



ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
Α΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Π.Μ.Σ. «ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Αξιολόγηση εαυτού-κόσμου-μέλλοντος
και αυτοαναφερόμενη ψυχοπαθολογία
σε ασθενείς με εμβοές ώτων»**

Χρήστος Ι. Ιστίκογλου

ΑΘΗΝΑ
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2016

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Αξιολόγηση εαυτού-κόσμου-μέλλοντος και αυτοαναφερόμενη ψυχοπαθολογία
σε ασθενείς με εμβοές ώτων»

Χρήστος Ι. Ιστίκογλου
(ΑΜ: 2014787)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΕΣ

Ε. Ρίζος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Η. Αγγελόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Χ. Χριστοδούλου, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Ρίζος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Η. Αγγελόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Χ. Χριστοδούλου, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Δεκέμβριος 2016

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το Αξιολογικό Μοντέλο αποτελεί θεραπευτικό εργαλείο που έχει άμεση σχέση με τη Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία σύμφωνα με το μοντέλο του Aaron Beck, πάνω στο οποίο βασίζεται.

Στην παρούσα ερευνητική εργασία δόθηκαν τα ερωτηματολόγια DPQ και GHQ, τόσο στην πειραματική ομάδα που αποτελούνταν από 51 ασθενείς με εμβοές ώτων, όσο και στους 46 υγιείς μάρτυρες, σπουδαστές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Προαγωγής Ψυχικής Υγείας που αποτελούν την ομάδα ελέγχου. Οι ασθενείς με εμβοές ώτων ευρέθησαν από το Εξωτερικό Ιατρείο του ΩΡΛ Τμήματος του Γ.Ν. «Κωνσταντοπούλειο» Νέας Ιωνίας.

Συγκρίθηκαν οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων DPQ και GHQ των δύο ομάδων, πειραματικής και ομάδας ελέγχου, όπου βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις παραμέτρους του DPQ: «εαυτός», «κόσμος», «μέλλον», «κοινωνιοτροπία» και «αυτονομία», και τις παραμέτρους του GHQ: «σωματικά ενοχλήματα», «άγχος και αϋπνία», «κοινωνική δυσλειτουργία» και «μείζων κατάθλιψη».

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: προαγωγή ψυχικής, υγείας, εαυτός, κόσμος, μέλλον εμβοές ώτων.

ABSTRACT

The Axiological Model is a therapeutic tool that is directly related to the Cognitive Psychotherapy according to Aaron Beck's model on which it is based.

In this research paper the DPQ and GHQ questionnaires were given to both, the experimental group consisted of 51 patients with tinnitus as well as the control group consisted of 46 healthy subjects, students of the Postgraduate Program of Mental Health Promotion. Patients with tinnitus were found from the Outpatient Clinic of the ENT Department of the "Konstantopoulio" General Hospital of Nea Ionia, in Athens-Greece.

The responses given at the DPQ and GHQ questionnaires from both experimental and control groups were compared and found to have statistically significant differences in the DPQ parameters: "self", "world", "future", "sociotropy" and "autonomy", and the GHQ parameters: "somatic complaints", "anxiety and insomnia", "social dysfunction" and "major depression".

KEY WORDS: mental health promotion, self, world, future, tinnitus.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στην ολοκλήρωση του παρόντος πονήματος ευχαριστώ θερμά την κ. Μαρία Βασιλείαδου που με ενέπνευσε και με δίδαξε το Αξιολογικό Μοντέλο Προαγωγής Ψυχικής Υγείας, τον κ. Γιώργο Χονδρομάρα που με βοήθησε σημαντικά, επίσης τον επόπτη μου κ. Εμμανουήλ Ρίζο, Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ που με καθοδήγησε με την αστείρευτη γνώση και υπομονή του, καθώς και την κ. Πολύμνια Μπαντουβά που επιμελήθηκε τη δακτυλογράφησή του και είναι για πολλά χρόνια πολύτιμη συνεργάτης μου. Επίσης ευχαριστώ θερμά τους Καθηγητές Ψυχιατρικής κ.κ. Γ.Ν. Παπαδημητρίου και Ι.Α. Λιάππα.

Με τιμή και Σεβασμό,

Δρ. Χρήστος Ι. Ιστίκογλου
Ψυχίατρος – Διευθυντής ΕΣΥ
Γ.Ν. «Κωνσταντοπούλειο» Ν. Ιωνίας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ.....	8
ΤΟ ΑΞΙΟΛΟΓΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ	13
ΔΕΙΓΜΑ.....	22
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ	24
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	38
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	40
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	41

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι εμβοές ώτων συχνά δεν σχετίζονται με διαταραχές λαβυρίνθου, ακουστική νευρίτιδα ή άλλα οργανικά νοσήματα. Συχνά θεωρούνται ως ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα, ενώ η διάγνωση της σωματοποιητικής διαταραχής δεν επαρκεί προκειμένου να ερμηνεύσει τα συγκεκριμένα συμπτώματα^[1,2,3].

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εμβοών ώτων και ψυχοπαθολογίας, έχει γίνει αντικείμενο έρευνας, κυρίως τις τελευταίες δεκαετίες. Έχει δειχθεί ότι οι ασθενείς με εμβοές ώτων, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης^[4], ενώ συχνά εμφανίζουν υποχονδριακές, παρορμητικές, αυτοκαταστροφικές και ετεροκαταστροφικές συμπεριφορές. Έρευνα με άτομα τρίτης ηλικίας που έπασχαν από εμβοές ώτων έδειξε ότι εμφάνιζαν και αλεξιθυμία^[5].

Φαίνεται επομένως ότι οι εμβοές ώτων συνυπάρχουν με ποικίλες μορφές ψυχοπαθολογίας, αλλά δεν έχει διερευνηθεί η ύπαρξη παραγόντων που διαμεσολαβούν σε αυτή τη σχέση. Ενώ υπάρχει πληθώρα δημοσιεύσεων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Ψυχοθεραπείας στην ψυχοθεραπεία ασθενών με εμβοές ώτων, δεν υπάρχει βιβλιογραφία σχετικά με το Αξιολογικό Μοντέλο και την εφαρμογή του στην ψυχοθεραπεία ασθενών με εμβοές ώτων. Αυτό είναι το θέμα της διπλωματικής μου εργασίας με τίτλο: «Αξιολόγηση Εαυτού-Κόσμου-Μέλλοντος και αυτοαναφερόμενη Ψυχοπαθολογία σε ασθενείς με εμβοές ώτων», και είναι ερευνητική.

Το Αξιολογικό Μοντέλο Προαγωγής Ψυχικής Υγείας^[9] βασίζεται ολοκληρωτικά στη Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία του Aaron Beck^[10,11], και στις έννοιες εαυτού-κόσμου-μέλλοντος σύμφωνα με το παρακάτω σχήμα.

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΓΝΩΣΙΑΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ	ΑΞΙΟΛΟΓΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ
Αυτογνωσία Αυτοεκτίμηση	Εαυτός	Ταυτότητα
Διαχείριση δυσκολιών ζωής Κοινωνικότητα	Κόσμος	Προσαρμογή Επικοινωνία
Επίλυση προβλημάτων Λήψη αποφάσεων Αυτονομία	Μέλλον	Δημιουργικότητα

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην ανωτέρω ερευνητική εργασία εξετάστηκαν 51 ασθενείς με εμβοές ώτων από τα Εξωτερικά Ιατρεία της ΩΡΛ Κλινικής του Γ.Ν. «Κωνσταντοπούλειο» Νέας Ιωνίας. Η αξιολόγηση της ομάδας ασθενών με εμβοές ώτων έγινε με τα ερωτηματολόγια DPQ (Dysfunctional Preconceptions Questionnaire) και GHQ-28 (General Health Questionnaire) τα οποία συγκρίθηκαν με την ομάδα υγιών μαρτύρων (46 μεταπτυχιακοί φοιτητές του Προγράμματος Προαγωγής Ψυχικής Υγείας – Πρόληψης Ψυχικών διαταραχών). Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS-15.

Επίσης έγινε συλλογή 112 άρθρων. Τα 109 άρθρα προέρχονταν από το PubMed, ενώ τα 3 άρθρα από άλλες πηγές. Από αυτά τα 21 άρθρα κρίθηκαν ότι παρουσιάζουν τις καλύτερες ερευνητικές προδιαγραφές που υπήρχε αξιοπιστία και εγκυρότητα. Στα προαναφερθέντα άρθρα κύρια ψυχοθεραπευτική παρέμβαση ήταν η Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία σχετικά με τη διαχείριση ασθενών με εμβοές ώτων.

Αξιολόγηση εαυτού-κόσμου-μέλλοντος και αυτοαναφερόμενη ψυχοπαθολογία σε ασθενείς με εμβοές ώτων

A/a	Συγγραφείς	Τύπος παρέμβασης	Αρ. ασθενών (n)	Μέση ηλικία ασθενών (SD)	Μέση διάρκεια εμβοών ώτων (SD)	Χρονική διάρκεια παρέμβασης	Αποτελέσματα
1	Scott και συν. ¹² , 1985	CBT Λίστα αναμονής υγιών μαρτύρων	12 12	Άρρηνες 50,6 έτη Θήλειες 54,2 έτη	9,4 έτη	2 εβδομάδες για 10 συνεδρίες της 1 ώρας	- Η Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία ήταν σημαντικά αποτελεσματική στη μείωση εμβοών ώτων και κατάθλιψης στην ομάδα ασθενών. - Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική σε σύγκριση με την ομάδα υγιών μαρτύρων που έλαβαν την ίδια θεραπεία.
2	Jakes και συν. ¹³ , 1986	Προοδευτική μυϊκή χαλάρωση (PMR) Προοδευτική μυϊκή χαλάρωση + απόσπαση προσοχής	12 12	55 έτη	5,3 έτη	5 συνεδρίες εβδομαδιαίως των 30 λεπτών 5 συνεδρίες εβδομαδιαίως των 10 λεπτών	- Η δυσφορία των εμβοών ώτων και η αναπηρία υπήρξε αναλλοίωτη μέσω της αναφερόμενης θεραπείας. - Η αύπνια και η έλλειψη ενδιαφέροντος για τις ημερήσιες δραστηριότητες παρέμειναν αναλλοίωτες εκτός από την περίοδο έναρξης της θεραπείας.
3	Lindberg και συν. ¹⁴ , 1989	Χαλάρωση + θεραπεία έκθεσης στις εμβοές ώτων Χαλάρωση + απόσπαση προσοχής Υγιείς μάρτυρες	9 10 8	55,3 έτη (16,0)	10,8 έτη (9,4)	2-3 εβδομάδες για 10 συνεδρίες της 1 ώρας	- Οι συμπεριφορικές μέθοδοι (χαλάρωση + έκθεση) έδειξε τα ίδια αποτελέσματα με τη γνωσιακή τεχνική (χαλάρωση + απόσπαση προσοχής). - Και οι δύο θεραπευτικές τεχνικές έδειξαν έλεγχο των εμβοών ώτων.
4	Jakes και συν. ¹⁵ , 1992	Ακουστική Μάσκα (AM) Εικονική Μάσκα (PM) Ομάδα Γνωσιακής Θεραπείας (GCT) Ομάδα Γνωσιακής Θεραπείας + Ακουστική Μάσκα Ασθενείς σε λίστα αναμονής	12 14 30 14 14	58,2 έτη 69,3 έτη 59,2 έτη 59,7 έτη 54,2 έτη	<2 έτη (39%) 3-10 έτη (43%) >10 έτη (18%)	5 εβδομάδες 5 εβδομάδες 5 εβδομάδες 7 εβδομάδες	- Η Ακουστική Μάσκα ήταν αποτελεσματική στη μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας αλλά το αποτέλεσμα δεν διατηρήθηκε πέραν των 3 μηνών. - Η ομάδα των ασθενών που έλαβαν Γνωσιακή Θεραπεία έδειξε σημαντική βελτίωση σε follow-up 3 και πλέον μηνών στη μείωση των εμβοών ώτων. - Η ομάδα ασθενών που έλαβαν θεραπεία με συνδυασμό Ακουστικής Μάσκας + Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία έδειξε ακόμη μεγαλύτερη βελτίωση των εμβοών ώτων και μεγαλύτερη βελτίωση από τους ασθενείς με εμβοές ώτων που έλαβαν συνδυασμένη θεραπεία με Ακουστική Μάσκα (AM) + Εικονική Μάσκα (PM).
5	Krøner-Herwig και συν. ¹⁶ , 1995	Τεχνική αντοχής στις εμβοές 1 Τεχνική αντοχής στις εμβοές 2 Yoga Υγιείς μάρτυρες σε λίστα αναμονής	7 8 9 19	44,7 έτη 48,4 έτη 47,6 έτη 48,4 έτη	29,3 μήνες 46,1 μήνες 60,2 μήνες 63,7 μήνες	10 συνεδρίες των 2 ωρών 10 συνεδρίες Καμία άλλη θεραπεία	- Η θεραπεία αντοχής στις εμβοές ήταν περισσότερο αποτελεσματική δίνοντας την ευκαιρία στους ασθενείς να ελέγξουν τις εμβοές ώτων μέχρι σημείου να τις αγνοήσουν. - Γενικά η θεραπεία αντοχής στις εμβοές ώτων ικανοποίησαν τους συγκεκριμένους ασθενείς συγκριτικά με εκείνους που έλαβαν θεραπεία μόνο με Yoga.

Αξιολόγηση εαυτού-κόσμου-μέλλοντος και αυτοαναφερόμενη ψυχοπαθολογία σε ασθενείς με εμβοές ώτων

Α/α	Συγγραφείς	Τύπος παρέμβασης	Αρ. ασθενών (n)	Μέση ηλικία ασθενών (SD)	Μέση διάρκεια εμβοών ώτων (SD)	Χρονική διάρκεια παρέμβασης	Αποτελέσματα
6	Krøner-Herwig και συν. ¹⁷ , 2003	Τεχνικές αντοχής στις εμβοές Ψυχοεκπαίδευση + Τεχνική ελάχιστων ηχητικών επαφών Τεχνική ελάχιστων ηχητικών επαφών + χαλάρωση Ομάδα υγιών μαρτύρων (ομάδα ελέγχου)	43 16 16 20	44,7 έτη 48,5 έτη 50 έτη 47,3 έτη	55,4 μήνες 64,2 μήνες 111,7 μήνες 57,4 μήνες	11 συνεδρίες των 90-120 λεπτών 2 συνεδρίες σε 4 εβδομάδες 4 συνεδρίες σε 4 εβδομάδες Χωρίς θεραπεία	<ul style="list-style-type: none"> - Η τεχνική αντοχής στις εμβοές ώτων έδειξε σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής, τη χρήση χαλάρωσης, απόσπασης προσοχής, ενθάρρυνσης και αποκαταstroφοποίησης. - Η ομάδα ασθενών που έλαβαν θεραπεία με συνδυασμό τεχνικής ελάχιστων ηχητικών επαφών + χαλάρωση παρουσίασαν μείωση των εμβοών, καλύτερο έλεγχο των εμβοών και καλύτερη ποιότητα ζωής.
7	Dineen και συν. ¹⁸ , 1997	Μόνο πληροφόρηση Πληροφόρηση + χαλάρωση Πληροφόρηση + χαμηλού τόνου ευρείς ήχους (LTWN) Πληροφόρηση + χαλάρωση + LTWN	28 28 20 20	53,57 έτη	11,94 έτη	Όλες οι ομάδες έλαβαν θεραπεία 2 συνεδριών των 3 ωρών έκαστη	<ul style="list-style-type: none"> - Η πλειονότητα των ασθενών σε όλους τους τύπους θεραπείας βελτίωσαν την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και αύξησαν την κοινωνική στήριξη στη διαχείριση των εμβοών ώτων. - Όλοι οι τύποι θεραπείας βελτίωσαν με ίση αποτελεσματικότητα την εξοικείωση με τις εμβοές.
8	Andersson και συν. ¹⁹ , 2002	Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία μέσω Internet (CBT) Ομάδα ελέγχου – λίστα αναμονής	53 64	48,5 έτη 47,2 έτη	6,2 έτη 47,2 έτη	6 εβδομάδες για 10 συνεδρίες σύνολο Ο θεραπευτής έχει επαφή με τον ασθενή μέσω e-mail	<ul style="list-style-type: none"> - Οι συμμετέχοντες χρησιμοποιούν CBT μέσω Internet και η μελέτη έδειξε λιγότερη δυσφορία, κατάθλιψη, άγχος και καθημερινή ανία λόγω των εμβοών.
9	Andersson και συν. ²⁰ , 2005	CBT μέσω Internet Ομάδα ελέγχου	12 11	70,1 έτη	13 έτη	6 εβδομάδες με ομαδικές συνεδρίες των 2 ωρών	<ul style="list-style-type: none"> - Περίπου οι μισοί ασθενείς παρουσίασαν σημαντική μείωση των εμβοών, της δυσφορίας και του άγχους σε χρονική όμως διάρκεια πλέον της παρέλευσης 3 μηνών από το τέλος της θεραπείας.
10	Zachriat και συν. ²¹ , 2004	Τεχνική αντοχής στις εμβοές Θεραπεία εξοικείωσης Ομάδα ψυχοεκπαίδευσης	27 30 20	53,8 έτη 51,6 έτη 56,1 έτη	68,5 μήνες 65,4 μήνες 90,2 μήνες	11 συνεδρίες των 90-120 λεπτών 5 συνεδρίες των 90-120 λεπτών 1 συνεδρία	<ul style="list-style-type: none"> - Η θεραπεία αντοχής στις εμβοές και η θεραπεία εξοικείωσης είναι εξίσου αποτελεσματικές στην ανία και τη μείωση των εμβοών ώτων. - Η αποκαταstroφοποίηση ήταν αποτέλεσμα της θεραπείας αντοχής στις εμβοές, ενώ στη θεραπεία εξοικείωσης δεν διαπιστώθηκε.

Αξιολόγηση εαυτού-κόσμου-μέλλοντος και αυτοαναφερόμενη ψυχοπαθολογία σε ασθενείς με εμβοές ώτων

Α/α	Συγγραφείς	Τύπος παρέμβασης	Αρ. ασθενών (n)	Μέση ηλικία ασθενών (SD)	Μέση διάρκεια εμβοών ώτων (SD)	Χρονική διάρκεια παρέμβασης	Αποτελέσματα
11	Henry και συν. ²² , 2007	Συμβουλευτική ψυχοεκπαίδευση Ομάδα ψυχολογικής στήριξης Ομάδα ελέγχου	94 84 91	62,1 έτη 60,8 έτη 62,0 έτη	<1 έτος (4%) 1-5 έτη (11%) 5-10 έτη (15%)	4 συνεδρίες της 1,5 ώρας	- Η ομάδα συμβουλευτικής ψυχοεκπαίδευσης παρουσίασε σημαντικά οφέλη σχετικά με τη μείωση των εμβοών ώτων μετά από 12 μήνες follow-up συγκριτικά με την ομάδα ψυχολογικής στήριξης και την ομάδα ελέγχου.
12	Kaldo και συν. ²³ , 2007	Ομάδα βιβλιοθεραπείας-αυτοβοήθειας (CBT) Ομάδα ελέγχου	34 38	45,9 έτη 48,5 έτη	8,6 έτη 12,4 έτη	6 εβδομάδες μετά αναμονή με 7 τηλεφωνικές κλήσεις εβδομαδιαίως	- 32% των ασθενών με τη αυτοβοήθεια μέσω βιβλιοθεραπείας παρουσίασε μείωση εμβοών ώτων.
13	Kaldo και συν. ²⁴ , 2008	CBT μέσω Internet Ομαδική CBT	26 25	47,4 έτη 45 έτη	9,9 έτη 5,6 έτη	6 επικοινωνίες εβδομαδιαίως μέσω e-mail 1 συνεδρία 2 ωρών για 7 εβδομάδες	- Και οι 2 παρεμβάσεις παρουσίασαν ίση αποτελεσματικότητα στη μείωση των εμβοών.
14	Westin και συν. ²⁵ , 2008	Θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης (ACT) Θεραπεία διακοπής σκέψης (συμπεριφοράς) Ομάδα υγιών μαρτύρων	16 16 15	50,5 έτη	6,3 έτη	Φωνητική θεραπεία 20-30 λεπτών με διαφορετικούς ήχους	- Η θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης βελτίωσε σημαντικά τις εμβοές ώτων και παρουσίασε σημαντική στατιστική διαφορά από την ομάδα ασθενών που έλαβαν θεραπεία συμπεριφοράς με διακοπή σκέψης και από την ομάδα υγιών μαρτύρων.
15	Abbott και συν. ²⁶ , 2009	CBT μέσω Internet Ψυχοεκπαίδευση μέσω Internet	32 24	50,5 έτη 48,7 έτη	140 μήνες 60,3 μήνες	6 εβδομάδες 7 μήνες	- Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των 2 ομάδων ασθενών όσον αφορά την αποτελεσματικότητα. - Οι ασθενείς που ολοκλήρωσαν τα 2 θεραπευτικά προγράμματα, παρουσίασαν μείωση των εμβοών και βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων.
16	Seydel και συν. ²⁷ , 2010	Τροποποιημένη θεραπεία επανεκπαίδευσης εμβοών Ομάδα υγιών μαρτύρων	192 45	51 έτη 54 έτη	<2 έτη (38%) 2-10 έτη (42%) >10 έτη (20%)	7 ημέρες	- Η σοβαρότητα των εμβοών ώτων και η κατάθλιψη μειώθηκαν σημαντικά μετά από 3 μήνες και follow-up ασθενών για 1 χρόνο. - Ωστόσο, ασθενείς που είχαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης στην αρχή της θεραπείας παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα άγχους 1 χρόνο μετά το τέλος της θεραπείας.

Αξιολόγηση εαυτού-κόσμου-μέλλοντος και αυτοαναφερόμενη ψυχοπαθολογία σε ασθενείς με εμβοές ώτων

Α/α	Συγγραφείς	Τύπος παρέμβασης	Αρ. ασθενών (n)	Μέση ηλικία ασθενών (SD)	Μέση διάρκεια εμβοών ώτων (SD)	Χρονική διάρκεια παρέμβασης	Αποτελέσματα
17	Malouff και συν. ²⁸ , 2010	Βιβλιοθεραπεία-αυτοβοήθηση μέσω CBT Ομάδα υγιών μαρτύρων	84 78	57,3 έτη 57,8 έτη	Δεν αναφέρεται	2 μήνες θεραπείας – επαφή με τον ασθενή μέσω e-mail	- Η βιβλιοθεραπεία μείωσε αισθητά τις εμβοές ώτων και τη δυσφορία.
18	Westin και συν. ²⁹ , 2011	Θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης Θεραπεία επανεκπαίδευσης εμβοών Ασθενείς σε λίστα αναμονής (ομάδα ελέγχου)	21 20 22	53,5 έτη 48,95 έτη 49,6 έτη	6,8 έτη 9,2 έτη 7,1 έτη	10 εβδομάδες έως και 18 μήνες	- Η θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης ήταν περισσότερο αποτελεσματική από τη θεραπεία επανεκπαίδευσης. - Όσον αφορά τη θεραπεία επανεκπαίδευσης εμβοών, τα θεραπευτικά αποτελέσματα φάνηκαν 18 μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.
19	Nyenhuis και συν. ³⁰ , 2012	CBT μέσω Internet Βιβλιοθεραπεία μέσω CBT Ομαδική CBT Πληροφόρηση μόνο ως ομάδα ελέγχου χωρίς επαφή με τον θεραπευτή	79 77 71 77	47,8 έτη 45,8 έτη 50,1 έτη 50,4 έτη	3,2 μήνες 3 μήνες 3,3 μήνες 3,2 μήνες	3 μήνες 3 μήνες 4 εβδομαδιαίες συνεδρίες των 2 ωρών με δουλειά στο σπίτι	- Η CBT μέσω Internet και η ομαδική CBT έδειξαν σημαντική μείωση των εμβοών και της δυσφορίας συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. - Στην παρακολούθηση και το follow-up οι ασθενείς που έλαβαν ομαδική CBT παρουσίασαν σημαντική μείωση των εμβοών και της δυσφορίας.
20	Hesser και συν. ³¹ , 2012	CBT μέσω Internet Θεραπεία αποδοχής-δέσμευσης μέσω Internet Ομάδα υγιών μαρτύρων (επαφή με τον θεραπευτή)	32 35 32	48,8 έτη 50,1 έτη 48,4 έτη	8,9 μήνες 9,7 μήνες 9 μήνες	8 εβδομάδες συνεδρίες των 2 ωρών	- Η ACT και η CBT μέσω Internet ήταν εξίσου αποτελεσματική στη θεραπεία των εμβοών ώτων. - Ωστόσο, η θεραπεία ACT μέσω Internet έδειξε καλύτερα αποτελέσματα στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης στην Κλίμακα HAM-A και HAM-D αντίστοιχα.
21	Cima και συν. ³² , 2012	Εξειδικευμένη θεραπεία (CBT + TRT) Συνήθης θεραπεία (εστιασμού ήχου)	245 247	54,6 έτη 53,7 έτη	<1 έτος (30%) 1-5 έτη (39%) >5 έτη (31%)	8 εβδομάδες	- Η εξειδικευμένη θεραπεία συνδυασμού γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και θεραπείας επανεκπαίδευσης εμβοών έδειξε σαφώς μεγαλύτερη μείωση εμβοών ώτων, αποτέλεσμα που διατήρησε και μετά από 1 έτος follow-up του ασθενούς.

ΤΟ ΑΞΙΟΛΟΓΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Στο πλαίσιο του βίο-ψυχο-κοινωνικού προτύπου για την ψυχική υγεία (Engel, 2003), βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν και καθορίζουν την πορεία και πρόγνωση μιας ψυχικής και όχι μόνο, νόσου (Ζέρβας & Παπαγεωργίου, 2012)^[43]. Η Αξιολογική Ανθρωπολογία χρησιμοποιεί το βίο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο για την κατανόηση και αντιμετώπιση της ψυχικής υγείας και της ψυχικής ασθένειας, εξετάζοντας κυρίως τις ψυχολογικές παραμέτρους, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύει κανείς την πραγματικότητα, πράγμα το οποίο επηρεάζει την ανάπτυξη ή την αποτροπή μιας ψυχικής νόσου (Vassiliadou, 2008)^[48]. Επιπλέον, ασχολείται και με τους κοινωνικούς παράγοντες που μπορούν να ασκήσουν επίσης επιρροή, τονίζοντας την χρησιμότητα εκπαίδευσης των ειδικών υγείας στην έγκαιρη αντιμετώπιση δυσλειτουργικών γνωσιών και στην τροποποίηση τους σε πιο υγιείς τέτοιες (Vassiliadou & Goldberg, 2006)^[46].

Ακολουθώντας μεθοδολογικά το Γνωσιακό Ψυχοθεραπευτικό μοντέλο για τις αρνητικές γνωσιακές διαστρεβλώσεις σαν αιτιολογικό παράγοντα για τη ψυχική ασθένεια και την αρνητική γνωσιακή τριάδα εαυτός-κόσμος-μέλλον (Παπακώστας, 2000; Beck, 1991)^[48,49], το Αξιολογικό μοντέλο προχωρά σε μια πιο σύνθετη προσέγγιση των αρνητικών γνωσιών, με στόχο την αντιμετώπιση τους και την αντικατάστασή τους με λειτουργικότερες (Vassiliadou, 2008)^[46].

Πιο συγκεκριμένα, προτείνει τον όρο «αξιολογικές νοητικές κατασκευές», με τον οποίο περιγράφονται οι ανώτερες εγκεφαλικές λειτουργίες που ευθύνονται για την αξιολόγηση κάθε είδους πληροφορίας, ερεθίσματος, κατάστασης και γεγονότος, οδηγώντας τον οργανισμό σε αντίστοιχες σωματικές και ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις (Vassiliadou, 2008)^[47]. Οι νοητικές αυτές κατασκευές, στη περίπτωση των «υγιών» και ώριμων προσωπικοτήτων μπορούν να ωφελήσουν σε διάφορους τομείς, όπως στη διαχείριση των καθημερινών του προβλημάτων και στη βαθμιαία επίτευξη στόχων (Vassiliadou, 2008)^[47] ενώ στη περίπτωση που έχουν αναπτυχθεί με δυσλειτουργικό τρόπο, προκαλούν διαστρεβλώσεις (distortions) της πραγματικότητας και απειλούν την ψυχική υγεία του ατόμου (Vassiliadou & Goldberg, 2006)^[46].

Αναλυτικότερα, υπάρχουν τρεις κατηγορίες αξιολογικών νοητικών κατασκευών που η ανάπτυξη τους σχετίζεται με συγκεκριμένα στάδια ανάπτυξης (Vassiliadou, 2008)^[47]:

- *Προ-αξιολογικές Νοητικές Κατασκευές (pre-conceptions)*: Είναι χαρακτηριστικές πρωιμότερων σταδίων ανάπτυξης στα οποία δεν έχουν ενεργοποιηθεί οι ανώτεροι εγκεφαλικοί μηχανισμοί ελέγχου, οπότε η επεξεργασία των πληροφοριών γίνεται με αυτόματο τρόπο και αξιολογούνται ως ευχάριστα (rewarding) ή δυσάρεστα (punishing) (Vassiliadou, 2008)^[47]. Στο στάδιο αυτό, υπάρχει κίνδυνος να δημιουργηθεί μια εξαρτητική τάση αναζήτησης ευχαρίστησης απαραίτητης για την επιβίωση, διεγείροντας συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την παραγωγή ευχάριστων συναισθημάτων (Vassiliadou, 2008)^[47] οι οποίες ενδέχεται να απειλήσουν την ψυχική υγεία του ατόμου (Vassiliadou & Goldberg, 2006; Vassiliadou, 2008)^[46,47].
- *Αξιολογικές Νοητικές Κατασκευές (conceptions)*: Αφορούν στα προ-ώριμα στάδια ανάπτυξης εγκεφαλικών λειτουργιών, όπου τα ερεθίσματα αξιολογούνται με βάση το τι θεωρείται επιθυμητό ή αποφευκτέο (Vassiliadou, 2008)^[47]. Στη περίπτωση δυσλειτουργικών αξιολογικών κατασκευών, το άτομο είναι δυνατόν να αξιολογεί κάτι ως αποφευκτέο ή επιθυμητό, με βάση το τι έχει προ-αξιολογηθεί ως ευχάριστο ή

δυσάρεστο, δημιουργώντας πολλές φορές δυσλειτουργικές συμπεριφορές (Vassiliadou, 2008)^[47].

- **Μετά-Αξιολογικές Νοητικές Κατασκευές (meta-conceptions).** Πρόκειται για μετά-λογικές αξιολογήσεις των ερεθισμάτων που επισυμβαίνουν στα ωριμότερα στάδια ανάπτυξης, οι οποίες καθορίζουν το τι θεωρείται ωφέλιμο ή επιβλαβές (Vassiliadou, 2008)^[47]. Χαρακτηριστικό των μετά-αξιολογήσεων είναι ότι μπορούν να συνδυάσουν τις αξιολογικές και προ-αξιολογικές κατασκευές, εφόσον κάτι που θεωρείται ωφέλιμο ή επιβλαβές, μπορεί να επηρεάσει το τι θα αντιμετωπιστεί ως επιθυμητό ή αποφευκτέο, ευχάριστο ή δυσάρεστο (Vassiliadou, 2008)^[47].

Το Αξιολογικό μοντέλο ψυχοθεραπείας της κατάθλιψης

Στο Αξιολογικό μοντέλο για την κατάθλιψη, η αξιολόγηση των γεγονότων ζωής σχετίζεται με συγκεκριμένες δυσλειτουργικές προ-αξιολογικές (preconceptions), αξιολογικές (conceptions) και μετά-αξιολογικές (metaconceptions) νοητικές κατασκευές που σχετίζονται με την αξιολόγηση του «εαυτού», του «κόσμου» και του «μέλλοντος» κατ' αντιστοιχία της αρνητικής γνωσιακής τριάδας (Vassiliadou, 2008; Beck, 1991)^[47,49]. Τέτοιες δυσλειτουργικές αξιολογικές κατασκευές που προκαλούνται από παραποιήσεις (distortions) της πραγματικότητας κυριαρχούν στην κατάθλιψη (Vassiliadou & Goldberg, 2006)^[46]. Η ανάπτυξη, μέσω της εκπαίδευσης, λειτουργικότερων αξιολογικών κατασκευών για την αξιολόγηση των καθημερινών ερεθισμάτων και των απαντήσεων στα γεγονότα ζωής, αποτελεί βασικό στόχο του Αξιολογικού μοντέλου και συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της πρόγνωσης και πορείας της κατάθλιψης και ενδεχομένως στη μείωση της ευαλωτότητας έναντι στρεσογόνων γεγονότων στο μέλλον (Vassiliadou, 2008)^[47].

Το ερωτηματολόγιο DPQ (Dysfunctional Preconceptions Questionnaire)

Βάσει της υπόθεσης του Αξιολογικού Μοντέλου ότι συγκεκριμένες προσαρμοστικές ή δυσπροσαρμοστικές προ-αξιολογήσεις ευθύνονται για αντίστοιχες θετικές ή αρνητικές αξιολογήσεις των γεγονότων και άρα για αντίστοιχες συναισθηματικές αντιδράσεις, σχεδιάστηκαν οι άξονες του ερωτηματολογίου D.P.Q. (Vassiliadou, 2008)^[47]. Στόχος ήταν να αποδειχθεί ότι προσαρμοστικές και δυσπροσαρμοστικές μετά-αξιολογήσεις της βούλησης του ατόμου σχετίζονται με αντίστοιχες συναισθηματικές αντιδράσεις και παράλληλα να μελετηθούν οι προ-αξιολογικές νοητικές κατασκευές που επίσης διαδραματίζουν πρωταρχικό ρόλο την τελική διαμόρφωση της συμπεριφοράς του ατόμου (Vassiliadou, 2005)^[45].

Το ερωτηματολόγιο αρχικά είχε σκοπό να αναδείξει τις αρνητικές νοητικές αξιολογήσεις που λαμβάνουν χώρα στους τομείς εαυτός-κόσμος-μέλλον, κατ' αντιστοιχία της αρνητικής γνωσιακής τριάδας (Beck, 1991)^[49] σε ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, στη πορεία όμως αποδείχθηκε χρήσιμο εργαλείο και για την ανίχνευση της διαταραχής αυτής (Vassiliadou & Goldberg, 2006)^[46]. Επιπλέον, έχει υποστηριχθεί επίσης ότι μπορεί να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη προκειμένου να ακολουθηθεί μια Αξιολογικού τύπου ψυχοθεραπευτική προσέγγιση ή σε όσους δεν επιθυμούν φαρμακολογική θεραπεία (Vassiliadou & Goldberg, 2006)^[46].

Το D.P.Q. είναι δυνατόν να χορηγηθεί από επαγγελματίες υγείας χωρίς να έχουν προηγούμενη εκπαίδευση σε μεθόδους ψυχοθεραπείας και βοηθά στον σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης (Vassiliadou & Goldberg, 2006)^[46]. Το γεγονός αυτό είναι εξαιρετικής σημαντικότητας για τους σκοπούς της δευτεροβάθμιας πρόληψης

ψυχιατρικών διαταραχών, αφού είναι γνωστό ότι περίπου το 25% των ατόμων που επισκέπτονται τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, συνήθως άγχος ή κατάθλιψη (Μαυρέας, 2010)^[44]. Η θεραπευτική παρέμβαση βασισμένη στην τροποποίηση των δυσλειτουργικών αξιολογήσεων και η εκπαίδευση σε δεξιότητες προσαρμοστικές που προτείνει το Αξιολογικό Μοντέλο, συμβάλλει στους σκοπούς της Προαγωγής Ψυχικής Υγείας (Vassiliadou & Goldberg, 2006)^[46].

Το D.P.Q. αποτελείται από 24 ερωτήσεις η κάθε μία από τις οποίες περιγράφει μια αξιολογική νοητική κατασκευή που αντικατοπτρίζει μια απαισιόδοξη αξιολόγηση κάποιου γεγονότος καθημερινής ζωής που συνήθως συναντάται σε άτομα που υποφέρουν από ψυχικές δυσκολίες (Vassiliadou, 2008)^[47]. Η κάθε ερώτηση-δήλωση χωρίζεται σε δύο μέρη τα οποία φαινομενολογικά είναι αντιφατικά μεταξύ τους και περιγράφουν ένα δίλημμα τύπου «ναι μεν, αλλά», όπως για παράδειγμα η ερώτηση 1: «*Το γεγονός ότι έχω αρκετά καλά, αλλά όχι όσα θα ήθελα να έχω*» (Vassiliadou & Goldberg, 2006)^[46]. Κάθε ερώτηση-δήλωση ακολουθείται από δύο υπο-ερωτήσεις, η πρώτη διερευνώντας εάν η δήλωση αξιολογείται ως ωφέλιμη ή όχι, εξετάζοντας με τον τρόπο αυτό την μετα-αξιολογική κατασκευή, και η δεύτερη διερευνά εάν η δήλωση αξιολογείται ως προσέγγιση ή σε όσους δεν επιθυμούν φαρμακολογική θεραπεία (Vassiliadou & Goldberg, 2006)^[46].

Το D.P.Q. είναι δυνατόν να χορηγηθεί από επαγγελματίες υγείας χωρίς να έχουν προηγούμενη εκπαίδευση σε μεθόδους ψυχοθεραπείας και βοηθά στον σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης (Vassiliadou & Goldberg, 2006)^[46]. Το γεγονός αυτό είναι εξαιρετικής σημαντικότητας για τους σκοπούς της δευτεροβάθμιας πρόληψης ψυχιατρικών διαταραχών, αφού είναι γνωστό ότι περίπου το 25% των ατόμων που επισκέπτονται τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, συνήθως άγχος ή κατάθλιψη (Μαυρέας, 2010)^[44]. Η θεραπευτική παρέμβαση βασισμένη στην τροποποίηση των δυσλειτουργικών αξιολογήσεων και η εκπαίδευση σε δεξιότητες προσαρμοστικές που προτείνει το Αξιολογικό Μοντέλο, συμβάλλει στους σκοπούς της Προαγωγής Ψυχικής Υγείας (Vassiliadou & Goldberg, 2006)^[46].

Το D.P.Q. αποτελείται από 24 ερωτήσεις η κάθε μία από τις οποίες περιγράφει μια αξιολογική νοητική κατασκευή που αντικατοπτρίζει μια απαισιόδοξη αξιολόγηση κάποιου γεγονότος καθημερινής ζωής που συνήθως συναντάται σε άτομα που υποφέρουν από ψυχικές δυσκολίες (Vassiliadou, 2008)^[47]. Η κάθε ερώτηση-δήλωση χωρίζεται σε δύο μέρη τα οποία φαινομενολογικά είναι αντιφατικά μεταξύ τους και περιγράφουν ένα δίλημμα τύπου «ναι μεν, αλλά», όπως για παράδειγμα η ερώτηση 1: «*Το γεγονός ότι έχω αρκετά καλά, αλλά όχι όσα θα ήθελα να έχω*» (Vassiliadou & Goldberg, 2006)^[46]. Κάθε ερώτηση-δήλωση ακολουθείται από δύο υπο-ερωτήσεις, η πρώτη διερευνώντας εάν η δήλωση αξιολογείται ως ωφέλιμη ή όχι, εξετάζοντας με τον τρόπο αυτό την μετα-αξιολογική κατασκευή, και η δεύτερη διερευνά εάν η δήλωση αξιολογείται ως ευχάριστη η δυσάρεστη, ούτως ώστε να μελετηθεί ταυτόχρονα και η προ-αξιολογική νοητική κατασκευή.

Παράδειγμα:

Ερώτηση 1. Το γεγονός ότι έχω αρκετά καλά, αλλά όχι όσα θα ήθελα να έχω

<u>Πιστεύω ότι:</u>	<u>Νοιώθω ότι:</u>
Με ωφελεί	Με ευχαριστεί
Με ωφελεί κάπως	Με ευχαριστεί κάπως
Δεν με ωφελεί και πολύ	Δεν με ευχαριστεί και πολύ
Δεν με ωφελεί	Δεν με ευχαριστεί

Το σύνολο των ερωτήσεων χωρίζονται σε τρεις άξονες καθένας εκ των οποίων περιλαμβάνει οκτώ ερωτήσεις που αφορούν αντίστοιχα στους τομείς *εαυτός*, *κόσμος* και *μέλλον* και παράλληλα σε δύο τομείς όπου εξετάζεται η *αυτονομία* (*autonomy*) και το *κοινωνιότροπο* (*sociotropy*) κομμάτι του ατόμου.

Εαυτός

Συγκεκριμένα, για την θεματική *εαυτός* υπάρχουν ερωτήσεις που αφορούν σε προ-αξιολογικές κατασκευές που σχετίζονται με δυσκολίες του ατόμου στην ανάπτυξη της αυτεπάρκειας και της αυτούποστήριξης και σχετίζονται με την αρνητική αξιολόγηση του εαυτού σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο (Beck, 1991)^[49]. Με όρους Αξιολογικής Ανθρωπολογίας, εξετάζονται παράλληλα οι προ-αξιολογήσεις που σχετίζονται με την «αποφυγή της ωρίμανσης» και οδηγούν στην συναισθηματική αντίδραση της «αβοηθητότητας» (Vassiliadou, 2008)^[47].

Δυσκολίες στην επίτευξη της ωρίμανσης και της αυτονομίας παρουσιάζονται στην περίπτωση που υπάρχει μη ευέλικτη εκτίμηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και στην τελειοθηρία που μπορεί να διακατέχει το άτομο, με αποτέλεσμα να κυριαρχούν δυσπροσαρμοστικές πεποιθήσεις όπως «*Ο άνθρωπος γεννιέται, δεν γίνεται*» και «*Ή θα είμαι τέλειος/α ή τίποτα*» (Vassiliadou, 2005)^[45]. Σύμφωνα με το Αξιολογικό μοντέλο, η μη παραγωγική ή μη ευέλικτη αυτοαξιολόγηση και η τελειοθηρία συνιστούν σοβαρά εμπόδια στην αυτοβελτίωση, η οποία είναι βασικό προαπαιτούμενο για την επίτευξη της αυτοεκτίμησης (Vassiliadou, 2005)^[45]. Αυτό συμβαίνει σε άτομα που υποφέρουν από αρνητικά συναισθήματα προερχόμενα από ψυχοπαθολογικές καταστάσεις όπως κατάθλιψη, να υποτιμούν τις θετικές τους ιδιότητες και υπερεκτιμούν τις αδυναμίες τους (Clark & Beck, 1999)^[42].

Άλλος τομέας δυσκολιών έγκειται στην παγίδευση πολλών ανθρώπων στην συνεχή προσπάθεια ικανοποίησης ψευδών-αναγκών (κοινωνικών, επαγγελματικών και προσωπικών) που οδηγεί στην θεμελίωση της αυτοεκτίμησής τους στο «έχειν», με κίνδυνο την έντονη απογοήτευση και υποτίμηση τους αν δεν εκπληρώσουν αυτές τις προσδοκίες καθώς ακόμα και την εκδήλωση ψυχοπαθολογικών καταστάσεων έως και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (Vassiliadou, 2005)^[45].

Δυσπροσαρμοστικά σχήματα που εκδηλώνονται σε τέτοιες καταστάσεις είναι: «*Ή θα έχω ό,τι θέλω ή δεν θέλω απολύτως τίποτα*» και «*υπάρχουν άνθρωποι που τα έχουν όλα*».

Κόσμος

Ο τομέας «*κόσμος*» αφορά σε προ-αξιολογήσεις που αποκαλύπτουν την υποτίμηση των ικανοτήτων του ατόμου να αντιμετωπίσει την αχαριστία και την αδικία, σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο (Beck, 1991)^[49]. Αποκαλύπτουν προ-αξιολογικές νοητικές κατασκευές του ατόμου που συγκεντρώνουν την «αποφυγή της κοινωνικότητας» και το συνοδό αίσθημα ότι οι άλλοι δεν τον αγαπούν (Vassiliadou, 2008)^[47].

Σύμφωνα με την Αξιολογική Ανθρωπολογία, τα δυσπροσαρμοστικά μοντέλα κοινωνικής συμπεριφοράς, η απαξίωση των φυσικών ανθρωπίνων ικανοτήτων διαχείρισης των δυσκολιών στις σχέσεις και η δυστονία στην συναισθηματική επένδυση σχεδόν πάντα συνοδεύονται από απομόνωση και έλλειψη κοινωνική υποστήριξης (Vassiliadou, 2005)^[45]. Η επικοινωνία καθώς και η παροχή και πρόσληψη υποστήριξης συχνά εμποδίζονται από δυσλειτουργικά ερμηνευτικά σχήματα για τα υποτιθέμενα

κακοπροαίρετα κίνητρα ή στάσεις των άλλων, που οδηγούν το άτομο στην ανάγκη να προστατευτεί από τους άλλους και τελικά να απομονώνεται (Vassiliadou, 2005)^[45].

Τέτοια σχήματα είναι: *«Το να είσαι πετυχημένος στη ζωή σημαίνει ότι δεν έχεις ανάγκη κανέναν»*, *«πρώτα πρέπει να παίρνεις και μετά να δίνεις»*, *«αν κάποιος λειτουργεί υποστηρικτικά προς τους άλλους, αυτοί θα τον εκμεταλλευτούν»*, *«δεν πρέπει να χάνεις προσφέροντας στους άλλους»*, *«πρέπει να παίρνεις όσα περισσότερα μπορείς από τους άλλους»*.

Μέλλον

Ο άξονας μέλλον περιλαμβάνει προ-αξιολογήσεις σχετικές με την υποτίμηση των ικανοτήτων του ατόμου να αντιμετωπίσει δυσκολίες στην καθημερινή ζωή, σύμφωνα με το γνωστικό μοντέλο (Beck, 1991)^[49]. Αναδεικνύεται εδώ η αποφυγή της «δημιουργικότητας» και το συναίσθημα της «απελπισίας» (Vassiliadou, 2008)^[47].

Συχνά η φυσική διαδικασία ανάπτυξης των ικανοτήτων του ατόμου για την επίτευξη στόχων συναντά εμπόδια όταν δεν αξιολογεί σε ρεαλιστική βάση τις ικανότητες του, είτε με το να τις υπέρ-τιμά είτε να τις υπό-τιμά (Clark & Beck, 1999)^[42]. Η υπέρ ή υποτίμηση των δυσκολιών σε σχέση με την ικανότητα εκπλήρωσης στόχων συχνά συνδέεται, μεταξύ άλλων, με ψυχική διαταραχή, διάθεση αποφυγής πόνων και ευθυνών και με διάθεση αυτοθυματοποίησης (Vassiliadou, 2005)^[45].

Χαρακτηριστικές δυσλειτουργικές πεποιθήσεις είναι: *«Είναι καλύτερα να μην ελπίζεις παρά να ελπίζεις και να απογοητεύεσαι»*, *«περιμένω να συμβεί το χειρότερο, για να είμαι προετοιμασμένος»*, *«δεν θέλω να κάνω όνειρα που ίσως να μην πραγματοποιηθούν»*, *«δεν επενδύω σε στόχους που δεν έχουν συγκεκριμένο αποτέλεσμα»* (Vassiliadou, 2008)^[47].

Η αυτονομία και το κοινωνιότροπο είναι ιδιοσυγκρασιακές ιδιότητες που υπάρχουν στον καθένα μας αλλά συνήθως τείνουμε προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση (Bieling and Alden, 1998)^[41]. Έτσι, άτομα που τα χαρακτηρίζει περισσότερο το κοινωνιότροπο να είναι πιο ευάλωτοι στην κατάθλιψη έπειτα από ένα συμβάν που ερμηνεύτηκε ως απειλητικό για την απώλεια της κοινωνικής αποδοχής, ενώ άτομα με τάσεις προς την αυτονομία, απειλούνται με την απώλεια ή την απειλή της απώλειας της ανεξαρτησίας τους και του ελέγχου τους (Clark & Beck, 1999)^[42].

Η έννοια της δημιουργικής αυτονομίας σχετίζεται με την αξιολογική διαδικασία της ανάπτυξης των ατομικών δημιουργικών ικανοτήτων η οποία μπορεί να απαλλάξει το άτομο από εξαρτητικές συμπεριφορές και εμμονές που τους εμποδίζουν να γίνουν ο αυθεντικός τους εαυτός και συνήθως σχετίζεται με ψυχικά προβλήματα (Vassiliadou, 2005)^[45]. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η επίτευξη της αυτονομίας δυσχεραίνεται όταν το άτομο έχει τάσεις αποφυγής ευθυνών, απρόσφορο συναίσθημα φόβου σε περίπτωση που επιτευχθεί η αυτονομία του, αισθήματα ανασφάλειας όταν ανεξαρτητοποιείται και αρνητισμός στα οφέλη που θα του προσφέρει η ανεξαρτητοποίηση (Vassiliadou, 2005)^[45].

Το Αξιολογικό Μοντέλο Προαγωγής Ψυχικής Υγείας

Το Αξιολογικό μοντέλο, στοχεύει στην τροποποίηση των δυσλειτουργικών αξιολογικών νοητικών κατασκευών, μέσω κατάλληλης εκπαίδευσης, ώστε να αντικατασταθούν σε λειτουργικότερες και να αυξηθεί η «ανθεκτικότητα» σε στρεσογόνα γεγονότα ζωής (Vassiliadou, 2008)^[47]. Μέσω προγραμμάτων Προαγωγής Ψυχικής Υγείας, μπορούν να αναπτυχθούν δεξιότητες και στρατηγικές που συμβάλλουν θετικά στη ψυχική υγεία του

ατόμου, χρησιμοποιώντας σαν πρότυπο τις δεξιότητες των υγιών προσωπικοτήτων (Vassiliadou, 2008)^[47]. Συγκεκριμένα, προτείνει την εκπαίδευση σε δεξιότητες δημιουργικής αξιολόγησης του εαυτού (ταυτότητα), του κόσμου (προσαρμογή) και του μέλλοντος (δημιουργικότητα) (Vassiliadou, 2005)^[45], κατ' αντιστοιχία της αρνητικής γνωσιακής τριάδας του Beck για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον (Beck, 1991)^[49].

- **Ταυτότητα:** Το Αξιολογικό μοντέλο, εξετάζει την υγιή αυτοαντίληψη, την δημιουργική αυτοεκτίμηση και την προσπάθεια του ατόμου να βελτιώσει τις λιγότερο ισχυρές ικανότητες του (Vassiliadou, 2005)^[45]. Για την ανάπτυξη της υγιούς αυτοαντίληψης, προτείνει να γίνεται η αυτοαξιολόγηση του ατόμου με θετικές κλίμακες (π.χ. πόσο εργατικός ή όχι είναι), την επανεκτίμηση των προτύπων με τα οποία συγκρίνεται και αυτοαξιολογείται και την αξιοποίηση δημιουργικής αυτοκριτικής για την καλύτερη διαχείριση τυχόν αποτυχιών του (Vassiliadou, 2005)^[45].
- **Προσαρμογή:** Αφορά στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για την λειτουργική αξιολόγηση των αρνητικών γεγονότων ζωής και την αρμονική αλληλοϋποστήριξης μέσω των κοινωνικών σχέσεων (Vassiliadou, 2005)^[45]. Για την επίτευξη της αρμονικότερης διαχείρισης των προβλημάτων του ατόμου και την λειτουργικότερη ερμηνεία των αρνητικών γεγονότων ζωής, προτείνονται δεξιότητες για την αντιμετώπιση και αλλαγή των αξιολογικών νοητικών κατασκευών που σχετίζονται με την υπέρ-εκτίμηση ή την υποεκτίμηση των κινδύνων, συνεπειών και δυνατοτήτων αντιμετώπισης ενός γεγονότος (Vassiliadou, 2005)^[45].
- **Δημιουργικότητα:** Στόχος είναι η αξιολογική λήψη αποφάσεων για την μελλοντική αλλά και άμεση ικανοποίηση βασικών αναγκών και την σταδιακή επίτευξη στόχων, με βάση μια ρεαλιστική αυτοαξιολόγηση των δυνατοτήτων του (Vassiliadou, 2005)^[45]. Προκειμένου να αναπτυχθούν δεξιότητες δημιουργικότητας, το άτομο εξετάζει και επανεκτιμά τους εσωτερικούς και εξωτερικούς «τόπους ελέγχου» (loci of control) (Rotter, 1975)^[51] και προσπαθεί να σχεδιάσει το μέλλον του με πιο ρεαλιστικά πρότυπα, χρησιμοποιώντας έναν λειτουργικότερο τρόπο λήψης αποφάσεων (Vassiliadou, 2005)^[45].

Το Αξιολογικό Μοντέλο, βάσει των αρχών της φιλοσοφίας του Επίκτητου, της Θετικής Ψυχολογίας και της Γνωσιακής θεωρίας, αποτελεί μια πλούσια πηγή γνώσεων για την Προαγωγή Ψυχικής Υγείας (Vassiliadou, 2008)^[47]. Χρησιμοποιεί τις βασικές αρχές των στόχων Προαγωγής Ψυχικής Υγείας (Vassiliadou, 2005)^[45], όπως ορίζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας: «*Η προαγωγή ψυχικής υγείας είναι ένα οργανωμένο σύστημα από αρχές, αξίες και στόχους βελτίωσης της ψυχικής υγείας και μείωσης του φορτίου των ψυχικών διαταραχών σε έναν πληθυσμό*» (WHO, 2004a)^[52], εννοώντας με τον όρο ψυχική υγεία: «*την κατάσταση ευεξίας, όπου το άτομο αντιλαμβάνεται τις ικανότητες του, μπορεί να αντιμετωμίσει τις συνήθεις δυσκολίες της ζωής και είναι σε θέση να εργάζεται παραγωγικά και να είναι ικανό να προσφέρει στην κοινότητα*» (WHO, 2001a)^[50].

Το Αξιολογικό μοντέλο προτείνει εκπαιδευτικά προγράμματα προαγωγής ψυχικής υγείας σε επαγγελματίες υγείας μετά από βραχεία εκπαίδευση τα οποία μπορούν να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην τροποποίηση δυσπροσαρμοστικών αξιολογικών νοητικών κατασκευών χρησιμοποιώντας τη τριαξονική διάταξη εαυτός- κόσμος-μέλλον του ερωτηματολογίου D.P.Q. (Vassiliadou & Goldberg, 2006)^[46].

Η εκπαίδευση των ατόμων σε θέματα ψυχικής υγείας έχει αποδείξει ότι μπορεί να συνδράμει σημαντικά στην επίτευξη των στόχων της προαγωγής ψυχικής υγείας και της πρόληψης διαφόρων ειδών ψυχιατρικών διαταραχών και προβλημάτων συμπεριφοράς, (WHO, 2004a; WHO, 2004b)^[52,53]. Η απόκτηση δεξιοτήτων μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα του Αξιολογικού μοντέλου προαγωγής ψυχικής υγείας ενθαρρύνουν την

φυσιολογική ανάπτυξη της προσωπικότητας, ενισχύουν τη δημιουργικότητα του ατόμου καθώς και την ικανότητα του να μπορεί να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες ζωής (Vassiliadou, 2008)^[47]. Όλα αυτά, αποτελούν στόχους της προαγωγής ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα στην εφηβική ηλικία (WHO, 2001)^[50].

Συγκεκριμένα για την προαγωγή ψυχικής υγείας και την πρόληψη της κατάθλιψης και του Συνδρόμου Επικτήτης Ψυχικής Ανεπάρκειας (APDS), το Αξιολογικό Μοντέλο Προαγωγής Ψυχικής Υγείας προσφέρει ένα χρήσιμο εργαλείο εντοπισμού των αρνητικών αξιολογικών γνωσιών που κυριαρχούν σε αυτές τις διαταραχές που είναι το ερωτηματολόγιο D.P.Q. (Dysfunctional Preconceptions Questionnaire) (Vassiliadou & Goldberg, 2006; Vassiliadou, 2008)^[46,47]. Έχει βρεθεί ότι αρνητικές αξιολογικές κατασκευές γύρω από τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον μπορούν εύκολα να ανιχνευτούν από τους γενικούς ιατρούς οι οποίοι εκπαιδεύτηκαν στη χρήση του D.P.Q. (Vassiliadou & Goldberg, 2006)^[46]. Με τον τρόπο αυτό, συμβάλλουμε σημαντικά στους στόχους της δευτεροβάθμιας πρόληψης που αφορούν στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, εφόσον έχει βρεθεί γενικά ότι περίπου το 25% των ατόμων (22% στην Ελλάδα) που επισκέπτονται τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, συνήθως άγχος ή κατάθλιψη (Μαυρέας, 2005)^[44].

Ο ρόλος της σκέψης στην συμπεριφορά του ατόμου

Τόσο το Αξιολογικό Μοντέλο όσο το Γνωσιακό, βασίζονται στη βασική θεώρηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς ως αποτέλεσμα διεργασιών σκέψης. Το Γνωσιακό μοντέλο για την κατάθλιψη τονίζει τη σημασία των αρνητικών γνωσιών του ατόμου στους τομείς εαυτός-κόσμος-μέλλον (Beck, 1991)^[49], δίνοντας βάση στον τρόπο που ερμηνεύει ο ασθενής την παραγματικότητα και τον εαυτό του (Παπακώστας, 2000)^[48].

Το Αξιολογικό μοντέλο συμπληρώνει στην θεωρία αυτή για την ερμηνεία της πραγματικότητας και την αξιολόγηση των εκάστοτε γεγονότων (Vassiliadou, 2008)^[47], αναλύοντας σε βάθος στα στάδια δημιουργίας των αξιολογικών κατασκευών ανάλογα με την φάση ανάπτυξης του άτομο, σε προαξιολογήσεις, αξιολογήσεις και μεταξιολογήσεις (Vassiliadou, 2008)^[47]. Η Γνωσιακή θεωρία αναφέρεται σε θετικές και αρνητικές πεποιθήσεις γύρω από τον εαυτό, κόσμο και μέλλον στην κατάθλιψη, ενώ αντίστοιχα το Αξιολογικό χρησιμοποιεί τους όρους προσαρμοστικές και δυσπροσαρμοστικές αξιολογικές κατασκευές, δίνοντας έμφαση στην έννοια της ανάπτυξης και της προσαρμογής καθώς και στην βούληση του ατόμου (Vassiliadou, 2008)^[47]. Δηλαδή, η βούληση του ατόμου επηρεαζόμενη -και επηρεάζοντας- την «πρόθεση-προδιάθεση» του ατόμου και εμπλέκεται σε μεγάλο βαθμό στον τρόπο με τον οποίο ο άνθρωπος αξιολογεί τα κάθε είδους ερεθίσματα (Vassiliadou, 2008)^[47].

Τριαξονικό μοντέλο εαυτός-κόσμος-μέλλον

Κατ'αντιστοιχία με την γνωσιακή τριάδα του Beck (1991)^[49] για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον, το Αξιολογικό μοντέλο χρησιμοποιεί τους όρους ταυτότητα, προσαρμογή και δημιουργικότητα για να αναδείξει την σημασία ανάπτυξης προσαρμοστικών αξιολογήσεων στους τομείς αυτούς που διευκολύνει την αποτελεσματική κατανόηση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Vassiliadou, 2008)^[47].

- *Ταυτότητα*: Το Αξιολογικό μοντέλο, εξετάζει την υγιή αυτοαντίληψη, την δημιουργική αυτοεκτίμηση και την προσπάθεια του ατόμου να βελτιώσει τις λιγότερο ισχυρές ικανότητες του (Vassiliadou, 2005)^[45].

- *Προσαρμογή*: Αφορά στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για την λειτουργική αξιολόγηση των αρνητικών γεγονότων ζωής και την αρμονική αλληλοϋποστήριξης μέσω των κοινωνικών σχέσεων (Vassiliadou, 2005)^[45].
- *Δημιουργικότητα*: Στόχος είναι η αξιολογική λήψη αποφάσεων εκ μέρους του ατόμου για την μελλοντική αλλά και άμεση ικανοποίηση βασικών αναγκών και την σταδιακή επίτευξη στόχων, με βάση μια ρεαλιστική αυτοαξιολόγηση των δυνατοτήτων του (Vassiliadou, 2005)^[45].

Οι υγιείς ως πρότυπα προσαρμοστικής σκέψης

Έχει υποστηριχθεί από το Γνωσιακό μοντέλο ότι οι αρνητικές σκέψεις γύρω από τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον ευθύνονται για την κατάθλιψη ενώ πιο θετικές σκέψεις χαρακτηρίζουν τους υγιείς (Clark & Beck, 1999)^[42]. Τόσο στο γνωσιακό μοντέλο όσο και στο Αξιολογικό, η ψυχική υγεία και ασθένεια αντιμετωπίζονται ως μια συνέχεια με ποσοτικές και όχι ποιοτικές διαφορές (Vassiliadou, 2008)^[47]. Επίσης, τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας δεν θεωρούνται παθολογικά από την φύση τους, αλλά υποστηρίζεται ότι μπορούν να καταλήξουν παθολογικά κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης (Vassiliadou, 2008)^[47].

Η Αξιολογική προσέγγιση τονίζει ότι θετικά χαρακτηριστικά και δεξιότητες είναι απαραίτητες για την Προαγωγή Ψυχικής Υγείας και για την πρόληψη των ψυχιατρικών ασθενειών και χρησιμοποιεί τον τρόπο που αντιμετωπίζουν οι πιο υγιείς προσωπικότητες την πραγματικότητα (Vassiliadou, 2008)^[47]. Έτσι το Αξιολογικό μοντέλο μια πιο θετική προσέγγιση σε θέματα ψυχικής υγείας (Vassiliadou, 2008)^[47].

Σύγκριση του Αξιολογικού και Γνωσιακού Ψυχοθεραπευτικού Μοντέλου στις Θεραπευτικές τεχνικές

Στη γνωσιακή ψυχοθεραπεία της κατάθλιψης, ο θεραπευτής και ο ασθενής συνεργάζονται για να προσδιορίσουν ποιοι τρόποι σκέψης είναι δυσλειτουργικοί για το άτομο και πώς αυτές μπορούν να αντικατασταθούν με λειτουργικότερες (Παπακώστας, 2000)^[48]. Η τεχνική που χρησιμοποιείται για τον στόχο αυτό κατά κύριο λόγο είναι η γνωσιακή αναδόμηση, αλλά στην θεραπεία ακολουθούν πολλές θεραπευτικές μεθόδους, όπως η τεχνική τριπλής στήλης «ABC» (Ευθυμίου, 2006)^[54]. Η θεραπεία επίσης επικεντρώνεται στην αύξηση της ενεργητικότητας του ατόμου με απασχόληση σε ευχάριστες δραστηριότητες που του προσφέρουν ικανοποίηση, με την βοήθεια της τεχνικής του προγραμματισμού δραστηριοτήτων καθώς επίσης και στην διαβάθμιση δραστηριοτήτων (Παπακώστας, 2000)^[48].

Το Αξιολογικό ψυχοθεραπευτικό μοντέλο συνιστά την υποστήριξη του ασθενούς ώστε να επιτύχει βάσει των αρχών του δικού του κόσμο-ειδώλου α) την αμφισβήτηση των δυσπροσαρμοστικών αξιολογήσεων και β) την αποκατάσταση των πιθανών συγκρούσεων μεταξύ προ- και μετα- αξιολογήσεων (Vassiliadou, 2008)^[47]. Στο Αξιολογικό, όπως και στο Γνωσιακό ψυχοθεραπευτικό μοντέλο, ο ασθενής θεωρείται ως «ερευνητής» ή «επιστήμονας» ο οποίος αναζητεί («βούλεται») να κατανοήσει με την βοήθεια του θεραπευτή, να πειραματιστεί και να αντικαταστήσει με λειτουργικότερες τις πιθανές δυσλειτουργικές-δυσπροσαρμοστικές αξιολογήσεις βάσει των οποίων συνήθιζε να αντιδρά στα ερεθίσματα της καθημερινότητας του και οι οποίες φαίνεται να σχετίζονται με την διαταραχή του (Vassiliadou, 2008)^[47].

Για την προσπάθεια αυτή, το Αξιολογικό μοντέλο στοχεύει στην αξιοποίηση των λειτουργικότερων αξιολογήσεων που κάθε ασθενής και κάθε άνθρωπος φέρει και οι

οποίες φαίνεται να σχετίζονται με αντίστοιχες δυσλειτουργικές ώστε η ενδυνάμωση των πρώτων να συνεισφέρει στην αμφισβήτηση των δεύτερων (Vassiliadou, 2008)^[47]. Για τον εντοπισμό και αξιοποίηση των λειτουργικότερων προ- και μετα-αξιολογήσεων, το Αξιολογικό μοντέλο χρησιμοποιεί το ερωτηματολόγιο D.P.Q. (Dysfunctional Preconceptions Questionnaire). Επιπλέον, στοχεύει στην κατάλληλη εκπαίδευση των ατόμων με σκοπό την ενίσχυση των λειτουργικότερων δεξιοτήτων του ατόμου, είτε πρόκειται για ασθενή με διαταραχή είτε όχι ώστε να αναπτύξουν προσαρμοστική αυτοεκτίμηση, κοινωνικότητα και δημιουργικότητα ώστε να προλαμβάνονται όσο το δυνατόν αφ' ενός η ανάπτυξη δυσπροσαρμοστικών αξιολογήσεων γύρω από τον εαυτό-κόσμο-μέλλον (Beck, 1991)^[49] και αφ' ετέρου η εγκατάσταση συγκρούσεων μεταξύ προ- και μετά- αξιολογήσεων (Vassiliadou, 2008)^[47].

Η θεραπευτική σχέση

Όπως συμβαίνει και στο Γνωσιακό ψυχοθεραπευτικό μοντέλο, ο θεραπευτής και ο ασθενής συνεργάζονται ώστε να αντιμετωπίσουν τα τρέχοντα προβλήματα του τελευταίου και ο θεραπευτής λειτουργεί ως έμπειρο συνεργάτη του «ερευνητή επιστήμονα» ασθενούς (Vassiliadou, 2008)^[47]. Και τα δύο μοντέλα (Αξιολογικό και Γνωσιακό) δίνουν έμφαση στον σεβασμό των επιθυμιών και προτιμήσεων του ασθενούς θεωρώντας τις σαν τον σημαντικό συντελεστή της ανάπτυξης της «θεραπευτικής συμμαχίας» (Beck, 1991)^[49]. Έχει τονιστεί ιδιαίτερα από το Αξιολογικό μοντέλο η σημασία της χρήσης εκ μέρους των θεραπευτών ενός συστήματος αξιών καθολικά αποδεκτό και που πηγάζει από τις ανθρωπιστικές επιστήμες, ούτως ώστε να μη έρχονται σε ρήξη οι θεραπευτικές παρεμβάσεις με τις κοινωνικές, πολιτιστικές και θρησκευτικές προτιμήσεις του ασθενούς (Vassiliadou, 2008)^[47]. Όπως έχει παρατηρηθεί, η θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπευτή- θεραπευμένου τείνει έχει ανάγκη συνεργασίας και αμοιβαίου σεβασμού μεταξύ των δύο για καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα (Γουρνέλλης και συν., 2013)^[55].

Αποτελεσματικότητα του Αξιολογικού και Γνωσιακού Μοντέλου στην θεραπεία της κατάθλιψης

Η αποτελεσματικότητα του Γνωσιακού μοντέλου έχει υποστηριχθεί πολλές φορές στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Αναλυτικότερα, υπάρχει πληθώρα κλινικών μελετών που καταδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας για την κατάθλιψη καθώς και σειρά μετα- αναλύσεων που την επιβεβαιώνουν (DeRubeis et al., 1990)^[57]. Θεωρείται εξίσου αποτελεσματική με την φαρμακοθεραπεία (Scott, 1995)^[58] και ιδιαίτερα αποτελεσματική κυρίως στη περίπτωση της μονοπολικής, μη ψυχωσικής κατάθλιψης (Παπακώστας και συν., 2013)^[1].

Το Αξιολογικό μοντέλο έχει δειχθεί επίσης αποτελεσματική για τη θεραπεία της κατάθλιψης (Vassiliadou & Goldberg, 2006; Vassiliadou, 2008)^[46,47]. Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι η εκπαίδευση σε συγκεκριμένες αξιολογικές δεξιότητες βελτιώνει τα επίπεδα αυτοαναφερόμενης ψυχοπαθολογίας καθώς και την βελτίωση προσαρμοστικών αξιολογήσεων (Chondromaras et al, 2014)^[56].

Μέθοδος

Στους ασθενείς τόσο της ομάδας ελέγχου (υγιείς μάρτυρες) όσο και της πειραματικής ομάδας των ασθενών με εμβοές ώτων, χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια:

- 1) DPQ: για τη διερεύνηση πιθανής έλλειψης λειτουργικών αξιολογικών νοητικών κατασκευών
- 2) GHQ-28: για την ανίχνευση πρόσφατης ψυχικής νοσηρότητας

ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 51 εξωτερικούς ασθενείς που πάσχουν από εμβοές ώτων του ΩΡΛ Τμήματος του Γ.Ν. «Κωνσταντοπούλειο» Ν. Ιωνίας, οι οποίοι αποτέλεσαν την πειραματική ομάδα και 46 μεταπτυχιακούς φοιτητές του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προαγωγή Ψυχικής Υγείας – Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών», οι οποίοι αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου.

Το 71,7% (33 άτομα) των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου και το 58,8% (30 άτομα) της πειραματικής ομάδας είναι γυναίκες.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου (54,3%) είναι έγγαμοι, ενώ οι περισσότεροι συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας (47,1%) είναι διαζευγμένοι. Αναφορικά με την επαγγελματική τους κατάσταση, οι περισσότεροι συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου απασχολούνται σε κάποιο δημόσιο φορέα (63,6%), ενώ η πλειοψηφία των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα (33,3%) (βλ. Πίνακα 1).

Πίν.1. Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας ως προς την οικογενειακή και επαγγελματική τους κατάσταση

	Ομάδα ελέγχου		Πειραματική ομάδα	
	f	rf	f	rf
Οικογενειακή κατάσταση				
Έγγαμος/η	25	54,3	21	41,2
Άγαμος/η	21	45,7	3	5,9
Διαζευγμένος/η	0	0,0	24	47,1
Χήρος/α	0	0,0	3	5,9
Σύνολο	46		51	
Επαγγελματική κατάσταση				
Απασχόληση σε δημόσιο φορέα	28	63,6	11	21,6
Απασχόληση σε ιδιωτικό φορέα	7	15,9	17	33,3
Οικιακά	5	11,4	10	19,6
Άνεργος/Συνταξιούχος	4	9,1	12	23,5
Φοιτητής	0	0,0	1	2,0
Σύνολο	44		51	

Για τους σκοπούς της στατιστικής ανάλυσης οι τιμές των μεταβλητών οικογενειακή κατάσταση και επαγγελματική κατάσταση κωδικοποιήθηκαν εκ νέου ως εξής: με σύντροφο – χωρίς σύντροφο και απασχολούμενος – μη απασχολούμενος (βλ. Πίνακα 2).

Πίν.2. Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας ως προς την οικογενειακή και επαγγελματική τους κατάσταση

	Ομάδα ελέγχου		Πειραματική ομάδα	
	f	rf	f	rf
Οικογενειακή κατάσταση				
Με σύντροφο (Έγγαμος/η)	25	54,3	21	41,2
Χωρίς σύντροφο (Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α)	21	45,7	30	58,8
Σύνολο	46		51	
Επαγγελματική κατάσταση				
Απασχολούμενοι (Απασχόληση σε δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα)	35	76,1	28	54,9
Μη απασχολούμενοι (Οικιακά, Άνεργος/Συνταξιούχος, Φοιτητής)	9	20,5	23	45,1
Σύνολο	44		51	

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2, ο μέσος όρος της ηλικίας των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου είναι τα 37 (SD = 8,74) έτη, ενώ της πειραματικής ομάδας τα 60 έτη (SD = 10,18). Τέλος, οι συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου αναφέρουν κατά μέσο όρο 18 έτη εκπαίδευσης (SD = 2,57), ενώ οι συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας 13,5 έτη (SD = 3,21).

Πίν.2. Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή της ηλικίας και των ετών εκπαίδευσης των συμμετεχόντων

	N	M.O.	SD	Min.	Max.
Ηλικία					
Ομάδα ελέγχου	46	37,13	8,74	24,0	55,0
Πειραματική ομάδα	51	59,59	10,18	20,0	77,0
Έτη εκπαίδευσης					
Ομάδα ελέγχου	46	17,97	2,57	15,0	26,0
Πειραματική ομάδα	51	13,55	3,21	6,0	20,0

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες του φύλου των συμμετεχόντων όπως προς την ομάδα στην οποία συμμετείχαν. Όπως έδειξε το κριτήριο χ^2 δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων ως προς το φύλο των συμμετεχόντων, ($\chi^2 (1) = 1,77, p = 0,183$).

Πίν.1. Κατανομή (απόλυτες και διπλές σχετικές συχνότητες) του φύλου των συμμετεχόντων ως προς την ομάδα

Φύλο	Ομάδα					
	Ομάδα ελέγχου		Πειραματική ομάδα		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf
Άντρας	13	28,3	21	41,2	34	35,1
Γυναίκα	33	71,7	30	58,8	63	64,9
Σύνολο	46	47,4	51	52,6	97	

Σημείωση. Οι σχετικές συνδυαστικές συχνότητες έχουν υπολογιστεί για τις στήλες (ομάδα).

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες της οικογενειακής κατάστασης των συμμετεχόντων όπως προς την ομάδα στην οποία συμμετείχαν. Όπως έδειξε το κριτήριο χ^2 δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων ως προς την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, ($\chi^2 (1) = 1,68, p = 0,195$).

Πίν.2. Κατανομή (απόλυτες και διπλές σχετικές συχνότητες) της οικογενειακής κατάστασης των συμμετεχόντων ως προς την ομάδα

Οικογενειακή κατάσταση	Ομάδα					
	Ομάδα ελέγχου		Πειραματική ομάδα		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf
Με σύντροφο	25	54,3	21	41,2	46	47,4
Χωρίς σύντροφο	21	45,7	30	58,8	51	52,6
Σύνολο	46	47,4	51	52,6	97	

Σημείωση. Οι σχετικές συνδυαστικές συχνότητες έχουν υπολογιστεί για τις στήλες (ομάδα).

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες της επαγγελματικής κατάστασης των συμμετεχόντων όπως προς την ομάδα στην οποία συμμετείχαν. Όπως έδειξε το κριτήριο χ^2 οι απαντήσεις των συμμετεχόντων για την επαγγελματική τους κατάσταση διαφέρουν ανάλογα με την ομάδα στην οποία τοποθετήθηκαν ($\chi^2 (1) = 6,42, p = 0,011$). Συγκεκριμένα, το 79,5% (35 άτομα) των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου δήλωσαν ότι εργάζονται, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας ήταν 54,9% (28 άτομα)

Πίν.3. Κατανομή (απόλυτες και διπλές σχετικές συχνότητες) της επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων ως προς την ομάδα

Επαγγελματική κατάσταση	Ομάδα					
	Ομάδα ελέγχου		Πειραματική ομάδα		Σύνολο	
	f	rf	f	rf	f	rf
Απασχολούμενος/η	35	79,5	28	54,9	63	66,3
Μη απασχολούμενος/η	9	20,5	23	45,1	32	33,7
Σύνολο	44	46,3	51	53,7	95	

Σημείωση. Οι σχετικές συνδυαστικές συχνότητες έχουν υπολογιστεί για τις στήλες (ομάδα).

Ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των συμμετεχόντων των δυο ομάδων ως προς την ηλικία και τα έτη εκπαίδευσης (βλ. Πίνακα 4). Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας (M = 59,59, SD = 10,18) είναι κατά μέσο όρο μεγαλύτεροι ηλικιακά από τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου (M = 37,13, SD = 8,74), $t(95) = -11,60$, $p < 0,001$. Τέλος, οι συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου (M = 17,97, SD = 2,57) αναφέρουν περισσότερα έτη εκπαίδευσης σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας (M = 13,55, SD = 3,21), $t(95) = 7,42$, $p < 0,001$.

Πίν. 4. Μέσοι όροι, t τιμές και στατιστική σημαντικότητα της ηλικίας και των ετών εκπαίδευσης των συμμετεχόντων ως προς την ομάδα στην οποία τοποθετήθηκαν

	Μέσος όρος (M) συμμετεχόντων ομάδας ελέγχου	Μέσος όρος (M) συμμετεχόντων πειραματικής ομάδας	t - test		
			t	df	p
Ηλικία	37,13	59,59	-11,60	95	0,000
Έτη εκπαίδευσης	17,97	13,55	7,42	95	0,000

Ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία των συμμετεχόντων στις υποκλίμακες των δυο ερωτηματολογίων ως προς την ομάδα (βλ. Πίνακα 5).

Ειδικότερα, η βαθμολογία των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας στην υποκλίμακα του GHQ «Σωματικά συμπτώματα» (M = 14,14, SD = 3,72) ήταν υψηλότερη από αυτή των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου (M = 5,09, SD = 2,84), $t(93) = -13,16$, $p < 0,001$.

Η βαθμολογία των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας στην υποκλίμακα του GHQ «Άγχος και αϋπνία» (M = 15,00, SD = 3,32) ήταν υψηλότερη από αυτή των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου (M = 4,04, SD = 2,40), $t(94) = -18,29$, $p < 0,001$.

Η βαθμολογία των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας στην υποκλίμακα του GHQ «Κοινωνική δυσλειτουργία» ($M = 14,71$, $SD = 4,08$) ήταν υψηλότερη από αυτή των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου ($M = 6,07$, $SD = 1,98$), $t(74,58) = -13,40$, $p < 0,001$.

Η βαθμολογία των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας στην υποκλίμακα του GHQ «Μείζων κατάθλιψη» ($M = 4,92$, $SD = 4,10$) ήταν υψηλότερη από αυτή των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου ($M = 0,87$, $SD = 0,99$), $t(56,56) = -6,84$, $p < 0,001$.

Η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας στο GHQ ($M = 48,76$, $SD = 12,91$) ήταν υψηλότερη από αυτή των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου ($M = 16,05$, $SD = 6,20$), $t(74,45) = -16,04$, $p < 0,001$.

Η βαθμολογία των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας στην υποκλίμακα του DPQ «Εαυτός» ($M = 29,12$, $SD = 9,16$) ήταν υψηλότερη από αυτή των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου ($M = 11,60$, $SD = 4,58$), $t(73,62) = -11,97$, $p < 0,001$.

Η βαθμολογία των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας στην υποκλίμακα του DPQ «Κόσμος» ($M = 33,65$, $SD = 10,49$) ήταν υψηλότερη από αυτή των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου ($M = 11,07$, $SD = 6,82$), $t(83,17) = -12,47$, $p < 0,001$.

Η βαθμολογία των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας στην υποκλίμακα του DPQ «Μέλλον» ($M = 34,49$, $SD = 10,52$) ήταν υψηλότερη από αυτή των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου ($M = 10,93$, $SD = 5,41$), $t(76,34) = -14,07$, $p < 0,001$.

Η βαθμολογία των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας στην υποκλίμακα του DPQ «Κοινωνιοτροπία» ($M = 48,56$, $SD = 14,19$) ήταν υψηλότερη από αυτή των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου ($M = 22,18$, $SD = 9,07$), $t(84,22) = -10,90$, $p < 0,001$.

Η βαθμολογία των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας στην υποκλίμακα του DPQ «Αυτονομία» ($M = 48,20$, $SD = 114,89$) ήταν υψηλότερη από αυτή των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου ($M = 11,76$, $SD = 6,59$), $t(67,29) = -15,55$, $p < 0,001$.

Η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας στο DPQ ($M = 96,71$, $SD = 28,78$) ήταν υψηλότερη από αυτή των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου ($M = 33,95$, $SD = 14,24$), $t(71,79) = -13,53$, $p < 0,001$.

Πίν. 5. Μέσοι όροι, t τιμές και στατιστική σημαντικότητα της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων ως προς την ομάδα στην οποία τοποθετήθηκαν

Υποκλίμακες ερωτηματολογίων GHQ και DPQ	Μέσος όρος (M) συμμετεχόντων ομάδας ελέγχου	Μέσος όρος (M) συμμετεχόντων πειραματικής ομάδας	t - test		
			t	df	p
GHQ Σωματικά συμπτώματα	5,09	14,14	-13,16	93	0,000
GHQ Άγχος και αϋπνία	4,04	15,00	-18,29	94	0,000
GHQ Κοινωνική δυσλειτουργία	6,07	14,71	-13,40	74,58	0,000
GHQ Μείζων κατάθλιψη	0,87	4,92	-6,84	56,56	0,000
GHQ Συνολική βαθμολογία	16,05	48,76	-16,04	74,45	0,000
DPQ Εαυτός	11,60	29,12	-11,97	73,62	0,000
DPQ Κόσμος	11,07	33,65	-12,47	83,17	0,000
DPQ Μέλλον	10,93	34,49	-14,07	76,34	0,000
DPQ Κοινωνιοτροπία	22,18	48,56	-10,90	84,22	0,000
DPQ Αυτονομία	11,76	48,20	-15,55	67,29	0,000
DPQ Συνολική βαθμολογία	33,95	96,71	-13,53	71,79	0,000

Υπολογίστηκαν οι δείκτες συνάφειας r του Pearson ανάμεσα στις υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου GHQ για τους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας. Όλοι οι δείκτες ήταν θετικής κατεύθυνσης και στατιστικώς σημαντικοί και το μέγεθος των συσχετίσεων κυμαίνεται από μέτριο έως υψηλό (βλ. Πίνακα 6).

Συγκεκριμένα, η υποκλίμακα «Σωματικά συμπτώματα» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τις υποκλίμακες «Άγχος και αϋπνία» ($r = 0,83, p < 0,01$), «Κοινωνική δυσλειτουργία» ($r = 0,78, p < 0,01$), «Μείζων κατάθλιψη» ($r = 0,45, p < 0,01$) και με τη συνολική βαθμολογία στο GHQ ($r = 0,89, p < 0,01$).

Η υποκλίμακα «Άγχος και αϋπνία» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τις υποκλίμακες «Κοινωνική δυσλειτουργία» ($r = 0,76, p < 0,01$), «Μείζων κατάθλιψη» ($r = 0,50, p < 0,01$) και με τη συνολική βαθμολογία στο GHQ ($r = 0,90, p < 0,01$).

Η υποκλίμακα «Κοινωνική δυσλειτουργία» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με την υποκλίμακα «Μείζων κατάθλιψη» ($r = 0,50, p < 0,01$) και με τη συνολική βαθμολογία στο GHQ ($r = 0,89, p < 0,01$).

Η υποκλίμακα «Μείζων κατάθλιψη» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τη συνολική βαθμολογία στο GHQ ($r = 0,73, p < 0,01$).

Πίν. 6. Συνάφεια (Pearson r) μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου GHQ για τους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας

Υποκλίμακες Ερωτηματολογίου GHQ	1.	2.	3.	4.	5.
1. GHQ Σωματικά συμπτώματα	1,00				
2. GHQ Άγχος και αϋπνία	0,83**	1,00			
3. GHQ Κοινωνική δυσλειτουργία	0,78**	0,76**	1,00		
4. GHQ Μείζων κατάθλιψη	0,45**	0,50**	0,50**	1,00	
5. Συνολική βαθμολογία GHQ	0,89**	0,90**	0,89**	0,73**	1,00

Σημείωση: ** $p < 0,01$.

Υπολογίστηκαν οι δείκτες συνάφειας r του Pearson ανάμεσα στις υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου DPQ για τους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας. Όλοι οι δείκτες ήταν θετικής κατεύθυνσης και στατιστικώς σημαντικοί και το μέγεθος των συσχετίσεων ήταν υψηλό (βλ. Πίνακα 7).

Συγκεκριμένα, η υποκλίμακα «Εαυτός» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τις υποκλίμακες «Κόσμος» ($r = 0,86, p < 0,01$), «Μέλλον» ($r = 0,82, p < 0,01$), «Κοινωνιοτροπία» ($r = 0,92, p < 0,01$), «Αυτονομία» ($r = 0,91, p < 0,01$) και τη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($r = 0,93, p < 0,01$).

Η υποκλίμακα «Κόσμος» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τις υποκλίμακες «Μέλλον» ($r = 0,90, p < 0,01$), «Κοινωνιοτροπία» ($r = 0,95, p < 0,01$), «Αυτονομία» ($r = 0,96, p < 0,01$) και τη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($r = 0,97, p < 0,01$).

Η υποκλίμακα «Μέλλον» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τις υποκλίμακες «Κοινωνιοτροπία» ($r = 0,93, p < 0,01$), «Αυτονομία» ($r = 0,94, p < 0,01$) και τη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($r = 0,96, p < 0,01$).

Η υποκλίμακα «Κοινωνιοτροπία» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με την υποκλίμακα «Αυτονομία» ($r = 0,94, p < 0,01$) και τη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($r = 0,98, p < 0,01$).

Η υποκλίμακα «Αυτονομία» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($r = 0,98, p < 0,01$).

Πίν. 7. Συνάφεια (Pearson r) μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου DPQ για τους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας

Υποκλίμακες Ερωτηματολογίου DPQ	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. DPQ Εαυτός	1,00					
2. DPQ Κόσμος	0,86**	1,00				
3. DPQ Μέλλον	0,82**	0,90**	1,00			
4. DPQ Κοινωνιοτροπία	0,92**	0,95**	0,93**	1,00		
5. DPQ Αυτονομία	0,91**	0,96**	0,94**	0,94**	1,00	
6. Συνολική βαθμολογία DPQ	0,93**	0,97**	0,96**	0,98**	0,98**	1,00

Σημείωση: ** $p < 0,01$.

Υπολογίστηκαν οι δείκτες συνάφειας r του Pearson ανάμεσα στις υποκλίμακες των Ερωτηματολογίου GHQ και DPQ για τους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας. Όλοι οι δείκτες ήταν θετικής κατεύθυνσης και στατιστικώς σημαντικοί (με την εξαίρεση της συνάφειας ανάμεσα στις υποκλίμακες «Άγχος και αϋπνία» και «Αυτονομία», η οποία ήταν στατιστικώς ασήμαντη) και το μέγεθος των συσχετίσεων κυμαινόταν από χαμηλό ως μέτριο (βλ. Πίνακα 8).

Η υποκλίμακα του GHQ «Σωματικά συμπτώματα» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τις υποκλίμακες του DPQ «Εαυτός» ($r = 0,38, p < 0,01$) «Κόσμος» ($r = 0,36, p < 0,01$), «Μέλλον» ($r = 0,37, p < 0,01$), «Κοινωνιοτροπία» ($r = 0,40, p < 0,01$), «Αυτονομία» ($r = 0,36, p < 0,01$) και τη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($r = 0,38, p < 0,01$).

Η υποκλίμακα του GHQ «Άγχος και αϋπνία» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τις υποκλίμακες του DPQ «Εαυτός» ($r = 0,32, p < 0,05$) «Κόσμος» ($r = 0,32, p < 0,05$), «Μέλλον» ($r = 0,30, p < 0,05$), «Κοινωνιοτροπία» ($r = 0,37, p < 0,01$) και τη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($r = 0,32, p < 0,05$).

Η υποκλίμακα του GHQ «Κοινωνική δυσλειτουργία» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τις υποκλίμακες του DPQ «Εαυτός» ($r = 0,32, p < 0,05$) «Κόσμος» ($r = 0,40, p < 0,01$), «Μέλλον» ($r = 0,43, p < 0,01$), «Κοινωνιοτροπία» ($r = 0,44, p < 0,01$), «Αυτονομία» ($r = 0,35, p < 0,05$) και τη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($r = 0,40, p < 0,01$).

Η υποκλίμακα του GHQ «Μείζων κατάθλιψη» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τις υποκλίμακες του DPQ «Εαυτός» ($r = 0,55, p < 0,01$) «Κόσμος» ($r = 0,49, p < 0,01$), «Μέλλον» ($r = 0,37, p < 0,01$), «Κοινωνιοτροπία» ($r = 0,50, p < 0,01$), «Αυτονομία» ($r = 0,47, p < 0,01$) και τη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($r = 0,50, p < 0,01$).

Η συνολική βαθμολογία στο GHQ σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τις υποκλίμακες του DPQ «Εαυτός» ($r = 0,47, p < 0,01$) «Κόσμος» ($r = 0,46, p < 0,01$), «Μέλλον» ($r = 0,44, p < 0,01$), «Κοινωνιοτροπία» ($r = 0,51, p < 0,01$), «Αυτονομία» ($r = 0,43, p < 0,01$) και τη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($r = 0,48, p < 0,01$).

Πίν. 8. Συνάφεια (Pearson r) μεταξύ των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ για τους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας

	GHQ Σωματικά συμπτώματα	GHQ Άγχος και αϋπνία	GHQ Κοινωνική δυσλειτουργία	GHQ Μείζων κατάθλιψη	GHQ Συνολική βαθμολογία
DPQ Εαυτός	0,38**	0,32*	0,32*	0,55**	0,47**
DPQ Κόσμος	0,36**	0,32*	0,40**	0,49**	0,46**
DPQ Μέλλον	0,37**	0,30*	0,43**	0,37**	0,44**
DPQ Κοινωνιοτροπία	0,40**	0,37**	0,44**	0,50**	0,51**
DPQ Αυτονομία	0,36**	0,25	0,35*	0,47**	0,43**
DPQ Συνολική βαθμολογία	0,38**	0,32*	0,40**	0,50**	0,48**

Σημείωση: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στη βαθμολογία των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ ως προς το φύλο (βλ. Πίνακα 9).

Πίν. 9. Μέσοι όροι, t τιμές και στατιστική σημαντικότητα της βαθμολογίας των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ ως προς το φύλο

	Μέσος όρος (M) αντρών πειραματικής ομάδας	Μέσος όρος (M) γυναικών πειραματικής ομάδας	t - test		
			t	df	p
GHQ Σωματικά συμπτώματα	13,48	14,60	-1,06	49	0,292
GHQ Άγχος και αϋπνία	14,71	15,20	-0,51	49	0,612
GHQ Κοινωνική δυσλειτουργία	13,90	15,27	-1,18	49	0,245
GHQ Μείζων κατάθλιψη	5,27	4,47	0,95	49	0,349
GHQ Συνολική βαθμολογία	47,67	49,53	-0,50	49	0,616
DPQ Εαυτός	31,14	27,66	1,34	48	0,187
DPQ Κόσμος	36,62	31,43	1,75	47	0,087
DPQ Μέλλον	36,05	33,40	0,88	49	0,382
DPQ Κοινωνιοτροπία	51,86	46,17	1,41	48	0,164
DPQ Αυτονομία	51,95	45,39	1,55	47	0,128
DPQ Συνολική βαθμολογία	103,81	91,39	1,52	47	0,137

Ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στη βαθμολογία των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση (βλ. Πίνακα 10).

Πίν. 10. Μέσοι όροι, *t* τιμές και στατιστική σημαντικότητα της βαθμολογίας των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση

	Μέσος όρος (M) συμμετεχόντων πειραματικής ομάδας που έχουν σύντροφο	Μέσος όρος (M) συμμετεχόντων πειραματικής ομάδας που δεν έχουν σύντροφο	t - test		
			t	df	p
GHQ Σωματικά συμπτώματα	13,62	14,50	-0,83	49	0,410
GHQ Άγχος και αϋπνία	14,62	15,27	-0,68	49	0,499
GHQ Κοινωνική δυσλειτουργία	14,05	15,17	-0,96	49	0,340
GHQ Μείζων κατάθλιψη	4,67	5,10	-0,37	49	0,714
GHQ Συνολική βαθμολογία	46,95	50,03	-0,84	49	0,407
DPQ Εαυτός	28,90	29,28	-0,14	48	0,889
DPQ Κόσμος	33,38	33,86	-0,16	47	0,877
DPQ Μέλλον	32,57	35,83	-1,09	49	0,280
DPQ Κοινωνιοτροπία	47,57	49,28	-0,42	48	0,680
DPQ Αυτονομία	47,29	48,89	-0,37	47	0,713
DPQ Συνολική βαθμολογία	94,86	98,11	-0,39	47	0,700

Ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο *t* για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στη βαθμολογία των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση (βλ. Πίνακα 11).

Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας που εργάζονται είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα του DPQ «Εαυτός» ($M = 31,59$, $SD = 7,53$) σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας που δεν εργάζονται ($M = 26,22$, $SD = 10,18$), $t(48) = 2,14$, $p < 0,05$.

Οι συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας που εργάζονται είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα του DPQ «Κόσμος» ($M = 37,23$, $SD = 7,54$) σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας που δεν εργάζονται ($M = 29,61$, $SD = 11,97$), $t(47) = 2,70$, $p < 0,01$.

Οι συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας που εργάζονται είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα του DPQ «Αυτονομία» ($M = 53,15$, $SD = 10,84$) σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας που δεν εργάζονται ($M = 42,61$, $SD = 16,99$), $t(47) = 2,62$, $p < 0,05$.

Οι συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας που εργάζονται είχαν υψηλότερη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($M = 104,92$, $SD = 21,39$) σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της πειραματικής ομάδας που δεν εργάζονται ($M = 87,43$, $SD = 33,42$), $t(47) = 2,21$, $p < 0,05$.

Πίν. 11. Μέσοι όροι, *t* τιμές και στατιστική σημαντικότητα της βαθμολογίας των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση

	Μέσος όρος (M) συμμετεχόντων πειραματικής ομάδας που εργάζονται	Μέσος όρος (M) συμμετεχόντων πειραματικής ομάδας που δεν εργάζονται	t - test		
			t	df	p
GHQ Σωματικά συμπτώματα	14,46	13,74	0,69	49	0,493
GHQ Άγχος και αϋπνία	15,14	14,83	0,34	49	0,738
GHQ Κοινωνική δυσλειτουργία	14,93	14,43	0,40	28,6 7	0,694
GHQ Μείζων κατάθλιψη	5,29	4,48	0,70	49	0,489
GHQ Συνολική βαθμολογία	49,82	47,48	0,64	49	0,525
DPQ Εαυτός	31,59	26,22	2,14	48	0,037
DPQ Κόσμος	37,23	29,61	2,70	47	0,010
DPQ Μέλλον	36,86	31,61	1,81	49	0,076
DPQ Κοινωνιοτροπία	51,74	44,83	1,75	48	0,086
DPQ Αυτονομία	53,15	42,61	2,62	47	0,012
DPQ Συνολική βαθμολογία	104,92	87,43	2,21	47	0,032

Υπολογίστηκαν οι δείκτες συνάφειας *r* του Pearson ανάμεσα στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ και της ηλικίας των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας. Δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές συνάφειες (βλ. Πίνακα 12).

Πίν. 12. Συνάφεια (Pearson *r*) μεταξύ των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ και της ηλικίας των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας

Υποκλίμακες Ερωτηματολογίων GHQ και DPQ	Ηλικία
GHQ Σωματικά συμπτώματα	0,09
GHQ Άγχος και αϋπνία	0,08
GHQ Κοινωνική δυσλειτουργία	0,11
GHQ Μείζων κατάθλιψη	-0,13
GHQ Συνολική βαθμολογία	0,04
DPQ Εαυτός	-0,19
DPQ Κόσμος	0,12
DPQ Μέλλον	0,66
DPQ Κοινωνιοτροπία	-0,14
DPQ Αυτονομία	-0,19
DPQ Συνολική βαθμολογία	-0,17

Υπολογίστηκαν οι δείκτες συνάφειας *r* του Pearson ανάμεσα στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ και των ετών εκπαίδευσης των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας. Δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές συνάφειες (βλ. Πίνακα 13).

Πίν. 13. Συνάφεια (Pearson r) μεταξύ των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ και των ετών εκπαίδευσης των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας

Υποκλίμακες Ερωτηματολογίων GHQ και DPQ	Έτη εκπαίδευσης
GHQ Σωματικά συμπτώματα	0,01
GHQ Άγχος και αϋπνία	-0,21
GHQ Κοινωνική δυσλειτουργία	-0,14
GHQ Μείζων κατάθλιψη	-0,02
GHQ Συνολική βαθμολογία	-0,10
DPQ Εαυτός	0,23
DPQ Κόσμος	0,24
DPQ Μέλλον	0,20
DPQ Κοινωνιοτροπία	0,18
DPQ Αυτονομία	0,25
DPQ Συνολική βαθμολογία	0,22

Υπολογίστηκαν οι δείκτες συνάφειας r του Pearson ανάμεσα στις υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου GHQ για τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου. Όλοι οι δείκτες ήταν θετικής κατεύθυνσης και στατιστικώς σημαντικοί (με την εξαίρεση της συνάφειας ανάμεσα στις υποκλίμακες «Άγχος και αϋπνία» και «Κοινωνική δυσλειτουργία», η οποία ήταν στατιστικώς ασήμαντη) και το μέγεθος των συσχετίσεων κυμαίνεται από χαμηλό έως μέτριο (βλ. Πίνακα 14).

Συγκεκριμένα, η υποκλίμακα «Σωματικά συμπτώματα» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τις υποκλίμακες «Άγχος και αϋπνία» ($r = 0,53$, $p < 0,01$), «Κοινωνική δυσλειτουργία» ($r = 0,40$, $p < 0,01$), «Μείζων κατάθλιψη» ($r = 0,41$, $p < 0,01$) και με τη συνολική βαθμολογία στο GHQ ($r = 0,85$, $p < 0,01$).

Η υποκλίμακα «Άγχος και αϋπνία» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με την υποκλίμακα «Μείζων κατάθλιψη» ($r = 0,53$, $p < 0,01$) και με τη συνολική βαθμολογία στο GHQ ($r = 0,80$, $p < 0,01$).

Η υποκλίμακα «Κοινωνική δυσλειτουργία» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με την υποκλίμακα «Μείζων κατάθλιψη» ($r = 0,32$, $p < 0,05$) και με τη συνολική βαθμολογία στο GHQ ($r = 0,63$, $p < 0,01$).

Η υποκλίμακα «Μείζων κατάθλιψη» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τη συνολική βαθμολογία στο GHQ ($r = 0,65$, $p < 0,01$).

Πίν. 14. Συνάφεια (Pearson r) μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου GHQ για τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου

Υποκλίμακες Ερωτηματολογίου GHQ	1.	2.	3.	4.	5.
1. GHQ Σωματικά συμπτώματα	1,00				
2. GHQ Άγχος και αϋπνία	0,53**	1,00			
3. GHQ Κοινωνική δυσλειτουργία	0,40**	0,21	1,00		
4. GHQ Μείζων κατάθλιψη	0,41**	0,53**	0,32*	1,00	
5. GHQ Συνολική βαθμολογία	0,85**	0,80**	0,63**	0,65**	1,00

Σημείωση: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Υπολογίστηκαν οι δείκτες συνάφειας r του Pearson ανάμεσα στις υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου DPQ για τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου. Όλοι οι δείκτες ήταν

θετικής κατεύθυνσης και στατιστικώς σημαντικοί και το μέγεθος των συσχετίσεων κυμαίνεται από μέτριο έως υψηλό (βλ. Πίνακα 15).

Συγκεκριμένα, η υποκλίμακα «Εαυτός» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τις υποκλίμακες «Κόσμος» ($r = 0,56, p < 0,01$), «Μέλλον» ($r = 0,50, p < 0,01$), «Κοινωνιοτροπία» ($r = 0,75, p < 0,01$), «Αυτονομία» ($r = 0,65, p < 0,01$) και με τη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($r = 0,78, p < 0,01$).

Η υποκλίμακα «Κόσμος» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τις υποκλίμακες «Μέλλον» ($r = 0,68, p < 0,01$), «Κοινωνιοτροπία» ($r = 0,84, p < 0,01$), «Αυτονομία» ($r = 0,82, p < 0,01$) και με τη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($r = 0,90, p < 0,01$).

Η υποκλίμακα «Μέλλον» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τις υποκλίμακες «Κοινωνιοτροπία» ($r = 0,82, p < 0,01$), «Αυτονομία» ($r = 0,74, p < 0,01$) και με τη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($r = 0,85, p < 0,01$).

Η υποκλίμακα «Κοινωνιοτροπία» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με την υποκλίμακα «Αυτονομία» ($r = 0,67, p < 0,01$) και με τη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($r = 0,94, p < 0,01$).

Η υποκλίμακα «Αυτονομία» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($r = 0,88, p < 0,01$).

Πίν. 15. Συνάφεια (Pearson r) μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου DPQ για τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου

Υποκλίμακες Ερωτηματολογίου DPQ	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. DPQ Εαυτός	1,00					
2. DPQ Κόσμος	0,56**	1,00				
3. DPQ Μέλλον	0,50**	0,68**	1,00			
4. DPQ Κοινωνιοτροπία	0,75**	0,84**	0,82**	1,00		
5. DPQ Αυτονομία	0,65**	0,82**	0,74**	0,67**	1,00	
6. DPQ Συνολική βαθμολογία	0,78**	0,90**	0,85**	0,94**	0,88**	1,00

Σημείωση: ** $p < 0,01$.

Υπολογίστηκαν οι δείκτες συνάφειας r του Pearson ανάμεσα στις υποκλίμακες των Ερωτηματολογίου GHQ και DPQ για τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου. Όλοι οι δείκτες ήταν θετικής κατεύθυνσης και στατιστικώς σημαντικοί (με την εξαίρεση των συναφειών ανάμεσα στις υποκλίμακες του GHQ «Σωματικά συμπτώματα» και «Κοινωνική δυσλειτουργία» και όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου DPQ, οι οποίες ήταν στατιστικώς ασήμαντες) και το μέγεθος των συσχετίσεων κυμαινόταν από χαμηλό ως μέτριο (βλ. Πίνακα 16).

Η υποκλίμακα του GHQ «Άγχος και αϋπνία» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τις υποκλίμακες του DPQ «Εαυτός» ($r = 0,31, p < 0,05$) «Κόσμος» ($r = 0,48, p < 0,01$), «Μέλλον» ($r = 0,37, p < 0,05$), «Κοινωνιοτροπία» ($r = 0,46, p < 0,01$), «Αυτονομία» ($r = 0,36, p < 0,05$) και με τη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($r = 0,46, p < 0,01$).

Η υποκλίμακα του GHQ «Μείζων κατάθλιψη» σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τις υποκλίμακες του DPQ «Εαυτός» ($r = 0,49, p < 0,01$) «Κόσμος» ($r = 0,44, p < 0,01$), «Μέλλον» ($r = 0,42, p < 0,01$), «Κοινωνιοτροπία» ($r = 0,56, p < 0,01$),

«Αυτονομία» ($r = 0,41$, $p < 0,01$) και με τη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($r = 0,59$, $p < 0,01$).

Η συνολική βαθμολογία στο GHQ σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τις υποκλίμακες του DPQ «Εαυτός» ($r = 0,32$, $p < 0,05$) «Κόσμος» ($r = 0,35$, $p < 0,05$), «Μέλλον» ($r = 0,35$, $p < 0,05$), «Κοινωνιοτροπία» ($r = 0,44$, $p < 0,01$) και με τη συνολική βαθμολογία στο DPQ ($r = 0,41$, $p < 0,01$).

Πίν. 16. Συνάφεια (Pearson r) μεταξύ των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ για τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου

	GHQ Σωματικά συμπτώματα	GHQ Άγχος και αϋπνία	GHQ Κοινωνική δυσλειτουργία	GHQ Μείζων κατάθλιψη	GHQ Συνολική βαθμολογία
DPQ Εαυτός	0,12	0,31*	0,21	0,49**	0,32*
DPQ Κόσμος	0,16	0,48**	0,10	0,44**	0,35*
DPQ Μέλλον	0,20	0,37*	0,18	0,42**	0,35*
DPQ Κοινωνιοτροπία	0,22	0,46**	0,23	0,56**	0,44**
DPQ Αυτονομία	0,12	0,36*	0,12	0,41**	0,29
DPQ Συνολική βαθμολογία	0,18	0,46**	0,20	0,59**	0,41**

Σημείωση: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι οι άντρες συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα του GHQ «Σωματικά συμπτώματα» ($M = 6,50$, $SD = 3,37$) σε σύγκριση με τις γυναίκες συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου ($M = 4,56$, $SD = 2,48$), $t(42) = 2,09$, $p < 0,05$.

Οι άντρες συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου είχαν υψηλότερη συνολική βαθμολογία στο GHQ ($M = 19,33$, $SD = 7,46$) σε σύγκριση με τις γυναίκες συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου ($M = 14,77$, $SD = 5,23$), $t(41) = 2,27$, $p < 0,05$ (βλ. Πίνακα 17).

Πίν. 17. Μέσοι όροι, *t* τιμές και στατιστική σημαντικότητα της βαθμολογίας των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ ως προς το φύλο

	Μέσος όρος (M) αντρών ομάδας ελέγχου	Μέσος όρος (M) γυναικών ομάδας ελέγχου	t - test		
			t	df	p
GHQ Σωματικά συμπτώματα	6,50	4,56	2,09	42	0,043
GHQ Άγχος και αϋπνία	4,67	3,82	1,05	43	0,300
GHQ Κοινωνική δυσλειτουργία	6,92	5,75	1,78	42	0,082
GHQ Μείζων κατάθλιψη	1,25	0,73	1,17	12,9 2	0,263
GHQ Συνολική βαθμολογία	19,33	14,77	2,27	41	0,029
DPQ Εαυτός	13,75	10,82	1,96	43	0,056
DPQ Κόσμος	13,33	10,24	1,36	43	0,182
DPQ Μέλλον	10,77	11,00	-0,13	44	0,898
DPQ Κοινωνιοτροπία	25,42	21,00	1,46	43	0,151
DPQ Αυτονομία	13,67	11,06	1,18	43	0,245
DPQ Συνολική βαθμολογία	39,64	32,06	1,55	42	0,128

Ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο *t* για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στη βαθμολογία των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση (βλ. Πίνακα 18).

Πίν. 18. Μέσοι όροι, *t* τιμές και στατιστική σημαντικότητα της βαθμολογίας των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση

	Μέσος όρος (M) συμμετεχόντων ομάδας ελέγχου που έχουν σύντροφο	Μέσος όρος (M) συμμετεχόντων ομάδας ελέγχου που δεν έχουν σύντροφο	t - test		
			t	df	p
GHQ Σωματικά συμπτώματα	5,54	4,55	1,21	38,12	0,234
GHQ Άγχος και αϋπνία	4,50	3,52	1,37	43	0,177
GHQ Κοινωνική δυσλειτουργία	6,22	5,90	0,52	42	0,607
GHQ Μείζων κατάθλιψη	1,08	0,62	1,60	43	0,118
GHQ Συνολική βαθμολογία	17,17	14,75	1,35	33,14	0,187
DPQ Εαυτός	12,36	10,65	1,25	43	0,217
DPQ Κόσμος	12,13	9,86	1,12	43	0,271
DPQ Μέλλον	11,72	10,00	1,08	44	0,288
DPQ Κοινωνιοτροπία	23,75	20,38	1,25	43	0,217
DPQ Αυτονομία	12,72	10,55	1,10	43	0,277
DPQ Συνολική βαθμολογία	36,13	31,35	1,11	42	0,273

Ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο *t* για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στη βαθμολογία των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση (βλ. Πίνακα 19).

Πίν. 19. Μέσοι όροι, *t* τιμές και στατιστική σημαντικότητα της βαθμολογίας των συμμετεχόντων τη ομάδας ελέγχου στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση

	Μέσος όρος (M) συμμετεχόντων ομάδας ελέγχου που εργάζονται	Μέσος όρος (M) συμμετεχόντων ομάδας ελέγχου που δεν εργάζονται	t - test		
			t	df	p
GHQ Σωματικά συμπτώματα	4,71	6,78	-2,00	41	0,052
GHQ Άγχος και αϋπνία	3,94	4,67	-0,80	41	0,428
GHQ Κοινωνική δυσλειτουργία	6,35	5,50	1,14	40	0,262
GHQ Μείζων κατάθλιψη	0,91	0,89	0,06	41	0,952
GHQ Συνολική βαθμολογία	15,91	17,50	-0,65	40	0,519
DPQ Εαυτός	11,85	10,89	0,55	41	0,588
DPQ Κόσμος	11,51	11,13	0,15	41	0,885
DPQ Μέλλον	11,11	11,67	-0,28	42	0,782
DPQ Κοινωνιοτροπία	22,74	22,25	0,14	41	0,890
DPQ Αυτονομία	12,00	12,11	-0,04	41	0,965
DPQ Συνολική βαθμολογία	35,06	33,25	0,32	40	0,747

Υπολογίστηκαν οι δείκτες συνάφειας *r* του Pearson ανάμεσα στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ και της ηλικίας των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου. Δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές συνάφειες (βλ. Πίνακα 20).

Πίν. 20. Συνάφεια (Pearson *r*) μεταξύ των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ και της ηλικίας των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου

Υποκλίμακες Ερωτηματολογίων GHQ και DPQ	Ηλικία
GHQ Σωματικά συμπτώματα	-0,30
GHQ Άγχος και αϋπνία	-0,09
GHQ Κοινωνική δυσλειτουργία	0,09
GHQ Μείζων κατάθλιψη	0,04
GHQ Συνολική βαθμολογία	-0,11
DPQ Εαυτός	0,01
DPQ Κόσμος	-0,17
DPQ Μέλλον	0,00
DPQ Κοινωνιοτροπία	-0,06
DPQ Αυτονομία	-0,06
DPQ Συνολική βαθμολογία	-0,03

Υπολογίστηκαν οι δείκτες συνάφειας *r* του Pearson ανάμεσα στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ και των ετών εκπαίδευσης των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου. Δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές συνάφειες (βλ. Πίνακα 21).

Πίν. 21. Συνάφεια (Pearson r) μεταξύ των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ και των ετών εκπαίδευσης των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου

Υποκλίμακες Ερωτηματολογίων GHQ και DPQ	Έτη εκπαίδευσης
GHQ Σωματικά συμπτώματα	0,17
GHQ Άγχος και αϋπνία	0,28
GHQ Κοινωνική δυσλειτουργία	0,05
GHQ Μείζων κατάθλιψη	0,28
GHQ Συνολική βαθμολογία	0,28
DPQ Εαυτός	0,07
DPQ Κόσμος	-0,01
DPQ Μέλλον	-0,07
DPQ Κοινωνιοτροπία	0,00
DPQ Αυτονομία	0,07
DPQ Συνολική βαθμολογία	0,11

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την αποδελτίωση και ερμηνεία των στατιστικών αποτελεσμάτων της έρευνας διαπιστούται ότι υπάρχει σαφής υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών τόσο στην ομάδα ελέγχου όσο και στην πειραματική ομάδα. Επίσης στην ομάδα υγιών μαρτύρων υπερέχουν οι απασχολούμενοι έναντι της πειραματικής ομάδας των ασθενών με εμβοές ώτων. Επίσης, οι υγιείς μάρτυρες απασχολούνται κατά πλειοψηφία σε δημόσιους φορείς, ενώ οι ασθενείς με εμβοές ώτων εργάζονται κατά πλειοψηφία στον ιδιωτικό τομέα.

Επίσης οι υγιείς μάρτυρες επί το πλείστον έχουν σύντροφο ενώ η πλειοψηφία των ασθενών με εμβοές ώτων ήσαν χωρίς σύντροφο.

Επίσης υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις ηλικίες. Ο Μέσος Όρος ηλικίας της ομάδας ελέγχου είναι τα 37 έτη, ενώ ο μέσος όρος των ασθενών με εμβοές ώτων ήταν τα 60 έτη.

Άλλο ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι η πλειοψηφία των υγιών μαρτύρων εργάζεται ενώ η πλειοψηφία των ατόμων της πειραματικής ομάδας ήταν άνεργοι, το οποίο αποτελεί ισχυρό στρεσογόνο παράγοντα για τους ασθενείς με εμβοές ώτων.

Άλλη επίσης σημαντική διαφορά ήταν τα έτη εκπαίδευσης δεδομένου ότι οι υγιείς μάρτυρες είχαν σαφώς περισσότερα έτη εκπαίδευσης από εκείνους της πειραματικής ομάδας.

Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου GHQ: «σωματικά συμπτώματα», «άγχος και αϋπνία», «κοινωνική δυσλειτουργία» και «μείζων κατάθλιψη» με σαφή υπεροχή της πειραματικής ομάδας των ασθενών με εμβοές ώτων. Και οι 4 υποκλίμακες του GHQ σχετίζονται με συμπτωματολογία σοβαρής κατάθλιψης, την οποία εμφανίζουν οι ασθενείς της πειραματικής ομάδας με εμβοές ώτων.

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου DPQ: «εαυτός», «κόσμος», «μέλλον», «κοινωνιοτροπία» και «αυτονομία» παρατηρήθηκε υψηλότερη βαθμολογία στους ασθενείς με εμβοές ώτων.

Αυτό ερμηνεύεται όσον αφορά τον «εαυτό» με βάση την αρνητική αξιολόγησή του σύμφωνα με τη γνωσιακή τριάδα του Beck και το μοντέλο της Αξιολογικής Ανθρωπολογίας (Vassiliadou, 2008)^[47] με προαξιολογήσεις που σχετίζονται με την αποφυγή της ωρίμανσης που οδηγούν στη συναισθηματική αντίδραση της αβοηθητότητας και σε γνωσιακό σχήμα τελειοθρίας όπου κυριαρχούν δυσλειτουργικές πεποιθήσεις με σοβαρά εμπόδια στην αυτοβελτίωση η οποία αποτελεί βασικό προαπαιτούμενο για την επίτευξη αυτοεκτίμησης που οδηγεί και ευοδώνει καταθλιπτογόνα σχήματα με τα άτομα να υποτιμούν τις θετικές τους ιδιότητες και να υπερεκτιμούν τις αδυναμίες τους (Clark & Beck, 1999)^[42].

Όσον αφορά τον τομέα «κόσμος» σχετίζεται με προαξιολογήσεις και νοητικές κατασκευές του ατόμου ότι «οι άλλοι δεν το αγαπούν» και την αποφυγή της κοινωνικότητας του εν λόγω ατόμου με αποτέλεσμα απομόνωση και έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης (Vassiliadou, 2008)^[47].

Σχετικά με την υποκλίμακα «μέλλον» αναδεικνύεται η αποφυγή της δημιουργικότητας και το συναίσθημα της απελπισίας να συνδέεται μεταξύ άλλων με ψυχική διαταραχή, αποφυγή πόνων και ευθυνών και διάθεση αυτοθυματοποίησης (Vassiliadou, 2008)^[47].

Τέλος, όσον αφορά τις κλίμακες «κοινωνιοτροπία» και «αυτονομία» είναι ιδιοσυγκρασιακές ιδιότητες όπου το άτομο τείνει είτε προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση (Bieling & Alden, 1998)^[41]. Έτσι, άτομα που χαρακτηρίζει περισσότερο η κοινωνιοτροπία

είναι πιο ευάλωτα προς την κατάθλιψη έπειτα από ένα συμβάν που ερμηνεύθηκε ως απειλητικό για την απώλεια της κοινωνικής αποδοχής, ενώ άτομα με τάσεις προς την αυτονομία παρουσιάζουν απειλή της απώλειας της ανεξαρτησίας τους και τον έλεγχο τους (Clark & Beck, 1999)^[42].

Επίσης είναι ενδιαφέροντα και στατιστικά σημαντικά τα ευρήματα των συσχετίσεων των υποκλιμάκων των GHQ και DPQ. Συγκεκριμένα, στις υποκλίμακες του GHQ: «σωματικά συμπτώματα», «άγχος και αϋπνία», «κοινωνική δυσλειτουργία» και «μείζων κατάθλιψη» σχετίζονται μεταξύ τους στατιστικώς σημαντικά με θετική συνάφεια με τον απολογισμό των δεικτών συνάφειας 2 του Pearson.

Επίσης κατά τον υπολογισμό των δεικτών συνάφειας 2 του Pearson ανάμεσα στις υποκλίμακες του DPQ: «εαυτός», «κόσμος», «μέλλον», «κοινωνιοτροπία», «αυτονομία» των ασθενών της πειραματικής ομάδας με εμβοές ώτων υπήρχε θετική συνάφεια των πραοαναφερθεισών υποκλιμάκων μεταξύ τους.

Εν συνεχεία συγκρίνοντας τις προαναφερόμενες παραμέτρους των ερωτηματολογίων GHQ και DPQ των ασθενών της πειραματικής ομάδας συγκρίνοντας τους δείκτες συνάφειας 2 του Pearson μεταξύ τους, όλοι οι δείκτες ήταν θετικής κατεύθυνσης και στατιστικά σημαντικοί με την εξεύρεση της συνάφειας ανάμεσα στις υποκλίμακες «άγχος και αϋπνία» του GHQ και «αυτονομία» του DPQ, η οποία ήταν στατιστικά ασήμαντη και το μέγεθος των συσχετίσεων κυμαινόταν από χαμηλό έως μέτριο (Πίνακας 8).

Τέλος, η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας όσον αφορά το ερωτηματολόγιο DPQ ήταν σαφώς υψηλότερη από αυτή των συμμετεχόντων στην ομάδα ελέγχου (υγιών μαρτύρων). Σχετικά με την ομάδα ελέγχου οι συγκρίσεις ανάμεσα στις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων DPQ και GHQ, όλες είχαν θετική συνάφεια και ήταν στατιστικά σημαντικές, εκτός από τις υποκλίμακες της GHQ: «σωματικά συμπτώματα» και «κοινωνική δυσλειτουργία», οι οποίες ήταν στατιστικά ασήμαντες. Πιθανή ερμηνεία σε αυτό είναι η υποουδική καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Τέλος, η συνολική βαθμολογία όσον αφορά τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου GHQ ήταν σαφώς υψηλότερη στην πειραματική ομάδα συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (υγιών μαρτύρων).

Σχετικά πάλι με την ομάδα ελέγχου της κλίμακας GHQ, οι άνδρες της υποκλίμακας «σωματικά συμπτώματα» είχαν υψηλότερη βαθμολογία από τις γυναίκες και συνολικά υψηλότερη βαθμολογία στο GHQ σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Αυτό επίσης ερμηνεύεται ότι οι άνδρες της ομάδας ελέγχου παρουσίαζαν υποουδική καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Τέλος στη σύγκριση μέσων όρων δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα ερωτηματολόγια DPQ και GHQ σχετικά με την ομάδα ελέγχου ως προς την επαγγελματική κατάσταση, ηλικία και έτη εκπαίδευσης μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Επίσης, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές των προαναφερθέντων υποκλιμάκων στα ερωτηματολόγια DPQ και GHQ ως προς το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση, την επαγγελματική τους κατάσταση, την ηλικία και τα έτη εκπαίδευσης των συμμετεχόντων ασθενών στην πειραματική ομάδα με τις εμβοές ώτων.

Ειδικότερα οι ασθενείς της πειραματικής ομάδας που εργάζονται έχουν υψηλότερη βαθμολογία στις υποκλίμακες DPQ: «εαυτός», «κόσμος» και «αυτονομία» συγκριτικά με αυτούς που δεν εργάζονται.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τα προαναφερθέντα στατιστικά στοιχεία, η αποδελτίωση και επεξεργασία τους απέδειξε ότι οι ασθενείς της πειραματικής ομάδας με εμβοές ώτων παρουσιάζουν υψηλό score τόσο των ερωτηματολογίων DPQ και GHQ στις αντίστοιχες υποκλίμακες παραμέτρους: «σωματικά συμπτώματα», «άγχος και αϋπνία», «κοινωνική δυσλειτουργία», «μείζων κατάθλιψη», «εαυτός», «κόσμος», «μέλλον», «κοινωνιοτροπία» και «αυτονομία», και θετική συνάφεια και συσχέτιση μεταξύ τους, καθώς και στα τελικά τους scores.

Αυτό συνεπάγεται ότι οι ασθενείς με εμβοές ώτων παρουσιάζουν καταθλιπτογόνα σχήματα και νοητικές κατασκευές που μπορεί να βοηθηθούν τόσο από τη Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία όσο και από την εφαρμογή του Αξιολογικού Μοντέλου.

Επίσης παρατηρείται ότι όταν το score του DPQ είναι υψηλό, το ίδιο score ακολουθεί αναλόγως και το GHQ στις υποκατηγορίες: «σωματικά συμπτώματα», «άγχος και αϋπνία», «κοινωνική δυσλειτουργία», «μείζων κατάθλιψη», «εαυτός», «κόσμος», «μέλλον», «κοινωνιοτροπία» και «αυτονομία».

Επίσης συνεπάγεται ότι υπάρχει πληθώρα καταθλιπτογόνων σχημάτων και νοητικών κατασκευών σχετικά με τις προαναφερόμενες υποκατηγορίες των ερωτηματολογίων DPQ και GHQ στην ευπαθή υποκατηγορία των συγκεκριμένων ασθενών με εμβοές ώτων.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας με κύρια θεραπευτική αντιμετώπιση Γνωσιακή Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης, είναι αρκετά αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση αυτής της κατηγορίας ασθενών όπως προαναφέρθηκε και στην εισαγωγή του παρόντος πονήματος.

Η θεραπευτική πρόταση του παρόντος πονήματος είναι η εφαρμογή του Αξιολογικού Μοντέλου Ψυχοθεραπείας και Κατάθλιψης. Στο συγκεκριμένο θεραπευτικό μοντέλο η αξιολόγηση γεγονότων σχετίζεται με συγκεκριμένες δυσλειτουργικές προαξιολογήσεις (preconceptions), αξιολογήσεις (conceptions) και μετααξιολογήσεις (metaconceptions), νοητικές κατασκευές που σχετίζονται με την αξιολόγηση του «εαυτού», του «κόσμου» και του «μέλλοντος» και αντίστοιχα της αρνητικής γνωσιακής τριάδας (Vassiliadou, 2008; Beck, 1991)^[47,49]. Τέτοιες δυσλειτουργικές αξιολογικές κατασκευές που προκαλούνται από παραποιήσεις (distortions) της πραγματικότητας κυριαρχούν στην κατάθλιψη (Vassiliadou & Goldberg, 2006)^[46] που παρουσιάζουν είτε στην κλινική είτε στην συγκαλυμμένη της μορφή (masked depression) οι εν λόγω ασθενείς της πειραματικής ομάδας με εμβοές ώτων.

Η ανάπτυξη μέσω της εκπαίδευσης λειτουργικότερων αξιολογικών κατασκευών για την αξιολόγηση των καθημερινών ερεθισμάτων και των απαντήσεων στα γεγονότα ζωής αποτελεί βασικό στόχο του Αξιολογικού Μοντέλου να συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της πρόγνωσης, και κυρίως της ψυχοπαθολογίας της συγκεκριμένης ευπαθούς ομάδας των ασθενών με εμβοές ώτων και ενδεχομένως στη μείωση της ευαλωτότητας έναντι στρεσογόνων γεγονότων στο μέλλον (Vassiliadou, 2008)^[47].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- [1] Παπακώστας ΙΓ, Κουζούπης Α, Παπαδημητρίου ΓΝ. Σωματόμορφες διαταραχές, στο: Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ι.Α. Λάππας, Ε. Λύκουρας, «Σύγχρονη Ψυχιατρική», εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2013, σσ. 393-400.
- [2] Κουζούπης Α, Ματσούκας Θ. Σωματοποίηση, στο: Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, «Διασυνδετική Ψυχιατρική», εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2009, σσ. 115-125.
- [3] DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition), 2014.
- [4] Belli H, Belli S, Oktey MF, Ural C. Psychopathological dimensions of tinnitus and psychopharmacologic approaches in its treatment. *Gen Hosp Psychiatry*, May-June 2012; 34(3):282-289.
- [5] Salonen Jaakko, Reijo Johansson, and Matti Joukema. Alexithymia, depression and tinnitus in elderly people. *Gen Hosp Psychiatry*, 2007; 29(5):431-435.
- [6] Vassiliadou M. *Axiological Anthropology and the Promotion of Mental Health* (2nd edition), E.T.H.I.C.S, London 2008.
- [7] Vassiliadou M, Goldberg D. A Questionnaire to help General Practitioners plan Cognitive Behaviour Therapy, *Primary Care Mental Health* 2006; 4:265-271.
- [8] Garyfallos G, et al. Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991; 84:371-8.
- [9] Βασιλειάδου Μ. Υλικό εκπαίδευσης στο Αξιολογικό Μοντέλο Προαγωγής Ψυχικής Υγείας, 2013.
- [10] Beck A. *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. Hoebec, New York 1967.
- [11] Beck JS. *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*: Guilford Press; 2011.
- [12] Scott B, Lindberg P, Lyttkens L, Melin L. Psychological Treatment of Tinnitus An Experimental Group Study. *Scandinavian Audiology* 1985; 14(4): 223-30.
- [13] Jakes S, Hallam R, Rachman S, Hinchcliffe R. The effects of reassurance, relaxation training and distraction on chronic tinnitus sufferers. *Behaviour Research and Therapy* 1986; 24(5): 497-507.
- [14] Lindberg P, Scott B, Melin L, Lyttkens L. The psychological treatment of tinnitus: an experimental evaluation. *Behaviour Research and Therapy* 1989; 27(6): 593-603.
- [15] Jakes S, Hallam R, McKenna L, Hinchcliffe R. Group cognitive therapy for medical patients: an application to tinnitus. *Cognitive Therapy and Research* 1992; 16(1): 67-82.
- [16] Kröner-Herwig B, Hebing G, van Rijn-Kalkmann U, Frenzel A, Schilkowsky G, Esser G. The management of chronic tinnitus – comparison of a cognitive-behavioural group training with yoga. *Journal of Psychosomatic Research* 1995; 39(2): 153-65.
- [17] Kröner-Herwig B, Frenzel A, Fritsche G, Schilkowsky G, Esser G. The management of chronic tinnitus: Comparison of an outpatient cognitive-behavioral group training to minimal-contact interventions. *Journal of Psychosomatic Research* 2003; 54(4): 381-9.
- [18] Dineen R, Doyle J, Bench J. Managing tinnitus: a comparison of different approaches to tinnitus management training. *British Journal of Audiology* 1997; 31(5): 331-44.

- [19] Andersson G, Strömberg T, Ström L, Lyttkens L. Randomized controlled trial of internet-based cognitive behavior therapy for distress associated with tinnitus. *Psychosomatic Medicine* 2002; 64(5): 810-6.
- [20] Andersson G, Porsaeus D, Wiklund M, Kaldo V, Christian Larsen H. Treatment of tinnitus in the elderly: a controlled trial of cognitive behavior therapy: Tratamiento del acúfeno en ancianos: una prueba controlada de terapia conductual cognitiva. *International Journal of Audiology* 2005; 44(11): 671-5.
- [21] Zachariat C, Kröner-Herwig B. Treating chronic tinnitus: comparison of cognitive-behavioural and habituation-based treatments. *Cognitive Behaviour Therapy* 2004; 33(4): 187-98.
- [22] Henry JA, Loois C, Montero M, Kaelin C, Anselmi K-A, Coombs R, et al. Randomized clinical trial: group counseling based on tinnitus retraining therapy. *Journal of Rehabilitation Research & Development* 2007; 44(1).
- [23] Kaldo V, Cars S, Rahnert M, Larsen HC, Andersson G. Use of a self-help book with weekly therapist contact to reduce tinnitus distress: a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research* 2007; 63(2): 195-202.
- [24] Kaldo V, Levin S, Widarsson J, Buhrman M, Larsen H-C, Andersson G. Internet versus group cognitive-behavioral treatment of distress associated with tinnitus: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy* 2008; 39(4): 348-59.
- [25] Westin V, Östergren R, Andersson G. The effects of acceptance versus thought suppression for dealing with the intrusiveness of tinnitus. *International Journal of Audiology* 2008; 47(S2): S112-S8.
- [26] Abbott J-AM, Kaldo V, Klein B, Austin D, Hamilton C, Piterman L, et al. A cluster randomised trial of an internet-based intervention program for tinnitus distress in an industrial setting. *Cognitive Behaviour Therapy* 2009; 38(3): 162-73.
- [27] Seydel C, Haupt H, Szczepek AJ, Klapp BF, Mazurek B. Long-term improvement in tinnitus after modified tinnitus retraining therapy enhanced by a variety of psychological approaches. *Audiology and Neurotology* 2009; 15(2): 69-80.
- [28] Malouff JM, Noble W, Schutte NS, Bhullar N. The effectiveness of bibliotherapy in alleviating tinnitus-related distress. *Journal of Psychosomatic Research* 2010; 68(3): 245-51.
- [29] Westin VZ, Schulin M, Hesser H, Karlsson M, Noe RZ, Olofsson U, et al. Acceptance and commitment therapy versus tinnitus retraining therapy in the treatment of tinnitus: a randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy* 2011; 49(11): 737-47.
- [30] Nyenhuis N, Zastrutzki S, Weise C, Jäger B, Kröner-Herwig B. The efficacy of minimal contact interventions for acute tinnitus: A randomised controlled study. *Cognitive Behaviour Therapy* 2012(ahead-of-print): 1-12.
- [31] Hesser H, Gustafsson T, Lundén C, Henrikson O, Fattahi K, Johnsson E, et al. A randomized controlled trial of internet-delivered cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy in the treatment of tinnitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2012; 80(4): 649-657.
- [32] Cima RF, Maes IH, Joore MA, Scheyen DJ, El Refaie A, Baguley DM, et al. Specialised treatment based on cognitive behaviour therapy versus usual care for tinnitus: a randomised controlled trial. *The Lancet* 2012; 379(9830): 1951-9.

- [33]Whitfield R, Doyle J, Bench J. Managing tinnitus: a comparison of different approaches to tinnitus management training. *British Journal of Audiology* 1997; 31(5):331-344.
- [34]Henry JL, Wilson PH. *The psychological management of chronic tinnitus: a cognitive-behavioral approach*: Allyn & Bacon; 2001.
- [35]Andersson G, Lyttkens L. A meta-analytic review of psychological treatments for tinnitus. *British Journal of Audiology* 1999; 33(4): 201-10.
- [36]Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy* 2004; 35(4): 639-65.
- [37]Jastreboff PJ. Phantom auditory perception (tinnitus): mechanisms of generation and z
- [38]Jakes S, Hallam R, McKenna L, Hinchcliffe R. Group cognitive therapy for medical patients: an application to tinnitus. *Cognitive Therapy and Research* 1992; 16(1): 67-82.
- [39]Schaaf H, Eichenberg C, Kastellis G, Hesse G. Treatment of tinnitus needs a combined neurootological and psychosomatic approach. *Otolaryngologia Polska* 2010; 64(2): 78-82.
- [40]Hobson J, Chisholm E, El Refaie A. Sound therapy (masking) in the management of tinnitus in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 11.
- [41]Bieling, P., Alden, L. (1998). Cognitive-interpersonal patterns in dysphoria: The impact of sociotropy and autonomy, *Cognitive Therapy and Research*, 22: 161-178.
- [42]Clark, D. & Beck, A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*, New York: John Wiley & Sons Inc.
- [43]Ζέρβας, Γ. & Παπαγεωργίου, Χ. (2009). Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο και η διασύνδεση της Ψυχιατρικής με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες. Στο Α. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας, *Διασυνδεδετική Ψυχιατρική*, σ. 9-20, Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- [44]Μαυρέας, Β. (2005). Η Πρόληψη των Ψυχικών Διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Στο Β.Π. Κονταξάκης, Μ.Ι. Χαβάκη-Κονταξάκη, Γ.Ν. Χριστοδούλου, *Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*, σ. 69-76, Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- [45]Vassiliadou, M. (2005). *Mental Health Promotion and Education, "Epictitus": Axiological Cognitive Strategies*, London: E.T.H.I.C.S.
- [46]Vassiliadou, M. & Goldberg, D. (2006). A questionnaire to help general practioners plan cognitive behavior therapy, *Primary Care Mental Health*, 4, 265-271.
- [47]Vassiliadou, M. (2008). *Axiological Anthropology and the Promotion of Mental Health*, 2nd edition, Educational Trust for Health Improvement through Cognitive Strategies, London, UK.
- [48]Παπακώστας, Ι. (2000). Γνωσιακές Ψυχοθεραπείες. Στο: Γ.Ν. Χριστοδούλου, *Ψυχιατρική*, δεύτερος τόμος, σ. 787-792, Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- [49]Beck, A. (1991). *Cognitive therapy and the emotional disorders*, UK: International University Press.
- [50]WHO (2001a). *Strengthening mental health promotion*, Geneva: World Health Organization (Fact Sheet, No. 220).

- [51] Rotter, J. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- [52] WHO (2004a). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*, Geneva: World Health Organization.
- [53] WHO (2004b). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*, Geneva: World Health Organization.
- [54] Ευθυμίου, Κ. (2006). Γνωσιακές-Συμπεριφορικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία (Φάκελος Σημειώσεων). Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- [55] Γουρνέλλης, Ρ., Ζέρβας, Ι.Μ., Παπακώστας, Ι.Γ. (2013). Η σχέση ιατρού-ασθενούς στην Ιατρική, Ψυχιατρική και Ψυχοθεραπεία. Στο: «Σύγχρονη Ψυχιατρική», Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ι.Α. Λιάππας, Ε. Λύκουρας, σ. 123-128, Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- [56] Chondromaras, G., Vassiliadou, M., Voivonta, M., Vasileiadis, S., Malliori, M.-M., Papadimitriou, G. (2014). Axiological skills and mental health. *2nd Joint WPA-INA-HSRPS International Psychiatric Congress, Athens* (under publication).
- [57] DeRubeis, R.J., Evans, M.D., Hollon, S.D., Garvey, M.J., Grove, W.M. & Tuason, V.B. (1990). How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 862-869.
- [58] Scott, J. (1995). Psychological treatment for depression: an update. *British Journal of Psychiatry*, 167, 289-292.