψυχιάτρων του Ψυχιατρικού Τμήματος του Π.Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός»:
- 2005 - Σήμερα : Εκπαιδευτής στο πρόγραμμα του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (Ι.Ε.Θ.Σ.) μέχρι το 2012 και ακολούθως στο Εργαστήριο Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών, το οποίο αποτέλεσε την συνέχεια εκπαιδευτικά, του ΙΕΘΣ.

- 2008 - Σήμερα : Συμμετοχή ως διδάσκων στο Πρόγραμμα Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο
- 9/2008 - 1/2010 : Οργανωτής εκπαιδευτής και επόπτης του 1ου προγράμματος εκπαίδευσης στη Θεραπεία Σχημάτων στην Ελλάδα, στην 1η Ψυχιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του πανεπιστημίου Αθηνών. Το πρόγραμμα αυτό οργανώθηκε στα πλαίσια της Διδακτορικής Διατριβής μου με τίτλο: " Προσαρμογή της Γνωσιακής Θεραπείας Σχημάτων σε Ελληνικό πληθυσμό. Εφαρμογή σε ασθενείς με Χρονίσασα Καταθλιπτική Διαταραχή."
- 2010 - Σήμερα : Ιδρυτής της Ελληνικής Εταιρείας Θεραπείας Σχημάτων ΕΕΘΣ) το 2010 και οργάνωση στα πλαίσια της ΕΕΘΣ εκπαιδευτικού προγράμματος στη Θεραπεία Σχημάτων, το οποίο έχει λάβει πιστοποίηση από την International Society of Schema Therapy (ISST). Συντονιστής του εκπαιδευτικού προγράμματος και συμμετέχων ως εκπαιδευτής και επόπτης.

## **VI. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ:**

- Μέλος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών.
- Μέλος της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Ε.Ψ.Ε.)
- Μέλος της International Society of Schema Therapy (ISST). Συμμετοχή στην Training Committee της ISST (από τον 1/2014 έως σήμερα)
- Μέλος της European Association of Behaviour and Cognitive Therapy (EABCT)
- Ιδρυτικό Μέλος και Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Θεραπείας Σχημάτων (ΕΕΘΣ) (από το 2010 έως σήμερα)
- Μέλος της Ελληνική Εταιρεία Έρευνας της Συμπεριφοράς (Ε.Ε.Ε.Σ.)
- Μέλος του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (Ι.Ε.Θ.Σ.). (Συμμετοχή στο Διοικητικό Συμβούλιο του ΙΕΘΣ, 2008 - 2014)
- Ιδρυτικό μέλος της ιατρικής οργάνωσης «ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ». (2/1997 - 6/1998, συμμετοχή στο Διοικητικό Συμβούλιο των «ΓΙΑΤΡΩΝ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ» στη θέση του Γενικού Γραμματέα)

## **VI.ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ, ΧΡΗΣΗ ΛΟΓΙΣΜΙΚΩΝ :**

- Αγγλικά: Άριστα.
- Γαλλικά: Καλά
- Ισπανικά: Μέτρια
- Χειρισμός λογισμικών: Microsoft Office, SPSS for windows, STATISTICA for windows, SPM (Statistical Parametric Mapping).

## VII. ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΕ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ:

1. Papageorgiou GM, **Malogiannis IA**, Istikoglou Ch, Vlachos C, Theodoropoulou St. **(2002)**. Schizophrenics under treatment ; a better feeling under Newer Drugs. *Hippokratia*, volume 6, Supplement 1, 24-26.
2. **I.A.Malogiannis**, C.Valaki, N.Smyrnis, M.Papathanasiou, I.Evdokimidis, P.Baras, A.Mantas, D.Kelekis and G.N. Christodoulou. **(2003)**. Functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI) during a language comprehension task. *Journal of Neurolinguistics*, 16 (4-5): 407-416.
3. Nikolaos Smyrnis, **Ioannis A. Malogiannis**, Ioannis Evdokimidis, Nicholas C. Stefanis, Christos Theleritis, Alexandros Vaidakis, Stavroula Theodoropoulou and Costas N. Stefanis. **(2003)**. Attentional disengagement speeds up saccades but not antisaccades in patients with schizophrenia: implications for frontal lobe dysfunction. *Experimental Brain Research*, 159(1):47-54.
4. Nikolaos Smyrnis , Thomas Karantinos , **Ioannis Malogiannis**, Christos Theleritis , Asimakis Mantas, Nicholas C. Stefanis, John Hatzimanolis, Ioannis Evdokimidis **(2009)**. Larger variability of saccadic reaction times in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 168: 129-136.
5. V. Boulougouris, **I. A. Malogiannis**, G Lockwood, I. Zervas, G di Giovanni. **(2013)**. Serotonergic modulation of suicidal behavior: intergrating preclinical data with clinical practice and psychotherapy. *Experimental Brain Research* 230(4): 605-624.
6. **Ioannis A. Malogiannis**, Arnoud Arntz, Areti Spyropoulou, Aikaterini Aggeli, Spyridoula Karveli, Eirini Tsartsara, Miranda Vlavianou, Artemios Pehlivanidis, George N. Papadimitriou, Iannis Zervas. **(2014)**. Schema Therapy for patients with chronic depression. A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 319-329.

7. Pim Wetzelaer, Joan Farrell, Silvia MAA Evers , Gitta Jacob, Christopher W Lee, Odette Brand, Gerard van Breukelen, Eva Fassbinder, Heather Fretwell, R Patrick Harper, Anna Lavender, George Lockwood, **Ioannis A Malogiannis**, Ulrich Schweiger, Helen Startup, Teresa Stevenson, Gerhard Zarbock & Arnoud Arntz. **(2014)**. Design of an international multicentre RCT on group schema therapy for borderline personality disorder. ***BMC Psychiatry***, 14 (1) 319 (epub ahead of print)
8. **Ioannis A. Malogiannis**, Aikaterini Aggeli, Chara Tzavara, Ioannis Michopoulos, Olga Vallianou, Artemios Pehlivanidis, Anastasia Kalantzi-Azizi, George N. Papadimitriou, Iannis Zervas Confirmatory Factor Analysis and Validation of the Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-S3) in a Greek sample. ***Cognitive Therapy and Research*** (Under Review)



**Συντελεστής Απήχησης (Impact Factor) 2013, ξενόγλωσσων  
Περιοδικών**

<b>Περιοδικό</b>	<b>Impact Factor</b>	<b>Αριθμός Δημοσιεύσεων</b>
Psychiatry Research	2,682	1
BMC Psychiatry	2,24	1
Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry	2,232	1
Experimental Brain Research	2,168	2
Journal of Neurolinguistics	1,596	1

**Αριθμός Παραθέσεων στη διεθνή βιβλιογραφία:**

Η ξενόγλωσση δημοσίευση 4: 13 παραθέσεις

Η ξενόγλωσση δημοσίευση 5: 8 παραθέσεις

Η ξενόγλωσση δημοσίευση 6: 5 παραθέσεις

Σύνολο παραθέσεων: 26

h-index: 3

## VIII. ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ:

1. Ν. Σμυρνής, **I.A. Μαλογιάννης**, Ι. Ευδοκίμίδης, Μ. Παπαθανασίου, Α. Μαντάς, Π. Μπαράς, Δ. Κελέκης, Γ.Ν. Χριστόδουλο, (2005). Ανάπτυξη της τεχνικής της Λειτουργικής Μαγνητικής Τομογραφίας (fMRI) στην Ελλάδα. Ψυχιατρική, 16(4) :328-340.
2. **I. A. Μαλογιάννης**. Η σημασία της νοηματοδότησης στο παράδειγμα των ιδεοληπιών χωρίς φανερούς ψυχαναγκασμούς, (2007). Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 98, Απρίλιος-Ιούνιος 2007.

## IX. ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ

**Ιωάννης Μαλογιάννης**, Μιράντα Βλαβιανού. Θεραπεία Σχημάτων. Κεφάλαιο στο Βιβλίο "Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία Διαταραχών Προσωπικότητας: Θεωρία και ανάλυση κλινικών περιπτώσεων" Εκδόσεις Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας Συμπεριφοράς. Αθήνα 2014.

Σταυρούλα Ζαρκάδα, **Ιωάννης Μαλογιάννης**. Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία για τη Ναρκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας. Κεφάλαιο στο Βιβλίο "Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία Διαταραχών Προσωπικότητας: Θεωρία και ανάλυση κλινικών περιπτώσεων" Εκδόσεις Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας Συμπεριφοράς. Αθήνα 2014.

**Χ. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ  
ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ:**

1. Kalpakoglou T., **Malogiannis I.**, Farantou V., Primikiri A. (2001). Anxiety Disorders : self-help and the web. 31<sup>st</sup> Congress of European Association of Behavioral and Cognitive Therapies (EABCT). Book of Abstracts, p.87.
2. **I. Malogiannis**, N. Smyrnis, I. Evdokimidis, A. Vaidakis, E. Kattoulas, C. Theleritis, S. Theodoropoulou. (2002). Lack of a “gap effect” in the antisaccade task in schizophrenic patients. Society of Neuroscience. Abstracts, 705.14.
3. **I.A.Malogiannis**; N. Smyrnis; N. Stefanis; D. Kallimani; I. Hatzimanolis; I. Evdokimidis.(2004) Saccade and antisaccade performance of 35 men with DSM-IV schizophrenia compared to a population of 1055 men. Society of Neuroscience. Abstracts
4. **I.A. Malogiannis**, T. Kalpakoglou. (2004). Metacognitive Analysis assisting ‘stop thinking’. 31<sup>st</sup> Congress of European Association of Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT). Book of Abstracts.
5. **Ioannis A. Malogiannis**, Arnoud Arntz, Areti Spyropoulou, Aikaterini Aggeli, Spyridoula Karveli, Eirini Tsartsara, Miranda Vlavianou, Artemios Pehlivanidis, George N. Papadimitriou, Iannis Zervas. (2014). Schema Therapy for patients with chronic depression. A single case series study. International Society of Schema Therapy Congress. Istanbul. Book of Abstracts.

## **XI. ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ ΣΕ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ:**

1. Κ. Κατσίκης, **I. Μαλογιάννης**, Ν. Τζιάκης, Θ. Γεωργακόπουλος, Π. Δαβάκη. (1999). Πολυνευροπάθεια εξ εισπνοών βενζίνης, παρουσίαση δύο περιπτώσεων. 16<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ελλήνων Νευρολόγων. Τόμος Περιλήψεων, σελ.198.
2. Ν. Σμυρνής, **I. Α. Μαλογιάννης**, I Ευδοκιμίδης, Α. Μαντάς, Π. Μπαράς, Μ. Παπαθανασίου, Δ. Κελέκης. (2002). Λειτουργική Απεικόνιση με Μαγνητικό Συντονισμό (fMRI) σε μια δοκιμασία κατανόησης προφορικού λόγου. 18<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ελλήνων Νευρολόγων. Τόμος Περιλήψεων.
3. **I.A. Μαλογιάννης**, Γ.Μ. Παπαγεωργίου, Ν. Τζιάκης, Στ.Χ. Θεοδωροπούλου. (2002). Οργανική Συναισθηματική Διαταραχή: Παρουσίαση τεσσάρων περιπτώσεων. 17<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής. Τόμος Περιλήψεων, σελ. 171.
4. **I.A. Μαλογιάννης**, Χ. Πουλιάνος, Χ. Αιβαλιώτη, Σ. Δουκιαντζάκη, Γ.Μ. Παπαγεωργίου, Α. Γιαλούρης, Στ.Χ. Θεοδωροπούλου. (2002). Συννοσηρότητα ψυχικής διαταραχής με σωματική νόσο σε 100 ασθενείς Ψυχιατρικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου. 17<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής. Τόμος Περιλήψεων, σελ. Ρ44.
5. **I.A. Μαλογιάννης** (2006). Η σημασία της νοηματοδότησης στο παράδειγμα των ιδεοληψιών χωρίς φανερούς ψυχαναγκασμούς. (Στρογγυλή τράπεζα κλάδου Κλινικής Ψυχολογίας Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας: Κλινική εκτίμηση ψυχικών διαταραχών: Η διαφορετική αξιοποίηση της πληροφορίας μέσω της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής προσέγγισης. 19<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής. (Βιβλίο Περιλήψεων).
6. **I.A. Μαλογιάννης** (2007). Θεραπεία Σχημάτων σε μία περίπτωση Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας. Ο ρόλος της θεραπευτικής σχέσης. 1<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών, Πάτρα.

7. **I. A. Μαλογιάννης** (2009) (Προεδρεία Στρογγυλής Τράπεζας): Σύγχρονες εξελίξεις στη θεραπεία Σχημάτων. Εκπαίδευση και Έρευνα.  
**I. A. Μαλογιάννης:** Η εκπαίδευση στη Θεραπεία Σχημάτων στην 1η Ψυχιατρική Κλινική, της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών. Αθήνα. Βιβλίο Περιλήψεων.
8. **I.A. Μαλογιάννης** (2011): Θεραπεία Σχημάτων για ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας και υπερφαγικές συμπεριφορές. 21ο Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Συνέδριο. Αθήνα. Βιβλίο Περιλήψεων.
9. **I.A. Μαλογιάννης** (2011): Θεραπεία Σχημάτων για ασθενείς με Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας. 21ο Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Συνέδριο. Αθήνα. Βιβλίο Περιλήψεων.
10. **I.A. Μαλογιάννης** (2014). (Προεδρεία Στρογγυλής Τράπεζας): Θεραπεία Σχημάτων: Νεώτερα ερευνητικά δεδομένα και κλινικές εφαρμογές. **I. Μαλογιάννης:** Η ελληνική ερευνητική εμπειρία στη Θεραπεία Σχημάτων: Πιλοτική μελέτη εφαρμογής σε ασθενείς με Χρόνια Κατάθλιψη και πρωτόκολλα ομαδικής παρέμβασης σε χρόνια κατάθλιψη και σε οριακή διαταραχή προσωπικότητας. 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών. Αθήνα. Βιβλίο Περιλήψεων.