

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ : ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ : ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

**ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ  
ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ  
ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ**

**ΒΟΝΓΚΛΗ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ**

ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2018

**ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ  
ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ  
ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ : ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ : ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

**ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ  
ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ  
ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ**

**ΒΟΝΓΚΛΗ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ**  
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2018

## **ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

ΠΑΣΧΑΛΗ ΑΝΤΩΝΙΑ Επίκουρη Καθηγήτρια - Επιβλέπουσα

ΚΑΛΛΕΡΓΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Αναπληρωτής Καθηγητής

ΧΑΤΖΟΥΛΗΣ ΜΙΧΑΗΛ Επίκουρος Καθηγητής

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία και τα συμπεράσματα της σε οποιαδήποτε μορφή αποτελούν συνιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και του φοιτητή. Οι προαναφερόμενοι διατηρούν το δικαίωμα αναεξάρτητης χρήσης και αναπαραγωγής (τμηματικά ή συνολικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να αναφέρεται ο τίτλος, ο συγγραφέας, ο επιβλέπων καθηγητής και το εν λόγω τμήμα του ΕΚΠΑ.

Η έγκριση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας από το Τμήμα Νοσηλευτικής δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

---

Ο/Η υποφαινόμενος/η δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία είναι εξ' ολοκλήρου δικό μου έργο και συγγράφηκε ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής. Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατά τη συγγραφή ακολούθησα την πρέπουσα ακαδημαϊκή δεοντολογία αποφυγής λογοκλοπής. Έχω επίσης αποφύγει οποιαδήποτε ενέργεια που συνιστά παράπτωμα λογοκλοπής. Γνωρίζω ότι η λογοκλοπή μπορεί να επισύρει ποινή ανάκλησης του πτυχίου μου.

Υπογραφή

Ονοματεπώνυμο Φοιτητή

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια την κ. Αντωνία Πασχάλη, η οποία με στήριξε με την πολύτιμη καθοδήγηση της σε όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών μου και στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος Ψυχικής Υγείας, που μου προσέφεραν ουσιαστική καθοδήγηση και θεωρητικές γνώσεις.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Πασχάλη που μεσολάβησε ώστε να έρθουμε σε επαφή με την Δρ. Κολίρη, PsychD, Συμβουλευτική Ψυχολόγο-Ψυχοθεραπεύτρια, καθώς και την ίδια η οποία προσέφερε πολύτιμη βοήθεια σχετικά με την απόδοση των δόκιμων όρων στα ελληνικά που αφορούν την Ενσυνειδητότητα.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλα τα αγαπημένα μου πρόσωπα για την στήριξη τους.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	9
<b>ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ</b> .....	10
<b>1. Ενσυνειδητότητα: Ορισμός- &amp; Θεωρητικό υπόβαθρο</b> .....	10
1.1 Ιστορική Αναδρομή.....	11
1.2 Οι διαστάσεις της Ενσυνειδητότητας .....	11
1.3 Η πρακτική εξάσκηση στην Ενσυνειδητότητα .....	15
1.4 Οφέλη από την εξάσκηση στην Ενσυνειδητότητα.....	18
1.5 Αντιμετώπιση Άγχους με Ενσυνειδητότητα (Mindfulness-Based Stress Reduction - MBSR) .....	20
1.6 Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (Mindfulness-Based Cognitive Therapy - MBCT).....	22
1.6.1 Η διαδικασία της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT).....	26
1.6.2 Εφαρμογές της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) σε ασθενείς με Καταθλιπτική Διαταραχή και Αγχώδεις Διαταραχές .....	28
1.7 Αντιμετώπιση Άγχους με Ενσυνειδητότητα (MBSR) και Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) : Ομοιότητες και Διαφορές .....	32
<b>2 Γνωσιακό – Συμπεριφορικό Μοντέλο Θεραπείας</b> .....	33
2.1 Δομή Γνωσιακού Μοντέλου.....	36
2.2 Μορφές Γνωσιακής θεραπείας.....	39
2.3 Συνδυασμός Γνωσιακού – Συμπεριφορικού Μοντέλου Θεραπείας με την Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT).....	40
2.3.1 Ομοιότητες και Διαφορές Γνωσιακού – Συμπεριφορικού Μοντέλου Θεραπείας με την Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT).....	41
2.3.2 Εφαρμογές της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) σε ασθενείς με Χρόνιες Παθήσεις.....	43
<b>3 Καρκίνος : οι πιο συχνόι καρκίνοι και πως επηρεάζουν την ζωή του ασθενούς</b> .....	47
3.1 Οι συναισθηματικές προκλήσεις που δημιουργεί μια σοβαρή ασθένεια όπως ο καρκίνος .....	49
3.2 Ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις του καρκίνου .....	52

3.3	Εφαρμογές του Γνωσιακού – Συμπεριφορικού Μοντέλου Θεραπείας σε ασθενείς με Καρκίνο.....	53
3.4	Εφαρμογές του προγράμματος Αντιμετώπισης Άγχους με Ενσυνειδητότητα (MBSR) σε ασθενείς με Καρκίνο .....	54
3.5	Ψυχολογικές Παρεμβάσεις σε ασθενείς με Καρκίνο.....	57
4.	ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ.....	58
5.	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ.....	60
6.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ.....	62
	ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ .....	83
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	85
	ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	87
	ABSTRACT .....	88
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	89



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία ανασκόπηση της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (Mindfulness-Based Cognitive Therapy - MBCT) καθώς και των ωφέλιμων επιδράσεων που επιφέρει σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο.

Η Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) αποτελεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που στηρίζεται στην πρακτική εφαρμογή της θεωρίας της Ενσυνειδητότητας, ενσωματώνοντας βασικές τεχνικές του Γνωσιακού-Συμπεριφορικού Μοντέλου. Η ενσυνειδητότητα αναφέρεται στην καλλιέργεια ενός νέου τρόπου αντίληψης της πραγματικότητας, που επιτρέπει στον άνθρωπο να εστιάζει εκούσια την προσοχή του στο παρόν, χωρίς κριτική διάθεση και έτσι να ζει πλήρως αφυπνισμένος (Kabat-Zinn, 1990). Οι γνωσιακές τεχνικές εστιάζουν στην αναγνώριση των αρνητικών σκέψεων. Ο συνδυασμός της θεωρίας της ενσυνειδητότητας με τις γνωσιακές τεχνικές συνιστά την Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) και οδηγεί τον άνθρωπο σε αποδοχή των εμπειριών, επιφέροντας θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Ο καρκίνος είναι μία χρόνια νόσος και αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες θνησιμότητας και θνητότητας παγκοσμίως. Οι ψυχολογικές μεταβολές που σχετίζονται με την διάγνωση του καρκίνου σχετίζονται με μία σειρά προκλήσεων που επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα των ανθρώπων που νοσούν.

Στη παρούσα μελέτη διερευνάται η ωφελιμότητα της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Η επιλογή του θέματος είναι πρωτότυπη καθώς από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποιήσα φάνηκε η συγκεκριμένη ερευνητική υπόθεση να μην έχει μελετηθεί στην ελληνική και διεθνή επιστημονική κοινότητα. Κρίθηκε σημαντικό να ερευνηθεί ο πληθυσμός των καρκινοπαθών καθώς ο επιπολασμός της νόσου και οι συνακόλουθες κοινωνικοοικονομικές και ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις αυξάνονται διαρκώς.

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ - ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### 1. Ενσυνειδητότητα (Mindfulness) : Ορισμός- & Θεωρητικό υπόβαθρο

Η αδιάκοπη ροή απο σκέψεις, κρίσεις, αναμνήσεις και υποθέσεις, που κατακλύζουν την ανθρώπινη ύπαρξη, οδηγούν σε μια συνεχόμενη παραποίηση ή παράβλεψη των πραγματικών γεγονότων. Αυτό έχει ως συνέπεια να αγνοείται η σημαντικότητα των εσωτερικών δυνάμεων που μπορούν να πυροδοτήσουν την ανάγκη για γνώση, αλλαγή και μακροπρόθεσμη ανάπτυξη, καθώς η προσοχή απομακρύνεται από το «in vivo» γεγονός (1). Με άλλα λόγια, το άτομο βιώνει τις σκέψεις, τις αναμνήσεις και γενικότερα τις ιστορίες του νου ως μοναδικές εκφάνσεις της πραγματικότητας, παραβλέποντας την σπουδαιότητα της ίδιας της πραγματικότητας, γεγονός που τείνει να αυξάνεται με το πέρασμα του χρόνου (2). Τι συμβαίνει όμως, όταν ο άνθρωπος ζει μηχανικά; Πώς επηρεάζει αυτό την ποιότητα της ζωής του και την γενικότερη ευημερία του; Στα παραπάνω ερωτήματα θα προσπαθήσει να απαντήσει η δυναμικά ανερχόμενη, στο χώρο της επιστήμης της ψυχολογίας, θεραπευτική προσέγγιση της ενσυνειδητότητας (3).

Ενσυνειδητότητα ή αλλιώς επίγνωση ορίζεται η προσέγγιση κατά την οποία το άτομο σταματάει να ζει και να πράττει μηχανικά, αποκτά τον έλεγχο των εμπειριών και του νου του, καθώς ξεφεύγει από το φάσμα της α-συνειδητότητας (3). Πιο συγκεκριμένα, η ενσυνειδητότητα αποτελεί την γνώση που απορρέει από την με πρόθεση παρατήρηση της εμπειρίας (σκέψεις, συναισθήματα, σωματικές αισθήσεις) την παρούσα στιγμή, χωρίς την άσκηση κριτικής στην εμπειρία που βιώνεται και υιοθετώντας μια φιλική περιέργεια (curiosity), διαύγεια (clarity) και αποδοχή (acceptance) στον τρόπο παρατήρησης της συνολικής εμπειρίας στο παρόν (4). Συνιστά, συνεπώς μια ολιστική προσέγγιση λειτουργίας νου-σώματος, που επιτρέπει στο άτομο να έχει στιγμή με στιγμή επίγνωση της εσωτερικής δραστηριότητας του νου (σκέψεις, συναισθήματα), του σώματος (σωματικές αισθήσεις), όπως και του εξωτερικού περιβάλλοντος (5). Εστιάζει στην αμερόληπτη παρατήρηση των σκέψεων και συναισθημάτων, μέσω μη κριτικής στάσης. Με άλλα λόγια επιτυγχάνεται η απλή παρατήρηση, χωρίς να επιδιώκεται η αποδοχή ή απόρριψη της βιωμένης εμπειρίας του παρόντος (5).

## 1.1 Ιστορική Αναδρομή

Οι απαρχές της ενσυνειδητότητας τοποθετούνται σε Ανατολικές Φιλοσοφίες και συγκεκριμένα στην Βουδιστική παράδοση της αρχαίας Ινδίας που λειτουργούσε ως «το μονοπάτι προς την απελευθέρωση, την πραγματοποίηση και την φώτηση». Ήδη από τα 500 π.Χ. ο Siddhartha Gautama, ο ιστορικός Βούδας μυήθηκε στις τεχνικές του διαλογισμού, που βρίσκονταν σε άνθηση εκείνη την εποχή (6). Οι μαθητές του πέρασαν από γενιά σε γενιά τις τεχνικές του, που αργότερα αποτέλεσαν το περιεχόμενο της θρησκείας του Βουδισμού. Ο Βουδισμός, με το πέρασμα των χρόνων, εξαπλώθηκε στην Ασία μέσω δύο κύριων οδών. Η μία οδός εξαπλώθηκε στην νότια Ασία και στην Σρι Λάνκα, περιλαμβάνοντας και την σημερινή Ταϊλάνδη, ενώ η δεύτερη εξαπλώθηκε από το Θιβέτ μέχρι την ανατολική Ιαπωνία (7). Η Βουδιστική παράδοση που εξαπλώθηκε μέσω της νότιας οδού, που είναι γνωστή ως «Hinayana», αποτελεί τις ρίζες της ενσυνειδητότητας, όπως αυτή χρησιμοποιείται στην σύγχρονη κλινική πρακτική (8).

## 1.2 Οι διαστάσεις της Ενσυνειδητότητας

Η ενσυνειδητότητα, όπως ορίστηκε και παραπάνω, χαρακτηρίζεται από την εκούσια παρατήρηση της εμπειρίας που βιώνεται στο παρόν, χωρίς κριτική και ανάλυση. Αποκωδικοποιώντας κανείς προσεκτικά τον ορισμό αυτόν, μπορεί να φανερώσει τα επιμέρους συστατικά τα οποία συνιστούν την έννοια της ενσυνειδητότητας ολιστικά (9).

Πιο συγκεκριμένα, ο Kabat-Zinn αποκαλύπτει ότι η προσοχή που ασκείται από κάποιον μπορεί να αλλάξει επίπεδο μέσω τριών διαστάσεων. Η πρώτη διάσταση, που επηρεάζει το επίπεδο της προσοχής, αφορά την με πρόθεση επικέντρωση. Η σκόπιμη εστίαση αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την επίτευξη της ενσυνειδητότητας. Αυτό συμβαίνει διότι η μη εστιασμένη προσοχή επιτρέπει τον εγκλωβισμό της προσοχής σε μια αδιάκοπη ροή σκέψεων, που αφορούν είτε παρελθοντικά γεγονότα, είτε μελλοντικές καταστάσεις (10). Οι σκέψεις αυτές αποτελούν ένα συνονθύλευμα θετικού, αλλά και αρνητικού πριεχομένου σκέψεων, το οποίο δεν επιτρέπει στο άτομο να εστιάσει την προσοχή του στις παρούσες εμπειρίες και σκέψεις, καθώς τον απορροφούν τόσο πολύ που νιώθει ότι τις ζει στο τώρα (10). Η ανάπτυξη της συνειδητής και σκόπιμης επικέντρωσης της προσοχής, σύμφωνα με τις αρχές της ενσυνειδητότητας, δίνει στο άτομο την «δύναμη»

να εστιάζει την προσοχή του μόνο σε όσα επιλέξει ο ίδιος, καταφέροντας να ζει με περισσότερη εγρήγορση, αφυπνίζοντας τον ίδιο του τον εαυτό (11). Επιτελείται με αυτόν τον τρόπο αυτορρύθμιση της προσοχής, εφόσον το άτομο εστιάζει την προσοχή του σε ένα αντικείμενο της επιλογής του και δεν μεταπηδά ανεξέλεγκτα σε πλήθος εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων (11). Είναι σημαντικό η συγκέντρωση της προσοχής να γίνεται με διαυγή τρόπο, όπου η εστίαση θα παραμένει σταθερή, ήρεμη και θα κινείται αρμονικά στα άκρα της νωθρότητας και της ταραχής, ανακατευθύνοντας την προσοχή ξανά και ξανά (12). Για διαύγεια σε κάθε κατάσταση ή δυσκολία της ζωής, το άτομο πρέπει να επικεντρώσει την προσοχή του στον άξονα της παρατήρησης, των συναισθημάτων, των σκέψεων, των επιθυμιών (αξίες, προθέσεις) και των πράξεων (12). Μόνο όταν σταματάει το άτομο να στοχάζεται το παρελθόν ή να ανυσιχεί για μελλοντικές καταστάσεις, καταφέρει να ανοιχτεί σε ένα πλούτο πληροφοριών, τις οποίες αγνοούσε από το αντιληπτικό του πεδίο, μέχρι και εκείνη την στιγμή. Το να φέρει την ενσυνειδητότητα από το κατώφλι την απλής γνώσης, στο χώρο της συνειδητής πράξης, αποτελεί ένα από τα κλειδιά της ουσιαστικής μεταμόρφωσης, καθιστώντας το άτομο συνδημιουργό της εμπειρίας του και όχι πια υποδουλωμένο σε αυτή (10).

Η δεύτερη διάσταση προσοχής, που τροποποιείται σε μια διαδικασία συνειδητής επίγνωσης, αφορά την ίδια την διάσταση του χρόνου. Ποια χρονική στιγμή μαθαίνει το άτομο να αντιλαμβάνεται ως σημαντική και με βάση ποιες εμπειρίες διαμορφώνει τις σκέψεις και τις δράσεις του; Όταν ο νους είναι ανεξέλεγκτος, που εστιάζει συνήθως;

Το μυαλό του ανθρώπου τείνει να επικεντρώνεται σε καταστάσεις και γεγονότα που, είτε έχουν διαδραματιστεί στο παρελθόν, είτε αναμένεται να συντελεστούν στο μέλλον. Έτσι, καταπιάνεται με αναμνήσεις νοσταλγώντας, αλλά και υπεραναλύοντας περασμένα γεγονότα, τα οποία συχνά βιώνει ως αληθινά, ξεχνώντας ότι ζει στο παρόν (13). Επιπλέον, πολύ συχνά ο άνθρωπος επενδύει μεγάλο μέρος της προσοχής του σε φαντασιακού τύπου καταστάσεις, που αφορούν μελλοντικά όνειρα και φιλοδοξίες ή κατασκευάζει σενάρια με προβλεπτικό χαρακτήρα (13). Δεν απομακρύνεται απλώς από την μόνη αληθινή πραγματικότητα του εδώ και τώρα, αλλά βιώνει επίσης την αγωνία από γεγονότα που είτε ανήκουν στο παρελθόν, είτε μπορεί να μην συμβούν ποτέ. Συνεπώς σπάνια το άτομο εστιάζει συνειδητά και ολοκληρωτικά στο παρόν (14).

Η ενσυνειδητότητα διδάσκει στο άτομο την αξία που έχει για την ζωή και ψυχική του ευημερία η εστίαση στο εδώ και τώρα και τον φέρνει αντιμέτωπο με την διαμόρφωση

της προσοχής με βάση την εμπειρία στην παρούσα στιγμή, στο σήμερα. Αυτή η αλλαγή επιτρέπει την αποδέσμευση από την ένταση και το στρες που προκαλείται από το «ανικανοποίητο» που χαρακτηρίζει τον άνθρωπο και τον ανακουφίζει από τον μηρυκασμό και την ανησυχία (15,16). Η τάση που επικρατεί ότι η ζωή και οι καταστάσεις που την διαμορφώνουν πρέπει να είναι διαφορετικές από αυτές που πραγματικά είναι, επιβαρύνουν το άτομο με στρες και κατ'επέκταση τον κάνουν πιο δυστυχισμένο. Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2014, φάνηκε ότι πολλοί άνθρωποι προτιμούν να υποστούν ηλεκτροσόκ, παρά να είναι μόνοι, βυθισμένοι στις σκέψεις τους (17). Παρόμοια ευρήματα υποστηρίχθηκαν και από επόμενη μελέτη, όπου έδειξε ότι οι άνθρωποι δυσκολεύονται να επικεντρωθούν στο παρόν, ενώ η περιπλάνηση του νου τους κάνει να υποφέρουν, οδηγώντας σε αυξημένη έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες (3). Αντ' αυτού η πλήρης αποδοχή προς τις εμπειρίες που βιώνονται στην παρούσα στιγμή, έτσι όπως ακριβώς συμβαίνουν εκείνη την στιγμή, δίνει στο άτομο την δυνατότητα να κατευθύνει ο ίδιος την σκέψη και κατά συνέπεια την ζωή του. Σκοπός δεν είναι η κατάργηση ή ο αποκλεισμός της σκέψης (16). Εξάλλου κάτι τέτοιο θα ήταν ακατάρθωτο, εφόσον οι σκέψεις και πάλι θα έρχονται. Σκοπός είναι να γίνει επαναφορά της προσοχής στο εδώ και τώρα, έχοντας πλήρη επίγνωση των σκέψεων που μπορεί να περάσουν από το μυαλό, χωρίς όμως αυτό να επηρεάσει ιδιαίτερα τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές παρορμήσεις. Με άλλα λόγια, η αποδοχή που συνιστάται δεν περιλαμβάνει την «παραίτηση ή την παθητική αποδοχή των δυσκολιών», αλλά αντίθετα αναφέρεται σε ποιοτική αλλαγή στον τρόπο αξιολόγησης της εμπειρίας (18). Με την εξάσκηση το άτομο μαθαίνει, μέσω της εμπειρίας του, πως να φροντίζει καλύτερα τον εαυτό του, εξερευνώντας καλύτερα την αλληλεπίδραση του μυαλού με το σώμα. Η προσήλωση στο παρόν μπορεί να κινητοποιήσει τις εσωτερικές δυνάμεις, προκειμένου να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις, να εξελιχθεί και μέσω αυτών, τελικά να θεραπευτεί. Η στιγμή είναι ήδη εδώ, και μόνο μέσω της συνειδητής προσήλωσης σε αυτή, αγγίζοντας, νιώθοντας και αγκαλιάζοντας την, μπορεί να επιτευχθεί πραγματική αντίληψη και κατανόηση της (17).

Το τρίτο συστατικό της ενσυνειδητότητας έγκειται στο επίπεδο της κριτικής στάσης, που αναπτύσσεται απέναντι στις σκέψεις, τα συναισθήματα και την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον. Σκοπός στην εξάσκηση της ενσυνειδητότητας είναι να καλλιεργηθεί ένας νέος τρόπος προσοχής προς την εμπειρία και αντίληψης της πραγματικότητας, χωρίς κριτική διάθεση (19). Πιο αναλυτικά, η τεχνική της επίγνωσης δε στοχεύει στον έλεγχο ή την καταστολή της νοητικής διεργασίας, αλλά

στην συνειδητή παρατήρηση της παρούσας στιγμής και όσων διαδραματίζονται, όπως ακριβώς αυτά προκύπτουν, χωρίς να προηγείται οποιαδήποτε επίκριση, ανάλυση ή αξιολόγηση (11). Με αυτόν τρόπο το άτομο καταφέρνει να γίνει κοινωνός της προσωπικής του νοητικής και συναισθηματικής διεργασίας, καθώς και των συνεπειών των παραπάνω διεργασιών, χωρίς να εμπλέκεται με άμεσο τρόπο στην παραγωγή και να παρασύρεται από την εναλλαγή τους. Αναστέλλοντας για λίγο την κρίση βρίσκεται σε εγρήγορση, παραμερίζοντας τους άμεσους στόχους για το μέλλον και αποδεχόμενος τον παρόν όπως πραγματικά είναι και όχι όπως θα επιθυμούσε να είναι (16). Ως παρατηρητής είναι λιγότερο πιθανό να αντιδράσει αυτοματοποιημένα με βάση το συνήθη τρόπο σκέψης και δράσης και αποκτά την ευκαιρία για περισσότερες επιλογές. Αντί να χαρακτηρίζεται η εξωτερικά παρατηρήσιμη συμπεριφορά του από αντιδραστικές (reactive) ή μηχανικές συμπεριφορές, γίνεται περισσότερο ανταποκριτική (responsive), καθώς επιλέγει νηφάλια πως θα ενεργήσει. Αντί να αναρωτιέται για την ορθότητα των αισθημάτων ή αισθήσεων, συνειδητά επιλέγει να τα βιώσει, χωρίς να τα κρίνει. Η πρακτική της επίγνωσης διδάσκει πως να στρέφεται το άτομο στην κατάσταση ύπαρξης, έτσι ώστε να μπορεί να αποδέχεται τα συναισθήματα και τις σκέψεις, όχι ως εχθρούς αλλά ως το συνδεδεμένο κρίκο με τα επιμέρους στοιχεία που απαρτίζουν την ζωή του (16). Η νοητική διεργασία χαρακτηρίζεται από μη αντιδραστικότητα στην εσωτερική εμπειρία, μη εκτίμηση της εσωτερικής εμπειρίας, διενεργώντας με πλήρη επίγνωση. Κεντρική ιδέα είναι ότι η διατήρηση επικριτικής στάσης ως προς τις εμπειρίες δημιουργεί την τάση επιδείνωσης των επιπτώσεων τους (18). Αποτέλεσμα αυτής της πρακτικής είναι η απαλλαγή από την πίεση και ένταση που κυριαρχεί, η ελαχιστοποίηση της γνωστικής διέγερσης που προκαλείται από τα ξεσπάσματα και τις ανησυχίες όταν ασκείται κριτική στην εμπειρία, μεγαλύτερη επαφή με την παρούσα στιγμή, καθώς και περισσότερη ελευθερία στη ζωή (19).

Η ενσυνειδητότητα λειτουργεί ως πυξίδα της καθημερινότητας, βοηθώντας το άτομο να διαπιστώσει τι είναι αληθινό για εκείνον κάθε στιγμή (17). Η κατάκτηση της αυτογνωσίας είναι κυρίαρχος στόχος, αφού γνωρίζοντας το περιεχόμενο των σκέψεων, αισθήσεων, συναισθημάτων και επιθυμιών στο παρόν, το άτομο έχει στη διάθεση του περισσότερες επιλογές. Το άτομο γνωρίζει καλύτερα τις διαθέσιμες επιλογές και έτσι μπορεί να πάρει σοφότερες αποφάσεις για να ζει πιο συνειδητά στο εδώ και τώρα, διαχειριζόμενο αποτελεσματικότερα και δημιουργικότερα τις καταστάσεις στη ζωή του (16, 19).

Συμπερασματικά, το νόημα της ενσυνειδητότητας είναι να αποκτήσει το άτομο επίγνωση των σκέψεων, επιθυμιών, προθέσεων, συναισθημάτων και αισθήσεων την παρούσα χρονική στιγμή και να διατηρήσει τη συνείδηση ζωντανή στην παρούσα πραγματικότητα. Πρόκειται για μια βασική αρχή του ατόμου που μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη της διαύγειας, της βαθιάς γνώσης και της αντίληψης(11). Φέρνοντας ενσυνειδητότητα στη ζωή των ανθρώπων είναι εφικτή η αλλαγή στο επίπεδο των σχέσεων και των εμπειριών από την άρνηση στην αρμονικότητα, η διαχείριση των αναπόφευκτων δυσκολιών με επιδεξιότητα αλλά και η απόλαυση των μικρών, καθημερινών στιγμών που κατακλίζουν τις ζωές των ανθρώπων (16).

### 1.3 Η πρακτική εξάσκηση στην Ενσυνειδητότητα

Το μυαλό λειτουργεί όπως οποιοδήποτε άλλο όργανο του σώματος ενός ανθρώπου. Με την ανάπτυξη της ενσυνειδητότητας γίνεται κατανοητός ο τρόπος λειτουργίας του, καθώς και ο αντίκτυπος του νου στην ψυχική, πνευματική και ψυχική υγεία. Με ποιον τρόπο όμως αναπτύσσεται η ενσυνειδητότητα, σύμφωνα με τον Jon Kabat-Zinn (1990) ;

Η πρακτική εξάσκηση της ενσυνειδητότητας συντελείται με δύο τρόπους :

1. Ο πρώτος τρόπος περιλαμβάνει την τυπική πρακτική και αναφέρετε στην τεχνική του διαλογισμού (19). Η τεχνική αυτή εξασκείται συνήθως με τα μάτια κλειστά, καθιστά ή περπατώντας και επικεντρώνεται στην παρατήρηση της εσωτερικής δραστηριότητας του σώματος και του νου από κοινού με τον έλεγχο της ανάσας. Μπορεί επίσης το άτομο να επικεντρωθεί σε μία νοητή εικόνα ή στην επανάληψη λέξεων ή φράσεων με ενισχυτική και ανακουφιστική ιδιότητα για τον ίδιο. Ο διαλογισμός και η εστίαση στην αναπνοή ενεργοποιούν το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα, που προκαλεί μείωση της αρτηριακής πίεσης και των καρδιακών παλμών, δημιουργώντας μία αίσθηση ηρεμίας και χαλάρωσης (freeze). Ο διαλογισμός, σύμφωνα με τους δημιουργούς του MBCT (20,21), θεωρείται ένας αξιόπιστος τρόπος για να αναγνωρίζουν οι ασθενείς, μέσα από την αδιάκοπη παρατήρηση των σκέψεων, συναισθημάτων και σωματικών αισθήσεων, τα πρώτα σημάδια της υποτροπής. Παρακάτω παρατίθεται ένας πίνακας (πίνακας 1) που περιλαμβάνει στρατηγικές για την επίτευξη επιτυχούς διαλογισμού (22).

Πίνακας 1. Διαλογιστική πρακτική: στρατηγικές επιτυχίας

1. Ξεκινήστε όπου είστε 5-10 λεπτά καθημερινής εξάσκησης μπορούν να καλλιεργήσουν συνειδητή επίγνωση. Ένας εύλογος στόχος είναι 15-20 λεπτά τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας.
2. Επιλέξτε μια συγκεκριμένη ώρα κάθε μέρα. Η ανάπτυξη μιας "πειθαρχίας" είναι συχνά πιο επιτυχημένη εάν η πρακτική γίνεται το πρωί πριν από την διάρκεια της ημέρας, που είστε πιο απασχολημένος.
3. Εάν χάσετε την πρωινή σας εξάσκηση, εξασκηθείτε όταν μπορέσετε κατά τη διάρκεια της ημέρας.
4. Αναγνωρίστε ότι η εκμάθηση νέων συμπεριφορών είναι δύσκολη και ανταμείψτε τον εαυτό σας για την προθυμία σας να προσπαθήσετε και να αποφύγετε να κάνετε κριτική στον εαυτό σας.
5. Επιλέξτε μια δραστηριότητα διαλογισμού που λειτουργεί για εσάς και χρησιμοποιήστε μια ποικιλία ανάλογα με το τι χρειάζεστε: Εστίαση στην αναπνοή καθισμένος, ξαπλωμένος ή περπατώντας. Προχωρήστε στο tai chi ή τη γιόγκα, αν θέλετε.



2. Η δεύτερη μορφή ανάπτυξης της ενσυνειδητότητας αναφέρεται στην άτυπη εξάσκηση που μπορεί να πραγματοποιηθεί στις δραστηριότητες της καθημερινότητας, μέσα από μία πρακτική εφαρμογή της θεωρίας. Πιο συγκεκριμένα, οτιδήποτε γίνεται στην καθημερινή ζωή του ανθρώπου και πραγματοποιείται έχοντας πλήρη επίγνωση και εγρήγορση, αξιολογείται ως ανάπτυξη ενσυνειδητότητας στην πράξη (23). Μια οποιαδήποτε δραστηριότητα, όπως για παράδειγμα να περιμένει κανείς το λεωφορείο, το να μαγειρεύει ή να πλένει τα δόντια του, μπορεί να θεωρηθεί ως μία άτυπη πρακτική εξάσκησης, εάν πραγματοποιείται απολυτα συνειδητά. Η συνεχόμενη εξάσκηση βοηθάει το άτομο να αποκτά πλήρη επίγνωση και να παρατηρεί όλες τις εκφάνσεις της ζωής του, χωρίς να απαιτείται κριτική και αντίδραση (24). Στη συνέχεια ακολουθεί πίνακας (πίνακας 2) με ορισμένους σημαντικούς τρόπους εξάσκησης επίγνωσης στα γεγονότα καθημερινής ζωής.

<b>Πίνακας 2 : ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΤΡΟΠΟΥ ΕΠΙΓΝΩΣΗΣ</b>
1. Κάνετε μία εργασία κάθε φορά. Η ταυτόχρονη εκτέλεση πολλών δραστηριοτήτων είναι αναποτελεσματική και αγχωτική.
2. Να ασχοληθείτε με το διαλογισμό ενώ περπατάτε, αφήνοντας το τηλέφωνό σας και εστιάζοντας στο περπάτημα και τι είναι γύρω σας.
3. Φάτε ένα γεύμα σιωπηλά, μακριά από την τηλεόραση ή τον υπολογιστή.
4. Πάρτε τρεις βαθιές αναπνοές όταν ξυπνάτε και λίγο πριν κοιμηθείτε.
5. Πάρτε μια βαθιά αναπνοή όταν αισθάνεστε ότι βρίσκεστε σε ένταση.
6. Προγραμματίστε το χρόνο για αναψυχή.
7. Γελάστε επειδή απλά μπορείτε. Δοκιμάστε να γελάσετε στο αυτοκίνητό σας, στους φωτεινούς σηματοδότες, κανείς δεν ξέρει ότι δε χρησιμοποιείτε μια συσκευή που δε μπορούν να δουν.
8. Δώστε προσοχή σε αυτό που σας λέει το σώμα σας. Ξεκουραστείτε όταν είστε κουρασμένοι και τεντωθείτε όταν είστε τεταμένοι.
9. Εξασκηθείτε στην ευγνωμοσύνη κάθε μέρα.
10. Λάβετε βοήθεια όταν αυτή σας προσφέρεται.

\*Πηγή: <http://www.minnesotamedicine.com>

#### 1.4 Οφέλη από την εξάσκηση στην Ενσυνειδητότητα

Το ενδιαφέρον για τα οφέλη της ενσυνειδητότητας στην ψυχική και σωματική ευημερία των ανθρώπων είναι ολοένα και αυξανόμενο. Η εκπαίδευση στις τεχνικές της ενσυνειδητότητας ενσωματώνεται πλέον, όλο και πιο συχνά στο εκπαιδευτικό σύστημα, σε εργασιακούς χώρους αλλά και στο χώρο της υγείας όπως σε νοσοκομεία, βοηθώντας στην ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες και της μείωσης των προσδοκιών στην κοινότητα (24). Πλήθος μελετών ερευνούν τις ευεργετικές συνέπειες της ενσυνειδητότητας στην καθημερινότητα, με αξιόπιστο και συστηματικό τρόπο. Έχει φανεί ότι η ανάπτυξη της ενσυνειδητότητας βοηθάει στη μείωση του συσσωρευτικού άγχους, του στρες και άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, καθώς πραγματοποιείται συρρίκνωση της αμυγδαλής, κέντρο στον εγκέφαλο, το οποίο είναι υπεύθυνο για το συναίσθημα του φόβου και την εκδήλωση της αυτόματης αντίδρασης πάλη ή φυγή (25). Βελτιώνει τη ψυχική υγεία κατά την διάρκεια στρεσογόνων συνθηκών και περιόδων υψηλού άγχους, ενισχύοντας έτσι την ανθεκτικότητα έναντι του στρες (27). Προάγει συνεπώς την γενικότερη υγεία, καθώς αποτελεί καθοριστικό παράγοντα ευτυχίας στην ζωή. Πιο συγκεκριμένα, βοηθάει στη συναισθηματική νοημοσύνη, αναπτύσσοντας την έννοια της ενσυναίσθησης και συμπόνιας και κατ'έπекταση αναβαθμίζει τις επικοινωνιακές σχέσεις. Βελτιώνει την μνήμη, ενδυναμώνει τη συγκέντρωση, την προσοχή και ηρεμεί το μυαλό. Καλλιεργεί σκέψη με μεγαλύτερη διαύγεια, ευελιξία, δημιουργικότητα και εστίαση και βελτιώνει την αποδοτικότητα στον εργασιακό χώρο, και όχι μόνο (28,29). Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστήμιο του Cambridge έδειξε πως η εξάσκηση των τεχνικών της ενσυνειδητότητας από τους φοιτητές, ιδιαίτερα κατά την εξεταστική περίοδο, μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα επίπεδα ψυχικής υγείας (29). Μειώνει ψυχαναγκαστικές, εθιστικές συμπεριφορές και κρίσεις πανικού, βοηθώντας στην ελάττωση του καθημερινού άγχους (30). Επιπλέον, βοηθάει στην προαγωγή της συναισθηματικής ανθεκτικότητας και αυτοπεποίθησης.

Επίσης, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην διαχείριση του θυμού, καθώς βοηθάει το άτομο να διακόψει την συνεχόμενη ανάκληση της σκέψης σε γεγονότα και καταστάσεις ψυχοπιεστικές για το ίδιο (31). Παράλληλα δίνει το χώρο, αποδεχόμενο τον θυμό του, εφόσον η αλλαγή δεν είναι εφικτή, να αναλογιστεί σφαιρικά την κατάσταση, ως παρατηρητής στο εδώ και τώρα και να πάρει σοφότερες αποφάσεις, με βάση την

κατάσταση που επικρατεί. Η ενσυνειδητότητα εισάγει μία σημαντική «παύση-κενό», κατά την οποία το άτομο αναλογίζεται όσα θα συμβούν στην συνέχεια, αν επιλέξει τον θυμό ή αν, αντίθετα, ανταποκριθεί πιο ομαλά και ωφέλιμα για το ίδιο. Έχοντας επίγνωση εστιασμένη στο τώρα, εξασφαλίζεται ηρεμία και έτσι το άτομο μπορεί να λάβει υπ' όψιν τον τρόπο που θα αντιδράσει και τις ενέργειες του προσεκτικά (32, 13).

Τα οφέλη της ενσυνειδητότητας είναι εμφανή και στην σωματική υγεία των ατόμων, που ενσωματώνουν αυτή την τεχνική στην καθημερινότητα τους. Μειώνει τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά συμπτώματα της καταθλιπτικής διαταραχής, επιτυγχάνοντας παρόμοια ποσοστά αποτελεσματικότητας με την φαρμακευτική θεραπεία, σύμφωνα με κλινικές δοκιμές (33). Έχει φανεί ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου και ενισχύει γενικότερα το ανοσοποιητικό σύστημα (34,-35). Ελαττώνει την αϋπνία και το λήθαργο και γενικότερα τις διαταραχές ύπνου, καθώς βελτιώνει την ψυχική και σωματική ευεξία και αυξάνει την ενεργητικότητα (36). Μειώνει την αρτηριακή πίεση, τους πονοκεφάλους, το άσθμα και βοηθάει σε απώλεια βάρους. Η εξάσκηση του διαλογισμού και των τεχνικών χαλάρωσης, στα πλαίσια της ενσυνειδητότητας, βοηθάει στην ομαλή λειτουργία της καρδιάς, μειώνοντας τον κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακών νόσων (37,38). Επιπλέον, ενισχύει τα κίνητρα και βελτιώνει την προοπτική του μέλλοντος, βοηθώντας τα άτομα να διατηρήσουν διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές που προφυλάσσουν την ομαλή λειτουργία της καρδιάς, όπως επαρκής ύπνος, ισορροπημένη διατροφή και σωματική άσκηση.

Οι άνθρωποι εκτιμούν το γεγονός ότι η ενσωμάτωση της ενσυνειδητότητας στη ζωή τους δίνει την δυνατότητα για αυτο-περισυλλογή, διδάσκοντας παράλληλα νέους τρόπους να είναι σε επαφή με τον πνευματικό εαυτό τους, μακριά από στρεσογόνες σκέψεις που αποσπούν την προσοχή (39). Όπως ορίζει εύστοχα η Christine O' Shaughnessy (2014), εκπαιδευτής ενσυνειδητότητας στο πανεπιστήμιο του Harvard: «η συνειδητή επίγνωση είναι μία άλλη μορφή γυμναστικής εξάσκησης του μυαλού, που διατηρεί το μυαλό υγιές. Όσο το μυαλό είναι υγιές και ήρεμο, τόσο και το σώμα θα ακολουθεί την ίδια κατεύθυνση» (40). Η ενσυνειδητότητα δεν είναι μόνο να έχει κάποιος συνεχώς θετικό τρόπο αντίληψης και διάθεση, είναι να παρατηρεί αυτά που συμβαίνουν στο εδώ και τώρα, τα εύκολα και τα δύσκολα, τα δυσάρεστα και τα ευχάριστα (41).

Συνοψίζοντας, η ενσυνειδητότητα προσφέρει τον κατάλληλο χώρο για να προβεί το άτομο στις καλύτερες για την ψυχική του ευημερία επιλογές, βοηθάει στο να νιώθει ότι

έχει τον πλήρη έλεγχο της ζωής του, να είναι ήρεμος, να ακολουθεί υγιεινό τρόπο ζωής και, τελικά, να ανακαλύψει την ευτυχία δίνοντας περισσότερη προσοχή τις θετικές, ευχάριστες λεπτομέρειες των διαπροσωπικών σχέσεων και της ζωής του συνολικά.

### 1.5 Αντιμετώπιση Άγχους με Ενσυνειδητότητα (Mindfulness-Based Stress Reduction - MBSR)

Το Πρόγραμμα Αντιμετώπισης Άγχους με Ενσυνειδητότητα (MBSR) αποτελεί ένα από τα πιο αναγνωρισμένα και πολυμελετημένα προγράμματα παρέμβασης ενσυνειδητότητας, με παγκόσμια αναγνωρισιμότητα και πρακτικές εφαρμογές στον χώρο της σωματικής και ψυχικής υγείας (39). Η Αντιμετώπιση Άγχους με Ενσυνειδητότητα (MBSR) δημιουργήθηκε και αναπτύχθηκε το 1970 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, από τον καθηγητή Jon Kabat-Zinn, ως πρόγραμμα μείωσης του στρες για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου και του στρες, όπου στη συνέχεια δημιουργήθηκε από τον ίδιο μια κλινική για τη μείωση του άγχους στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Μασαχουσέτης (1979), προκειμένου να διδαχτούν οι βασικές αρχές της (42). Η παρέμβαση αυτή δεν υπόκειται σε κανέναν πολιτισμικό, θρησκευτικό ή ιδεολογικό περιορισμό και σχετίζεται με τις βουδιστικές καταβολές της ενσυνειδητότητας (43,44). Στη δεκαετία του 1990 αναπτύχθηκε περαιτέρω, ειδικά για να βοηθήσει στην αντιμετώπιση και πρόληψη των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Ήδη από τις πρώτες μελέτες που έγιναν υποστηρίχθηκε η αποτελεσματικότητα αυτής της παρέμβασης (24-28).

Πρόκειται για ένα εξαιρετικά δομημένο πρόγραμμα το οποίο περιλαμβάνει 8 συνεδρίες, διάρκειας 2,5 ωρών, καθώς και μια ολόημερη «σιωπηλή» άσκηση η οποία διαρκεί 7,5 ώρες, μεταξύ της έκτης και έβδομης συνεδρίας (9). Τα συστατικά των συνεδριών περιλαμβάνουν ασκήσεις διαλογισμού και αναπνοής, ασκήσεις προσαρμοσμένες στην Yoga, εστίαση σώματος (body scan) καθώς και τον παραδοσιακό διαλογισμό σε καθιστική θέση, εστίαση στις σωματικές εκφράσεις (ενσυνείδητη αντίληψη σώματος), καθώς και ασκήσεις, όπως αυτο-ομιλία (εσωτερικός διάλογος) και συζητήσεις που σχετίζονται με τις ικανότητες προσαρμογής και αντίληψης του στρες. Τα παραπάνω συμπεριλαμβάνονται στα πλαίσια της τυπικής πρακτικής εξάσκησης (45). Στη καθημερινή πρακτική, διάρκειας 45 περίπου λεπτών, οι συμμετέχοντες χρησιμοποιούν ένα CD με ασκήσεις εξάσκησης ενσυνειδητότητας. Στην εξάσκηση αυτή περιλαμβάνεται καθιστός ή περιπατητικός διαλογισμός, γιόγκα και διάφορες ασκήσεις καθημερινής αυτο-διαχείρισης,

εκτελεσμένες υπό το πρίσμα της συνειδητότητας (46). Οι ασκήσεις ενσυνειδητότητας στην καθημερινότητα περιλαμβάνονται στην άτυπη πρακτική εξάσκηση και πραγματοποιούνται με στόχο να μάθουν οι συμμετέχοντες να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά το στρες, την κατάθλιψη, το χρόνιο πόνο και την ασθένεια. Οι συνεδρίες αυτές πραγματοποιούνται συνήθως από ομάδες των είκοσι συμμετεχόντων. Ο ρόλος του εκπαιδευτή σε αυτές τις παρεμβάσεις είναι πολυεπίπεδος και περιλαμβάνει καθοδηγητική προσέγγιση, είτε εξατομικευμένα, είτε μέσω ηχογραφημένων πρακτικών οδηγιών προς τους συμμετέχοντες των συνεδριών, ενσωματώνοντας με αυτό τον τρόπο την ενσυνειδητότητα, με την ευρύτερη έννοια του όρου (47). Οι συμμετέχοντες, μέσω της εξάσκησης αυτής και μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, αρχίζουν να προσαρμόζονται σε ένα νέο τρόπο ζωής, τον οποίο τείνουν να ενσωματώνουν ύστερα στην καθημερινότητα τους. Τα παραπάνω στοχεύουν στην ανάπτυξη και καθιέρωση ενός νέου τρόπου ζωής, προσαρμοσμένου στις αρχές της συνειδητής επίγνωσης, διδάσκοντας την παρατήρηση των μοτίβων σκέψεων και των αισθήσεων του σώματος.

Ο Kabat-Zinn (1990) στόχευε στην ένταξη της τεχνικής της ενσυνειδητότητας στις εφαρμογές της ιατρικής. Η Αντιμετώπιση Άγχους με Ενσυνειδητότητα (MBSR) αναπτύχθηκε με βάση τις αρχές της επιστήμης της ψυχολογίας και έχει εφαρμογές σε ένα ευρύ φάσμα, από την υγεία μέχρι και την εκπαίδευση και τις κοινωνικές δομές (48, 49). Εστίασε ερευνητικά στην αλληλεπίδραση μυαλού-σώματος σε κλινικές εφαρμογές πρακτικής εξάσκησης των τεχνικών της ενσυνειδητότητας, σε ασθενείς με χρόνιο πόνο ή αγχώδεις διαταραχές. Ελέγχθηκε με αυτό τον τρόπο η ικανότητα «ίσης» της τεχνικής αυτής, ερευνώντας την επίδραση της στο ανοσοποιητικό σύστημα και στην λειτουργία του εγκεφάλου, αναφορικά με την διαδικασία παραγωγής συναισθημάτων κάτω από στρεσογόνες συνθήκες (49). Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε, από πολλές μελέτες, μία συσχέτιση μεταξύ του MBSR και μεταβολών στην συγκέντρωση της φαιάς ουσίας σε περιοχές του εγκεφάλου που ελέγχουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις, τη μνήμη και τη μάθηση (50), σημειώνοντας ισχυρή επίδραση του παραπάνω προγράμματος στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής καθώς και σημαντική βελτίωση του ανοσοποιητικού συστήματος, ύστερα από πρακτική εφαρμογή του προγράμματος (51-53).

Η χρήση του MBSR έχει μελετηθεί σε υγιή πληθυσμό και πάσχοντες εδώ και τρεις δεκαετίες. Από τότε που ο Kabat-Zinn ίδρυσε το Κέντρο για την Ενσυνειδητότητα στην Ιατρική (1995), η Αντιμετώπιση Άγχους με Ενσυνειδητότητα (MBSR) έχει ενσωματωθεί επιτυχώς στην συμπληρωματική ιατρική και έχει εφαρμοστεί ευρέως τόσο

σε πλαίσια ψυχικής υγιεινής όσο και σε νοσοκομειακά πλαίσια, κυρίως στον τομέα των παθήσεων που σχετίζονται με τον καρκίνο (54). Πιο αναλυτικά έχει φανεί ότι βοηθάει στην μείωση των αρνητικών σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων (55,56), στη νοηματοδότηση, στη μείωση της κόπωσης που σχετίζεται με τον καρκίνο και στην βελτίωση των διαταραχών ύπνου (57). Σε έρευνες που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού, το MBSR αποδείχθηκε βοηθητικό στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, ενώ παράλληλα μειώνει την συναισθηματική δυσφορία, το άγχος, την αγωνία και σταθεροποιεί την διάθεση (57,58). Επιπλέον, η τεχνική αυτή οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα υγείας σε ασθενείς με διαταραχές άγχους (59,60), καθώς συμβάλει στην μείωση του επιπέδου κορτιζόλης (61). Αυξάνει την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος (34) και μειώνει την εκφραζόμενη δυσφορία (62-65).

#### 1.6 Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (Mindfulness-Based Cognitive Therapy - MBCT)

Η Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) είναι ένας σχετικά νεοεισερχόμενος όρος στο γνωστικό πεδίο της ψυχοθεραπείας και αποτελεί μία παρέμβαση προσαρμοσμένη στη δομή του Προγράμματος Αντιμετώπισης Άγχους με Ενσυνειδητότητα (MBSR) (66). Έχει στηριχθεί στο συνδυασμό των βασικών αρχών της ενσυνειδητότητας με τις σημαντικότερες θεωρητικές προσεγγίσεις της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής θεραπείας (66). Πιο συγκεκριμένα, οι ψυχίατροι Zindel Segal και Mark Williams βοήθησαν στην δημιουργία συνύπαρξης των νέων θεωριών πάνω στη γνωστική θεραπεία με το πρόγραμμα MBSR του Kabat-Zinn, οδηγώντας στον σχηματισμό της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) (67).

Συνδυάζει συνεπώς τις αρχές της γνωσιακής θεραπείας με διαλογιστικές πρακτικές και συμπεριφορές που βασίζονται στην καλλιέργεια της ενσυνειδητότητας. Το γνωστικό σκέλος περιλαμβάνει την ψυχοεκπαίδευση του θεραπευόμενου σχετικά με την κατάθλιψη ενώ η ενσυνειδητότητα και ο διαλογισμός στην ενσυνειδητότητα αφορά το πώς αποκτά το άτομο επίγνωση για όλες τις εισερχόμενες σκέψεις, χωρίς να τις κρίνει ή να αντιδρά σε αυτές, αλλά αντίθετα καλλιεργώντας την αποδοχή. Το MBCT είναι σύντομο, δομημένο και ευπροσάρμοστο, ώστε να περιλαμβάνει γνωστικές προσεγγίσεις για τη διαχείριση των σωματικών συμπτωμάτων που συμβάλλουν στην εκδήλωση της κατάθλιψης, υποδηλώνοντας ότι μπορεί να έχει ιδιαίτερη χρησιμότητα στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε άτομα που νοσούν (68).

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί φανερώνουν την αποτελεσματικότητα αυτής της παρέμβασης στην πρόληψη, αλλά και αναγνώριση των πρώτων σταδίων υποτροπής σε ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, μέσα από την παρατήρηση των σκέψεων, των συναισθημάτων και των αισθήσεων, προκειμένου να μειωθεί η δυσλειτουργία και ο ψυχικός πόνος που είναι κυρίαρχα σε αυτή την διαταραχή (68, 69). Εξίσου αποτελεσματική φάνηκε η μέθοδος αυτή και σε ασθενείς με ενεργή καταθλιπτική συμπτωματολογία (69). Στο πλαίσιο της κατάθλιψης, το MBCT εκπαιδεύει τους ασθενείς σχετικά με τον ρόλο των δυσλειτουργικών σκέψεων στην πιθανή εμφάνιση υποτροπής στην κατάθλιψη και βοηθά τους ασθενείς πως να αναγνωρίζουν και τον τρόπο απεμπλοκής από αυτές τις δυσλειτουργικές σκέψεις, όταν αυτές λαμβάνουν χώρα. Η χρησιμότητα της στην πρόληψη υποτροπών έχει φανεί εξίσου αποτελεσματική με την χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που αποτελούν μέχρι σήμερα θεραπεία εκλογής για τη συντήρηση και καλή πρόγνωση της ασθένειας (70). Η ενσωμάτωση της ενσυνειδητότητας έχει αντιστρόφως ανάλογη συσχέτιση με την υποτροπή της κατάθλιψης, 12 χρόνια μετά την παρέμβαση στο MBCT, σε πρώην καταθλιπτικούς ασθενείς (71). Η βιβλιογραφική έρευνα έχει παρουσιάσει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην διερεύνηση της έννοιας της συμπόνιας-στραμμένη προς τον εαυτό (self-compassion). Ως συμπόνια-στραμμένη προς τον εαυτό ορίζεται η ευγένεια προς τον εαυτό σε συνθήκες πόνου ή αποτυχίας, αντιλαμβανόμενο τις εμπειρίες του ως μέρος των ευρύτερων εμπειριών της καθημερινής ζωής και διατηρώντας τις οδυνηρές σκέψεις και συναισθήματα σε επίπεδα ισορροπημένης συνειδητότητας (72). Υποστηρίζεται ότι με την καλλιέργεια της συμπόνιας-στραμμένη προς τον εαυτό, μέσω της μείωσης του μηρυκασμού, της απομόνωσης και της αυτοκριτικής, μειώνεται αντίστοιχα και η κατάθλιψη (73). Παρόλο που δεν έχει στηριχτεί ακόμα από πολλές μελέτες, έχει φανεί ότι η συμπόνια-στραμμένη προς τον εαυτό μεσολαβεί μερικώς στην επίδραση των παρεμβάσεων της ενσυνειδητότητας όσον αφορά την κατάθλιψη, αυξάνοντας τη συναισθηματική αποδοχή (74).

Το MBCT χρησιμοποιώντας τις αρχές της ενσυνειδητότητας ως μεθοδολογικό εργαλείο, στοχεύει στην ελάττωση της ταύτισης με τις καταθλιπτικές σκέψεις καθώς και με τα καταθλιπτικά σχήματα εαυτού, διδάσκει ζωτικές ικανότητες, ώστε να ανασταλεί και να προληφθεί η διαδικασία υποτροπής (75).

Αναπτύχθηκε μια αυξανόμενη αναγνώριση ότι η κατάθλιψη είναι επαναλαμβανόμενη και ότι η πιθανότητα μελλοντικής επανεμφάνισης αυξάνεται με κάθε επεισόδιο. Οι σχέσεις μεταξύ καταθλιπτικής διάθεσης και άλλων συμπτωμάτων

(μεταβολές στη γνωσία, στη συμπεριφορά και στη φυσική κατάσταση) γίνονται ισχυρότερες. Η καταθλιπτική διάθεση οδηγεί στην απόσυρση από τον κοινωνικό περίγυρο και από τις καθημερινές δραστηριότητες, που σε διαφορετική περίπτωση θα μπορούσαν να προσφέρουν μια αίσθηση ευχαρίστησης ή ολοκλήρωσης. Έτσι, το καταθλιπτικό άτομο παγιδεύεται σε ένα φαύλο κύκλο στον οποίο η διάθεση, η σκέψη και η συμπεριφορά τροφοδοτούνται μεταξύ τους (76).

Η κεντρική πρόθεση της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) είναι να μειώσει την πιθανότητα επανάληψης. Οι πάσχοντες μαθαίνουν να εντοπίζουν έγκαιρα τα πρώτα προειδοποιητικά σημάδια μιας αλλαγής στη διάθεση τους και να ανταποκρίνονται κατάλληλα, έτσι ώστε να μην καταφεύγουν στην αποφυγή αλλά και ούτε να εμπλέκονται στην ανάλυση και το αναμύσημα γεγονότων και σκέψεων (77). Το πρόγραμμα αυτό, που βασίζεται στο πρόγραμμα Αντιμετώπισης Άγχους με Ενσυνειδητότητα του Jon Kabat-Zinn (78), διεξάγεται συνήθως σε ομάδες των 10-12 ατόμων σε οκτώ εβδομαδιαίες συνεδρίες, διάρκειας δύο περίπου ωρών. Περιλαμβάνεται εξάσκηση στο σπίτι, εκτός των καθιερωμένων συνεδριών (κυρίως πρακτική διαλογισμού), μέχρι μία ώρα, έξι ημέρες κάθε εβδομάδα. Μπορεί να συμπεριληφθεί και ολοήμερη «σιωπηλή» πρακτική, ενώ μπορούν να προσφερθούν έως και τέσσερις follow-up συνεδρίες. Το μάθημα ενσωματώνει τον διαλογισμό με στοιχεία που προέρχονται από την Γνωσιακή Θεραπεία για την κατάθλιψη (η φύση της κατάθλιψης, ο ρόλος της αρνητικής σκέψης και η πρόληψη των υποτροπών) (79). Η αποτελεσματικότητα του MBCT για ασθενείς που βρίσκονται τώρα σε ανάκαμψη και έχουν υποστεί τρία ή περισσότερα επεισόδια κατάθλιψης έχει μελετηθεί από κλινικές δοκιμές (67-68), ενώ μελέτες μεγάλης κλίμακας έχουν δείξει το MBCT μπορεί επίσης να είναι χρήσιμο σε ασθενείς που εκδηλώνουν ενεργή καταθλιπτική συμπτωματολογία (80). Συγκεκριμένα οι έρευνες υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της μεθόδου αυτής σε ανθρώπους που έχουν βιώσει τουλάχιστον τρία καταθλιπτικά επεισόδια, ενώ η πιθανότητα υποτροπής μειώνεται κατά 50% (81).

Το MBCT, μέσω της μεταγνωσιακής προσέγγισης, υποδεικνύει τη σημαντικότητα της διεργασίας των σκέψεων, σε σχέση με το περιεχόμενο των σκέψεων αυτό καθ' αυτό, που μέχρι πρότινος επικρατούσε στη γνωσιακή θεραπεία. Η σημασία που έχει αποδοθεί στη μεταγνωσιακή σκέψη αντανακλά τη γενική ικανότητα του σκέπτεσθαι επί της σκέψης, τόσο ως προς το περιεχόμενο, όσο και ως προς τις διαδικασίες της. Ενώ στην αρχή ο όρος περιέγραφε περισσότερο την ικανότητα που έχει κάποιος να παρατηρεί τις ίδιες του τις



γνωστικές διαδικασίες και να ανιχνεύει τα λάθη σε αυτές (82), ένας πιο ειδικός ορισμός περιγράφει τη μεταγνωσιακή σκέψη ως την ικανότητα της επίγνωσης των γνωσιακών στρεβλώσεων (83). Στις εργασίες του Wells ο ορισμός συμπεριλαμβάνει και το σκέπτεσθαι επί των συναισθημάτων (84). Με άλλα λόγια το άτομο αποκτά την ικανότητα να αναγνωρίζει τις αυτόματες αρνητικές σκέψεις που εμφανίζονται ακούσια και, γνωρίζοντας την διαδικασία των σκέψεων αυτών, να μπορεί να διακόπτει την αλληλουχία συναισθηματικών και σωματικών αποκρίσεων, λειτουργώντας σαν παρατηρητής-επιτηρητής της νοητικής διεργασίας. Η γνωστική αυτή επίγνωση οδηγεί σε μεγαλύτερη αποδοχή της πνευματικής διεργασίας των σκέψεων, συναισθημάτων και επιθυμιών καθώς και σε μικρότερη βιωματική αποφυγή (85). Η μετατόπιση αυτή από το περιεχόμενο στην διαδικασία συντέλεσε σε μεγαλύτερα ποσοστά συμμόρφωσης των ασθενών στην θεραπεία (70). Επιπλέον, οι ασθενείς που έπασχαν από κατάθλιψη κατόρθωσαν να αποδεσμευτούν από τον αυστηρά καθορισμένο κανόνα και τη στάση ζωής, που τους όριζε η μέχρι πρότινος άκαμπτη προσκόλληση στο περιεχόμενο και μόνο και διαμόρφωσαν μία πιο ευέλικτη εικόνα εαυτού. Δημιουργείται η αίσθηση ότι μπορούν να αποστασιοποιηθούν από τα αρνητικά συναισθήματα, καθώς το πρόβλημα με αυτά τα συναισθήματα έγκειται στο γεγονός ότι παγιδεύουν τους ασθενείς και διαστρεβλώνουν το περιεχόμενο των σκέψεων, κατασκευάζοντας μία λανθασμένη πραγματικότητα. Παρέχεται μία απόσταση ασφαλείας, προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι το άτομο διατηρεί την ακεραιότητα της πνευματικής και σωματικής του οντότητας και ολότητας, δίχως να είναι έρμαιο παραπονημένων παραστάσεων (86). Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει μεγαλύτερη ελευθερία μεταξύ ερεθίσματος και αντίδρασης, αυξάνοντας το εύρος των επιθυμητών συνεπειών των δράσεων και κατ'επέκταση τη δυνατότητα επιλογής των συνεπειών. Τέλος επιτρέπει μία ευέλικτη στάση ζωής με περισσότερη συμπόνια στραμμένη προς τον εαυτό του (87).

Σε επίπεδο νευροβιολογίας συνδέεται με αυξημένη δραστηριότητα σε περιοχές του εγκεφάλου όπως στον οπισθοπλάγιο προμετωπιαίο φλοιό και στο πρόσθιο άγκιστρο του κροταφικού λοβού που σχετίζονται με την ρύθμιση των συναισθημάτων. Επιπρόσθετα, η αυξημένη δραστηριότητα στην περιοχή της νήσου του εγκεφάλου έχει συσχετιστεί με ενισχυμένη εσωτερική επίγνωση των σωματικών αισθήσεων, μία από τις περιοχές που στοχεύει η εξάσκηση των τεχνικών του MBCT (88, 90).

### 1.6.1 Η διαδικασία της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT)

Η Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (Mindfulness-Based Cognitive Therapy / MBCT) είναι μια ομαδική παρέμβαση 8 συνεδριών, κυρίως για άτομα με καταθλιπτική διαταραχή. Στο πρώτο μέρος της παρέμβασης οι συμμετέχοντες μαθαίνουν βασικές δεξιότητες ενσυνειδητότητας, όπως η ικανότητα να επικεντρώνουν την προσοχή στα μικρά, απλά πράγματα που συνήθως παραβλέπουμε (π.χ. κάνοντας μια καθημερινή δραστηριότητα ρουτίνας, όπως το βούρτσισμα των δοντιών), για να αντιλαμβάνονται, παρατηρώντας, πότε το μυαλό έχει περιπλανηθεί και έτσι να το επαναφέρουν στην παρούσα στιγμή (91). Αυτό τους βοηθάει να συνειδητοποιούν τις περιπτώσεις κάτω από τις οποίες το μυαλό, καθώς περιπλανιέται, φέρνει στο προσκήνιο σκέψεις και συναισθήματα, που επιδρούν αρνητικά, χωρίς να αντιλαμβάνονται ότι αυτό συμβαίνει (92). Στο δεύτερο μέρος οι θεραπευόμενοι μαθαίνουν να ανιχνεύουν πρώιμες μεταβολές της διάθεσής τους, να επιτρέπουν στον εαυτό τους την εμπειρία των αρνητικών σκέψεων και των αρνητικών συναισθημάτων, να στρέφουν την προσοχή τους στην αναπνοή τους και στην παρατήρηση του σώματός τους και σταδιακά να συνειδητοποιούν τα προειδοποιητικά σημάδια για την επανεμφάνιση της κατάθλιψης, αναπτύσσοντας ένα συγκεκριμένο σχέδιο δράσης για την αντιμετώπισή της (92, 93).

Ο Zindel Segal και οι συνεργάτες του (2002) περιγράφουν ορισμένες πρακτικές ασκήσεις που συνήθως εφαρμόζονται στο MBCT. Οι ασκήσεις ενισχύουν τη συνειδητή επίγνωση, βοηθώντας τους συμμετέχοντες να βιώσουν περισσότερο το «εσωτερικό και εξωτερικό» περιβάλλον τους, μέσω της αισθητήριας οδού (όραση, ακοή, αφή, γεύση, όσφρηση και κιναισθησία) και χωρίζονται σε αυτές του πρώτου μέρους της θεραπείας και σε αυτές του δεύτερου (138). Μια από τις ασκήσεις του πρώτου μέρους είναι η άσκηση της σταφίδας, όπου ο θεραπευτής καθοδηγεί τους θεραπευόμενους να εξετάσουν διάφορες πτυχές μιας σταφίδας (π.χ. τον τρόπο που κανείς τη νιώθει στο χέρι του, το πώς αυτή μυρίζει), σαν να μην έχουν δει ποτέ πριν μια σταφίδα, με σκοπό να αντιληφθούν ότι πολλές φορές οι άνθρωποι ζουν μια αυτοματοποιημένη πραγματικότητα «αυτόματου πιλότου» και δεν παρατηρούν τα πράγματα γύρω τους (66). Στην άσκηση της προσεκτικής παρατήρησης, οι θεραπευόμενοι επικεντρώνονται στα επιμέρους στοιχεία μιας εικόνας (π.χ. χρώματα, σχήματα), αντί να σκέφτονται τι ακριβώς είναι αυτό που βλέπουν, με

σκοπό να μετατοπίσουν την προσοχή από την κατάσταση του «κάνω» στην κατάσταση του «υπάρχω». Στην άσκηση της τρίλεπτης αναπνοής, οι συμμετέχοντες, μέσα σε χρονικό διάστημα 3 λεπτών, μετακινούνται από την επίγνωση της τρέχουσας εμπειρίας τους στην επίγνωση της αναπνοής τους, ώστε να επιτρέψουν στη συνειδητότητά τους να επεκταθεί σε όλο τους το σώμα, ως μια ολότητα (68). Στην άσκηση του ενσυνείδητου τεντώματος, οι θεραπευόμενοι ασχολούνται με διάφορα τμήματα του σώματός τους, παρατηρώντας τις σωματικές αισθήσεις και την αναπνοή τους. Στην άσκηση του ενσυνείδητου βαδίσματος παρατηρούν τις αισθήσεις που σχετίζονται με το περπάτημα, όπως τον τρόπο με τον οποίο τα πόδια τους αγγίζουν το έδαφος ή το βάρος του κάθε ποδιού τους (94).

Μια από τις ασκήσεις του δεύτερου μέρους της θεραπείας είναι η άσκηση της παρατήρησης των δυσάρεστων εμπειριών, στην οποία οι συμμετέχοντες εστιάζουν στις δυσάρεστες εμπειρίες της ζωής τους, για να συνειδητοποιήσουν τις αντιδράσεις τους σε αυτές (18). Στην άσκηση των σκέψεων και των συναισθημάτων, ο θεραπευτής παρουσιάζει ένα απλό σενάριο, όπως το να χαιρετάει κανείς έναν φίλο του στον δρόμο και αυτός να μην ανταποδίδει τον χαιρετισμό, για να δείξει ότι πολλές φορές αυτομάτως καταλήγει κάποιος σε μια διαδικασία κριτικής χωρίς αυτό να γίνεται αντιληπτό (79). Πιο αναλυτικά, οι συμμετέχοντες καλούνται να περιγράψουν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις αισθήσεις που βιώνουν, όταν περιγράφουν αυτό το υποθετικό σενάριο. Σκοπός της παραπάνω άσκησης είναι να σκιαγραφηθεί το μοντέλο επεξήγησης, που περιλαμβάνει την αλληλουχία τριών αλληλοεξαρτώμενων στοιχείων A - B - C, στο οποίο μια κατάσταση-γεγονός A οδηγεί σε μία σκέψη ή ερμηνεία B, που με την σειρά της οδηγεί σε ένα συναίσθημα C. Το σημαντικό που προκύπτει από τα παραπάνω είναι ότι διαφορετικές σκέψεις στο σημείο B μπορεί να οδηγήσουν σε διαφορετικά συναισθήματα στο σημείο C, οδηγώντας στην διαπίστωση ότι οι σκέψεις δεν αποτελούν γεγονότα. Επιπλέον, δεν γνωρίζει πάντα κανείς τις σκέψεις που ενδέχεται να εκδηλώσει, παρόλο που μπορεί να ασκούν ισχυρή επίδραση στα συναισθήματα (95). Η πρακτική εξάσκηση της παραπάνω δεξιότητας συμβάλλει στην ανάπτυξη της συνειδητοποίησης ότι οι σκέψεις επηρεάζουν ριζικά τη διάθεση, για αυτό είναι σημαντικό να καλλιεργείται μεγαλύτερη επίγνωση.

Στην άσκηση της συνειδητοποίησης των ευχάριστων εμπειριών, οι θεραπευόμενοι εστιάζουν την προσοχή τους στις ευχάριστες εμπειρίες της ζωής τους, για να συνειδητοποιήσουν πόσο γρήγορα ασκούν κριτική στις εμπειρίες τους και για να αποκτήσουν μεγαλύτερη επίγνωση των θετικών εμπειριών τους (96). Στην άσκηση της ενσυνειδητότητας των ήχων και των σκέψεων, οι θεραπευόμενοι εστιάζουν αρχικά την προσοχή τους στους ήχους και ύστερα στις σκέψεις, επιτρέποντας με αυτόν τον τρόπο

στον εαυτό τους να επικεντρωθεί στην παρούσα στιγμή, ανεξάρτητα από το είδος της εμπειρίας τους (75, 96).

Στην άσκηση της καταθλιπτικής «περιοχής», οι θεραπευόμενοι εντοπίζουν και καταγράφουν προειδοποιητικά σημάδια για την επανεμφάνιση της κατάθλιψης, παρατηρώντας τις σκέψεις που περνάνε από το μυαλό τους, τα συναισθήματα που βιώνουν, τις σωματικές αισθήσεις και τις παρορμήσεις τους για δράση. Γίνεται λοιπόν προσπάθεια να εντοπιστούν οι αυτόματες σκέψεις που σχετίζονται με την κατάθλιψη (66). Σκοπός αυτής της άσκησης είναι να βοηθήσει τους συμμετέχοντες να μάθουν να αναγνωρίζουν τους τύπους των σκέψεων που είναι χαρακτηριστικές της κατάθλιψης και να τις νοηματοδοτούν ως συμπτώματα κατάθλιψης και όχι ως πραγματικές δηλώσεις για τον εαυτό τους. Με άλλα λόγια πρέπει να καταλάβουν ότι δεν είναι οι σκέψεις τους, δεν είναι τα συναισθήματα τους. Οι εκπαιδευτές των ομάδων υπογραμμίζουν ότι η πίστη στην ισχύ αυτών των σκέψεων αλλάζει, ανάλογα με την διάθεση των συμμετεχόντων, δηλαδή οι άνθρωποι, κατά την διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου, έχουν την τάση να πιστεύουν ότι οι σκέψεις αυτές είναι αληθινές (81). Σε περιόδους, ωστόσο ύφεσης η πίστη αυτή αμβλύνεται (97). Από τα παραπάνω διαφαίνεται η σημασία της νοηματοδότησης των σκέψεων περισσότερο ως πνευματικά γεγονότα, παρά ως αναπαραστάσεις της αλήθειας ή της πραγματικότητας (79). Επιπλέον, οι συμμετέχοντες καθοδηγούνται ώστε να αντιλαμβάνονται οι ίδιοι πως οι σκέψεις δεν επηρεάζουν μόνο την διάθεση, αλλά επηρεάζονται εξίσου από την διάθεση τους (98).

#### 1.6.2 Εφαρμογές της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) σε ασθενείς με Καταθλιπτική Διαταραχή και Αγχώδεις Διαταραχές

Η Γνωσιακή θεραπεία με βάση την ενσυνειδητότητα (MBCT), όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, διαμορφώθηκε και αναπτύχθηκε αρχικά με σκοπό την πρόληψη υποτροπών σε ασθενείς με ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής, μέσω της εξάσκησης δεξιοτήτων διαχείρισης των γνωστικών μηχανισμών που εμπλέκονται στην καταθλιπτική υποτροπή, συνδυάζοντας την εξάσκηση και ενσωμάτωση των αρχών της ενσυνειδητότητας με στοιχεία του Γνωσιακού-Συμπεριφορικού Μοντέλου Θεραπείας. Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί κύρια αιτία έκπτωσης λειτουργικότητας στους ανθρώπους, ενώ οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην πρόληψη των υποτροπών ανακουφίζουν τους ασθενείς από το φορτίο της νόσου (101). Το πανεπιστήμιο της Οξφόρδης και συγκεκριμένα το τμήμα Ψυχιατρικής έχει επιτελέσει σημαντικό έργο, τόσο σε ερευνητικό όσο και διδακτικό

επίπεδο, στην ανάδειξη και κατανόηση της σπουδαιότητας των παρεμβάσεων που βασίζονται στην Ενσυνειδητότητα, με στόχο την ανακούφιση και την ενδυνάμωση της ανθεκτικότητας των ανθρώπων, τοποθετώντας αυτές στην πρώτη γραμμή της έρευνας ήδη από το 2008 (102).

Αναφορικά με την ωφελιμότητα της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την ενσυνειδητότητα (MBCT) σε ασθενείς με κατάθλιψη, έρευνες έδειξαν σημαντική μείωση στην καταθλιπτική συμπτωματολογία, στα ποσοστά εμφάνισης υποτροπών, στα επίπεδα της ανησυχίας και του μηρυκασμού, στη λειτουργική έκπτωση καθώς και αύξηση στις δεξιότητες ενσυνειδητότητας (103-110). Σε μικρό αριθμό μελετών δε βρέθηκε σημαντική διαφορά που να αποδεικνύει την υπεροχή του MBCT σε σχέση με την αντικαταθλιπτική αγωγή συντήρησης, αναφορικά με την πρόληψη υποτροπών και τη μείωση των υπολειμματικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων, μετά την παρέμβαση, σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής ή επανεμφάνισης της νόσου (95, 111-112). Σύμφωνα με τα ευρήματα που προέκυψαν από συστηματική ανασκόπηση που συμπεριέλαβε έξι τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (N = 593 ασθενείς), φάνηκε ότι το MBCT συσχετίστηκε με μειωμένα ποσοστά υποτροπών, σε σύγκριση με την συνηθισμένη θεραπεία ή την χορήγηση placebo, μειώνοντας το σχετικό κίνδυνο εμφάνισης υποτροπής κατά 34% (113). Μετα-ανάλυση που πραγματοποιήθηκε σε 1258 ασθενείς (114) έδειξε ότι οι ασθενείς που έλαβαν παρέμβαση MBCT εμφάνισαν μειωμένο κίνδυνο εκδήλωσης καταθλιπτικής υποτροπής μέσα σε διάστημα 60 εβδομάδων (follow-up), σε σχέση με όσους δεν έλαβαν την παρέμβαση αυτή, ενώ φάνηκε ότι οι ασθενείς που αντιμετώπιζαν πιο σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα πριν την παρέμβαση εκδήλωσαν μεγαλύτερα ποσοστά επίδρασης από την παρέμβαση σε σχέση με ασθενείς που έλαβαν άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις (114). Διεξήχθη συστηματική ανασκόπηση στην οποία συμπεριλήφθηκαν 23 μελέτες, με σκοπό την ανάδειξη των μηχανισμών μέσω των οποίων επιτυγχάνεται η αλλαγή σε ασθενείς που πάσχουν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και υποβάλλονται σε Γνωσιακή θεραπεία με βάση την ενσυνειδητότητα (MBCT). Από την εξέταση των μελετών βρέθηκε ότι οι τροποποιήσεις στην εκδηλούμενη ανησυχία, τη συμπόνια, την επίγνωση και την υπεραναλυτική σκέψη σχετίζονται με την ίδια την επίδραση της παρέμβασης στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, ενώ κάποιες μελέτες έδειξαν ότι αλλαγές στην εστίαση της προσοχής, στην αυτοσυγκράτηση και στη συναισθηματική αντιδραστικότητα ενδέχεται να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο στις θεραπευτικές επιδράσεις της παρέμβασης (115). Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η Γνωσιακή θεραπεία με βάση την

ενσυνειδητότητα (MBCT) αποτελεί μία αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση για την πρόληψη των υποτροπών σε ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, ειδικότερα σε ασθενείς που εμφανίζουν έντονα υπολειμματικά συμπτώματα.

Το άγχος, σύμφωνα με την θεωρία της ενσυνειδητότητας, δεν είναι παρά μια εσφαλμένη αντίληψη και τα συμπτώματα του εξαλείφονται, με την ενσωμάτωση της συνειδητής επίγνωσης. Σύμφωνα με το MBCT, το άτομο εξασκείται στην αντιμετώπιση του άγχους ως μια απλή αντίδραση πραγματικών «απειλών» της καθημερινότητας, όταν βρίσκεται συνειδητά στην παρούσα στιγμή (99). Το άτομο διδάσκεται πως να αντιδρά με θετικό τρόπο στις αγχωτικές καταστάσεις και τα απειλητικά γεγονότα, αποφεύγοντας τις παγίδες που κρύβει η αντίδραση «πάλης ή φυγής». Αυτό επιτυγχάνεται με την χρήση ποικίλων ασκήσεων και συζητήσεων. Το άτομο εξασκείται στην δημιουργία σύνδεσης μεταξύ του ίδιου και των σκέψεων, καθώς και άλλων νοητικών διεργασιών, χωρίς να τα κρίνει ως σωστά ή λανθασμένα, ειδικά από μια θετική οπτική γωνία (100).

Η πρόσφατη έρευνα έχει δείξει ότι η Γνωσιακή θεραπεία με βάση την ενσυνειδητότητα (MBCT) μπορεί να λειτουργήσει ως μια ωφέλιμη εναλλακτική μέθοδος στη θεραπεία των αγχωδών διαταραχών, μειώνοντας τα αγχώδη συμπτώματα. Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τις συχνότερες ψυχιατρικές διαταραχές καθώς συναντιούνται στο 10-30% του γενικού πληθυσμού, χωρίς όμως να αποτελούν μια ενιαία οντότητα (116). Από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με υποχονδρίαση και αγχώδη διαταραχή, φάνηκε σημαντική βελτίωση στα επίπεδα του άγχους, στις σχετιζόμενες με τη νόσο σκέψεις, στα σωματόμορφα συμπτώματα και στις δεξιότητες ενσυνειδητότητας, μετά την παρεμβατική διαδικασία καθώς και σε follow-up μετά από 3 μήνες, ενώ οι συμμετέχοντες δήλωσαν αρκετά ευχαριστημένοι από την παρέμβαση χωρίς να προκύψουν drop-outs (117). Η ωφελιμότητα του MBCT ως πρόσθετη θεραπευτική παρέμβαση στις παροχές υπηρεσιών υγείας φάνηκε και από άλλη μελέτη, όπου οι ασθενείς εμφάνισαν σημαντικά μειωμένα επίπεδα άγχους αμέσως μετά και ένα χρόνο μετά την παρέμβαση σε follow-up (118). Από μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με υποχονδρίαση, που βίωναν έντονα επαναλαμβανόμενες εικόνες και παρεμβατικές σκέψεις δυσφορίας, βρέθηκε σημαντική μείωση στη συχνότητα εμφάνισης των εικόνων και της σχετιζόμενης δυσφορίας αμέσως μετά και τρεις μήνες μετά από την παρέμβαση (119). Πραγματοποιήθηκε έρευνα σε ασθενείς με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και διαταραχή πανικού και φάνηκε σημαντική βελτίωση στα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης καθώς και στα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα μετά την παρέμβαση MBCT σε σχέση

με την ομάδα ελέγχου, ενώ δε βρέθηκε σημαντική μείωση στα σωματόμορφα συμπτώματα και στον παρανοϊκό ιδεασμό (120). Επιπλέον βρέθηκε ότι το MBCT βοηθάει στη βελτίωση των θετικών επιδράσεων της παρέμβασης, γεγονός που λειτουργεί αποτελεσματικά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με το κοινωνικό άγχος (121).

Σχετικά με την Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η Γνωσιακή θεραπεία με βάση την ενσυνειδητότητα (MBCT) φαίνεται να βοηθάει στην μείωση των γνωστικών στρεβλώσεων που σχετίζονται με την νόσο. Από έρευνα σε ασθενείς με Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή που έλαβαν παρέμβαση MBCT βρέθηκε σημαντική μείωση στα ιδεοψυχαναγκαστικά, καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα, από κοινού με σημαντική αύξηση στα επίπεδα αυτό-συμπόνιας και ενσυνειδητότητας, φανερώνοντας ότι η Γνωσιακή θεραπεία με βάση την ενσυνειδητότητα (MBCT) μπορεί να λειτουργήσει ως αποδεκτή παρέμβαση που παρέχει ανακούφιση από τα επίμονα συμπτώματα της διαταραχής αυτής (122). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε για τον έλεγχο της επίδρασης της Γνωσιακής θεραπείας με βάση την ενσυνειδητότητα (MBCT), ως πρόσθετη παρέμβαση στην φαρμακευτική αγωγή με εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (σιταλοπράμη) σε ασθενείς με Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD), οι οποίοι ήταν βετεράνοι του πολέμου Ιράν-Ιράκ, φάνηκε σημαντική μείωση στα συμπτώματα της διαταραχής, όπως την κατάθλιψη και το άγχος, συνεπώς το MBCT αποδείχθηκε αποτελεσματική συμπληρωματική παρέμβαση στη φαρμακευτική αγωγή, ως προς την μείωση των συμπτωμάτων της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (123). Από μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονικότητας, φάνηκε ότι μετά την παρέμβαση MBCT βελτιώθηκε η συναισθηματική διαχείριση του καταθλιπτικού συναισθήματος και μειώθηκε ο αυτοκτονικός ιδεασμός, λειτουργώντας έτσι αποτρεπτικά στην εκδήλωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (124).

## 1.7 Αντιμετώπιση Άγχους με Ενσυνειδητότητα (MBSR) και Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) : Ομοιότητες και Διαφορές

Οι παρεμβάσεις, που βασίζονται στις αρχές της ενσυνειδητότητας, πραγματοποιούνται σε οκτώ εβδομαδιαίες συνεδρίες, διάρκειας περίπου δύο ωρών και συνδυάζουν στοιχεία που προέρχονται από τον διαλογισμό και την συμπεριφορική θεραπεία. Βασικό συστατικό είναι η καθημερινή εξάσκηση τεχνικών διαλογισμού, καθώς και μία συνεδρία ολόημερου διαλογισμού συμπεριλαμβάνεται στα προγράμματα Αντιμετώπισης Άγχους με Ενσυνειδητότητα (MBSR) και στη Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) (66,78). Οι δύο αυτές παρεμβάσεις στοχεύουν στην ελάττωση αναφορικά με τα επίπεδα της κατάθλιψης, του άγχους και στην ενίσχυση της ευχαρίστησης από την ζωή. Η πιο σημαντική διαφορά των προγραμμάτων αυτών έγκειται στο γεγονός ότι το MBCT επικεντρώνεται στις γνωστικές διεργασίες (67).

Πραγματοποιείται ενημέρωση για την σύνδεση μεταξύ σκέψης και συναισθήματος ήδη από την δεύτερη συνεδρία του MBCT, ενώ παράλληλα όλο το πρόγραμμα κατευθύνεται γύρω από την πεποίθηση ότι τα γνωστικά σχήματα επηρεάζουν την λειτουργικότητα του ατόμου. Οι συνεδρίες του MBCT γίνονται σε μικρότερες ομάδες, που περιλαμβάνουν από 8 έως 12 συμμετέχοντες, σε σχέση με το MBSR που πραγματοποιούνται σε μεγαλύτερες ομάδες. Ωστόσο αρκετοί ασθενείς που αντιμετωπίζουν σωματικές ασθένειες όπως ο καρκίνος, παρουσιάζουν πληθώρα πρακτικών και ψυχολογικών εμποδίων που παρεμποδίζουν την ομαλή συμμετοχή τους στις παρεμβάσεις των προγραμμάτων της ενσυνειδητότητας. Στα εμπόδια περιλαμβάνονται οι συνθήκες που προκύπτουν ως συνέπεια του καρκίνου, όπως η σωματική κόπωση, η περιορισμένη κινητικότητα ή αναπηρία και οι χρονικοί περιορισμοί (125,126). Το MBCT παρέχει καθοδήγηση σε μικρής διάρκειας ασκήσεις χαλάρωσης (εστίαση στην αναπνοή για περίπου 3 λεπτά), δραστηριότητες βελτίωσης καθημερινής ζωής (εισαγωγή υγιεινού τρόπου ζωής), και στρατηγικές πρόληψης υποτροπών (ανίχνευση πρώιμων σημείων και εφαρμογή εναλλακτικής δραστηριότητας). Συνεπώς το MBCT ενσωματώνει την Γνωσιακή θεραπεία στο πρόγραμμα MBSR, ενσωματώνοντας ασκήσεις αναγνώρισης αρνητικών σκέψεων και προσωπικών συμπτωμάτων υποτροπής (18).

Το MBCT μπορεί να εφαρμοστεί και σε ατομικό επίπεδο μέσω ψηφιακών πολυμέσων που παρέχονται με την χρήση διαδυσκτύου ή τηλεφωνικών τηλεδιασκέψεων, χωρίς να απαιτείται συμμετοχή σε ομαδικές συνεδρίες (126). Εφαρμογές μέσω κινητών τηλεφώνων πάνω στις παρεμβάσεις ενσυνειδητότητας έχουν εισαχθεί με δυναμικό τρόπο



(127). Τα πλεονεκτήματα της απομακρυσμένης εφαρμογής μέσω διαδικτύου ή τηλεφωνικών μέσων είναι σημαντικά, πιο συγκεκριμένα, παρέχει εύκολη πρόσβαση, ιδιαίτερα σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα μετακίνησης. Με αυτόν τον τρόπο γίνεται εφικτή η διάδοση του προγράμματος αυτού σε μεγαλύτερο εύρος πληθυσμού και επιπλέον, το κόστος συμμετοχής είναι μικρότερο σε σχέση με τις ομαδικές συνεδρίες και μειώνεται το στίγμα. Σε στοιχεία που προέκυψαν από μελέτη, οι συμμετέχοντες δεν εμφάνισαν βελτίωση σωματικής υγείας, εμφάνισαν όμως αυξημένη ποιότητα ζωής (128).

Οι κλινικές εφαρμογές του προγράμματος MBCT έχουν εξαπλωθεί τα τελευταία χρόνια, και στη θεραπεία ποικίλων διαταραχών, πέρα από την καταθλιπτική διαταραχή. Παρουσιάζει αισιόδοξα ποσοστά δράσης σε ένα ευρύ φάσμα κλινικών καταστάσεων, όπως η κοινωνική φοβία (129), την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, στην επιληψία, στις διαταραχές ύπνου, στη διπολική διαταραχή (130) ακόμα και σε ασθενείς με αυτοκτονικό ιδεασμό (131). Προσαρμογές του MBCT έχουν επιχειρηθεί και σε άλλες διαταραχές, όπως στις διαταραχές ύπνου (132, 133), στη συνοσηρότητα με εθιστικές συμπεριφορές (134), στην καρδιαγγειακή νόσο (135) και στις εμβοές (136). Οι επιδράσεις του MBCT και του MBSR στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης σχετίζονται με την ανάπτυξη διάφορων γνωστικών κατασκευών, συμπεριλαμβανομένου της αυτο-συμπόνιας (137).

## 2 Γνωσιακό – Συμπεριφορικό Μοντέλο Θεραπείας

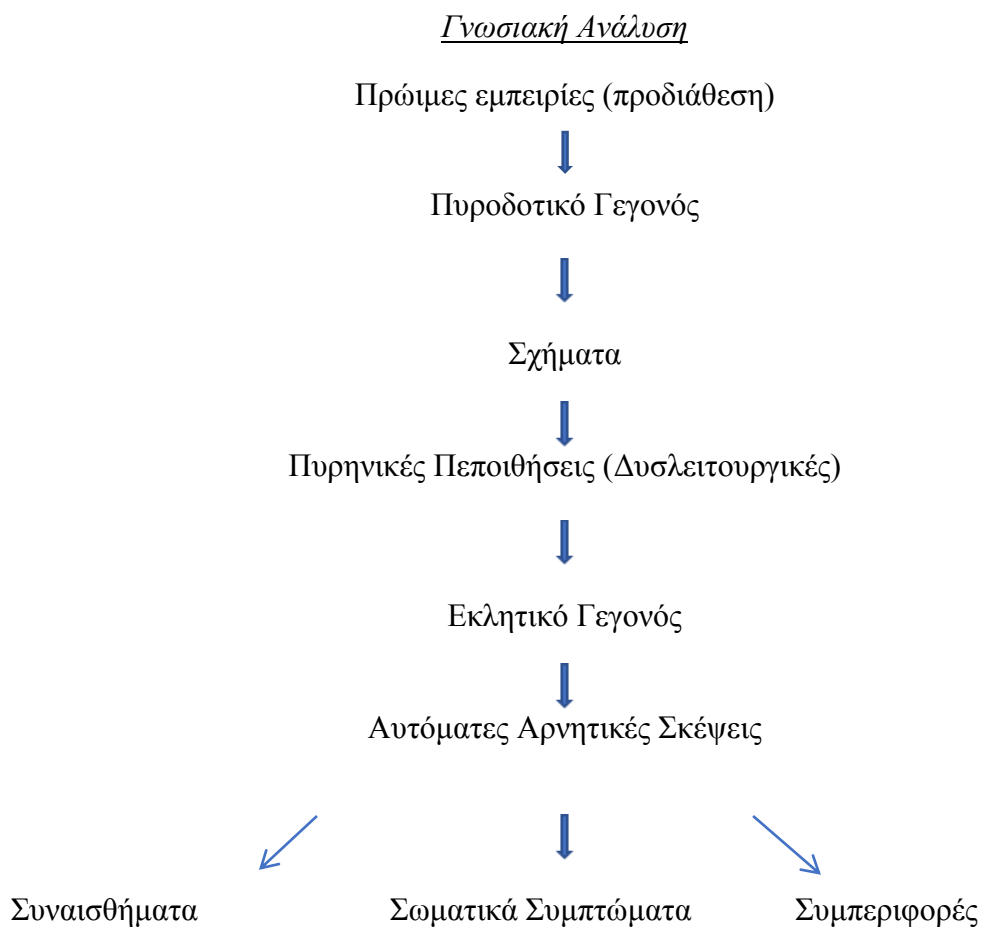
Το γνωσιακό συμπεριφοριστικό μοντέλο αναπτύχθηκε από τον Aaron T. Beck την δεκαετία του 1960 και αποτελεί μία από τις πιο ευρέως αναγνωρισμένες και διαδεδομένες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, με εφαρμογές σε πληθώρα διαταραχών, τόσο ψυχικών όσο και σωματικών. Η πρώτη διαταραχή στην οποία εφαρμόστηκε το Γνωσιακό μοντέλο ήταν η κατάθλιψη (100,139). Όπως διαφαίνεται και από την ανάλυση του σύνθετου όρου της, πρόκειται για μία ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που συνδυάζει επιμέρους γνωστικά και συμπεριφορικά θεραπευτικά μοντέλα. Το γνωστικό στοιχείο εστιάζει στην κατανόηση του τρόπου επίδρασης των σκέψεων στα συναισθήματα και την διάθεση, ενώ το συμπεριφορικό στοιχείο εξετάζει την σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ της εξωτερικά παρατηρήσιμης συμπεριφοράς και των σκέψεων. Αποτελεί συνήθως βραχυπρόθεσμη θεραπεία, μεταξύ έξι εβδομάδων και έξι μηνών. Η βασική ιδέα είναι ότι η εστίαση στην αλλαγή του τρόπου σκέψης (γνωσία) θα αλλάξει τον τρόπο που κάποιος ενεργεί (συμπεριφορά) (139). Έχει αποδειχθεί εξίσου αποτελεσματική με τη χορήγηση

φαρμακευτικής αγωγής στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης (140). Η Γνωσιακή Θεραπεία επικεντρώνεται κυρίως στις δυσκολίες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το άτομο στο εδώ και τώρα, παρά σε θέματα που αφορούν παρελθοντικές καταστάσεις, ενώ βασίζεται στην θεωρία ότι δεν είναι τα γεγονότα που προκαλούν αναστάτωση και άγχος, αλλά η σημασία που αποδίδεται σε αυτά. Η γνωσιακή προσέγγιση, στηριζόμενη στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας, δίνει ιδιαίτερη σημασία στα σωματικά συμπτώματα και στις συναισθηματικές αντιδράσεις, εξίσου με τις κοινωνικές συνθήκες και αιτίες πυροδότησης της δυσλειτουργίας-διαταραχής. Σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο οι αντιλήψεις ή αυθόρμητες σκέψεις των ανθρώπων επηρεάζουν τις συναισθηματικές, συμπεριφορικές και σωματικές αντιδράσεις τους (141). Επικρατεί, συνεπώς, μια αμφίδρομη αιτιοκρατία στην εμφάνιση της διαταραχής του ατόμου, που προέρχεται από το πάντρεμα του Συμπεριφορισμού (ερέθισμα → σκέψη → αντίδραση) και της Ψυχανάλυσης (σκέψη- πρώιμες εμπειρίες παιδικής ηλικίας).

Ο Beck δημιούργησε το γνωσιακό μοντέλο για την κατάθλιψη σύμφωνα με το οποίο οι άνθρωποι καταλήγουν σε συμπεράσματα για τις εαυτούς τους, για τους άλλους και γενικά για το περιβάλλον με βάση τις πρώιμες παιδικές τους εμπειρίες. Στις πρώιμες εμπειρίες εμφανίζεται το πυροδοτικό γεγονός που στη συνέχεια τροποποιεί την δομή της σκέψης και της αντίληψης του εαυτού. Κατασκευάζεται έτσι μια δομή σκέψης που αποτελείται από σχήματα εαυτού και πυρηνικές πεποιθήσεις (λεκτικοποίηση των σχημάτων). Το άτομο βιώνει την τροποποιημένη δομή σκέψης ως τη μοναδική αλήθεια που ορίζει την αξία και τις δυνατότητες του για επίτευξη επιτυχίας (142). Με άλλα λόγια το άτομο κινείται, έχοντας ήδη διαμορφωμένη μια δυσλειτουργική υπόθεση που θεωρεί ότι πρέπει να επιβεβαιωθεί στην πράξη (προσωπικός κανόνας ανικανότητας). Αυτές οι υποθέσεις-αντιλήψεις είναι παραμορφωμένες και δυσλειτουργικές όταν βρίσκονται σε δυσφορία (143). Η έκθεση σε μελλοντικές δυσμενείς συνθήκες, όπως κάποια αποτυχία προς τον εαυτό του ή τους άλλους, αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης του παραπάνω προβληματικού συλλογισμού και επηρεάζει την μελλοντική επανεμφάνιση. Το εκλητικό γεγονός διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, όχι μεμονωμένα, αλλά σαν αναγκαία συνθήκη για την πυροδότηση της δυσλειτουργικής σκέψης, προκαλώντας μειωμένη διάθεση, έντονο αρνητικό συναίσθημα και αυξανόμενες αλλαγές στην σκέψη, την συμπεριφορά και το συναίσθημα. Εγκαθιδρύεται με αυτόν τον τρόπο μία αλληλουχία γνωστικής στρέβλωσης, που ισχυροποιείται με κάθε καταθλιπτικό επεισόδιο. Οι διαστρεβλωμένες υποθέσεις και σκέψεις πυροδοτούν καταθλιπτικά επεισόδια και τα επεισόδια προκαλούν με την σειρά τους σωματικά και συναισθηματικά συμπτώματα όπως π.χ. σωματική κόπωση και

ευερεθιστότητα, ενεργοποιώντας την λειτουργία του φαύλου κύκλου (Εικόνα 1). Ο Beck ονόμασε τις προβληματικές σκέψεις που το άτομο εμφανίζει σε κάθε στιγμή στο παρόν «αυτόματες αρνητικές σκέψεις» (144). Σε κάθε συνθήκη, που παρουσιάζει κοινά στοιχεία με το πρώιμο εκλητικό γεγονός, το άτομο ενεργοποιεί τις αυτόματες αρνητικές σκέψεις, τις οποίες ακολουθούν οι συναισθηματικές, σωματικές και συμπεριφορικές συνέπειες.

### Εικόνα 1. Γνωσιακή ανάλυση δυσλειτουργικών σκέψεων



Οι αυτόματες αρνητικές σκέψεις σχετίζονται με δυσάρεστα συναισθήματα, ενώ ο όρος «αυτόματος» υποδηλώνει ότι οι σκέψεις αυτές εμφανίζονται ξαφνικά στην νοητική διεργασία του ατόμου, δίχως να έχει προηγηθεί λογική επεξεργασία και περισυλλογή. Η

καταθλιπτική διεργασία χαρακτηρίζεται από αυτόματες αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον. Τα αποτελέσματα όμως της διεργασίας αυτής είναι μη αντικειμενικά, καθώς δεν στηρίζονται σε λογική και αμερόληπτη επεξεργασία των διαθέσιμων πληροφοριών, αλλά σε απαισιόδοξου περιεχομένου υποθέσεις που καταλήγουν σε αυτοματοποιημένα συμπεράσματα. Απόρροια του παραπάνω φαύλου κύκλου είναι η εξασθένιση των κινήτρων, της ενεργητικότητας, της διάθεσης και της αυτοεκτίμησης (145). Οι πληροφορίες που δεν αποδεικνύουν στην πράξη τις διαστεβλωμένες σκέψεις αγνοούνται ή παραλείπονται.

## 2.1 Δομή Γνωσιακού Μοντέλου

Στην γνωσιακή προσέγγιση ο θεραπευτής ξεκινάει από τις αυτόματες σκέψεις του θεραπευόμενου, στη συνέχεια προχωράει στις υποθετικές πεποιθήσεις ή παραδοχές και, τέλος καταλήγει στα σχήματα – πυρηνικές πεποιθήσεις. Στην αρχή γίνεται η εισαγωγή, στα πλαίσια της οποίας πραγματοποιείται κλινική και γνωστική αξιολόγηση. Ο θεραπευτής προσπαθεί να εξοικειώσει τον θεραπευόμενο με το θεραπευτικό πλάνο που θα εφαρμοστεί και να δημιουργήσει τα θεμέλια μια θεραπευτικής συμμαχίας. Η θεμελίωση της θεραπευτικής συμμαχίας είναι υψίστης σημασίας, καθώς το άτομο νιώθει ότι ο θεραπευτής καταλαβαίνει τις ανάγκες και ανησυχίες του και επιπλέον ο θεραπευτής νιώθει σιγουριά ότι γίνεται ο ίδιος κατανοητός από τον θεραπευόμενο. Στη συνέχεια γίνεται η αυτορρύθμιση, όπου ο θεραπευτής δεν επεμβαίνει, δεν αλλάζει κάτι, απλα παρατηρεί το βίωμα της διαταραχής του ατόμου. Συλλέγεται υλικό και γίνεται χαρτογράφηση του προβλήματος, με στόχο να αναγνωρίζει και να ονομάζει το άτομο τι παθαίνει, με γνωσιακούς όρους. Η φάση αυτή έχει μια μικρή θεραπευτική αξία, διότι το άτομο, παρόλο που δεν έχει φτάσει ακόμα στο στάδιο τροποποίησης, αποκτάει αντίληψη των συμπτωμάτων του. Ύστερα, πραγματοποιούνται οι συμπεριφορικοί χειρισμοί. Αφού έχει συλλεχθεί το υλικό από τις προηγούμενες φάσεις, στην πορεία αναγνωρίζονται και ιεραρχούνται τα προβλήματα και γίνεται ενημέρωση σχετικά με το σχέδιο παρέμβασης. Η παρέμβαση ξεκινά από τα πιο εύκολα, σύμφωνα με τον θεραπευόμενο, προβλήματα. Έπειτα ακολουθούν οι γνωσιακοί χειρισμοί. Η φάση αυτή είναι η κατ'εξοχήν γνωσιακή φάση και αποτελεί το σπουδαιότερο σημείο της παρέμβασης. Διαρκεί περισσότερο στο σύνολο των συνεδριών, καθώς πραγματοποιείται η Γνωστική Αναδόμηση (146). Πιο συγκεκριμένα, ο θεραπευόμενος, με την κατάλληλη καθοδήγηση του θεραπευτή, αλλάζει την γνωστική δόμηση των σκέψεων που είχε μέχρι εκείνη την χρονική στιγμή (147). Ο

θεραπευτής με την συνεργασία του θεραπευόμενου, εκμαιεύει και καταγράφει τις επιφανειακές, δυσλειτουργικές γνωσίες του ατόμου, τις ελέγχει, τις αμφισβητεί και ύστερα τις τροποποιεί. Ο ρόλος του θεραπευτή είναι να διευκολύνει αυτές τις αλλαγές στον τρόπο σκέψης του θεραπευόμενου, μέσα από συγκεκριμένες θεραπευτικές στρατηγικές. Μέσα από αυτήν την αναδόμηση, το άτομο μαθαίνει να αναγνωρίζει τις αυτόματες αρνητικές σκέψεις τους και διορθώνει τον τρόπο σκέψης του, ώστε να γίνει πιο ρεαλιστικός. Εφαρμόζοντας ορθολογικά – εμπειρικά και πραγματιστικά μέσα, επιχειρεί να κρίνει και να εξετάσει την αλήθεια των σκέψεων που κάνει, με στόχο να αποκαλυφθεί η μη ρεαλιστική βάση τους (148). Το θεραπευτικό πρωτόκολλο του Γνωσιακού-Συμπεριφορικού Μοντέλου (ΓΣΜ) δίνοντας έμφαση στη σχέση μεταξύ σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφοράς (146), παρέχει στους θεραπευόμενους τις κατάλληλες δεξιότητες προκειμένου να αναγνωρίζουν και να επαναξιολογούν τις δυσάρεστες και αρνητικές σκέψεις στις οποίες προβαίνουν και οι οποίες τείνουν να έχουν αντίκτυπο στα συναισθήματα και στις συμπεριφορές τους (139). Επιπλέον, η Γνωσιακή θεραπεία στοχεύει στην ανοικοδόμηση των δυσπροσαρμοστικών τεχνικών διαχείρισης της κατάστασης (150). Μυεί, λοιπόν, τους θεραπευόμενους στην σπουδαιότητα υιοθέτησης τεχνικών διαχείρισης, οι οποίες θα επικεντρώνονται στην επίλυση του εκάστοτε προβλήματος και δεν θα περιστρέφονται γύρω από το συναίσθημα. Εξάλλου ένας από τους βασικούς στόχους της γνωσιακής θεραπείας είναι να γίνει ο θεραπευόμενος θεραπευτής και παρατηρητής του εαυτού του, γεγονός που επιτυγχάνεται μέσω της απόλυτα συνεργατικής σχέσης που αναπτύσει με τον θεραπευτή του. Η γνωστική αναδόμηση των διαστρεβλωμένων γνωσίων οδηγεί σε μείωση της δυσφορίας και επανάκτηση της λειτουργικότητας.

Το τελικό στάδιο είναι ο τερματισμός στη διάρκεια του οποίου γίνεται μία ανασκόπηση της θεραπευτικής διαδικασίας σχετικά με το πως επήλθε η αλλαγή. Ο τερματισμός πραγματοποιείται κατόπιν συμφωνίας θεραπευτή και θεραπευόμενου, εφόσον έχουν κατακτηθεί οι θεραπευτικοί στόχοι που τέθηκαν. Ο θεραπευόμενος κρίνεται πλέον ικανός να ανιχνεύει πρώιμα σημάδια υποτροπών, εφόσον έχει αλλάξει ο τρόπος που σκέφτεται, τόσο για τον εαυτό του όσο και για τους άλλους. Προλαβαίνει προβληματικές καταστάσεις, καθώς έχει εκπαιδευτεί σε κατάλληλες στρατηγικές και τεχνικές, νιώθοντας σιγουριά ότι μπορεί να τις εφαρμόσει (151). Ο θεραπευόμενος, συνεπώς, έχει γίνει θεραπευτής του εαυτού του.

Επιπρόσθετα, μελέτη του Graziano και των συνεργατών του (2014) κατέδειξε την υπεροχή της γνωσιακής-συμπεριφορικής παρέμβασης στην ανάδειξη και ενίσχυση

ψυχολογικών προεκτάσεων, όπως είναι το αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας, η αίσθηση συνοχής και η ταυτότητα, έννοιες των οποίων η απρόσκοπτη λειτουργία διαδραματίζει ισχυρό ρόλο στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ατόμων με χρόνιες παθήσεις (152). Η διατήρηση του αισθήματος αυτοαποτελεσματικότητας σε υψηλά επίπεδα, είναι συνυφασμένη με το ακέραιο αίσθημα αυτοεκτίμησης, την ομαλή προσαρμογή του ατόμου στην νέα απαιτητική πραγματικότητα και εν γένει καλύτερη ποιότητα ζωής στα πλαίσια ‘συμβίωσης’ με την ασθένεια. Το αίσθημα συνοχής αφορά στον ατομικό τρόπο αντίληψης και νοηματοδότησης των ερεθισμάτων τόσο του εσωτερικού όσο και του εξωτερικού κόσμου (153).

Τέλος, μια άλλη έννοια που δύναται να αναδυθεί και να επεξεργαστεί μέσω της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής θεραπείας είναι αυτή της ταυτότητας. Η έννοια της ταυτότητας αντιπροσωπεύει την αίσθηση συνέχειας και μοναδικότητας που το κάθε άτομο βιώνει κατά τη διάρκεια της ζωής του, παρά τις συνεχείς αλλαγές που μπορεί να διαδραματίζονται σε βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Ωστόσο, μια χρόνια ασθένεια δύναται να κατακερματίσει αυτή την αίσθηση και να αφήσει το άτομο μετέωρο μετά τη δυσάρεστη διάγνωση. Έτσι, η ανασύνθεση της ταυτότητας κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης σε τομείς που αφορούν στη φυσική κατάσταση, στη ψυχολογική και στην κοινωνική συνθήκη, έχει βρεθεί ότι αποτελεί κομβική παράμετρο για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ατόμων στις τροποποιήσεις που επιβάλλει η ασθένεια (154).

Η Γνωσιακή θεραπεία είναι το πιο μελετημένο μοντέλο στη σύγχρονη έρευνα και υπάρχουν πλέον πολλαπλές ενδείξεις από παραπάνω από 1000 μελέτες που προτείνουν ότι είναι αποτελεσματική για πληθώρα προβλημάτων ψυχικής υγείας όπως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, οι διατροφικές διαταραχές και οι χρόνιες παθήσεις όπως ο καρκίνος. Σε ό,τι αφορά την υιοθέτηση της χρήσης αποτελεσματικών μεθόδων αντιμετώπισης του άγχους, οι De Ridder & Schreurs (2001) σε έρευνά τους σχετικά με τις χρόνιες ασθένειες (καρδιαγγειακές παθήσεις, άσθμα, καρκίνο, ρευματοειδή αρθρίτιδα, σκλήρυνση κατά πλάκας και AIDS) ανακάλυψαν ότι οι παρεμβάσεις ήταν αποτελεσματικές, με προτεινόμενη μέθοδο, σύμφωνα με τους δυο ερευνητές, τη γνωσιακή- συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία (155). Επιπλέον, από μεταanalυσεις που έγιναν, αποδείχθηκε ιδιαίτερα αποτελεσματική στην άμβλυνση των δυσάρεστων ψυχολογικών συμπτωμάτων ασθενών που πάσχουν από καρκίνο, με σημαντικά κλινικά ευρήματα σε ασθενείς με καρκίνο του

μαστού (156, 157 ). Η γνωσιακή θεραπεία, όπως και το MBSR, φάνηκαν ωφέλιμα στη βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο, ως βραχύχρονη θεραπεία (158).

## 2.2 Μορφές Γνωσιακής Θεραπείας

Η Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί τόσο σε ομαδικό επίπεδο, όσο και σε ατομικό. Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει κάποια ξεκάθαρη ένδειξη που να δηλώνει την υπεροχή της μίας μορφής έναντι της άλλης. Έχει φανεί, ωστόσο ότι η ομαδική Γνωσιακή θεραπεία αποτελεί μία πιο οικονομική μορφή θεραπείας συγκριτικά με την ατομική (159).

Από αξιολογήσεις των ίδιων των συμμετεχόντων σε ομαδικής μορφή Γνωσιακής θεραπείας, φαίνεται ότι η έννοια της “ομάδας” και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης που επέρχεται μέσω αυτής, έπαιξε σημαντικό ρόλο στο θεραπευτικό αποτέλεσμα (160). Οι θεραπευόμενοι αντλούσαν ευχαρίστηση από την επικοινωνία με άλλους συμμετέχοντες καθώς και από το μοίρασμα τόσο των προσωπικών εμπειριών τους με την ασθένεια, όσο και των τεχνικών διαχείρισης που κατά καιρούς είχαν χρησιμοποιήσει. Ανέφεραν, ότι η ομάδα τους βοήθησε να κατανοήσουν τον τρόπο που οι σκέψεις, οι συμπεριφορές και τα συναισθήματα τους συνδέονταν και έτσι σταδιακά να αναπτύξουν τις κατάλληλες δεξιότητες που θα τους επέτρεπαν να πάρουν τον έλεγχο της κατάστασης και των συναισθημάτων τους. Επιπλέον, η εκμάθηση των γνωστικών τεχνικών αποδείχτηκε ιδιαίτερα χρήσιμη στη ρύθμιση της καθημερινότητας τους. Κατέγραφαν σε ένα ημερολόγιο τις στιγμές που αισθανόντουσαν περισσότερο κόπωση, θυμό και εκνευρισμό, προκειμένου να σχηματιστεί μια εικόνα για το πότε μέσα στην ημέρα ήταν πιο παραγωγικοί και σύμφωνα με αυτό να προγραμματίζαν το καταλληλότερο χρόνο τέλεσης των διάφορων καθημερινών δραστηριοτήτων τους.

Μια άλλη μέθοδος εφαρμογής της Γνωσιακής θεραπείας είναι εξ’αποστάσεως μέσω τηλεφώνου. Και αυτό, διότι, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου οι ασθενείς χρόνιων παθήσεων δυσκολεύονται λόγω των περιορισμών της ασθένειάς τους, να προσέλθουν στις κανονισμένες ψυχοθεραπευτικές συναντήσεις. Η διεξαγωγή, λοιπόν, της θεραπευτικής παρέμβασης μέσω τηλεφώνου έχει γενικώς αποδειχτεί αποτελεσματική σε αρκετές έρευνες (161-163). Μελέτη του Mohr και συνεργατών του (2012), κατέδειξε, επίσης, τα οφέλη της ΓΣΘ μέσω τηλεφώνου και υπογράμμισε τα χαμηλότερα ποσοστά απόσυρσης των

συμμετεχόντων απο αυτή τη θεραπευτική διαδικασία, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ποσοστά που παρατηρήθηκαν στην πρόσωπο με πρόσωπο θεραπεία. Ωστόσο, στα follow-up, φάνηκε ότι η ατομική πρόσωπο με πρόσωπο θεραπεία, είχε ξεπεράσει σε αποτελεσματικότητα την τηλεφωνική.

Παρά τη χρησιμότητα σε πρακτικό επίπεδο και τα δείγματα αποτελεσματικότητας που παρατηρούνται γενικά στις εξ'αποστάσεως μορφές Γνωσιακής Θεραπείας (μέσω τηλεφώνου ή internet), παραμένει το ερώτημα κατά πόσο η απουσία θεμελιωδών χαρακτηριστικών της θεραπείας όπως είναι η βλεμματική επαφή και η εξωγλωσσική επικοινωνία, δύναται να αντισταθμιστεί με κάποιο τρόπο και τελικά να μην επηρεάσει τόσο τη θεραπευτική σχέση όσο και το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ειδικοί έχουν αναφέρει ότι η απουσία αυτών ακριβώς των χαρακτηριστικών επιβάλλει τη διεξαγωγή της τηλεφωνικής παρέμβασης μόνο από έμπειρους θεραπευτές, οι οποίοι θα κατορθώσουν να καλύψουν το κενό της φυσικής απόστασης και θα δημιουργήσουν τις συνθήκες για μια επιτυχή και ολοκληρωμένη αλληλεπίδραση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Για την αντιμετώπιση των όποιων μειονεκτημάτων έχει αυξηθεί η χρήση βιντεοκλήσης μέσω internet (159).

Συνοψίζοντας, σκοπός της Γνωσιακής Θεραπείας είναι να εκπαιδεύσει τα άτομα, μέσα από συγκεκριμένες τεχνικές και στρατηγικές, να σκέφτονται πιο λειτουργικά, ελέγχοντας, αμφισβητώντας, και τέλος τροποποιώντας τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις των διαστρεβλωμένων σχημάτων που έχουν υιοθετήσει για τον εαυτό τους. Η γνωσιακή προσέγγιση ανακουφίζει από τα δυσάρεστα συναισθήματα και συμπτώματα, βοηθάει στη διαχείριση του στρες και αποκαθιστά συντομότερα τη δυσλειτουργία (164).

### 2.3 Συνδυασμός Γνωσιακού – Συμπεριφορικού Μοντέλου Θεραπείας με την Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT)

Η Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) συνδυάζει τις βασικότερες θεωρίες του προγράμματος Αντιμετώπισης του Άγχους με Ενσυνειδητότητα (MBSR) και του Γνωσιακού-Συμπεριφορικού Μοντέλου θεραπείας. Από έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1990 απο τους ψυχολόγους Jon Teasdale και Philip Barnard φάνηκε ότι στον ανθρώπινο εγκέφαλο υπάρχουν δύο μέρη, το μέρος που περιλαμβάνει το «εκτελώ» και το μέρος που αναφέρεται στο «είμαι». Το μέρος του «κάνω-εκτελώ» ενεργοποιείται προς επίτευξη συγκεκριμένων στόχων ή για να βρεθεί γνωστική συμφωνία,



μεταξύ του πως είναι και πως επιθυμεί να είναι μία κατάσταση, ενώ το «είμαι» επικεντρώνεται στην αποδοχή (66). Έχει αποκαλυφθεί ότι και το μέρος που αναφέρεται στο «είμαι» είναι και αυτό που ευθύνεται για τις διαρκείς συναισθηματικές μεταβολές. Έτσι κατέληξαν ότι ο στόχος μιας αποτελεσματικής θεραπείας δεν είναι μόνο η γνωστική επίγνωση που φροσφέρει το γνωσιακό μοντέλο, αλλά η συνειδητή γνώση του «είμαι», όπως ορίζει η θεωρία της ενσυνειδητότητας (75,79).

Στη Γνωσιακή θεραπεία ο στόχος είναι να αναπτύξει το άτομο σταθερή επίγνωση των σκέψεων και δράσεων, έτσι ώστε να αντιλαμβάνεται έγκαιρα τα σημάδια της αρνητικότητας, ενώ το MBCT επικεντρώνεται στην επίγνωση και αποδοχή της παρούσας εμπειρίας, ως μοναδικό μέσο παρατήρησης των αρνητικών συμπτωμάτων, διαχείρισης του άγχους και απεμπλοκής από δυσάρεστες συναισθηματικές αντιδράσεις. Δε στοχεύει συνεπώς στην ανάλυση ή στην ερμηνεία της σκέψης, αλλά επιτρέπει στην σκέψη να περάσει και να παρασυρθεί «έξω από το μυαλό», προάγοντας την αποδοχή της, απαλλαγμένη από κάθε κριτική (165).

### 2.3.1 Ομοιότητες και Διαφορές Γνωσιακού – Συμπεριφορικού Μοντέλου Θεραπείας με την Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT)

Στις δύο ψυχοθεραπευτικές μεθόδους το άτομο προσπαθεί να αναγνωρίσει και να ανοδομήσει τα αρνητικά σχήματα εαυτού που οδηγούν σε καταθλιπτικά επεισόδια, καθώς και να αντιληφθεί ότι οι σκέψεις δεν αποτελούν αναμφισβήτητα γεγονότα. Και στις δύο προσεγγίσεις γίνεται προσπάθεια οι θεραπευόμενοι να αποκτήσουν τον έλεγχο των σκέψεων και κατά συνέπεια της διάθεσης (165). Πρωταρχικός στόχος είναι η απεμπλοκή από αυτόματες αντιδράσεις σε σκέψεις, συναισθηματικές απαντήσεις και γεγονότα. Αποτελούν συνήθως βραχυπρόθεσμης διάρκειας θεραπείες και ενδείκνυνται περισσότερο για διαταραχές μέτριας καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας και λιγότερο για μετατραυματικές διαταραχές και θέματα που σχετίζονται με την κακοποίηση, που απαιτούν μακροπρόθεσμη θεραπεία διαλεκτικής μορφής. Επίσης έχουν φανεί ιδιαίτερα αποτελεσματικές ως θεραπείες συντήρησης, μετά από επιτυχείς μακροπρόθεσμες θεραπείες (166).

Η Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) καθοδηγεί το άτομο να αναγνωρίσει όσα συμβαίνουν στην ζωή του την παρούσα στιγμή, πως σκέφτεται και

νοιώθει για αυτά που βιώνει, ενώ το ΓΣΜ χρησιμοποιεί τις γνώσεις προκειμένου να αντιληφθεί το άτομο την διαδικασία της αρνητικής σκέψης. Στο ΓΣΜ συντελείται συνεπώς μία «διανοητική θεραπεία», όπου οι θεραπευόμενοι αναλύουν και σημειώνουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους. Παρόλο που γίνεται αναφορά σε σωματικά συμπτώματα, μπορεί να θεωρηθεί ως μια θεραπεία που επικεντρώνεται σε όσα διαδραματίζονται στο «κεφάλι του θεραπευόμενου», εξωθώντας τις αυτόματες αρνητικές σκέψεις.

Το MBCT χρησιμοποιεί μεθόδους όπως η εστίαση στην αναπνοή, εστίαση στο σώμα και στις αισθήσεις και καθιστικό διαλογισμό. Με άλλα λόγια μπορεί να θεωρηθεί ως μια «βιωματική διεργασία», που, στοχεύοντας περισσότερο σε σωματικές παραμέτρους και λιγότερο στην ανάλυση των διαδικασιών, σε σχέση με το ΓΣΜ, βοηθάει στην αναγνώριση των αρνητικών σχημάτων μέσω της αποδοχής. Το MBCT έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα ωφέλιμο για ασθενείς που έχουν αντιμετωπίσει χρόνια καταθλιπτική διαταραχή, συμβάλλοντας στην διαχείριση μέτριας έντασης επανεμφανιζόμενων επεισοδίων. Συγκεκριμένα παρεμβαίνει, διακόπτοντας την εκ νέου ενεργοποίηση του εγκεφαλικού συνδέσμου μεταξύ αρνητικών αυτόματων σκέψεων και αντιδράσεων, που υπάρχει ακόμα και μετά την θεραπεία (167).

Σε αντίθεση με την Γνωσιακή θεραπεία, η Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) δε στοχεύει στην αλλαγή της ίδιας της σκέψης από την πλευρά του ατόμου, αλλά στην αλλαγή στην σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του ατόμου και των δυσλειτουργικών σκέψεων, μετατρέποντας τον σε παρατηρητή των σκέψεων του αντί για κριτή. Σε αντίθεση με το Γνωσιακό μοντέλο που αποσκοπεί στην αλλαγή των σκέψεων, μέσω της αναγνώρισης των γνωστικών στρεβλώσεων, τη συγκέντρωση αποδεικτικών στοιχείων υπέρ και κατά των σκέψεων και την ανάπτυξη ορθολογικών εναλλακτικών σκέψεων, το MBCT επικεντρώνεται σε ασκήσεις βασισμένες σε στοιχεία γνωστικής θεραπείας που δίνουν έμφαση σε μία αποκεντρωμένη οπτική της εσωτερικής εμπειρίας. Το MBCT παρακινεί το άτομο να επικεντρωθεί στις σωματικές αντιδράσεις που προκαλούνται, όταν είναι ανήσυχος. Αυτό γίνεται για να μαθαίνει να αντιμετωπίζει ο ίδιος τα συμπτώματα τους άγχους, παραμένοντας στο παρόν (168). Σταματάει με αυτόν τον τρόπο την αποφυγή ή απομάκρυνση από τα συναισθήματα και τις αγχωτικές σκέψεις και επιτυγχάνει μια αποτελεσματική προσέγγιση τους που φανερώνει την μη ρεαλιστική βάση τους. Το άτομο ωθείται να βιώσει αρνητικά συναισθήματα, γιατί έτσι καταφέρνει να αποδεσμευτεί από την ένταση τους. Η αποτελεσματική ανταπόκριση στις αρνητικές

σκέψεις οδηγεί τελικά στον περιορισμό ή, ακόμα και στην απομάκρυνση τους (149). Επιπλέον η Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) επικεντρώνεται στην αποδοχή καταστάσεων και συμπτωμάτων, χωρίς να επιδιώκεται η αλλαγή τους και κατά συνέπεια το άτομο δε βιώνει την πίεση για την επίτευξη συγκεκριμένων θεραπευτικών στόχων που κυριαρχεί στη Γνωσιακή Συμπεριφορική θεραπεία (18).

Ο κύριος τρόπος με τον οποίο διαφέρει η θεωρία της ενσυνειδητότητας από την κλασική γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι η εστίασή της στη σύνθεση των γνωσιακών-συμπεριφοριστικών τεχνικών που στοχεύουν στην αλλαγή και των τεχνικών που στοχεύουν στην αποδοχή (τεχνικές που έχουν τις καταβολές τους κυρίως στις αρχές του Zen της βουδιστικής θρησκείας, καθώς και τις ασκήσεις της θεωρίας της Ενσυνειδητότητας). Η βασική ιδέα είναι αυτή της συνειδητοποίησης εκ μέρους του ατόμου ότι ζει σε μια πραγματικότητα, η οποία είναι διαμορφωμένη με ένα συγκεκριμένο τρόπο και ότι το άτομο υποχρεούται να αποδεχτεί αυτή τη γνώση της πραγματικότητας. Άλλωστε, μόνο έτσι ο άνθρωπος μπορεί να καταστεί υπεύθυνος για τον εαυτό του και την εμπειρία του. Από μία οπτική, η αποδοχή του κόσμου έτσι όπως είναι δείχνει να είναι αντιφατική με την προσπάθεια για αλλαγή, όμως η αποδοχή μπορεί να ιδωθεί και ως μια βασική προϋπόθεση για την αλλαγή. Πολλές φορές, η αποδοχή και μόνο ότι κάποια πράγματα δεν αλλάζουν συνιστά μια αλλαγή από μόνη της (170, 171).

### 2.3.2 Εφαρμογές της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) σε ασθενείς με Χρόνιες Παθήσεις

Η χρόνια πάθηση μπορεί να προκύψει είτε από ασθένεια είτε από ατύχημα και απόρροια της χρόνιας νόσου είναι η διαφοροποίηση της συμπεριφοράς των ασθενών, οι οποίοι βιώνουν πληθώρα βιολογικών, κοινωνικών και κατ' επέκταση ψυχολογικών προβλημάτων (172). Διατηρεί τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Διαρκεί επ' άπειρον και δεν υπάρχει αναγνωρισμένη θεραπεία.
- Υποτροπιάζει ή είναι πιθανόν να υποτροπιάσει .
- Είναι μόνιμη.
- Ο ασθενής χρειάζεται επανένταξη ή ειδική εκπαίδευση για να μπορέσει να την αντιμετωπίσει.
- Απαιτεί μακροχρόνια παρακολούθηση, ιατρικές επισκέψεις και διαγνωστικές εξετάσεις.

Τα άτομα με χρόνια ασθένεια αντιμετωπίζουν μια σειρά διακριτών και έντονων στρεσογόνων καταστάσεων από την αρχή της εμφάνισης της νόσου, όπως η διάγνωση, η θεραπεία, η υποτροπή κ.λπ., τα οποία μπορούν να καταβάλλουν τα άτομα αυτά. Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια είναι εξαιρετικά πολύπλοκη. Επηρεάζεται από όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας, αλλά και τους επηρεάζει σχεδόν όλους (173).

Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια αφορά τρεις περιοχές: τη βιολογική (σε θέματα, όπως απομόνωση, στίγμα, σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους και το προσωπικό υγείας), τη συναισθηματική (αυτοεικόνα, οικονομικά ζητήματα, επαναπροσδιορισμός στόχων και προσδοκιών, επαναξιολόγηση των αξιών, θέματα πνευματικότητας, εύρεση νοήματος στην όλη εμπειρία) και τη συμπεριφορά (έλεγχος υγείας, τήρηση των ιατρικών οδηγιών, διαχείριση της εξέλιξης της ασθένειας). Επιπροσθέτως, οι χρόνια ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα και ζητήματα επαγγελματικής υφής (172). Όπως είναι λογικό, πολλές πλευρές της χρόνιας ασθένειας μπορεί να χαρακτηριστούν ως ψυχοφθόρες για τους ασθενείς. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ιδιαίτερα πιθανή είναι η εκδήλωση κατάθλιψης. Οι άνθρωποι που υποφέρουν από κατάθλιψη έχουν αρνητικά διαμορφωμένο φίλτρο αντίληψης, τόσο της πραγματικότητας όσο και κατ'επέκταση της ασθένειας που τους καταβάλλει, ενώ θεωρούν τον εαυτό τους ανίκανο ως προς τον έλεγχο της νόσου (174). Ένα ακόμα διαδεδομένο σύμπτωμα σε καταστάσεις χρόνιων παθήσεων είναι το άγχος. Το άτομο που νοσεί επιβάλλεται να κατανοήσει και ταυτόχρονα να υιοθετήσει έναν νέο τρόπο ζωής, συνήθως πολύ πιο διαφορετικό από τον ήδη υπάρχοντα, γεγονός το οποίο δημιουργεί εμπόδια στην καθημερινή πρακτική του και το άγχος που βιώνει σχετικά με την ικανότητά του να τα διαχειριστεί αποτελεί φυσικό επακόλουθο αυτής της αναπροσαρμογής. Επιπλέον, η πρόγνωση της ασθένειας δεν είναι πάντοτε βέβαιη. Κατ'επέκταση, το ενδεχόμενο μιας αρνητικής γνωμάτευσης συνλειτουργεί στη διαδικασία δημιουργίας έντονου άγχους και φόβου (175).

Πρόσφατη ερευνητική δραστηριότητα, μέσα από συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις καθώς και τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, φανερώνει αισιόδοξα αποτελέσματα σχετικά με την ωφελιμότητα της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, με οργανικά ή/και ψυχοπαθολογικά αίτια. Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση (Mars et al., 2010) φάνηκε σημαντική συμβολή της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT)

στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας (176), ενώ από ανασκόπηση σε έφηβους με χρόνιες παθήσεις (Kohut et al., 2017) βρέθηκε σημαντική μείωση στα επίπεδα της συναισθηματικής δυσφορίας (177). Διεξήχθη μετα-ανάλυση (Yang et al., 2015) με σκοπό την διερεύνηση της ωφελιμότητας του MBCT σε ασθενείς με αγγειακές παθήσεις και φάνηκε σημαντική επίδραση της παρέμβασης στα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης, ενώ δε βρέθηκε αντίστοιχη αποτελεσματικότητα στην βελτίωση των σωματικών παραμέτρων των παθήσεων (178). Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με Στεφανιαία νόσο (O'Doherty et al., 2015) έδειξε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα εξαλείφθηκαν στο 71% των συμμετεχόντων σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, μετά την παρέμβαση (179). Διεξήχθη μελέτη για την εξέταση της σκοπιμότητας του MBCT σε ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις και καταθλιπτική διαταραχή (Alsubaie et al., 2018) στην οποία φάνηκε υψηλή αποδοχή και προσαρμοστικότητα της παρέμβασης στις ανάγκες των ασθενών, χωρίς όμως να προκύψουν σαφή αποτελέσματα λόγω της ετερογένειας του δείγματος, αναφορικά με το ιστορικό της νόσου (180). Αποτελεσματικότητα βρέθηκε και στην μείωση της δυσφορίας των ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια μετά την παρέμβαση MBCT (Vestergaard et al., 2017), αποκαλύπτοντας σημαντική επίδραση της παρέμβασης στην πνευμονική αποκατάσταση (181).

Από μελέτη που εξέτασε τους παράγοντες που μεσολαβούν στην επίδραση του MBCT σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 και 2 (Haenen et al., 2016) βρέθηκε ότι η ενίσχυση των δεξιοτήτων ενσυνειδητότητας, όπως η δράση με επίγνωση και με μη κριτική στάση, από κοινού με την αύξηση της παρατήρησης και της μη αντιδραστικότητας μεσολαβούν στην επίδραση της παρέμβασης ως μεταβλητές στην καταθλιπτική και αγχώδη διάθεση των ασθενών (182). Διεξήχθη έρευνα για την εξέταση της αποτελεσματικότητας του MBCT και της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 και 2 με συνοσηρότητα κατάθλιψης και βρέθηκε σημαντική μείωση στα καταθλιπτικά συμπτώματα καθώς και σημαντική βελτίωση στα επίπεδα του άγχους, την ποιότητα ζωής και την σχετιζόμενη με τον διαβήτη ψυχολογική δυσφορία, χωρίς ωστόσο να προκύψει σημαντική επίδραση της παρέμβασης στις τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) (183). Παρόμοια αποτελέσματα φάνηκαν και άλλη μελέτη, στην οποία ωστόσο βρέθηκε σημαντική μείωση στις τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) μετά την παρέμβαση MBCT (184).

Μελετήθηκε η επίδραση του MBCT σε ασθενείς με ινομυαλγία (Parra-Delgado et al., 2013) και βρέθηκε ουσιαστική μείωση στα καταθλιπτικά συμπτώματα των ασθενών καθώς και μείωση στην επίπτωση της νόσου σε follow up μετά από 3 μήνες, ενώ δεν

φάνηκε ελάττωση στην ένταση του πόνου (185). Σε έρευνα που εξέτασε την επίδραση του MBCT σε ασθενείς με χρόνιους πονοκεφάλους βρέθηκε σημαντική αύξηση στην λειτουργικότητα των ασθενών και την αποδοχή του πόνου (186). Κλινική δοκιμή που πραγματοποιήθηκε για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας του MBCT σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου έδειξε σημαντική μείωση στα ποσοστά του άγχους και της κατάθλιψης (187). Από έρευνες που διεξήχθησαν αναφορικά με την επίδραση του MBCT στο Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης βρέθηκε σημαντική μείωση στα επίπεδα της κόπωσης, του άγχους, της κατάθλιψης καθώς και αύξηση στην ποιότητα ζωής και την λειτουργικότητα των ασθενών (188). Επιπλέον έρευνες έδειξαν αιτιόδοξα αποτελέσματα σχετικά με την ωφελιμότητα του MBCT σε ασθενείς με Parkinson και με συμπτώματα χωρίς ιατρική εξήγηση (189,190). Μετα-ανάλυση που διεξήχθη με σκοπό την αξιολόγηση της επίδρασης του MBCT σε ανθρώπους που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV έδειξε μειωμένα επίπεδα άγχους μετά την παρέμβαση, χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικού συναισθήματος καθώς και μία τάση βελτίωσης στις τιμές των T4 βοηθητικών λεμφοκυττάρων (γνωστά και ως κύτταρα CD4+), σε follow up μετά από 6 μήνες (191). Αξιολογήθηκε επίσης η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης και σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα. Από έρευνα που έγινε σε ασθενείς με ερυθματώδη λύκο φάνηκε σημαντική επίδραση στα ψυχολογικά συμπτώματα και στην ποιότητα ζωής, αλλά δε προέκυψε σημαντική βελτίωση στα σωματικά συμπτώματα της νόσου (192). Μελέτη (Farrokhi et al., 2017) σε γυναίκες που έπασχαν από Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο (Systemic Lupus erythematosus), έδειξε αποτελεσματικότητα του MBCT στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης (193).

Ερευνητική προσπάθεια αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) έχει γίνει και στο πεδίο της ψυχοπαθολογίας. Συγκεκριμένα, διεξήχθη συστηματική ανασκόπηση (Lovas, 2018) με 13 έρευνες σε ασθενείς με διπολική διαταραχή και βρέθηκε μια πρωταρχική θετική εκτίμηση επίδρασης της παρέμβασης MBCT στην μείωση του άγχους, στα υπολειμματικά καταθλιπτικά συμπτώματα και στη σταθεροποίηση της διάθεσης, χωρίς ωστόσο να φανεί με σαφήνεια ότι προλαμβάνει τα μανιακά επεισόδια (194). Σε έρευνα που έγινε σε ενήλικες με Σύνδρομο Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ADHD) φάνηκε σημαντική μείωση στα κλινικά συμπτώματα που σχετίζονται με τη νόσο, βελτίωση στις δεξιότητες ενσυνειδητότητας, στην λειτουργικότητα και στην ψυχική υγεία, αμέσως μετά και 6 μήνες μετά από την παρέμβαση MBCT (195). Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε

ασθενείς με Δυσθυμία έδειξε ότι η προσθήκη της παρέμβασης του MBCT στην θεραπεία, από κοινού με την φαρμακευτική αγωγή επιφέρει σημαντική βελτίωση στα καταθλιπτικά συμπτώματα, σε σύγκριση με τη μονοθεραπεία της φαρμακευτικής αγωγής (196).

Επιπλέον από μελέτη στις συζύγους ασθενών που πάσχουν από Σχιζοφρένεια βρέθηκε ότι η παρέμβαση MBCT συμβάλλει στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας στις γυναίκες αυτές (197).

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) αποτελεί μια αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση στην ανακούφιση των συνεπειών που επιφέρει μια χρόνια νόσος. Ο καρκίνος είναι μια από τις πιο συχνά εμφανιζόμενες χρόνιες παθήσεις και αποτελεί μία από τις πρώτες αιτίες θανάτου παγκοσμίως με τεράστιο οικονομικό κόστος για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας (198). Υπολογίζεται ότι περίπου κάθε μέρα πεθαίνουν από καρκίνο σε όλο τον κόσμο 20.000 άνθρωποι δηλ. 7,5 εκατομμύρια περίπου θάνατοι ετησίως, ενώ περισσότερα από 12 εκατομμύρια νέων περιπτώσεων καρκίνου διαπιστώνονται ετησίως (198). Δεδομένου ότι το προσδόκιμο ζωής ολοένα και αυξάνεται στις ανεπτυγμένες χώρες, αναμένεται ότι περισσότεροι άνθρωποι θα νοσήσουν τα επόμενα χρόνια από καρκίνο. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2017), ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο αναμένεται να ξεπεράσει τα 10 εκατομμύρια το 2020 και οι νέες περιπτώσεις της νόσου να αυξηθούν στα 16 εκατομμύρια (199). Με βάση τα παραπάνω είναι επιτακτική η ανάγκη να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT), από το σύνολο των χρόνιων παθήσεων, αρχικά σε ασθενείς με καρκίνο.

### 3 Καρκίνος : οι πιο συχνοί καρκίνοι και πως επηρεάζουν την ζωή του ασθενούς

Η λέξη καρκίνος ή νεόπλασμα περιγράφει διάφορους όγκους και αναφέρεται στην ανώμαλη ανάπτυξη κύτταρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος. Ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη κύρια αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες (Torre, 2015), ενώ υπολογίζεται ότι ευθύνεται για το 13% των θανάτων παγκοσμίως (198). Πιο συγκεκριμένα με τον όρο «καρκίνο» περιγράφεται μία ομάδα νοσημάτων, που η αιτία τους βρίσκεται σε κυτταρικό επίπεδο (200). Ο όρος αναφέρεται στην υπερβολική, χωρίς προγραμματισμό, ανάπτυξη μάζας ιστού και τον ανώμαλο πολλαπλασιασμό των κυττάρων του οργανισμού, που ήταν φυσιολογικά, μέχρι τη στιγμή της έναρξης της διαδικασίας καρκινογένεσης και παραμένει σε αυτό το βαθμό ακόμη και μετά τη διακοπή του

ερεθίσματος που προκάλεσε την αλλαγή. Οργανικά, ο καρκίνος αποτελεί μία ασθένεια των κυττάρων (201).

Ο καρκίνος-νεόπλασμα συνήθως δεν επηρεάζει μόνο ένα όργανο του σώματος και δεν έχει μία μόνο μορφή. Μπορεί να περιλαμβάνει οποιοδήποτε ιστό του σώματος και να έχει τελείως διαφορετική μορφή σε κάθε σημείο του σώματος (202). Υπάρχουν πάνω από 200 διαφορετικά είδη καρκίνου και δεν αντιμετωπίζονται όλοι με τον ίδιο τρόπο. Κάθε ένα είδος έχει τον δικό του τρόπο θεραπευτικής παρέμβασης. Οι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι στην ουσία όγκοι εκτός από ορισμένους τύπους καρκίνου όπως η λευχαιμία, των οποίων τα κύτταρα κυκλοφορούν μέσα στο αίμα και τα όργανα (203). Τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε δυο βασικές κατηγορίες, στα καλοήθη και στα κακοήθη. Ανάλογα με την βιολογική τους συμπεριφορά και τον ιστολογικό τύπο καθορίζεται αντίστοιχα η κατηγορία στην οποία ανήκουν. Δεν είναι όμως όλοι οι όγκοι επικίνδυνοι. Οι καλοήθεις όγκοι δεν ονομάζονται καρκινικοί, δεν προκαλούν μετάσταση και δεν θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου. Οι περισσότεροι καρκίνοι παίρνουν το όνομα τους από τον τύπο του κυττάρου ή του οργάνου από το οποίο προέρχονται και που προσβάλλουν (204).

Στους άνδρες οι πιο συχνοί καρκίνοι είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως και ο καρκίνος του προστάτη. Ενώ στις γυναίκες οι πιο συχνοί καρκίνοι είναι ο καρκίνος του μαστού, ο καρκίνος των γεννητικών οργάνων (μήτρας-ωοθήκης). Ανεξάρτητα από το φύλο, ο καρκίνος του δέρματος (μελάνωμα) και οι όγκοι του εγκεφάλου τα τελευταία χρόνια παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά εμφάνισης (205). Τα 15 πιο συχνά νεοπλάσματα είναι τα εξής: του πνεύμονα, του μαστού, της ουροδόχου κύστης, του δέρματος, του προστάτη, του εντέρου, του λάρυγγα, του ήπατος, του οισοφάγου, του θυρεοειδούς, του εγκεφάλου, των νεφρών, της μήτρας, οι λευχαιμίες και τέλος τα λεμφώματα (206).



### 3.1 Οι συναισθηματικές προκλήσεις που δημιουργεί μια σοβαρή ασθένεια όπως ο καρκίνος

Τα άτομα με χρόνια ασθένεια αντιμετωπίζουν μια σειρά διακριτών και έντονων στρεσογόνων καταστάσεων από την αρχή της εμφάνισης της νόσου, όπως η διάγνωση, η θεραπεία, η υποτροπή κ.λπ., τα οποία μπορούν να καταβάλλουν ακόμα και κάποιον με αυξημένες δυνάμεις. Σύμφωνα με τη θεωρία του Shontz, η οποία αναπτύχθηκε το 1975, σε σχέση με τον τρόπο αντίδρασης του ατόμου μετά από τη διάγνωση μιας σοβαρής νόσου, ο ασθενής βιώνει διαδοχικά τα εξής ψυχολογικά στάδια :

1) Αρχικό σοκ. Στο στάδιο αυτό το άτομο μοιάζει τρομοκρατημένο και συνήθως νιώθει και συμπεριφέρεται σαν ένας απλός εξωτερικός παρατηρητής. Το στάδιο του σοκ ενδέχεται να διαρκέσει μερικές ημέρες έως και εβδομάδες.

2) Αντιπαράθεση. Στο στάδιο αυτό το άτομο νιώθει απελπισία κι έχει μια αίσθηση απώλειας και πένθους με αποτέλεσμα την αποδιοργάνωση της σκέψης.

3) Υποχώρηση. Στο στάδιο αυτό το άτομο χρησιμοποιεί την αποφυγή και την άρνηση προκειμένου να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα, η οποία όμως σταδιακά «αναγκάζει» με την παρουσία της το άτομο να την αποδεχτεί και να την εντάξει στη λογική και στη συνειδητή καθημερινότητά του (207). Η αποφυγή είναι η πιο διαδεδομένη απάντηση σε επώδυνες εμπειρίες. Αποτελεί μέρος του συμπεριφορικού ρεπερτορίου δράσης και ενεργοποιείται σε περιστάσεις κινδύνου, όπου το σώμα είναι φυσιολογικά ρυθμισμένο να ανταποκριθεί με πάλη, φυγή ή πάγωμα. Η αποφυγή μπορεί να είναι συνειδητή ή αυτόματη και μπορεί να λειτουργήσει στο επίπεδο της γνωστικής διεργασίας (σκοπίμως αποφυγή σκέψης των πτυχών της διάγνωσης ή απόσπαση προσοχής από αρνητικά συναισθήματα), της συμπεριφορικής λειτουργίας (αποφεύγοντας καταστάσεις που θυμίζουν την ασθένεια).

Ωστόσο, η διάγνωση μιας χρόνιας νόσου είναι μόνο η εισαγωγή στην όλη διαδικασία συνειδητοποίησης και προσαρμογής στα νέα δεδομένα, η οποία τείνει να χαρακτηρίζεται κι ως κρίση. Ο Moos αναφέρθηκε σε μια διαδικασία περιγραφής των παραγόντων που επιδρούν στο άτομο όταν βρίσκεται αντιμέτωπο με μια χρόνια ασθένεια (208). Η προσαρμογή του ασθενούς κρίνεται από τους μηχανισμούς αντιμετώπισης του άγχους που έχει υιοθετήσει και χρησιμοποιεί. Οι εν λόγω μηχανισμοί διαχωρίζονται σε

τρεις ομάδες παραγόντων: τους παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια, τους προσωπικούς παράγοντες και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι τρεις παραπάνω παράγοντες συντελούν στη γνωστική αξιολόγηση της κατάστασης και στην υιοθέτηση και εφαρμογή των μηχανισμών αντιμετώπισης του άγχους (207).

Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια είναι εξαιρετικά πολύπλοκη. Επηρεάζεται από όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας, αλλά και τους επηρεάζει σχεδόν όλους (209). Αναγνωρίστηκαν πέντε κοινές προσαρμοστικές διαδικασίες που αναπτύσσουν οι ασθενείς μετά το αρχικό σοκ : 1) μαχητικό πνεύμα 2) αποφυγή ή απόρριψη 3) μοιρολατρεία 4) ανικανότητα 5) ανήσυχη απασχόληση. Μετά την αρχική προσαρμογή, οι ασθενείς με καρκίνο τοποθετούνται σε μία πιο σταθερή ψυχολογική κατάσταση. Τα άτομα που αντιλαμβάνονται την ασθένεια σαν μια πρόκληση που μπορούν να αντιμετωπίσουν αναπτύσσουν το «μαχητικό πνεύμα», δηλαδή εκδηλώνουν μηχανισμούς αντιμετώπισης και προσαρμογής. Εάν επικεντρωθούν στην ανικανότητα τους να αντιμετωπίσουν την νόσο, τότε εμφανίζουν την «απόγνωση-ανημποριά» (helpless – hopeless), ενώ εάν επικεντρωθούν στην αβεβαιότητα της κατάστασης, μπορεί να προσαρμοστούν με ανήσυχο τρόπο. Οι παραπάνω προσαρμοστικές διαδικασίες τείνουν να σχετίζονται με μεγαλύτερα ή μειωμένα ποσοστά ψυχολογικής δυσφορίας (210).

Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια, κατά τους Stewart, Ross και Hartley (2004) αφορά τρεις περιοχές: τη βιολογική (σε θέματα, όπως: απομόνωση, στίγμα, σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους και το προσωπικό υγείας), τη συναισθηματική (αυτοεικόνα, οικονομικά ζητήματα, επαναπροσδιορισμός στόχων και προσδοκιών, επαναξιολόγηση των αξιών, θέματα πνευματικότητας, εύρεση νοήματος στην όλη εμπειρία) και τη συμπεριφορά (έλεγχοι υγείας, τήρηση των ιατρικών οδηγιών, διαχείριση της εξέλιξης της ασθένειας). Επιπροσθέτως, οι χρόνια ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα και ζητήματα επαγγελματικής υφής.

Ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ένας άνθρωπος που νοσεί από σοβαρή ασθένεια, είναι η διατήρηση της συναισθηματικής υγείας του. Όπως είναι λογικό, πολλές πλευρές της σοβαρής ασθένειας ή του τραυματισμού μπορεί να χαρακτηριστούν ως ψυχοφθόρες για τους ασθενείς. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ιδιαίτερα πιθανή είναι η εκδήλωση κατάθλιψης. Σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες, η κατάθλιψη αποτελεί αρνητικό παράγοντα κατά τη διαδικασία ανάκαμψης του ασθενούς, καθώς

παρατείνει το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την ίαση του, γεγονός το οποίο απορρέει από τις αρνητικές επιδράσεις που έχει το χαμηλό ηθικό στη φυσιολογία του ασθενούς (211). Οι άνθρωποι που υποφέρουν από κατάθλιψη έχουν αρνητικά διαμορφωμένο φίλτρο αντίληψης -τόσο της πραγματικότητας όσο και κατ'επέκταση της ασθένειας που τους καταβάλλει- και θεωρούν τον εαυτό τους ανίκανο ως προς τον έλεγχο της νόσου (212). Βάσει της κοινής λογικής, όταν μια ασθένεια γίνεται αντιληπτή ως ιδιαίτερα σοβαρή, τότε αυξάνεται η πιθανότητα εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να σημειωθεί ότι ένα ακόμα διαδεδομένο σύμπτωμα σε καταστάσεις σοβαρών ασθενειών είναι το άγχος. Έρευνες για το στρες σε ασθενείς με καρκίνο στρέφονται στην αποφυγή σκέψεων σχετικά με την ασθένεια. Αυτό αποκαλύπτει τα υψηλά επίπεδα δυσφορίας σχετικά με την νόσο γενικά, αλλά και τα γεγονότα που σχετίζονται με την νόσο (213). Ένα συνηθισμένο μοτίβο σκέψης που σχετίζεται με την άσχημη διάθεση δείχνει ότι η τάση να σκέφτεται κανείς με τρόπο που χαρακτηρίζεται από «απόγνωση-αημυρορία» οδηγεί σε ακόμα χειρότερη διάθεση, αίσθημα κόπωσης και έλλειψη κινήτρου. Οι αρνητικές σκέψεις οδηγούν σε συμπεριφορική και κοινωνική απόσυρση.

Το άτομο που νοσεί επιβάλλεται να κατανοήσει και ταυτόχρονα να υιοθετήσει έναν νέο τρόπο ζωής, συνήθως πολύ πιο διαφορετικό από τον ήδη υπάρχοντα, γεγονός το οποίο δημιουργεί εμπόδια στην καθημερινή πρακτική του και το άγχος που βιώνει σχετικά με την ικανότητά του να τα διαχειριστεί αποτελεί φυσικό επακόλουθο αυτής της αναπροσαρμογής. Επιπλέον, η πρόγνωση της ασθένειας δεν είναι πάντοτε βέβαιη. Κατ'επέκταση, το ενδεχόμενο μιας αρνητικής γνωμάτευσης συνλειτουργεί στη διαδικασία δημιουργίας έντονου άγχους και φόβου (214). Τα αρνητικά συναισθήματα, όπως η στενοχώρια, ο θυμός και το άγχος, τα οποία αποδυναμώνουν την αποτελεσματικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος και μπορούν να κάνουν τα άτομα πιο επιρρεπή σε διάφορες παθήσεις ή να επιδεινώσουν την πορεία ασθενειών σε εξέλιξη (213).

### 3.2 Ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις του καρκίνου

Ο ψυχολογικός παράγοντας μπορεί να ασκήσει εξίσου σημαντική επίδραση και στην βελτίωση – αποκατάσταση της σωματικής υγείας των ατόμων που πάσχουν από τις ασθένειες όπως ο καρκίνος. Η διατήρηση της συναισθηματικής ισορροπίας του ασθενούς αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα κατά τη διαδικασία ίασης του. Πολλές έρευνες αποδεικνύουν τη σπουδαιότητα της διατήρησης της συναισθηματική ισορροπίας καθώς υπογραμμίζουν την άμεση συσχέτισή της με την επιτυχή αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου (211).

Οι συνήθειες τρόποι παρέμβασης για την ψυχολογική στήριξη των χρόνια πασχόντων στηρίζονται στην ψυχοεκπαίδευση, στην εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης του άγχους, στη χρήση ειδικών παρεμβατικών και θεραπευτικών στρατηγικών και τεχνικών. Κύριος στόχος των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής παρέμβασης είναι η μείωση της δυσφορίας και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς (215).

Ο καρκίνος αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες θνησιμότητας και θνητότητας παγκοσμίως (Bray, 2014), ενώ αναμένεται τα κρούσματα να αυξηθούν κατά 70% τις επόμενες δύο δεκαετίες (216). Οι ασθενείς που λαμβάνουν την διάγνωση αυτή, καθώς την επερχόμενη θεραπεία, επηρεάζονται σε πολλά επίπεδα. Η αρχική διάγνωση συχνά βιώνεται ως απειλή θανάτου και είναι ευρέως αποδεκτό ότι η ασθένεια αυτή συνοδεύεται από μακροπρόθεσμη ψυχολογική ταλαιπωρία (217). Σε μετα-ανάλυση που πραγματοποιήθηκε σε ογκολογικούς ασθενείς σχετικά με εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών, φάνηκε ότι το 30% έως το 40% των ασθενών εκδηλώνουν κάποια μορφή ψυχοπαθολογίας (218). Στην ψυχολογική νοσηρότητα περιλαμβάνονται το καταθλιπτικόμορφο συναίσθημα, οι αγχώδεις διαταραχές, το μετατραυματικό στρες καθώς και ο αυξανόμενος κίνδυνος αυτοκτονικότητας (219, 220). Υπολογίζεται ότι η επικράτηση του καταθλιπτικού φάσματος κυμαίνεται από 0% έως 59% (221). Η επικράτηση της αγχώδους διαταραχής κυμαίνεται από 7% έως 29% (222). Πιο συγκεκριμένα, ένας στους τρεις ασθενείς που διαγιγνώσκεται με νεοπλασματική νόσο αναφέρει ότι βιώνει υψηλά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας καθώς και καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από ψυχολογική νοσηρότητα (221, 213).

Η δυσφορία μπορεί να είναι αντίδραση στις προκλήσεις που προκαλούν οι νέες συγκυρίες ή μπορεί να επηρεάζεται από την βαθύτερη ευαλωτότητα στο άγχος και τις

καταθλιπτικές διαταραχές (223). Ορισμένοι βιώνουν την ψυχολογική δυσφορία περισσότερο ως μία αναμενόμενη αντίδραση στην επικείμενη απειλή της νόσου, παρά ως συνέπεια ψυχοπαθολογικής διεργασίας. Για πολλούς ωστόσο αποτελεί μία κατάσταση με μεγάλη διάρκεια και σοβαρότητα. Τα επίπεδα δυσφορίας στους ασθενείς με καρκίνο διακυμάνονται σε εύρος από 35% έως 45% (223-225). Οι διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος είναι αρκετά συχνές σε ασθενείς στους οποίους η θεραπεία που έλαβαν είχε θετική έκβαση, με έναν στους πέντε να εκφράζει υψηλό άγχος. Η συναισθηματική δυσφορία έχει συσχετιστεί με αρνητική πορεία της νόσου, καθώς το στρες και το καταθλιπτικό συναίσθημα έχουν συνδεθεί με μειωμένα επίπεδα ποιότητας ζωής (QoL) στους ασθενείς με καρκίνο και κατ' επέκταση σε θνησιμότητα (226, 227).

Οι ψυχολογικές μεταβολές που σχετίζονται με την διάγνωση του καρκίνου σχετίζονται με μία σειρά προκλήσεων ως προς τη διάγνωση, την προσαρμογή, τη διαχείριση και την θεραπεία της ασθένειας (228) και επηρεάζουν την ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα (229). Η προσαρμογή στην διάγνωση και την θεραπεία, η εισβολή και αναστάτωση στην ζωή του ατόμου, ο επαναπροσδιορισμός των στόχων και σταθερών της ζωής και η ανοχή της επερχόμενης αβεβαιότητας αποτελούν ορισμένες εκφάνσεις των μεταβολών που επέρχεται το άτομο (230).

### 3.3 Εφαρμογές του Γνωσιακού – Συμπεριφορικού Μοντέλου Θεραπείας σε ασθενείς με Καρκίνο

Το Γνωσιακό-Συμπεριφορικό Μοντέλο Θεραπείας αποτελεί έναν από τους πιο διαδεδομένους και πολυμελετημένους τρόπους ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με καρκίνο, ενώ φαίνεται να επιτυγχάνει υψηλά επίπεδα ψυχολογικής ανακούφισης και ελάφρυνσης των σωματικών συμπτωμάτων (231). Από μετα-ανάλυση σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού βρέθηκε σημαντική επίδραση του ΓΣΜ στη μείωση της καταθλιψης, στη διαχείριση του στρες και στη βελτίωση της ποιότητα ζωής (231, 232). Τα αποτελέσματα συστηματικής ανασκόπησης (Fors et al., 2011), που εξέταζε τον ρόλο που έχει το ΓΣΜ και η κοινωνική υποστήριξη στην αποκατάσταση ασθενών με καρκίνο του μαστού, έδειξαν σημαντική επίδραση του ΓΣΜ στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, σε αντίθεση με την παρέμβαση της κοινωνικής στήριξης που δε φάνηκε να επιδρά σημαντικά (233). Σε άλλη συστηματική ανασκόπηση σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού φάνηκε ότι οι δεξιότητες συμβουλευτικής καθώς και η άσκηση επιδρούν σημαντικά στην σωματική ευεξία των ασθενών, ενώ το ΓΣΜ και η Ψυχοεκπαίδευση στην ψυχοκοινωνική

αποκατάσταση (234). Επιπλέον, από άλλη έρευνα (Gudenkauf et al., 2015) φάνηκε βελτίωση στην συναισθηματική ευημερία, μείωση στον μηρυκασμό σκέψεων που σχετίζονται με τη νόσο και πιο αξιόπιστη ενασχόληση με τα υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα (235). Διεξήχθη συστηματική ανασκόπηση (Hines et al., 2014) σε ασθενείς με καρκίνο που λαμβάνουν χημειοθεραπεία, για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του ΓΣΜ στις γνωστικές στρεβλώσεις των ασθενών και φάνηκε σημαντική μακροπρόθεσμη επίδραση της παρέμβασης, ακόμα και μετά από 6 μήνες (236). Όπως φαίνεται από έρευνες που έχουν γίνει σε ασθενείς με καρκίνο, που αντιμετωπίζουν προβλήματα άπνειας, το ΓΣΜ συμβάλλει αισθητά στην μείωση του χρόνου καθυστέρησης του ύπνου καθώς και στη συνολική βελτίωση της ικανότητας της δραστηριότητας του ύπνου, μειώνοντας την πρόωγη αφύπνιση και την αυπνία (236, 237). Μετα-ανάλυση (Osborn et al., 2006) έδειξε ότι ΓΣΜ είναι πιο ωφέλιμο από την απλή ψυχοεκπαίδευση των ασθενών και σχετίζεται με βραχυπρόθεσμη επίδραση στα επίπεδα των αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων καθώς και με μακροπρόθεσμη βελτίωση ποιότητας ζωής, ενώ βρέθηκε ότι η ατομική μορφή παρέμβασης είναι πιο αποτελεσματική στην μείωση της δυσφορίας των καρκινοπαθών ασθενών συγκριτικά με την ομαδική (238.).

#### 3.4 Εφαρμογές του προγράμματος Αντιμετώπισης Άγχους με Ενσυνειδητότητα (MBSR) σε ασθενείς με Καρκίνο

Οι παρεμβάσεις βασισμένες στις αρχές της ενσυνειδητότητας προάγουν τη διαχείριση της δυσφορίας, σε μία σειρά ασθενών με σωματικές νόσους, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, δεδομένου ότι οι ασθενείς αυτοί έρχονται αντιμέτωποι με στρεσογόνα γεγονότα ζωής, στα οποία ο μηρυκασμός γύρω από την εύρεση της αιτίας και την νοσηματοδότηση τους καταλήγουν στην συναισθηματική δυσφορία (213). Σε αντίθεση με την στρατηγική της αποφυγής, ο μηρυκασμός χαρακτηρίζεται από αδυναμία διακοπής σκέψεων σχετικά με επίπονα γεγονότα, είτε αυτά αφορούν το παρελθόν, είτε το μέλλον και έχει αναγνωριστεί ως παράγοντας γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (239), καθώς και στην μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (67, 79). Η αποφυγή στην έντονη εκδήλωση της, μπορεί να γίνει άρνηση της σοβαρότητας της ασθένειας ή ακόμα και της ίδιας της διάγνωσης. Από κοινού στις δύο αυτές συναισθηματικές καταστάσεις έχει φανεί ότι ανταποκρίνονται στις παρεμβάσεις ενσυνειδητότητας, που επιτρέπουν την διακοπή των επαναλαμβανόμενων προτύπων

σκέψης καθώς και την ανάπτυξη του θάρρους που θα επιτρέψει στα συναισθήματα και στις αντιδράσεις να προκύψουν, χωρίς το άτομο να αποσπαστεί (32, 240, 241).

Ευεργετικές ήταν οι συνέπειες στο πεδίο της ψυχολογικής λειτουργικότητας, στη μείωση των συμπτωμάτων που συνδέονται με το στρες και την ψυχολογική πίεση, στην ενίσχυση των στρατηγικών αντιμετώπισης, στην προαγωγή του ευ-ζην, στη βελτίωση της διάθεσης, της ευεξίας, της ποιότητας του ύπνου και της γενικότερης πνευματικής ευημερίας (240).

Το πρόγραμμα MBSR, το πιο ευρέως διαδεδομένο πρόγραμμα που ενσωματώνει τις όψεις της ενσυνειδητότητας, έχει μελετηθεί από πλήθος μελετών, μεταξύ των οποίων και αρκετών τυχαιοποιημένων δοκιμών (242-246). Σημαντικά ποσοστά μείωσης των συμπτωμάτων που σχετίζονται με το στρες και τις διακυμάνσεις του συναισθήματος σε ασθενείς με διάφορους τύπους καρκίνου, στάδια και ηλικίες ασθενών έδειξαν τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, ύστερα από συμμετοχή στο πρόγραμμα MBSR, οι συνέπειες του οποίου διατηρήθηκαν μετά από έξι μήνες, σε συμπληρωματικό follow-up (245). Τα οφέλη της παρέμβασης αυτής διαφαίνονται σε διαταραχές ύπνου, στη διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης και στην προσαρμογή στα νέα δεδομένα που η ασθένεια προξενεί στον ψυχισμό, σύμφωνα με τα αποτελέσματα άλλων μελετών σε ασθενείς με καρκίνο (247-251).

Το 2015, σε μελέτη (Gotink et al.) που συμπεριλήφθηκαν έξι συστηματικές ανασκοπήσεις σε ετερογενείς ασθενείς με καρκίνο φάνηκε σε μικρό βαθμό αποτελεσματικότητα στην μετρίαση των ψυχολογικών συνεπειών στους ασθενείς αυτούς (252), γεγονός που επιβεβαιώθηκε και σε μακροπρόθεσμη εξέταση, ύστερα από follow up (253, 254). Ένα χρόνο μετά από το MBSR σε ασθενείς με καρκίνο, μειώθηκε η κατάθλιψη και ο θυμός ενώ αυξήθηκε το συναισθηματικό σθένος (255). Από συστηματική ανασκόπηση (Shennan et al., 2011) που πραγματοποιήθηκε φάνηκε ότι οι παρεμβάσεις ενσυνειδητότητας ασκούν ισχυρή επίδραση στις ψυχολογικές και σωματικές αντιδράσεις, αλλά δεν προέκυψε σημαντικότητα ως προς την βελτίωση της ποιότητας ζωής και την γενικότερη προαγωγή του ευ ζην των ασθενών (256). Σε μετα-ανάλυση (257) φάνηκαν χαμηλά έως μέτρια ποσοστά επίδρασης των παρεμβάσεων βασισμένα στην ενσυνειδητότητα σε ασθενείς με καρκίνο σε μακροπρόθεσμη βάση (κατά μέσο όρο έξι μήνες μετά την παρέμβαση), στοιχεία που αξιοποιήθηκαν ως προσωρινά, ως αποτέλεσμα του μικρού αριθμού των μελετών που συμπεριλάμβαναν αποτελέσματα από

μακροπρόθεσμα δεδομένα, ενώ σε επόμενη μετα-ανάλυση προέκυψε σημαντική αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων στην ανακούφιση των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης, χωρίς ωστόσο να έχει φανεί με σαφήνεια το χρονικό διάστημα επικράτησης των ευεργετικών επιδράσεων (258) .

Επιπλέον σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, οι παρεμβάσεις βασισμένες στην ενσυνειδητότητα οδήγησαν σε μειωμένα επίπεδα «δαιμονοποιημένης» σκέψης, δηλαδή μειώθηκε ο φόβος της ασθένειας, καθώς και σε αύξησης συμπόνιας στραμμένη προς τον εαυτό (self-compassion) (259-261). Από πρόσφατες τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές στον παραπάνω πληθυσμό, αποδείχθηκε ότι οι επιδράσεις από τις παρεμβάσεις της ενσυνειδητότητας διατηρούνται ακόμα και ένα χρόνο μετά την παρέμβαση (253, 258). Από μελέτες σε ασθενείς που θεραπεύτηκαν επιτυχώς με καρκίνο του μαστού βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα μειωμένων επιπέδων κατάθλιψης, άγχους και φόβου επανεμφάνισης νόσου στις έξι εβδομάδες, από κοινού με αύξηση ενεργητικότητας και καλύτερη φυσική κατάσταση (262, 263). Σε μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (Witek-Janusek et al., 2008) του προγράμματος MBSR σε ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση καρκίνου του μαστού φάνηκε ότι η παρέμβαση αυτή συσχετίστηκε με βελτίωση του ανοσοποιητικού συστήματος, καθώς και με ενίσχυση της ποιότητας ζωής (264). Μικρότερης έκτασης, μη τυχαιοποιημένες έρευνες έχουν δείξει καλύτερευση στο στρες, στην προσαρμογή σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού (265), καθώς και βελτίωση στην σωματική υγεία σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη (266). Οι μελέτες που επικεντρώνονται σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν περιορισμούς λόγω ασάφειας στον σχεδιασμό της έρευνας και συστηματικό σφάλμα στην επιλογή του δείγματος (267- 271).

Από μετα-ανάλυση (Ladesma et al., 2009) που πραγματοποιήθηκε φάνηκε ότι το MBSR μπορεί να διαδραματίσει ευεργετική επίδραση στην ψυχική κατάσταση των ασθενών και στην ψυχολογική προσαρμογή τους στην ασθένεια, αλλά χρειάζονται περισσότερες μελέτες για να αποδειχθεί η χρησιμότητα του προγράμματος στην βελτίωση της σωματικής υγείας (243). Σε συμπληρωματική μελέτη που έγινε πάνω στην ενσωμάτωση των ασκήσεων και τεχνικών της ενσυνειδητότητας στην καθημερινή ζωή των ασθενών, έγινε φανερό ότι βοηθάει τον πληθυσμό αυτό στην βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας, συσχετίζοντας τη λειτουργική αναβάθμιση με τα βελτιωμένα επίπεδα ευχαρίστησης από τη ζωή και ένταξη στρατηγικών αντιμετώπισης ανερχόμενων δυσκολιών (272). Σε συστηματική ανασκόπηση που διεξήχθη (Latorraca et al., 2017),



μόνο σε μία από τις συμπεριλαμβανόμενες μελέτες φάνηκε επίδραση των παρεμβάσεων που περιλαμβάνουν τον διαλογισμό στην βελτίωση του αντιληπτού άγχους, ενώ στις υπόλοιπες μελέτες δεν προέκυψε σημαντικότητα στα αποτελέσματα (273). Τέλος, συστηματική ανασκόπηση του Zimmermann και των συνεργατών του (2017) έδειξε ότι οι παρεμβάσεις που βασίζονται στις αρχές της ενσυνειδητότητας είναι ωφέλιμες και είναι πλέον αποδεκτό ότι βελτιώνουν την ποιότητα ζωής και μειώνουν τα ποσοστά της κατάθλιψης και του άγχους σε ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου, χρησιμοποιώντας τις δεξιότητες και αποδεχόμενοι την κατάσταση της υγείας τους (274).

### 3.5 Ψυχολογικές Παρεμβάσεις σε ασθενείς με Καρκίνο

Για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών και σωματικών προκλήσεων που επιφέρει μία ασθένεια όπως ο καρκίνος έχουν εφαρμοστεί και άλλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Μερικές από τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που έχουν εξετασθεί ως προς την προσαρμοστικότητα στις ιδιαίτερες ανάγκες των καρκινοπαθών και την καταλληλότητα θεραπείας είναι η Συμβουλευτική Παρέμβαση, η Ψυχοεκπαίδευση, η κοινωνική στήριξη, το Γνωσιακό-Συμπεριφορικό Μοντέλο Θεραπείας και το Ψυχοδυναμικό Μοντέλο Θεραπείας. Η επιλογή της παρέμβασης εξαρτάται από τις ψυχολογικές παραμέτρους, τον τύπο του καρκίνου και το στάδιο της ασθένειας που βιώνει ο κάθε ασθενής, ενώ σημαντικό κρίνεται να συμπεριλαμβάνεται η ψυχο-ογκολογική παρέμβαση του ασθενούς ως μέρος της διεπιστημονικής ομάδας (275, 276). Σκοπός των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων είναι η μείωση των ψυχιατρικών και σωματικών συμπτωμάτων, η βελτίωση της ποιότητας ζωής, η διατήρηση της καθημερινής λειτουργικότητας του ατόμου και τελικά η επιβίωση του ασθενή (277-279). Στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της δυσφορίας που σχετίζεται με τον καρκίνο έχει φανεί ότι συμβάλλουν η ομαδική θεραπεία, το Γνωσιακό-Συμπεριφορικό Μοντέλο Θεραπείας, ενώ η θεραπεία που ενσωματώνει την επικέντρωση στο σώμα και το νου σχετίζεται με την ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης της νόσου (280, 281). Οι παρεμβάσεις που γίνονται σε ατομικό επίπεδο μπορούν να πραγματοποιηθούν και σε ψηφιακή-απομακρυσμένη μορφή.

Η Ψυχοεκπαίδευση ως προς την εκμάθηση δεξιοτήτων έχει φανεί ωφέλιμη στην μείωση του πόνου που σχετίζεται με την πάθηση (282). Η υποστηρικτική ομαδική θεραπεία, που συμπεριλαμβάνει ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα όπως διαχείριση του στρες, εκμάθηση υγιεινού τρόπου ζωής, επίλυση προβλημάτων, βοηθάει στην ανακούφιση της ψυχολογικής δυσφορίας και στην ποιότητα ζωής των ασθενών (283). Οι

συμπεριφορικές θεραπείες, με ιδιαίτερη έμφαση στη σωματική άσκηση έχουν δείξει αποτελεσματικότητα στην μείωση της κόπωσης στα πλαίσια της θεραπείας του καρκίνου, ενώ έχουν φανεί πιο ωφέλιμες από την φαρμακευτική θεραπεία, φανερώνοντας την ανάγκη καθιέρωσης των ψυχολογικών παρεμβάσεων ως θεραπεία εκλογής σε ασθενείς με κόπωση (284).

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται σε μεγάλο βαθμό στην ψυχολογική, σωματική και συμπεριφορική αποκατάσταση των καρκινοπαθών ασθενών, όπως φάνηκε από ανασκόπηση του Hulbert-Williams και των συνεργατών του (2018), είναι αυτές που στηρίζονται στο Γνωσιακό-Συμπεριφορικό Μοντέλο και οι παρεμβάσεις που βασίζονται στις τεχνικές της Ενσυνειδητότητας, ενώ σε μικρότερο βαθμό έχουν αξιολογηθεί οι Θεραπείες Αποδοχής και Δέσμευσης (Acceptance and Commitment Therapy-ACT), οι καθοδηγητικού τύπου (coaching), η Διαλεκτική-Συμπεριφορική Θεραπεία (narrative therapy) καθώς και οι βασικές συμβουλευτικές δεξιότητες (counselling) (285). Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη σωματική άσκηση λειτουργούν εξίσου βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, ενώ οι γνωσιακές παρεμβάσεις και οι βασισμένες στην Ενσυνειδητότητα έδειξαν ισχυρότερο θεραπευτικό αποτέλεσμα βραχυπρόθεσμα, συμβάλλοντας στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (286).

#### 4. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Ο καρκίνος, όπως σημειώθηκε, αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες θνησιμότητας και νοσηρότητας παγκοσμίως (199), και, σύμφωνα με στοιχεία που προκύπτουν από μελέτες, οι άνθρωποι που έχουν προσβληθεί από τη χρόνια αυτή νόσο υποφέρουν από μακροπρόθεσμη ψυχολογική δυσφορία (287, 288). Οι αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές καθώς και τα συμπτώματα εμφανίζονται ως συνέπεια κατά τη διάγνωση, αλλά και στη διάρκεια ή μετά τη θεραπευτική παρέμβαση. Τα παραπάνω συμπτώματα σχετίζονται με χαμηλότερα ποσοστά ποιότητας ζωής, καθώς και με δυσμενή πρόγνωση, πορεία ασθένειας και τελικά θνησιμότητα (289). Τα ποσοστά δυσφορίας μπορεί να θεωρηθούν ως απόρροια των ψυχολογικών προκλήσεων που επιφέρει η ασθένεια του καρκίνου, καθώς και ως αποτέλεσμα επιρροής στην υποκείμενη ευαλωτότητα στο άγχος και το καταθλιπτικό συναίσθημα.

Μέχρι σήμερα είναι περιορισμένος ο αριθμός των πρωτογενών μελετών που έχουν διεξαχθεί και δημοσιευθεί για να ερευνήσουν την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής

Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Επίσης δεν έχει διεξαχθεί μέχρι στιγμής ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με αποκλειστικό σκοπό την εξέταση της σκοπιμότητας της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) σε ανθρώπους με καρκίνο, καθώς οι συστηματικές ανασκοπήσεις που έχουν ήδη γίνει επικεντρώνονταν μόνο στο πρόγραμμα MBSR ή από κοινού στα δύο προγράμματα MBSR και MBCT. Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) σε ασθενείς που η ζωή τους έχει επηρεαστεί από την εκδήλωση της ασθένειας του καρκίνου.

Η ενσωμάτωση ψυχοκοινωνικής παρέμβασης στην αντιμετώπιση του καρκίνου θεωρείται υψίστης σημασίας (290). Οι τεχνικές διαλογισμού που βασίζονται στις αρχές ενσυνειδητότητας έχει φανεί ότι μειώνουν την δυσφορία και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο. Παρόλο που τα μέχρι τώρα στοιχεία επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος Αντιμετώπισης Άγχους με Ενσυνειδητότητα (MBSR) στο χώρο της ογκολογίας και εφόσον το MBSR και το MBCT έχουν αρκετά κοινά σημεία, μπορεί να υποστηριχθεί ότι MBCT διαφέρει σε ορισμένους τομείς που καθιστούν την παρέμβαση πιο αποτελεσματική για άτομα που πάσχουν από καρκίνο. Δεδομένου ότι η Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) ενσωματώνει βασικές γνωσιακές τεχνικές, προσφέρει μια πορεία σταδιακής αποδοχής οδυνηρών καταστάσεων και εμπειριών, όπως αυτές που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο, γεγονός που καθιστά αυτό το πρόγραμμα ελαφρώς διαφορετικό από το ήδη μελετημένο MBSR. Σε αντίθεση με το πρόγραμμα Αντιμετώπισης Άγχους με Ενσυνειδητότητα (MBSR), που διεξάγεται σε μεγαλύτερες ομάδες με ετερογένεια στις ασθένειες, η Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) προσφέρεται σε μικρότερες ομάδες ασθενών, μέχρι 12 ατόμων με κοινή παθολογία (π.χ. καρκίνος), παρέχοντας την δυνατότητα στους συμμετέχοντες για μεγαλύτερη υποστήριξη και ανακούφιση μέσα από τις κοινές εμπειρίες (213). Τα τελευταία χρόνια η Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) αποτελεί μια αποδεδειγμένα αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση στη μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας σε ασθενείς με καρκίνο (257, 263).

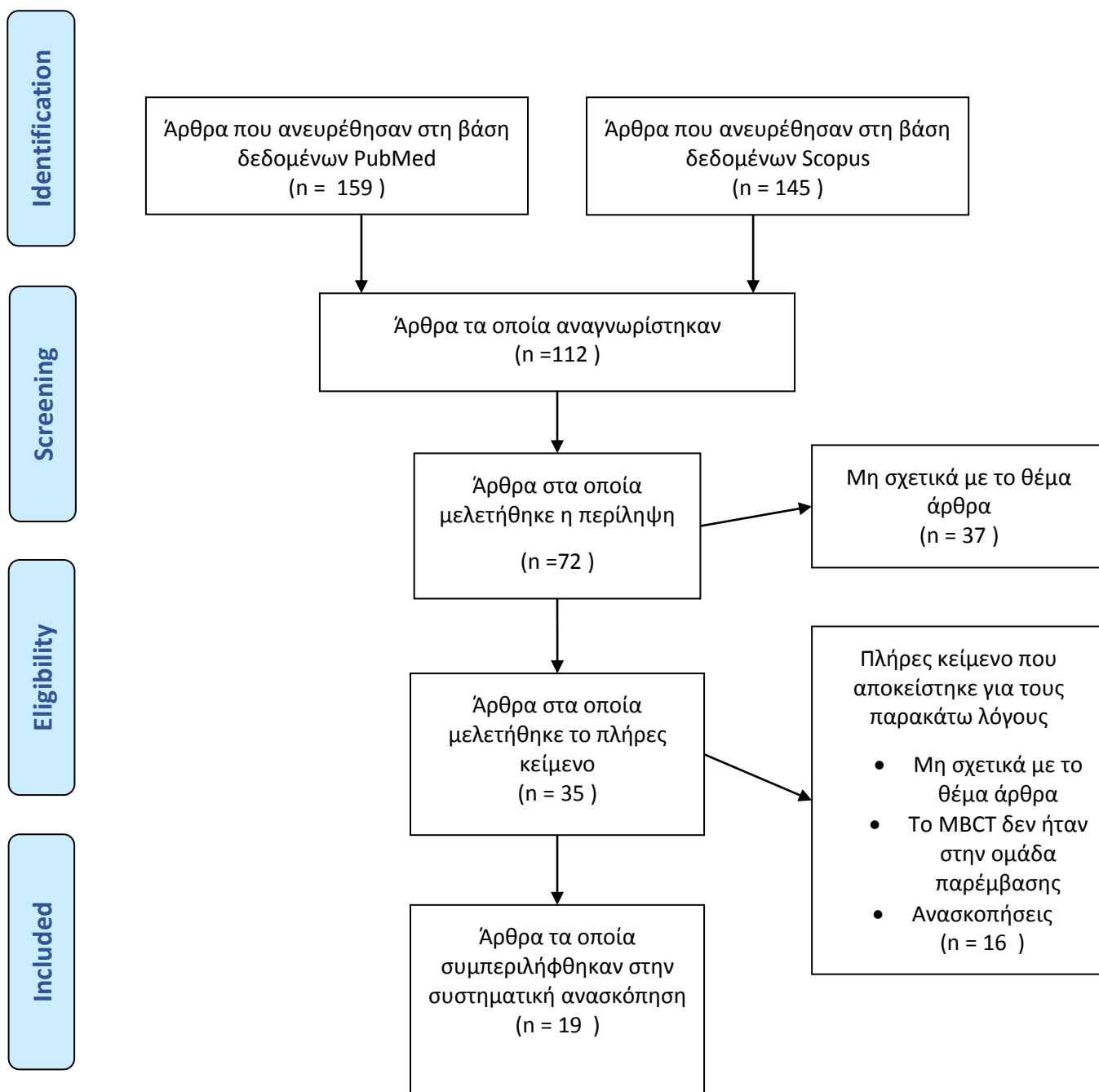
## 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Πραγματοποιήθηκε εκτεταμένη αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus, Cochrane Library καθώς και εξέταση της ελληνικής βιβλιογραφίας, χρησιμοποιώντας τους παρακάτω όρους αναζήτησης : Mindfulness-based Cognitive Therapy OR MBCT OR Mindfulness based Intervention\* AND cancer OR neoplasm. Επιπλέον επιπρόσθετες αναζητήσεις πραγματοποιήθηκαν με τις λέξεις κλειδιά : Mindfulness based Intervention\*, Mindfulness\*. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έλαβε χώρα από τον Απρίλιο έως τον Ιούλιο του 2018.

### **Επιλογή Μελετών- Κριτήρια Ενσωμάτωσης και Αποκλεισμού**

Στη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν έρευνες από το 2010 και έπειτα. Η Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 2002, ενώ από την εξέταση της βιβλιογραφίας φάνηκε ότι η πρώτη μελέτη που εξετάζε την δράση της σε ασθενείς με καρκίνο διεξήχθη το 2010. Μία μελέτη ήταν κατάλληλη για εισαγωγή στην ανασκόπηση εάν πληρούσε τα παρακάτω κριτήρια : 1) να εξετάζει μεμονωμένα την αποτελεσματικότητα του MBCT ή/και το eMBCT (internet-delivered intervention) σε ασθενείς με καρκίνο, 2) να είναι γραμμένη στα Αγγλικά, 3) να είναι το MBCT ή/και eMBCT οι κύριες παρεμβάσεις ή μία από τις κύριες παρεμβάσεις της μελέτης, 4) η δειγματοληψία να έχει γίνει από ενήλικους ασθενείς. Το δείγμα του ενήλικου πληθυσμού θα μπορούσε να είναι οποιασδήποτε ηλικίας, φύλου, φυλής ή στάδιου ασθένειας.

Μελέτες αποκλείστηκαν με βάση τα παρακάτω κριτήρια: **1)** εάν περιλάμβαναν ενήλικες με άλλες διαγνώσεις πλην του καρκίνου, **2)** εάν οι παρεμβάσεις της ενσυνειδητότητας ήταν μικτές, δηλαδή περιλάμβαναν και άλλες παρεμβάσεις όπως το MBSR **3)** μελέτες με αριθμό ασθενών μικρότερο του 10, **4)** μελέτες στις οποίες το πλήρες κείμενο δεν ήταν διαθέσιμο, **5)** περιλήψεις.



Εικόνα 2. Διάγραμμα Ροής

## 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Αναγνωρίστηκαν 19 μελέτες, οι οποίες εξέτασαν 1.712 ασθενείς (291-309). .  
Αναγνωρίστηκαν και εξετάστηκαν έντεκα τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (291,293,297,299,300,302,304-306,308,309), έξι μη τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές χωρίς ομάδα ελέγχου (292,294-296,301,307) και δύο ποιοτικές μελέτες (298,303). Έξι μελέτες πραγματοποιήθηκαν στην Αυστραλία (291-296 ), δύο στην Ιρλανδία (297,298 ), έξι στην Ολλανδία (299-304 ), μία στη Δανία (305), μία στην Καναδά (306), μία στην Ιαπωνία (307) και δύο στο Ιράν (308, 309). Σε δέκα μελέτες ο πληθυσμός προερχόταν από ασθενείς με οποιαδήποτε διάγνωση και στάδιο του καρκίνου ( 291, 294, 297-304), σε δύο μελέτες εξετάστηκαν ασθενείς με καρκίνο του προστάτη ( 292, 293 ), τέσσερις μελέτες εξέτασαν γυναίκες με καρκίνο του μαστού (305, 307-309), μία μελέτη επικεντρώθηκε στη εξέταση γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο (306) και δύο μελέτες εξέτασαν απο κοινού γυναίκες που αντιμετώπιζαν καρκίνου του μαστού ή/και καρκίνο γυναικολογικής φύσεως (295,296). Παρακάτω αναφέρονται και οι 19 μελέτες.

1. Σε μία τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (Foley et al., 2010) με 115 ασθενείς με ποικίλες διαγνώσεις και στάδια της νόσου συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα του MBCT με τη μη θεραπεία ασθενών σε λίστα αναμονής και βρέθηκε ότι οι ασθενείς, στους οποίους εφαρμόστηκε η θεραπευτική παρέμβαση του MBCT, παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στα επίπεδα της κατάθλιψης, του άγχους, της ψυχολογικής δυσφορίας και των δεξιοτήτων ενσυνειδητότητας μετά την παρέμβαση, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η ποιότητα ζωής δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικά ευρήματα μετά την παρέμβαση, αλλά εμφάνισε μία τάση βελτίωσης. Οι ασθενείς που βρίσκονταν σε λίστα αναμονής παρουσίασαν παρόμοια ποσοστά βελτίωσης, αφού έλαβαν την παρέμβαση. Οι αλλαγές αυτές διατηρήθηκαν σε follow-up που πραγματοποιήθηκε μετά από 3 μήνες, αλλά δεν υπήρχε σύγκριση με ομάδα ελέγχου, οπότε δεν είναι δυνατή η μέτρηση των επιπτώσεων στο πέρασμα του χρόνου. Ως διαγνωστικό εργαλείο αρχικής εκτίμησης χρησιμοποιήθηκε το HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression) για την κατάθλιψη, το HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale) για το άγχος, το DASS (Depression, Anxiety Stress Scale) για την εκτίμηση της δυσφορίας και το FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy—General) για την εξέταση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Διαγνωστικό εργαλείο δευτερεύουσας εκτίμησης αποτέλεσε το FMI (Frieberg Mindfulness Inventory) που εξετάζει τις δεξιότητες ενσυνειδητότητας

του ατόμου (291).

2. Σε κλινική δοκιμή (Chambers et al., 2012) με σκοπό την αξιολόγηση της αποδοτικότητας του MBCT σε άντρες με καρκίνο του προστάτη επιλέχθηκαν αρχικά 19 συμμετέχοντες, αλλά μόνο 12 ολοκλήρωσαν την παρέμβαση. Οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν, πριν την έναρξη της παρέμβασης, στη λήξη του προγράμματος διάρκειας 8 εβδομάδων και 3 μήνες μετά την παρέμβαση. Οι συνεδρίες πραγματοποιούνταν από εκπαιδευμένους στην ενσυνειδητότητα επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ενώ ο τρόπος διεξαγωγής των συνεδριών δεν αναφέρεται. Η μελέτη έδειξε στατιστικά σημαντική βελτίωση στο ποσοστό του βιωμένου άγχους ( $p=0.027$ ), στην αποφυγή ( $p=0.032$ ), και στις δεξιότητες ενσυνειδητότητας και επίγνωσης ( $p=0.019$ ), οδηγώντας σε ενσωμάτωση των τεχνικών της ενσυνειδητότητας και στην αποδοχή της νόσου. Βρέθηκε επίσης σημαντική τάση προς την ελάττωση του φόβου επανεμφάνισης του καρκίνου ( $p=0.062$ ), ενώ η συμμετοχή στην ομαδική αυτή παρέμβαση βοήθησε τους συμμετέχοντες στην αποδοχή και την αποκοινόγνωση μέσα από τις εμπειρίες των μελών της ομάδας, λόγω της ομοιογένειας ως προς τη νόσο που έπασχαν τα μέλη της ομάδας. Μετά την παρέμβαση αξιολογήθηκε το ποσοστό ικανοποίησης των συμμετεχόντων, μέσα από συνεντεύξεις και φάνηκε ότι το 84,6 % αξιολόγησαν την παρέμβαση «αρκετά» ή «πού χρήσιμη» και θα την πρότειναν ως ωφέλιμη. Τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) για την αξιολόγηση της δυσφορίας πριν την παρέμβαση, το IES-R (Revised Impact of Events Scale) για την μελέτη της αποδοχής μετά την παρέμβαση, το MAX-PC (Memorial Anxiety Scale for Prostate Cancer) για την ανίχνευση της σχετιζόμενης με τον καρκίνο δυσφορίας, το EPIC (Expanded UCLA Prostate Cancer Index) για την εξέταση της ποιότητας ζωής, το FACT-P (Functional Assessment of Cancer Therapy—Prostate) για τη μελέτη της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας και το FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire) για την εξέταση της δέσμευσης των συμμετεχόντων στις βασικές αρχές της ενσυνειδητότητας, μετά την παρέμβαση (292).

3. Πραγματοποιήθηκε τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (Chambers et al., 2016) σε 190 ασθενείς με καρκίνο του προστάτη, με σκοπό την διερεύνηση της αποτελεσματικότητας του MBCT στην μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας που προξενεί η ασθένεια. Έγινε σύγκριση του προγράμματος MBCT, το οποίο διεξήχθη με τη μορφή εβδομαδιαίων τηλεφωνικών διασκέψεων σε διάστημα 8 εβδομάδων, με τη συνηθισμένη θεραπευτική παρέμβαση, όπως θεραπευτική αγωγή και περιορισμένη ψυχοεκπαίδευση των συμπτωμάτων (treatment as usual). Από τη μελέτη δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική

βελτίωση στα επίπεδα της συναισθηματικής δυσφορίας και στις δεξιότητες της ενσυνειδητότητας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Μόνο η παρατήρηση φάνηκε να παρουσίασε σημαντική αύξηση στους συμμετέχοντες της παρέμβασης ( $p=0,032$ ). Οι αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν πριν την παρέμβαση, 3 μήνες, 6 μήνες και 9 μήνες μετά την παρέμβαση. Ως διαγνωστικό εργαλείο αρχικής αξιολόγησης χρησιμοποιήθηκε το BSI (Brief Symptom Inventory), το IES (Impact of Event Scale) και το PSA (Prostate Specific antigen Anxiety) για την ανίχνευση των επιπέδων ψυχολογικής δυσφορίας και της σχετιζόμενης με τη νόσο δυσφορίας. Διαγνωστικά εργαλεία μετά την παρέμβαση αποτέλεσαν το FACT-P (Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate), το PTGI (Post-traumatic Growth Inventory) και το FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire) για την εξέταση της δέσμευσης στις τεχνικές της ενσυνειδητότητας. Από τους ασθενείς που συμμετείχαν, το 72% αξιολόγησε το MBCT ως χρήσιμη και αποδεκτή παρέμβαση (293).

4. Από μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (Sharplin et al., 2010) διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα του MBCT, συγκρίνοντας τις μετρήσεις των μεταβλητών πριν την παρέμβαση, μετά την παρέμβαση και σε follow-up μετά από 3 μήνες. Συγκεκριμένα μελετήθηκαν 19 συμμετέχοντες, εκ των οποίων οι 16 είχαν ιστορικό εκδήλωσης καρκίνου και οι 5 ήταν φροντιστές πασχόντων από την παραπάνω νόσο. Οι συμμετέχοντες εξετάστηκαν ως προς τα επίπεδα της κατάθλιψης, του άγχους, των δεξιοτήτων ενσυνειδητότητας πριν και μετά την παρέμβαση, ενώ, σε μεταγενέστερο χρόνο μετρήθηκε και η προσωπική αξιολόγηση των συμμετεχόντων. Από αρχική αξιολόγηση δεν προέκυψε σημαντική διαφορά στα επίπεδα των μεταβλητών ανάμεσα στους συμμετέχοντες της έρευνας. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση στα επίπεδα της κατάθλιψης ( $p=0,012$ ), του άγχους ( $p=0,001$ ) και της ενσυνειδητότητας ( $p=0,001$ ) μετά την παρεμβατική διαδικασία. Στο follow-up μετά από 3 μήνες τα βελτιωμένα επίπεδα της κατάθλιψης διατηρήθηκαν, ενώ το άγχος παρουσίασε ελαφριά βελτίωση χωρίς ωστόσο να προκύψει σημαντικότητα στα ευρήματα αυτά, συγκριτικά με την κατάθλιψη. Φάνηκε επίσης ότι υπάρχει σημαντικά αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην αύξηση των δεξιοτήτων ενσυνειδητότητας και της μείωσης των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης. Από την αξιολόγηση της παρεμβατικής διαδικασίας από τους συμμετέχοντες προέκυψε ότι η συμμετοχή σε ομάδα με ομοιογένεια ως προς την διάγνωση των μελών συνέβαλε στην εγκαθίδρυση ενός περιβάλλοντος με ανοιχτή, μη επικριτική επικοινωνία, ενώ η πλειοψηφία των μελών βρήκε την συνολική διάρκεια του προγράμματος ιδανική (15 από τους 21 συμμετέχοντες). Τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι το



BDI-II (Beck Depression Inventory-II) για την αξιολόγηση της κατάθλιψης, το STAI (State-Trait Anxiety Inventory) για το άγχος και το FMI (Freiburg Mindfulness Inventory) (294).

5. Από μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (Stafford et al., 2013), που πραγματοποιήθηκε σε 42 γυναίκες με καρκίνο του μαστού και γυναικολογικό καρκίνο, εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα και η καταλληλότητα του MBCT στους παραπάνω πληθυσμούς. Εφαρμόστηκε δίωρη, εβδομαδιαία, ομαδική παρέμβαση, συνολικής διάρκειας οκτώ εβδομάδων καθώς και ατομική παρέμβαση διαλογισμού στο σπίτι, ενώ η επίδραση της στους ασθενείς αξιολογήθηκε σε τρεις χρονικές στιγμές, πριν, μετά και 3 μήνες μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης. Στις ίδιες χρονικές στιγμές αξιολογήθηκε και η προσωπική εκτίμηση των ασθενών. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν, σε πρώτη φάση, για τα επίπεδα της δυσφορίας καθώς και για την ποιότητα ζωής, ενώ στη συνέχεια έλαβαν μετρήσεις ως προς την ανάπτυξη ικανοτήτων ενσυνειδητότητας και μείωσης μετατραυματικού στρες έπειτα από στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Από τα ευρήματα φάνηκε σημαντική βελτίωση στην συναισθηματική δυσφορία ( $p=0,001$ ) και στην ποιότητα ζωής των ασθενών ( $p=0,003$ ), αποκαλύπτοντας ότι τα οφέλη διατηρήθηκαν 3 μήνες μετά την παρέμβαση. Επιπλέον βρέθηκε σημαντική βελτίωση στα επίπεδα της ενσυνειδητότητας, στην ελάττωση της μετατραυματικής εμπειρίας, σημαντική συσχέτιση μεταξύ ενσυνειδητότητας και μείωσης δυσφορίας ή/και αύξησης ποιότητας ζωής και ματατραυματικής ανθεκτικότητας. Το 93% των ασθενών αξιολόγησαν την παρέμβαση ως αρκετά ή πολύ χρήσιμη, ενώ επεσήμαναν την σημαντικότητα της ομαδικής εφαρμογής του προγράμματος. Περισσότερες από τις μισές γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα τόνισαν εξίσου την σημαντικότητα της εφαρμογής του προγράμματος στο σπίτι, ενώ το 100% είπε ότι θα συστήσει αυτή την παρέμβαση σε άλλα άτομα που πάσχουν από καρκίνο. Ως διαγνωστικά εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν το DASS-21 (Depression, Anxiety, Stress Scale short) για την μέτρηση της δυσφορίας, το FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy General) για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, το FMI (Freiburg Mindfulness Inventory) για την ενσυνειδητότητα και το PTGI (Post-Traumatic Growth Inventory) για την μετατραυματική ανθεκτικότητα (295).

6. Μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (Stafford et al., 2015) πραγματοποιήθηκε με σκοπό την σύγκριση του MBCT με το MMP (mindfulness meditation program) σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού ή γυναικολογικό καρκίνο. Οι γυναίκες που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα MBCT ήταν 42, ενώ οι γυναίκες που ολοκλήρωσαν το MMP ήταν 24. Οι γυναίκες αυτές αξιολογήθηκαν ως προς τα επίπεδα κατάθλιψης, δυσφορίας και ποιότητας

ζωής πριν και αμέσως μετά τις αντίστοιχες παρεμβάσεις. Μετά την ολοκλήρωση των παρεμβάσεων αξιολογήθηκαν επίσης οι απαντήσεις των συμμετεχουσών αναφορικά με την αποδοχή, την προσιτότητα, την αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα και το ποσοστό ικανοποίησης από την ομαδικής μορφής παρέμβαση. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε στατιστικά σημαντική μείωση στα επίπεδα δυσφορίας και στις δύο παρεμβάσεις (MBCT :  $p=0.001$ , MMP :  $p=0.002$ ), χωρίς ωστόσο να προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο παρεμβάσεις ( $p=0.34$ ), καθώς και επίδραση της παρέμβασης στα αποτελέσματα πριν την παρέμβαση ( $p=0.17$ ). Δε φάνηκε αλληλεπίδραση μεταξύ του τύπου παρέμβασης και της αρχικής μέτρησης ( $p=0.46$ ). Αναφορικά με την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής επικράτησε παρόμοιο σκηνικό, αφού οι δύο παρεμβάσεις έδειξαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (MBCT :  $p=0.008$ , MMP :  $p=0.001$ ). Τα ποσοστά δεν έδειξαν σημαντική διαφορά ( $p=0.11$ ) ενώ προέκυψε μη σημαντική επίδραση της αρχικής αξιολόγησης ( $p=0.44$ ) καθώς και μη σημαντική επίδραση του προγράμματος παρέμβασης ( $p=0.13$ ), αποκαλύπτοντας την απουσία αλληλεπίδρασης μεταξύ του αρχικού ποσοστού στην κλίμακα ποιότητας και της παρέμβασης ( $p=0.94$ ). Στατιστικά σημαντική άνοδος φάνηκε στις δεξιότητες ενσυνειδητότητας και στις δύο παρεμβάσεις (MBCT :  $p=0.001$ , MMP :  $p=0.005$ ), ενώ δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των αποτελεσμάτων ( $p=0.44$ ) καθώς και συσχέτιση μεταξύ παρέμβασης και αρχικής μέτρησης ( $p=0.20$ ). Το 93% των γυναικών στην παρέμβαση MBCT και το 88% στην παρέμβαση MMP αξιολόγησαν το πρόγραμμα παρέμβασης ως αρκετά ή πολύ βοηθητικό. Περισσότερες από τις μισές βρήκαν ενδιαφέρουσα την πρακτική εξάσκηση στο σπίτι και όλες είπαν ότι θα το πρότειναν σε άλλες γυναίκες ασθενείς. Ως διαγνωστικά εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν το DASS-21 (Depression, Anxiety, Stress Scale) για τη μέτρηση της δυσφορίας, το FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής σχετικά με την σωματική, κοινωνική, συναισθηματική και λειτουργική υγεία και το FMI (Freiburg Mindfulness Inventory) για την ενσυνειδητότητα (296).

7. Σε μία μικρότερου δείγματος τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή (Kingston et al., 2015) εξετάστηκαν 16 ασθενείς με ετερογένεια στις διαγνώσεις του καρκίνου, που αντιμετώπιζαν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Από τη σύγκριση της ομάδας παρέμβασης του MBCT με την ομάδα που έλαβε την συνηθισμένη θεραπεία προέκυψε στατιστικά σημαντική μείωση του άγχους μετά την παρέμβαση, αλλά δεν φάνηκε αλλαγή στα επίπεδα της κατάθλιψης. Στο follow-up που έγινε μετά από 3 μήνες βρέθηκε σημαντική βελτίωση στο άγχος, στην απομόνωση αλλά και στην κατάθλιψη, όπως

προέκυψε από την ανάλυση των μετρήσεων της διαγνωστικής κλίμακας HADS, απο κοινού με την αύξηση της παρατηρητικότητας και επίγνωσης, όπως φάνηκε από την κλίμακα της ενσυνειδητότητας KIMS. Στην επαναξιολόγηση αυτή ωστόσο δεν υπήρχε ομάδα ελέγχου, συνεπώς δεν μπορεί να ειπωθεί με σιγουριά ότι τα αποτελέσματα αυτά είναι ενδεικτικά του χρόνου που απαιτείται για να εδραιωθεί η επίδραση του MBCT. Οι αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν πριν την παρέμβαση, αμέσως μετά την παρέμβαση και 3 μηνές μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι το HADS που μετρά το άγχος και την κατάθλιψη, το POMS (Profile of mood states), το BSI, το WHO-5 (wellbeing scale) για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, το KIMS (Kentucky Inventory of Mindfulness) και το SCS (Self-compassion scale) για την εξέταση της μη κριτικής στάσης απέναντι στον εαυτό και τις δυσάρεστες εμπειρίες (297).

8. Από ερευνητική ποιοτική μελέτη (L'Estrange et al., 2016) έγινε προσπάθεια να ερευνηθεί η αλλαγή στη συμπόνια στραμμένη στον εαυτό (Self-compassion), ως συνέπεια παρακολούθησης του προγράμματος MBCT, διάρκειας 8 εβδομάδων, σε ασθενείς με καρκίνο. Το πρόγραμμα παρέμβασης στηρίχθηκε στις αρχές του MBCT, με μόνη εξαίρεση την στροφή από την κατάθλιψη στην διαχείριση του στρες και της απόκρισης «πάλη ή φυγή» ως προσπάθεια προσαρμογής στον καρκινοπαθή πληθυσμό. Στην έρευνα συμμετείχαν 10 ασθενείς, οι οποίοι πέρασαν από ημιδομημένη συνέντευξη, 4-6 εβδομάδες μετά την παρέμβαση, διάρκειας κατά μέσο όρο 80 λεπτών, όπου υποβλήθηκαν σε ερωτήσεις που μετρούσαν τις αλλαγές και τις διαστάσεις της παρέμβασης. Τα ερευνητικά πεδία που προσπάθησε να καλύψει η έρευνα αφορούσαν αλλαγές σχετικές με το ίδιο το άτομο και τους άλλους μετά την παρέμβαση, αλλαγές στην εμπειρία της συμπόνιας του εαυτού καθώς και παράγοντες από την εξάσκηση του MBCT που διευκολύνουν τις παραπάνω αλλαγές. Από την ανάλυση των δεδομένων, όπως προέκυψαν από τις συνεντεύξεις των συμμετεχόντων, φάνηκε ότι, στο πεδίο των αλλαγών σε σχέση με τον εαυτό και τους άλλους, οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι μετά την παρέμβαση απομακρύνθηκαν από τους έντονους και γρήγορους ρυθμούς και απέκτησαν περισσότερο χώρο και χρόνο για τον εαυτό τους την παρούσα στιγμή. Πριν την παρέμβαση δεν είχαν επίγνωση και απέρριπταν τις σωματικές αισθήσεις, ως αποκομμένοι από τους εαυτούς τους, ενώ μετά την παρέμβαση απέκτησαν επίγνωση και παρατήρηση των σωματικών συμπτωμάτων και των συνεπειών τους, μείωσαν τον μηρυκασμό και αύξησαν την ελεύθερη βούληση. Πριν δεχτούν παρέμβαση εμφάνιζαν έντονη κριτική στάση και εγκλωβισμό στον φαύλο κύκλο των αρνητικών σκέψεων και της αποφυγής. Μετά την

παρέμβαση ξέφυγαν από την προσκόλληση στην κριτική, μείωσαν το άγχος και την κακή διάθεση, μέσα από μία πιο θετική σκοπιά. Σχετικά με την ενασχόληση με τους άλλους, άρχισαν να λαμβάνουν περισσότερο υπόψιν τους εαυτούς τους προτού δεσμευτούν σε κάτι και να δείχνουν πιο πολύ ενσυναίσθηση στον εαυτό τους παρά στους άλλους, ενώ μειώθηκε και ο φόβος δυσαρέσκειας του κοινωνικού περίγυρου. Ως συνέπεια της παρέμβασης άρχισαν να εκφράζονται πιο ανοιχτά στους άλλους και έτσι άρχισαν να νιώθουν ότι επικοινωνούν και ανήκουν κάπου, σε αντίθεση με το αίσθημα περιθωριοποίησης και αποκλεισμού που βίωναν πριν. Σχετικά με τους παράγοντες που διευκολύνουν την αυτο-συμπόνια φάνηκε, από τους μισούς συμμετέχοντες, ότι μειώθηκε η ευαλωτότητα του εαυτού και έτσι απέκτησαν την δύναμη να αντιμετωπίζουν δυσκολίες σχετικές με την νόσο. Επιπλέον αυξήθηκε η ψυχική ανθεκτικότητα, ως αποτέλεσμα εκδήλωσης δυνατών συναισθημάτων, ενώ ορισμένοι συμμετέχοντες ανέφεραν αλλαγές στην αντίληψη του θανάτου και της αξίας της ζωής (298).

9. Πραγματοποιήθηκε τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή (Van der Lee et al., 2012) με σκοπό την εξέταση της αποτελεσματικότητας του MBCT στην μείωση της χρόνιας κόπωσης σε ασθενείς που πάσχουν από διάφορους τύπους καρκίνου. Τυχαίοποιηθηκαν στην ομάδα παρέμβασης 59 ασθενείς και στην λίστα αναμονής (ομάδα ελέγχου) 24 ασθενείς. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν ως προς το ποσοστό κόπωσης, την λειτουργική έκπτωση και το ευ-ζην πριν την παρέμβαση, αμέσως μετά την ολοκλήρωση της 9ης εβδομάδας παρέμβασης και σε follow up 6 μήνες μετά την παρέμβαση, χωρίς να υπάρχει ομάδα σύγκρισης στο follow up. Η μεταβλητή που αξιολογήθηκε αρχικά ήταν το επίπεδο κόπωσης όπου δε φάνηκε συσχέτιση του ποσοστού κόπωσης με τον τύπο του καρκίνου, ενώ σε δεύτερη φάση εξετάστηκαν οι υπόλοιπες δύο εξαρτημένες μεταβλητές. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε ότι μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης το επίπεδο της κόπωσης ήταν στατιστικά σημαντικά μειωμένο στην ομάδα παρέμβασης ( $p=0,00$ ), καθώς και το ευ-ζην των συμμετεχόντων παρουσίασε στατιστικά σημαντική πρόοδο ( $p=0,00$ ). Δε βρέθηκε σημαντική διαφορά στην βελτίωση της λειτουργικής έκπτωσης μετά την παρέμβαση ( $p=0,49$ ). Στο follow up που πραγματοποιήθηκε μετά από 6 μήνες φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες παρουσίασαν στατιστικά σημαντική βελτίωση σε όλες τις εξεταζόμενες μεταβλητές συγκριτικά με τα ποσοστά μέτρησης πριν την παρέμβαση, φανερώνοντας ότι οι επιδράσεις της παρέμβασης διατηρήθηκαν, χωρίς ωστόσο να μπορούν να συγκριθούν τα αποτελέσματα με κάποια ομάδα ελέγχου. Η ποιότητα ζωής παρουσίασε σημαντική βελτίωση σε σχέση με τις μετρήσεις μετά την παρέμβαση ( $p=0,02$ ). Στο follow up το 39% των συμμετεχόντων την πειραματικής ομάδας

εμφάνισαν κλινικά σημαντική βελτίωση στα ποσοστά της κόπωσης. Ως διαγνωστικά εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν το CIS (Checklist Individual Strength) για τη μέτρηση του υποκειμενικού αισθήματος κόπωσης που οι συμμετέχοντες βίωναν την τελευταία εβδομάδα, το Sickness Impact Profile για τη μέτρηση της λειτουργικής έκπτωσης και το Dutch Health and Disease-Inventory για τη μέτρηση της ευημερίας (299).

10. Διεξήχθη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (Cillessen et al., 300) για τον έλεγχο της μακροπρόθεσμης αποτελεσματικότητας του ομαδικού προγράμματος MBCT και του ατομικού eMBCT, που χορηγήθηκε μέσω διαδικτυακού ιστότοπου, σε ασθενείς με καρκίνο που βίωναν έντονη δυσφορία. Έγινε προσπάθεια να αναδειχθούν οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την ανταπόκριση των ασθενών στα προγράμματα που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα. Τυχαιοποιήθηκαν 245 ασθενείς με οποιαδήποτε διάγνωση καρκίνου στην ομάδα MBCT, στην ομάδα eMBCT και στην ομάδα της συνηθισμένης θεραπείας. Οι ασθενείς που ταξινομήθηκαν στην συνηθισμένη θεραπεία τυχαιοποιήθηκαν στις δύο ομάδες παρέμβασης μετά από τρεις μήνες. Οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν πριν, αμέσως μετά, 3 μήνες μετά και 9 μήνες μετά την παρέμβαση. Αρχικά αξιολογήθηκε το επίπεδο δυσφορίας των συμμετεχόντων, ενώ στη συνέχεια μετρήθηκαν ο φόβος επανεμφάνισης της ασθένειας, ο μηρυκασμός αρνητικών σκέψεων, η καλή ψυχική υγεία και η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την καλή σωματική υγεία. Μελετήθηκαν επίσης οι πιθανοί παράγοντες που επιδρούν στην παρέμβαση, όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η εργασία, η προσωπικότητα, η ύπαρξη ή μη καταθλιπτικής/αγχώδους διαταραχής, οι δεξιότητες επικοινωνίας και η δυσφορία. Από την ανάλυση των δεδομένων δεν προέκυψε διαφορά ανάμεσα στους συμμετέχοντες των ομάδων MBCT και eMBCT, πριν δεχτούν την παρέμβαση, εκτός από τις δεξιότητες ενσυνειδητότητας που ήταν αυξημένες στην ομάδα eMBCT. Στο follow up που έγινε μετά από 9 μήνες βρέθηκε ότι ο μηρυκασμός, η ψυχική υγεία και η σχετική με την ψυχική υγεία ποιότητα ζωής εμφάνισαν σημαντικά βελτιωμένα ποσοστά, σε αντίθεση με την σχετιζόμενη με την σωματική υγεία ποιότητα ζωής και τον φόβο επανεμφάνισης της νόσου που δεν έδειξαν στατιστική σημαντικότητα στο πέρασμα του χρόνου, ενώ τα δύο προγράμματα δεν είχαν σημαντική διαφορά σε σχέση με τις παραπάνω μεταβλητές. Σχετικά με τους παράγοντες που μεσολαβούν, φάνηκε ότι μεγαλύτερο αρχικό επίπεδο δυσφορίας, διαταραγμένης ψυχικής υγείας και μηρυκασμού προβλέπει μεγαλύτερη δυσφορία, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό εξωστρέφειας (χαρακτηριστικά προσωπικότητας) οδηγεί σε μικρότερα ποσοστά δυσφορίας στον επανέλεγχο του follow up. Επιπλέον βρέθηκε ότι η ελάττωση του μηρυκασμού και του φόβου επανεμφάνισης του καρκίνου από κοινού με την αύξηση των

δεξιότητων ενσυνειδητότητας προβλέπουν μειωμένα ποσοστά ψυχολογικής δυσφορίας στον επανέλεγχο του follow up μετά από 9 μήνες. Επιπλέον φάνηκε ότι οι ασθενείς που ήταν λιγότερο ενσυνείδητοι και σε επίγνωση στην αρχική μέτρηση εμφάνισαν μειωμένη δυσφορία στο follow up μετά από 9 μήνες στην ομάδα eMBCT σε σχέση με το MBCT, ενώ και στις δύο ομάδες οι ασθενείς ωφελήθηκαν μακροπρόθεσμα. Τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) για την μέτρηση της δυσφορίας, το FCRI (Fear of Cancer Recurrence Inventory) για την αξιολόγηση του φόβου επανεμφάνισης, το RRQ (Rumination and Reflection Questionnaire) για τη μέτρηση του μηρυκασμού, το MHC-SF (Mental Health Continuum-Short Form) για την ψυχική υγεία, το SF-12 για τη μέτρηση της σωματικής και ψυχικής ποιότητας ζωής. Σχετικά με την μέτρηση των μεταβλητών που επιδρούν στις παρεμβάσεις χρησιμοποιήθηκαν το SCID-I (Structural Clinical Interview for DSM-IV disorders) για την εξέταση ύπαρξης καταθλιπτικής ή/και αγχώδους διαταραχής, το NEO-FFI (NEO Five Factor Inventory) για τη μελέτη των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και το FFMQ-SF (Five Facet Mindfulness Questionnaire Short Form) για τις δεξιότητες ενσυνειδητότητας (300).

11. Μη τυχαιοποιημένη πιλοτική μελέτη διεξήχθη (Everts et al., 301) για να ερευνηθεί την αποτελεσματικότητα του eMBCT στην ελάττωση του αίσθηματος κόπωσης και της δυσφορίας σε 257 ασθενείς που επέζησαν από τον καρκίνο. Από αυτούς τους ασθενείς μόνο 159 αποδείχθηκαν αφοσιωμένοι στο πρόγραμμα, καθώς οι 98 (38%) σταμάτησαν πριν την ολοκλήρωση του 70% της συνολικής παρεμβατικής διαδικασίας. Η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε μέσα από ειδικά διαμορφωμένο διαδικτυακό ιστότοπο ([www.mindermoebijkanker.nl](http://www.mindermoebijkanker.nl) Helen Dowling Institute, 2009), όπου οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν εξατομικευμένο πρόγραμμα διάρκειας 9 εβδομάδων, με την καθοδήγηση κατάλληλα εκπαιδευμένου θεραπευτή. Στην προσωπική τους ιστοσελίδα οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν ερωτηματολόγια που αφορούσαν την κόπωση και την δυσφορία πριν την παρέμβαση, ένα μήνα μετά την παρέμβαση, ενώ μετά την παρέμβαση καλούνταν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια που μετρούσαν τον βαθμό ικανοποίησης από το πρόγραμμα με ερωτήσεις που αφορούσαν την διάρκεια του προγράμματος, το μέγεθος της εργασίας για το σπίτι και την αξιολόγηση του θεραπευτή. Αρχικά αξιολογήθηκαν ως προς το αίσθημα κόπωσης, ενώ σε δεύτερη φάση αξιολογήθηκαν ως προς το επίπεδο δυσφορίας, την κλινικά σχετική βελτίωση και και τον βαθμό ικανοποίησης. Από τη μελέτη προέκυψε ότι οι ασθενείς βίωναν χαμηλότερα επίπεδα κόπωσης και δυσφορίας μετά την παρέμβαση ( $p < 0,001$ ), με το ποσοστό των κλινικά βελτιωμένων ασθενών να είναι 35%

(n=89) και των αφοσιωμένων στην παρέμβαση 37% (n=59). Από τους συνολικούς ασθενείς που μελετήθηκαν το 82,5% (n=212) δήλωσε ότι βίωνε λιγότερη κόπωση, το 6,5% (n=17) δεν ανταποκρίθηκε στην παρέμβαση, ενώ το 11% (n=28) εμφάνισε υψηλότερη κόπωση μετά την παρέμβαση. Στο επίπεδο της ικανοποίησης των συμμετεχόντων 133 από τους αφοσιωμένους ασθενείς αξιολόγησαν τους θεραπευτές με μέσο όρο 8 σε κλίμακα μέχρι το 10, βρήκαν τη διάρκεια του προγράμματος (n=105, 79%) και την εξάσκηση στο σπίτι (n=89, 67%) επαρκείς. Αναγνώρισαν τις ασκήσεις για το σπίτι όπως οι ασκήσεις yoga, η εστίαση στην αναπνοή και το σώμα, ο συλλογισμός των σκέψεων και των αισθημάτων μέσα από την γραφή και η ουσιαστική καθοδήγηση και ενίσχυση του θεραπευτή, ως παράγοντες βοηθητικούς στα πλαίσια της παρέμβασης, που οδηγούσαν σε αποδοχή της κόπωσης. Διερευνήθηκε και η δυνατότητα βελτίωσης της παρέμβασης, όπου το 55% (n=87) από συνολικά 158 ασθενείς είπε ότι η παρέμβαση δε χρειαζόταν βελτίωση, ενώ 27 ασθενείς ανέδειξαν την δυσκολία διαχείρισης της ιστοσελίδας, 21 μίλησαν για την ένταση του προγράμματος λόγω της μικρής διάρκειας και 8 μόλις συμμετέχοντες δυσκολεύτηκαν με την χρήση του διαδικτύου και θα προτιμούσαν μία πρόσωπο με πρόσωπο ή μέσω τηλεφώνου παρέμβαση. Ανάμεσα στους συμμετέχοντες που εγκατέλειψαν το πρόγραμμα, η κύρια αιτία στην οποία το απέδωσαν ήταν η αδυναμία ενσωμάτωσης των ασκήσεων στην καθημερινότητα τους και παράλληλα αναδείχθηκε συσχέτιση υψηλής κατάθλιψης πριν την παρέμβαση και drop out. Ως διαγνωστικά εργαλεία εφάρμοσαν το CIS (Checklist Individual Strength) για τη μέτρηση της κόπωσης και το HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) για την δυσφορία (301).

12. Διεξήχθη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (Bruggeman-Everts et al., 2017) σε ασθενείς που υπέφεραν από κόπωση σχετιζόμενη με τον καρκίνο. Για τον σκοπό της μελέτης 167 ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν με τη διπλά τυφλή μέθοδο σε τρεις συνθήκες διαδικτυακής χορήγησης, όπου η πρώτη αφορούσε ψυχοθεραπεία στο σπίτι με τη χρήση επιταχυνσιόμετρου για περισσότερη ενόραση στις καθημερινές δραστηριότητες (AAF - Ambulant Activity Feedback) (n=62), η δεύτερη ήταν το eMBCT (n=55) και η τρίτη αφορούσε ομάδα που λάμβανε ψυχοεκπαίδευση μέσω email και λειτουργούσε ως ομάδα ελέγχου (n=50). Η παρέμβαση διαρκούσε 9 εβδομάδες και στις 3 συνθήκες, με τους συμμετέχοντες να αξιολογούνται πριν την παρέμβαση, 3 φορές στην διάρκεια της παρέμβασης, δύο εβδομάδες και 6 μήνες μετά την παρέμβαση. Η αρχική αξιολόγηση γινόταν στο υποκειμενικό αίσθημα κόπωσης ενώ οι δευτερογενείς αξιολογήσεις αφορούσαν την ψυχική υγεία των συμμετεχόντων. Η αφοσίωση των συμμετεχόντων μετριόταν από το σύνολο των ασκήσεων που οι συμμετέχοντες ολοκλήρωναν ανά

βδομάδα καθώς και από την εβδομάδα παρέμβασης που είχαν φτάσει, ενώ drop out ορίστηκε η αποχώρηση πριν την ολοκλήρωση της έκτης εβδομάδας παρέμβασης. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι στη μείωση της κόπωσης η ομάδα AAF και η ομάδα eMBCT διέφεραν σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (eMBCT :  $p=0,004$ ), ενώ οι δύο ομάδες παρέμβασης ήταν όμοιες ( $p=0,34$ ), με αποτέλεσμα να φανεί ότι η κόπωση μειώθηκε σημαντικά στις δύο ομάδες παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα της ψυχοεκπαίδευσης. Στη μεταβλητή της ψυχικής υγείας δε βρέθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις συνθήκες. Από το σύνολο των συμμετεχόντων το 21% παρουσίασε ανάρρωση και το 66% βελτίωση στην ομάδα AAF, στην ομάδα του eMBCT 9% εμφάνισαν ανάρρωση και 49% βελτίωση και στην ομάδα ελέγχου 2% ανάρρωση και 12% βελτίωση. Τα drop out ήταν 18% στην ομάδα AAF, 38% στην ομάδα eMBCT και 6% στην ομάδα ψυχοεκπαίδευσης. Ως αιτίες αποχώρησης από την ομάδα eMBCT ανέφεραν την ένταση του προγράμματος και την δυσκολία συνεννόησης με τον θεραπευτή μέσω του γραπτού κειμένου. Τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το CIS-FS (Checklist Individual Strength) για τη μέτρηση του υποκειμενικού αισθήματος κόπωσης, το HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) και το Positive (PA) and Negative (NA) Affect Schedule για τη μέτρηση της ψυχικής υγείας (302).

13. Πραγματοποιήθηκε ποιοτική μελέτη (Compen et al., 2017) με σκοπό την ανάδειξη των παραγόντων που διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν την αποτελεσματικότητα του eMBCT σε ασθενείς με ετερογένεια στη διάγνωση του καρκίνου καθώς και στους θεραπευτές τους. Η παρέμβαση του eMBCT γινόταν κυρίως μέσω του γραπτού λόγου, σε ειδικά διαμορφωμένη ιστοσελίδα και περιλάμβανε ετεροχρονισμένη επικοινωνία με τον θεραπευτή, ενώ το πρόγραμμα διαρκούσε 9 εβδομάδες, όπου η τελευταία συνεδρία αναφερόταν στην ολοήμερη άσκηση διαλογισμού. Τυχαιοποιήθηκαν 245 ασθενείς με υψηλό επίπεδο δυσφορίας σε τρεις συνθήκες, όπου η πρώτη ήταν το eMBCT σε ατομικό επίπεδο, η δεύτερη το MBCT σε ομαδική μορφή και η τρίτη συνθήκη, δηλαδή η ομάδα ελέγχου, αφορούσε την συνήθη θεραπεία. Οι ασθενείς που ταξινομήθηκαν στην ομάδα παρέμβασης eMBCT και οι θεραπευτές αυτής της ομάδας πέρασαν από ημιδομημένη συνέντευξη 3 μήνες μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης. Από τους 125 ασθενείς που ταξινομήθηκαν στην ομάδα eMBCT, μόνο οι 45 κλήθηκαν στην συνέντευξη διάρκειας από 5 έως 25 λεπτών, ενώ οι συνεντεύξεις που χρησιμοποιήθηκαν τελικά στην ποιοτική ανάλυση ήταν 31. Από τους συνολικά 12 θεραπευτές, 8 θεραπευτές συμφώνησαν να συμμετάσχουν στην συνέντευξη, διάρκειας 90 λεπτών. Από την ποιοτική ανάλυση προέκυψε ότι οι ασθενείς ανέφεραν ως διευκολυντές την τοποθεσία της παρέμβασης όπου



περιλάμβανε την άνεση και την ευελιξία του σπιτιού καθώς αρκετοί ασθενείς με καρκίνο αδυνατούν να μετακινηθούν για να παρακολουθήσουν κάποια ομαδική παρέμβαση, την διαχείριση του χρόνου, την ατομική προσέγγιση που παρέχει ένα αίσθημα ανεξαρτησίας. Ανέδειξαν ως διευκολυντικό παράγοντα τα μέσα της θεραπείας με την χρήση του διαδικτύου και των ημερολογίων να λαμβάνουν θετική αξιολόγηση, τον καθοδηγητικό ρόλο του θεραπευτή που τους εκπαίδευε στις αρχές της ενσυνειδητότητας και τα χαρακτηριστικά των ασθενών όπως η ευχέρεια του γραπτού λόγου. Στις ίδιες θεματολογίες κινήθηκαν και οι διευκολυντές που αναγνώρισαν οι θεραπευτές. Τα εμπόδια που ανέδειξαν οι ασθενείς επικεντρώθηκαν στον τρόπο ρύθμισης της θεραπείας όπου η μη συμμετοχή σε ομαδική θεραπεία δεν έδινε την δυνατότητα να ακούσουν τις εμπειρίες των ομότιμων ασθενών, στη δυσκολία διαχείρισης του διαδικτύου και του υποχρεωτικού χαρακτήρα συμπλήρωσης των ημερολογίων, στο ρόλο του θεραπευτή που η τροφοδότηση κρίθηκε ως μη επαρκής και ελλιπής ως προς το πνεύμα διαλόγου καθώς και τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Σε κοινά θέματα τοποθετήθηκαν τα εμπόδια που εντόπισαν οι θεραπευτές. Το eMBCT παρέχει ευελιξία στο χώρο, το χρόνο και τον τρόπο που οι ασθενείς και οι θεραπευτές συμμορφώνονται με το πρόγραμμα (303).

14. Διεξήχθη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (Compen et al., 2018) με σκοπό τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας του MBCT και του eMBCT σε σχέση με την συνηθισμένη θεραπεία για την διαχείριση της ψυχολογικής δυσφορίας σε ασθενείς με καρκίνο. Τυχαιοποιήθηκαν τυφλά 245 ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης του MBCT (n=77), στην ομάδα παρέμβασης eMBCT (n=90) και στην ομάδα ελέγχου (n=78). Στην ομάδα MBCT οι ασθενείς έλαβαν πρόσωπο με πρόσωπο θεραπεία 8 εβδομαδιαίων ομαδικών συνεδριών διάρκειας 2,5 ωρών, στην ομάδα eMBCT έλαβαν διαδικτυακή θεραπεία, ενώ στην ομάδα ελέγχου έλαβαν την συνηθισμένη φροντίδα που απευθυνόταν στους ασθενείς. Οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν αρχικά για το επίπεδο δυσφορίας και σε δεύτερη φάση για την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας, για το φόβο επανεμφάνισης της ασθένειας, για το μηρυκασμό, για τη σωματική ποιότητα ζωής, για τη θετική ψυχική υγεία και για τις δεξιότητες ενσυνειδητότητας πριν και μετά την παρέμβαση. Από τους 77 ασθενείς που συμμετείχαν στο MBCT οι 71 ολοκλήρωσαν 4 ή περισσότερες συνεδρίες και από το eMBCT 71 από τους 90 ασθενείς. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε ότι οι ασθενείς που συμμετείχαν στις ομάδες παρέμβασης σημείωσαν σημαντική μείωση στα επίπεδα δυσφορίας, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (MBCT σε σχέση με συνήθη θεραπεία:  $p=0,004$ , eMBCT σε σχέση με συνήθη θεραπεία:  $p=0,002$ ). Η ψυχιατρική διάγνωση ήταν χαμηλότερη στις πειραματικές ομάδες σε σχέση με την ομάδα ελέγχου,

χωρίς να προκύψει στατιστική σημαντικότητα (MBCT:p=0,030, eMBCT: p=0,076). Συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, και οι δύο ομάδες παρέμβασης εμφάνισαν σημαντική μείωση στον φόβο επανεμφάνισης της νόσου και στον μηρυκασμό καθώς και σημαντική βελτίωση στην ψυχική ποιότητα ζωής. Βελτιωμένα επίπεδα σημειώθηκαν στην ενσυνειδητότητα και στην θετική ψυχική υγεία, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, αλλά δεν φάνηκε σημαντική βελτίωση στην σωματική ποιότητα ζωής (p=0,343). Τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το HADS για την μέτρηση της δυσφορίας, το Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders για την διάγνωση της ψυχοπαθολογίας, το FCRI (Fear of Cancer Recurrence Inventory) για τον φόβο επανεμφάνισης, το RRQ (Rumination and Reflection Questionnaire) για τον μηρυκασμό, το Short Form-12 για την μέτρηση της ποιότητας ζωής, το FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire-Short Form) για τις δεξιότητες ενσυνειδητότητας και το MHC-SF (Mental Health Continuum-Short Form) για την εκτίμηση της θετικής ψυχικής υγείας (304).

15. Πραγματοποιήθηκε τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (Johannsen et al., 2016) με σκοπό την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του MBCT στη διαχείριση του πόνου σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα παρέμβασης και στην λίστα αναμονής (ομάδα ελέγχου). Στην ομάδα παρέμβασης έλαβαν θεραπεία βασισμένη στο MBCT, που διεξήχθησε ομαδικές συνεδρίες των 13 έως 17 συμμετεχόντων, σε 8 διαδοχικές εβδομάδες, όπου σε εβδομαδιαία βάση πραγματοποιούσαν 1 δίωρη συνεδρία. Καθημερινή εξάσκηση στο σπίτι των 45 λεπτών συστηνόταν από τους θεραπευτές. Οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν αρχικά για την ένταση του πόνου που βίωναν στο παρόν, για την επιβάρυνση που προερχόταν από τον πόνο, ενώ στη συνέχεια αξιολογήθηκαν για την ποιότητα ζωής, την ψυχολογική δυσφορία και την χρήση συνταγογραφούμενης ή μη φαρμακευτικής αγωγής για τον πόνο. Οι μετρήσεις αυτές έλαβαν χώρα πριν, αμέσως μετά, 3 μήνες και 6 μήνες μετά την παρέμβαση. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα στην μείωση της έντασης του πόνου (p=0,002) και στην επιβάρυνση από τον πόνο (p=0,026). Μόνο η ένταση του πόνου παρέμεινε στατιστικά σημαντική μετά από πολλαπλές συγκρίσεις, ενώ η ένταση του πόνου στην παρούσα στιγμή εμφάνισε στασιμότητα στο πέρασμα του χρόνου. Σχετικά με τις δευτερογενείς μετρήσεις βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα στα επίπεδα της ποιότητας ζωής (p=0,042) και η επίδραση της παρέμβασης στα επίπεδα της ποιότητας ζωής ήταν μεγαλύτερη στην μέτρηση αμέσως μετά την παρέμβαση και στο follow up μετά από 6 μήνες, σε σχέση με την μέτρηση μετά από 3 μήνες. Σημαντικότητα βρέθηκε και στην μείωση της φαρμακευτικής αγωγής για την

αντιμετώπιση του πόνου ( $p=0,038$ ) χωρίς να προκύψει σημαντικότητα σε κάποια από τις υπόλοιπες μεταβλητές. Αναφορικά με τη συμμόρφωση στο πρόγραμμα βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του μεγάλου αριθμού παρακολούθησης συνεδριών και μείωσης του πόνου ( $p=0,01$ ) καθώς και βελτίωσης ποιότητας ζωής ( $p=0,02$ ) στο πέραςμα του χρόνου. Η ενασχόληση με τις δεξιότητες ενσυνειδητότητας οδηγούσε σε σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής ( $p=0,01$ ) αλλά δεν προέκυψαν άλλες σημαντικές επιδράσεις της εξάσκησης ενσυνειδητότητας ( $p=0,12$ ). Βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ενσυνειδητότητας και της έντασης του πόνου. Ως παράγοντες που μεσολαβούν στην επίδραση της παρέμβασης MBCT στην μείωση του πόνου, στατιστικά σημαντική αναδείχθηκε η αποφυγή αφοσίωσης ( $p=0,03$ ) και η υποβολή σε ακτινοβολία, χωρίς ωστόσο να βρεθεί σημαντικότητα ( $p=0,075$ ). Αναφορικά με την οικονομική απόδοση της παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (MBCT : 1706€, ομάδα ελέγχου : 2436€) το 53% των γυναικών που συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης (N:19/36) σε σχέση με το 30% από την ομάδα ελέγχου (N:14/48), ανέφεραν ότι έφθασαν στην ελάχιστη κλινικά σημαντική διαφορά στην ένταση του πόνου ( $p=0,03$ ), αποκαλύπτοντας ότι το MBCT είναι μία οικονομικά αποδοτική μέθοδος διαχείρισης του πόνου σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Ως διαγνωστικά εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν το SF-MPQ-2 (Short Form McGill Pain Questionnaire 2), το PPI (Present Pain Intensity) και το 11-point NRS για τη μέτρηση του πόνου, το WHO-5 (World Health Organization-5 Well-Being Index) για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής και το HADS για την αξιολόγηση της συναισθηματικής δυσφορίας (305, 310-312).

16. Από τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή (Brotto et al., 2012) έγινε προσπάθεια να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα του MBCT σε γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο που αντιμετώπιζαν σεξουαλική δυσφορία και δυσλειτουργία. Τυχαιοποιήθηκαν 31 ασθενείς στην ομάδα παρέμβασης, δηλαδή υποβλήθηκαν σε τρεις συνεδρίες MBCT διάρκειας 90 λεπτών η καθεμία ή σε λιστα αναμονής δύο μηνών πριν την συμμετοχή στην θεραπεία (ομάδα ελέγχου). Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν ως προς τα επίπεδα σεξουαλικής δυσφορίας, απόκρισης και διάθεσης πριν, ένα μήνα μετά και έξι μήνες μετά την παρέμβαση. Από την ανάλυση των δεδομένων βρέθηκε σημαντική βελτίωση στα ποσοστά της σεξουαλικής δυσφορίας μετά την παρέμβαση ( $p=0,00077$ ). Τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το FSFI (Female Sexual Function Index), το SFQ (Sexual Function Questionnaire) και το BDI (Beck Depression Inventory) (306).

17. Πραγματοποιήθηκε μη τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή (Park et al., 2017) για την εξέταση της αποτελεσματικότητας του MBCT σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

Συμμετείχαν 12 ασθενείς με στάδιο καρκίνου του μαστού I–III σε πρόγραμμα MBCT 8 εβδομαδιαίων συνεδριών, σε ομαδική παρέμβαση. Όλοι οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, ενώ κανένας δεν έλειψε σε πάνω από μία συνέδρια. Οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν πριν, αμέσως μετά και 6 μήνες μετά την παρέμβαση. Σε πρώτη φάση αξιολογήθηκαν τα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης των ασθενών και στη συνέχεια αξιολογήθηκαν το σχετιζόμενο με τα ψυχολογικά συμπτώματα τραύμα, η ποιότητα ζωής, οι δεξιότητες ενσυνειδητότητας. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν 3 μήνες μετά την παρέμβαση σε ημιδομημένες συνεντεύξεις για την αξιολόγηση της χρησιμότητας του προγράμματος. Από την ανάλυση των δεδομένων βρέθηκε σημαντική βελτίωση στα επίπεδα του άγχους ( $p < 0.05$ ) καθώς και τάση βελτίωσης του καταθλιπτικού συναισθήματος ( $p = 0,054$ ). Βρέθηκε επίσης σημαντική βελτίωση στο ψυχολογικό τραύμα ( $p < 0,01$ ) στην ποιότητα ζωής και στις δεξιότητες ενσυνειδητότητας. Η σωματική ευημερία εμφάνισε τάση βελτίωσης, ενώ η κοινωνική ευημερία και το ψυχικό φορτίο δεν έδειξαν σημαντική βελτίωση. Από την ποιοτική ανάλυση των συνεντεύξεων φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν το πρόγραμμα ως βοηθητικό και ωφέλιμο στην μείωση του φόβου επανεμφάνισης της νόσου και στην άυξηση της πνευματικής ευημερίας. Ως διαγνωστικά εργαλεία χρησιμοποιήθηκε το HADS για την μέτρηση του άγχους και της κατάθλιψης, το IES-R (Impact of Event Scale-Revised) για το ψυχικό τραύμα, το FACT-B (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast cancer) για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής και το FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire) για την ενσυνειδητότητα (307).

18. Διεξάχθηκε τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (Vaziri et al., 2017) για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του MBCT σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού πάνω στη βελτίωση της γνωστικής συναισθηματικής λειτουργίας και στην ελάττωση των κλινικών συμπτωμάτων. Ταξινομήθηκαν 16 γυναίκες με καρκίνο του μαστού με τυχαιοποιημένο τρόπο στην ομάδα παρέμβασης, όπου έλαβαν μέρος σε πρόγραμμα MBCT 8 συνολικά συνεδριών δίωρης διάρκειας το καθένα ή στην ομάδα ελέγχου που περιλάμβανε ασθενείς σε λίστα αναμονής. Οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν για την γνωστικοσυναισθηματική τους λειτουργία καθώς και για τα επίπεδα των κλινικών συμπτωμάτων, όπως το άγχος και την κατάθλιψη, πριν, αμέσως μετά και 4 μήνες μετά την παρέμβαση σε follow up. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με την μέτρηση της διαδικασίας τροποποίησης των στρατηγικών συναισθηματικής λειτουργίας και των κλινικών συμπτωμάτων φάνηκε ότι το πρόγραμμα MBCT αύξησε σημαντικά τις προσαρμοστικές δεξιότητες των γυναικών στα στάδια μέτρησης μετά την παρέμβαση και στο follow up, χωρίς ωστόσο να προκύψει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο μετρήσεων σε σχέση με την ομάδα

ελέγχου. Το MBCT μείωσε σημαντικά τις μη προσαρμοστικές στη νόσο στρατηγικές αλλά δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στις μετρήσεις μετά την παρέμβαση και στο follow up σχετικά με τα κλινικά συμπτώματα. Βρέθηκε σημαντική διαφορά στα επίπεδα του μηρυκασμού στο follow up. Τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το DASS-21 (Depression, anxiety and stress scale) για τη μέτρηση των κλινικών συμπτωμάτων και το Cognitive Emotion Regulation Questionnaire για τη μέτρηση των προσαρμοστικών και μη προσαρμοστικών στρατηγικών των ασθενών (308).

19. Πραγματοποιήθηκε τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή (Olyaie et al., 2016) για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας του MBCT σχετικά με την ψυχική διάσταση της αυτοεικόνας του σώματος και της ποιότητας ζωής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή. Συμμετείχαν εθελοντικά 50 ασθενείς και τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα παρέμβασης (n=25) και στην ομάδα ελέγχου (n=25). Η ομάδα παρέμβασης συμμετείχε σε ομαδικό πρόγραμμα MBCT 8 συνεδριών διάρκειας 120 λεπτών, ενώ η ομάδα ελέγχου δεν έλαβε καμία θεραπευτική παρέμβαση. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν για την ποιότητα ζωής και την αυτοεικόνα του σώματος πριν και μετά την παρέμβαση. Από την ανάλυση των δεδομένων φάνηκε ότι οι μέσοι αριθμοί της αυτοεικόνας σώματος και της ποιότητας ζωής διέφεραν σημαντικά ( $p < 0,01$ ) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, μετά την παρέμβαση, φανερώνοντας την αποτελεσματικότητα του MBCT αναφορικά με τις παραπάνω μεταβλητές. Τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το SF36 (Quality of Life Questionnaire) για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και το EROTIC QOL-Br 23 Questionnaire για την μέτρηση της εικόνας σώματος των ασθενών (309). Παρακάτω παρατίθενται όλες οι μελέτες συγκεντρωτικά (Πίνακας 3).

**Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά Μελετών**

Μελέτη	Δείγμα Πληθυσμού	Σκοπός Μελέτης	Σχεδιασμός Μελέτης	Παρέμβαση	Διαγνωστικό Εργαλείο	Αποτελέσματα
<b>Foley et al. 2010</b> Αυστραλία	115 ασθενείς με μεικτές διαγνώσεις καρκίνου	Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του MBCT σε ασθενείς με καρκίνο	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, σύγκριση MBCT με ασθενείς σε λίστα αναμονής πριν, μετά και σε follow up μετά από 3 μήνες	MBCT	HAM-D HAM-A DASS FACT-G FMI	Σημαντική βελτίωση στην ομάδα παρέμβασης MBCT στα επίπεδα ενσυνειδητότητας ( $p=0,001$ ), κατάθλιψης ( $p=0,001$ ), στο άγχος ( $p=0,002$ ), στη δυσφορία ( $p=0,001$ ) και μία τάση βελτίωσης του QoL ( $p=0,011$ ). Τα παραπάνω διατηρήθηκαν και στο follow up μετά από 3 μήνες.
<b>Chambers et al. 2012</b> Αυστραλία	12 άντρες με καρκίνο του προστάτη	Αποτελεσματικότητα και αποδοχή του MBCT σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη	Μη τυχαιοποιημένη ανοιχτή κλινική δοκιμή, αξιολόγηση στην αρχή της παρέμβασης και 3 μήνες μετά την παρέμβαση	MBCT	HADS IES-R MAX-PC EPIC FACT-P FFMQ	Σημαντική βελτίωση στο άγχος ( $p=0,027$ ), στην αποφυγή ( $p=0,032$ ), στην ενσυνειδητότητα ( $p=0,019$ ) και τάση μείωσης του φόβου επανεμφάνισης της νόσου ( $p=0,062$ ).
<b>Chambers et al. 2017</b> Αυστραλία	190 ασθενείς με καρκίνο του προστάτη	Αποτελεσματικότητα του MBCT στην ελάττωση της ψυχολογικής και σχετικής με τον καρκίνο του προστάτη δυσφορίας	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή με σύγκριση της παρέμβασης του MBCT μέσω τηλεφωνικών τηλεδιάσκεψεων σε σχέση με την συνηθισμένη παρέμβαση, αξιολογώντας τους ασθενείς πριν, 3 μήνες μετά, 6 μήνες μετά και 9 μήνες μετά την παρέμβαση	MBCT μέσω τηλεδιάσκεψης	BSI IES PSA FACT-P PTGI FFMQ	Μη στατιστικά σημαντική αλλαγή και διαφορές στην πειραματική ομάδα παρέμβασης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, εκτός από σημαντική βελτίωση παρατήρησης στην πειραματική ομάδα ( $p=0,032$ ).

Μελέτη	Δείγμα Πληθυσμού	Σκοπός Μελέτης	Σχεδιασμός Μελέτης	Παρέμβαση	Διαγνωστικό Εργαλείο	Αποτελέσματα
<b>Sharplin et al.</b> 2010 Αυστραλία	19 συμμετέχοντες, εκ των οποίων οι 16 είχαν ιστορικό καρκίνου και 5 φροντιστές ασθενών με καρκίνο	Αποτελεσματικότητα του MBCT σε άτομα που βιώνουν δυσφορία, άγχος και κατάθλιψη ως συνέπεια του καρκίνου	Μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, αξιολόγηση πριν και 3 μήνες μετά την παρέμβαση	MBCT	BDI-II STAI FMI	Στατιστικά σημαντική μείωση στα επίπεδα της κατάθλιψης ( $p=0,012$ ), του άγχους ( $p=0,001$ ) και των δεξιοτήτων ενσυνειδητότητας ( $p=0,001$ ) μετά την παρέμβαση
<b>Stafford et al.</b> 2013 Αυστραλία	42 γυναίκες με καρκίνο του μαστού και γυναικολογικό καρκίνο	Αποτελεσματικότητα και αποδοχή του MBCT σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού και γυναικολογικό καρκίνο	Μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, αξιολόγηση πριν την παρέμβαση, αμέσως μετά και 3 μήνες μετά την παρέμβαση	MBCT	DASS-21 FACT-G FMI PTGI	Σημαντική βελτίωση στη δυσφορία, στην ποιότητα ζωής, στις δεξιότητες ενσυνειδητότητας και στην μετατραυματική ανθεκτικότητα, τα οφέλη αυτά διατηρήθηκαν 3 μήνες μετά την παρέμβαση
<b>Stafford et al.</b> 2015 Αυστραλία	42 γυναίκες στο MBCT και 24 στο MMP με καρκίνο του μαστού ή γυναικολογικό καρκίνο	Σύγκριση των σχετικών πλεονεκτημάτων και αποδοχής των δύο παρεμβάσεων σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού ή γυναικολογικό καρκίνο	Μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, μέτρηση των μεταβλητών πριν και αμέσως μετά την παρέμβαση	MBCT MMP	DASS-21 FACT-G FMI	Σημαντική βελτίωση στην δυσφορία, στην ποιότητα ζωής και την ενσυνειδητότητα μετά την παρέμβαση, και οι δύο παρεμβάσεις αξιολογήθηκαν ως βοηθητικές και ωφέλιμες, χωρίς να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο παρεμβάσεων.
<b>Kingston et al.</b> 2015 Ιρλανδία	16 ασθενείς με διάφορες διαγνώσεις καρκίνου, σε σταθερή κατάσταση	Αποτελεσματικότητα του MBCT στη μείωση του άγχους, της κατάθλιψης, της δυσφορίας και την προαγωγή της ποιότητας ζωής. Μεσολάβηση της ενσυνειδητότητας και της συμπίνας στραμμένη στον εαυτό στην μείωση των καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, σύγκριση της ομάδας παρέμβασης με την ομάδα ελέγχου (συνηθισμένη μορφή θεραπείας) πριν, αμέσως μετά και 3 μήνες μετά την παρέμβαση	MBCT	HADS POMS BSI, WHO-5 KIMS SCS	Στατιστικά σημαντική βελτίωση στα επίπεδα κατάθλιψης και του άγχους μετά την παρέμβαση. Θετικές αλλά μη στατιστικά σημαντικές αλλαγές στη δυσφορία, στην ποιότητα ζωής, στην ενσυνειδητότητα και στη συμπίνα στραμμένη στον εαυτό.

Μελέτη	Δείγμα Πληθυσμού	Σκοπός Μελέτης	Σχεδιασμός Μελέτης	Παρέμβαση	Διαγνωστικό Εργαλείο	Αποτελέσματα
L'Estrange et al. 2016 Ιρλανδία	10 ασθενείς με καρκίνο	Μελέτη των αλλαγών που προκύπτουν στον εαυτό και στην αυτο-συμπόνια μετά το πρόγραμμα MBCT	Ποιοτική έρευνα Ημιδομημένη συνέντευξη 4-6 εβδομάδες μετά την παρέμβαση	MBCT	Ημιδομημένη συνέντευξη	Αλλαγές σχετικά με τον εαυτό και τους άλλους, αλλαγές σχετικά με την στην αυτο-συμπόνια, παράγοντες της παρέμβασης που επιδρούν στις αλλαγές αυτές
Van der Lee et al. 2016 Ολλανδία	83 ασθενείς με διάφορους τύπους καρκίνου	Αποτελεσματικότητα του MBCT στην μείωση της σοβαρότητας της κόπωσης που σχετίζεται με τον καρκίνο	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, σύγκριση ομάδα παρέμβασης (MBCT) με ομάδα ελέγχου (ασθενείς σε λίστα αναμονής), πριν, μετά και έξι μήνες μετά την παρέμβαση	MBCT	CIS  Sickness Impact Profile  Dutch Health and Disease-Inventory	Βελτίωση της ομάδας MBCT κατά 30% έναντι του 4% βελτίωσης της ομάδας ελέγχου, Βελτίωση στο επίπεδο κόπωσης και στην ευημερία, Δε βρέθηκε σημαντική διαφορά στην λειτουργική έκπτωση
Cillessen et al. 2018 Ολλανδία	245 ασθενείς με οποιαδήποτε διάγνωση καρκίνου	Μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων ενσυνειδητότητας σε ασθενείς με καρκίνο, Παράγοντες που μεσολαβούν στις παρεμβάσεις	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, Σύγκριση του MBCT και του eMBCT, Μέτρηση των μεταβλητών πριν, αμέσως μετά, 3 μήνες μετά και 9 μηνές μετά την παρέμβαση	MBCT eMBCT	HADS FCRI RRQ MHC-SF SF-12 SCID-I NEO-FFI FFMQ-SF	Μακροπρόθεσμη μείωση του μηρυκασμού και της δυσφορίας, αύξηση της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής και στις δύο παρεμβάσεις, σε follow up μετά από 9 μήνες, Μικρότερη μακροπρόθεσμη δυσφορία σε ασθενείς με αρχικά χαμηλότερα ποσοστά ενσυνειδητότητας, στην ομάδα παρέμβασης eMBCT
Everts et al. 2015 Ολλανδία	257 ασθενείς με διάφορους τύπους καρκίνου	Αποτελεσματικότητα του eMBCT σε ασθενείς με κόπωση και δυσφορία που επέζησαν από τον καρκίνο	Μη τυχαιοποιημένη πιλοτική μελέτη, αξιολόγηση πριν και ένα μήνα μετά την παρέμβαση	eMBCT	CIS HADS	Σημαντική μείωση της κόπωσης και της δυσφορίας μετά την παρέμβαση



Μελέτη	Δείγμα Πληθυσμού	Σκοπός Μελέτης	Σχεδιασμός Μελέτης	Παρέμβαση	Διαγνωστικό Εργαλείο	Αποτελέσματα
<b>Bruggeman</b> Everts et al. 2017 Ολλανδία	167 ασθενείς που επιβίωσαν από τον καρκίνο	Κλινική αποτελεσματικότητα διαδικτυακών παρεμβάσεων στην μείωση της κόπωσης	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, σύγκριση του AAF και του eMBCT με την ομάδα ψυχοεκπαίδευσης (ομάδα ελέγχου) Αξιολόγηση πριν,στη διάρκεια, 2 εβδομάδες και 6 μήνες μετά την παρέμβαση	eMBCT AAF	CIS-FS  HADS  Positive (PA) and Negative (NA) Affect Schedule	Σημαντική μείωση της κόπωσης στις πειραματικές ομάδες σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, Και οι δύο παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στην διαχείριση της κόπωσης
<b>Compen</b> et al. 2017 Ολλανδία	31 ασθενείς με καρκίνο, 8 θεραπευτές	Ανάδειξη παραγόντων που διευκολύνουν και δυσχεραίνουν την αποτελεσματικότητα του eMBCT	Ποιοτική έρευνα, ταξινόμηση συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης eMBCT, στην ομαδική παρέμβαση MBCT και στην ομάδα ελέγχου της συνήθους θεραπείας, Ημιδομημένη συνέντευξη 3 μήνες μετά την παρέμβαση	eMBCT	Ημιδομημένη συνέντευξη	4 κοινά θέματα ασθενών και θεραπευτών διευκολυντών και εμποδίων: 1)Σύνθεση θεραπείας 2)Μορφή και μέθοδος θεραπείας 3)Ρόλος του θεραπευτή 4)Ατομικά χαρακτηριστικά ασθενών
<b>Compen</b> et al. 2018 Ολλανδία	245 ασθενείς με καρκίνο	Αποτελεσματικότητα του MBCT και eMBCT στην μείωση της δυσφορίας ασθενών με καρκίνο	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, σύγκριση του MBCT και του eMBCT σε σχέση με την συνηθισμένη θεραπεία (ομάδα ελέγχου) πριν και μετά την παρέμβαση	MBCT eMBCT	HADS  Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders  FCRI  RRQ  Short Form-12  FFMQ  MHC-SF	Σημαντική μείωση της δυσφορίας, του μηρυκασμού, του φόβου επανεμφάνισης του καρκίνου και βελτίωση της ποιότητας ζωής στις ομάδες παρέμβασης, Δε βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα στην μείωση της ψυχιατρικής διάγνωσης, ενώ η σωματική υγεία δεν εμφάνισε βελτίωση.

Μελέτη	Δείγμα Πληθυσμού	Σκοπός Μελέτης	Σχεδιασμός Μελέτης	Παρέμβαση	Διαγνωστικό Εργαλείο	Αποτελέσματα
<b>Johannsen et al.</b> 2016 Δανία	129 γυναίκες με καρκίνο του μαστού	Αποτελεσματικότητα του MBCT στην αντιμετώπιση του πόνου σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, Σύγκριση ομάδας παρέμβασης MBCT με ασθενείς σε λίστα αναμονής, αξιολόγηση των ασθενών πριν, αμέσως μετά, 3 και 6 μήνες μετά την παρέμβαση	MBCT	SF-MPQ-2 PPI 11-point NRS WHO-5 HADS	Στατιστικά σημαντική βελτίωση στον πόνο ( $p=0,002$ ), στην παρούσα ένταση του πόνου ( $p=0,026$ ), στην ποιότητα ζωής ( $p=0,028$ ) και στην φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου ( $p=0,0038$ ).
<b>Brotto et al.</b> 2018 Καναδάς	31 ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο	Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας MBCT σε γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο που αντιμετωπίζουν σεξουαλικές δυσλεπουργίες	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, Σύγκριση ομάδας παρέμβασης MBCT με ασθενείς σε λίστα αναμονής, αξιολόγηση των ασθενών πριν, 1 μήνα και 6 μήνες μετά την παρέμβαση	MBCT	FSFI SFQ BDI	Σημαντική βελτίωση σε όλους τους τομείς της σεξουαλικής απόκρισης, δε βρέθηκαν σημαντικά αποτελέσματα στην ομάδα ελέγχου
<b>Park et al.</b> 2017 Ιαπωνία	12 ασθενείς με καρκίνο του μαστού	Αποτελεσματικότητα του MBCT σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού	Μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, αξιολόγηση των ασθενών πριν, μετά και 3 μήνες μετά την παρέμβαση	MBCT	HADS IES-R FACT-B FFMQ	Σημαντική βελτίωση στο άγχος, το ψυχικό τραύμα, την ποιότητα ζωής, Τάση βελτίωσης της κατάθλιψης
<b>Vaziri et al.</b> 2017 Ιραν	16 γυναίκες με καρκίνο του μαστού	Αποτελεσματικότητα του MBCT στη βελτίωση της γνωστικοσυναισθηματικής λειτουργίας και των κλινικών συμπτωμάτων	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, αξιολόγηση ομάδα παρέμβασης συγκριτικά με ομάδα ελέγχου (ασθενείς σε λίστα αναμονής) πριν, μετά και 4 μήνες μετά την παρέμβαση	MBCT	DASS-21  Cognitive Emotion Regulation Questionnaire	Σημαντική μείωση στα επίπεδα των μη προσαρμοστικών στρατηγικών, δε βρέθηκε σημαντική διαφορά στην προαγωγή των προσαρμοστικών δεξιοτήτων και την βελτίωση των κλινικών συμπτωμάτων μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου
<b>Olyae et al.</b> 2016 Ιραν	50 γυναίκες με καρκίνο του μαστού	Αποτελεσματικότητα MBCT πάνω στην εικόνα σώματος και την ποιότητα ζωής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού μετά από μαστεκτομή	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, σύγκριση ομάδας παρέμβασης MBCT με ομάδα που δεν έλαβε θεραπεία	MBCT	SF36  EROTIC QOL-Br 23 Questionnaire	Σημαντική διαφορά των μέσων της εικόνας εαυτού και της ποιότητας ζωής της πειραματικής ομάδας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου

			(ομάδα ελέγχου) πριν και μετά την παρέμβαση			
--	--	--	---	--	--	--

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση είχε ως σκοπό τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) αναφορικά με την ελάφρυνση των ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων ασθενών που πάσχουν από καρκίνο. Σε πέντε μελέτες η παρέμβαση αφορούσε το πρόγραμμα eMBCT, όπου έγινε εφαρμογή του προγράμματος μέσω διαδικτυακού ιστότοπου σε ατομικό επίπεδο (300,301,302,303,304), ενώ σε δύο από αυτές έγινε σύγκριση του eMBCT και του MBCT με ομάδα ελέγχου (300,304). Από την εξέταση των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών βρέθηκε σημαντική βελτίωση στις μεταβλητές των ερευνών, όπως την ψυχολογική δυσφορία, την ποιότητα ζωής και τις δεξιότητες ενσυνειδητότητας σε 9 μελέτες (291,299,300,302,304-306,308,309), ενώ σε δύο μελέτες δεν βρέθηκαν σημαντικές αλλαγές στις παραπάνω μεταβλητές σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (293,297). Από τη διερεύνηση των μη τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών φάνηκε αποτελεσματικότητα της παρέμβασης MBCT στην προαγωγή της ψυχολογικής ευημερίας και της ποιότητας ζωής, αλλά λόγω του μικρού δείγματος των συμμετεχόντων και της μη ύπαρξης ομάδας ελέγχου για την σύγκριση των αποτελεσμάτων είναι δύσκολο να γενικευτούν τα αποτελέσματα στον γενικό πληθυσμό ως αντιπροσωπευτικά χωρίς την απειλή τυχαίου σφάλματος (292,294-296,307). Μία ποιοτική μελέτη (L'Éstrange et al., 2016) ανέδειξε τις αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στις ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις των ασθενών μετά την παρέμβαση MBCT (298). Αναφορικά με τον επανέλεγχο της επίδρασης της παρέμβασης στο πέρασμα του χρόνου, σε δύο μελέτες πραγματοποιήθηκε follow up σε 9 μήνες (293,300), τέσσερις μελέτες επανεξέτασαν τους ασθενείς σε 6 μήνες (299,302,305,306), οκτώ μελέτες σε 3 μήνες (291,292,294-297,303,307), μία σε 4 μήνες (308), δύο μελέτες σε 1 μήνα (298,301) και δύο έρευνες αμέσως μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης (304,309). Από τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης στην ατομική-ηλεκτρονική μορφή της (eMBCT) με

την ομαδική της μορφή (MBCT), μία μελέτη (Cillessen et al., 2018) έδειξε υπεροχή του eMBCT στην μακροπρόθεσμη μείωση της δυσφορίας, ειδικότερα σε ασθενείς με χαμηλές δεξιότητες ενσυνειδητότητας-προαναφέρθηκε ως τρόπος μέτρησης ενσυνειδητότητας (300), ενώ άλλη μελέτη βρήκε τις δύο μορφές εφαρμογής της παρέμβασης, δηλαδή την ομαδική και ατομική, εξίσου αποτελεσματικές στην ψυχολογική αποφόρτιση των ασθενών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (304). Από μελέτη (Bruggeman et al., 2017) που σύγκρινε την αποτελεσματικότητα της eMBCT με άλλη παρέμβαση (AAF- Ambulant Activity Feedback) δε βρέθηκε σημαντική διαφορά στην αποτελεσματικότητα των δύο παρεμβάσεων αναφορικά με τη μείωση της κόπωσης ασθενών με καρκίνο, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (302). Μη τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή (Compen et al., 2017) έδειξε σημαντική αποτελεσματικότητα του eMBCT στην ανακούφιση της κόπωσης (301), ενώ από ποιοτική μελέτη αναδείχθηκαν πιθανοί παράγοντες που διευκολύνουν και δυσχεραίνουν την παρέμβαση eMBCT, τονίζοντας την ευελιξία που παρέχει (303). Σε τέσσερις μελέτες οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν την παρέμβαση ως βοηθητικές και ωφέλιμες για τους ίδιους (292,295,296,301,307). Οι μεταβλητές στις οποίες δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μετά την παρέμβαση ήταν η ποιότητα ζωής (291), η συναισθηματική δυσφορία και οι δεξιότητες ενσυνειδητότητας (293), τα συμπτώματα άγχους (294), η λειτουργική έκπτωση (299), ο φόβος επανεμφάνισης του καρκίνου σε επανέλεγχο μετά από 9 μήνες (300), η σωματική ποιότητα ζωής (304), τα κλινικά συμπτώματα της νόσου (308), η κοινωνική ευημερία και το ψυχικό φορτίο (307).

Η παρούσα ανασκόπηση έχει ορισμένους περιορισμούς που αναλύονται παρακάτω. Η αναζήτηση περιορίστηκε στην Αγγλική βιβλιογραφία. Σε δύο από τις συνολικά έντεκα τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές το δείγμα του εξεταζόμενου πληθυσμού ήταν σχετικά μικρό (297,308). Οι μη τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές υστερούσαν σε διεξαγωγή αντιπροσωπευτικού συμπεράσματος καθώς δεν υπήρχε σύγκριση με ομάδα ελέγχου. Οι έρευνες που πραγματοποιούσαν επανέλεγχο σε follow up μεγαλύτερου χρονικού διαστήματος των 3 μηνών ήταν εξαιρετικά περιορισμένες και δεν υπήρχε ομάδα ελέγχου για την σύγκριση των δεδομένων που προκύπτουν από τα follow up. Η πλειοψηφία των μη τυχαίοποιημένων και ποιοτικών μελετών είχαν μικρό μέγεθος δείγματος με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η διεξαγωγή ασφαλούς συμπεράσματος προς γενίκευση στο συνολικό πληθυσμό. 1) Δεδομένου του μικρού αριθμού δημοσιευμένων μελετών πάνω στην παρέμβαση MBCT σε ασθενείς με καρκίνο, στην συστηματική ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν ετερογενείς ως προς τον σχεδιασμό μελέτες με αποτέλεσμα να είναι

περίπλοκη η διεξαγωγή σαφούς συμπεράσματος. Δεν πραγματοποιήθηκε ποσοτική ανάλυση των δεδομένων με μετά-ανάλυση ώστε να υπάρξει ένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ή όχι των δεδομένων καθώς και να αναδειχθεί πιθανή ετερογένεια μεταξύ των μελετών.

2) Κρίνεται σημαντικό να διεξαχθούν περισσότερες τυχαιοποιημένες και μη κλινικές δοκιμές με μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού, καθώς απαιτούνται περισσότερες μελέτες για την εύρεση υπεροχής της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) σε ασθενείς με καρκίνο (291-293, 297, 300-302). Είναι εξαιρετικά σημαντικό να σχεδιαστούν έρευνες που θα περιλαμβάνουν μακροπρόθεσμη αξιολόγηση των επιδράσεων της παρέμβασης μέσω ελέγχου, καθώς μόνο έτσι είναι δυνατή η αναγνώριση της δυνατότητας εδραίωσης των αποτελεσμάτων στους συμμετέχοντες της παρέμβασης (291,292,294-297,303,307,304,308, 309).

3) Επιπλέον πρέπει να σχεδιαστούν και να διεξαχθούν περισσότερες ποιοτικές έρευνες με μεγαλύτερα μεγέθη δείγματος, στις οποίες θα γίνεται προσπάθεια να αποσαφηνιστούν οι διαδικασίες μέσω των οποίων εγκαθιδρύονται οι επιδράσεις της παρέμβασης, καθώς και οι παράγοντες που μεσολαβούν βοηθητικά ή ως εμπόδια στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης, μέσω της ανάλυσης της εμπειρίας των συμμετεχόντων (298,302-304,).

4) Περισσότερη έρευνα απαιτείται για την ανεύρεση της καταλληλότερης μορφής παρέμβασης, ανάμεσα σε ατομική ή ομαδική αλλά και σε πρόσωπο με πρόσωπο ή απομακρυσμένη εφαρμογή της, ανάλογα με τα εξατομικευμένα χαρακτηριστικά των ασθενών, το είδος του καρκίνου, όπως προκύπτει από την διάγνωση και το στάδιο της ασθένειας (300-305). 5) Τέλος, μία μετα-ανάλυση των μελετών θα μπορούσε να οδηγήσει σε νέα ποσοτικά συμπεράσματα όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) έναντι της μη παρέμβασης ή της συνηθισμένης θεραπείας στην αντιμετώπιση της ψυχολογικής και σωματικής επιβάρυνσης των ατόμων που νοσούν από την ασθένεια του καρκίνου.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την εξέταση των μελετών συμπεραίνεται ότι η Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) είναι ωφέλιμη και αποτελεσματική στους ασθενείς που υποφέρουν από καρκίνο, βελτιώνοντας τα επίπεδα συναισθηματικής δυσφορίας, την ποιότητα ζωής, τα καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα και την ουσιαστική ενσωμάτωση των δεξιοτήτων ενσυνειδητότητας στην καθημερινή πρακτική. Επιπλέον η

παρέμβαση που παρέχεται μέσω του διαδικτύου και γενικά με απομακρυσμένο τρόπο και όχι «πρόσωπο με πρόσωπο» φάνηκε ιδιαίτερα αποτελεσματική σε ασθενείς που οι επιπτώσεις του καρκίνου έχουν ελαττώσει ριζικά την καθημερινή λειτουργικότητα τους, όπως τη δυνατότητα μετακίνησης (304). Η εξατομικευμένη εφαρμογή της παρέμβασης, που συμπεριλαμβάνει εξάσκηση στο σπίτι, έχει φανεί ότι βοηθάει τους ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση υγείας να συμμετέχουν στην θεραπευτική παρέμβαση. Οι κλινικές οδηγίες υπογραμμίζουν ότι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις πρέπει να διαδραματίζουν αναπόσπαστο κομμάτι στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που παρέχονται σε άτομα με καρκίνο, με την Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) να αντιπροσωπεύει μία κύρια παρέμβαση (National Institute for Health and Care Excellence 2004). Η ενσυνειδητότητα παρέχει νέους τρόπους διαχείρισης του τραύματος και της δυσφορίας, από κοινού με έναν εναλλακτικό τρόπο αντιμετώπισης της αποφυγής και του μηρυκασμού, δηλαδή το αναμάσημα των σκέψεων, μέσω της επίγνωσης πάνω στην παρούσα εμπειρία και της εφαρμογής των γνωσιακών-συμπεριφορικών τεχνικών (66). Παρόλο που το πρόγραμμα παρέμβασης MBCT σε ασθενείς με καρκίνο παρουσιάζεται αρκετά υποσχόμενο σε ένα ευρύ φάσμα συνθηκών, υπάρχουν προβλήματα αναφορικά με την διαθεσιμότητα και την προσιτότητα που ενδέχεται να περιορίζουν την διάδοση της παρέμβασης. Οι έρευνες που θα πραγματοποιηθούν στο μέλλον πρέπει να προσαρμοστούν στις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών που υποφέρουν από καρκίνο, ώστε να καλυφθεί το κενό που υπάρχει στον τομέα της φροντίδας υγείας (258, 273-274).

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή** Η αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) στην ανακούφιση των ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων ασθενών με καρκίνο έχει στηριχθεί από πρωτογενείς μελέτες. Ωστόσο μία συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την διερεύνηση της ωφελιμότητας του MBCT σε ασθενείς με καρκίνο δεν έχει εξεταστεί μεμονωμένα.

**Μεθοδολογία** Πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus, Cochrane Library και στην ελληνική βιβλιογραφία, με την τελευταία αναζήτηση να πραγματοποιείται τον Ιούλιο του 2018. Αναγνωρίστηκαν και παρουσιάστηκαν πληροφορίες σχετικά με τους σκοπούς, τον σχεδιασμό, το μέγεθος του δείγματος, τα διαγνωστικά εργαλεία, τα αποτελέσματα και πληροφορίες σχετικά με την παρέμβαση από κάθε μελέτη.

**Αποτελέσματα** Δεκαεννέα μελέτες κρίθηκαν κατάλληλες για εισαγωγή στην ανασκόπηση. Από τις μελέτες που αναγνωρίστηκαν έντεκα ήταν τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, έξι μη τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές χωρίς ομάδα ελέγχου και δύο ποιοτικές μελέτες, οι οποίες εξέταζαν την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) σε ασθενείς με καρκίνο. Δεκαπέντε μελέτες έδειξαν σημαντική βελτίωση στα ψυχολογικά συμπτώματα όπως το άγχος, την δυσφορία και την κατάθλιψη, στην προαγωγή της ποιότητας ζωής, στην αποδοχή της ασθένειας, στην χρήση των δεξιοτήτων ενσυνειδητότητας και στην αποφόρτιση σωματικών συμπτωμάτων μετά την παρέμβαση. Από τις ποιοτικές μελέτες αναδείχθηκαν διαδικασίες αλλαγής και παράγοντες που διευκολύνουν ή εμποδίζουν την επίδραση της παρέμβασης.

**Συμπεράσματα** Η παρέμβαση της Γνωσιακής Θεραπείας με βάση την Ενσυνειδητότητα (MBCT) θεωρείται μία ωφέλιμη και αποτελεσματική θεραπευτική μέθοδος στον τομέα της ψυχολογίας. Περισσότερες μελέτες απαιτούνται για να αναγνωριστεί κατά πόσο η θεραπευτική αυτή παρέμβαση υπερέχει σε σχέση με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις, καθώς και συγκριτική αξιολόγηση των διαφορετικών μορφών εφαρμογής της.

**Λέξεις κλειδιά** : Γνωσιακή Θεραπεία με βάση την Ενσυνειδητότητα, Ενσυνειδητότητα, παρεμβάσεις Ενσυνειδητότητας, Γνωσιακό-Συμπεριφορικό Μοντέλο, ψυχολογικές παρεμβάσεις, καρκίνος, νεοπλασματική νόσος

## ABSTRACT

**Introduction** The effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) on alleviating psychological and physical symptoms in cancer care has been supported by studies. However a systematic review for the effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) exclusively on cancer patients has not been performed yet.

**Methods** Systematic Literature review was performed through scientific databases such as PubMed, Scopus and Cochrane Library and Greek literature, from April to July 2018. Information about aims, design, participant sample, measures, findings and intervention details were extracted from each study.

**Results** Nineteen studies had been judged eligible for inclusion to the present study. Studies which were identified, were eleven randomised control trials, six non-randomised control trials and two qualitative studies, which examined the effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) on cancer patients. Fifteen studies reported significant improvements in psychological symptoms such as anxiety, distress and depression, in quality of life, in “acceptance” of the disease, in mindfulness skills and in alleviating physical symptoms as an effect of intervention. From qualitative studies were emerged processes of change, facilitators or barriers of intervention’s effect.

**Conclusion** The Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) is considered as a beneficial and effective intervention on psycho oncology. Furthermore research is needed in order to identify the superiority of this intervention compared to other psychological interventions. Research is required to examine different styles of mindfulness delivery are recommended.

**Keywords:** Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Mindfulness, Mindfulness based interventions, Cognitive Behavioral Therapy, cancer, neoplasm



## BIBΛIOΓΡΑΦΙΑ

1. Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. 2007. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*, 18(4), 211-237.
2. Brown, K. W., & Ryan, R. M. 2003. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
3. Killingsworth, M. A. & Gilbert, D. T. 2010. A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330(6006), 932-932.
4. Kabat-Zinn, J. 1982. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47.
5. Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D. & Davidson, R. J. 2008. Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in cognitive sciences*, 12(4), 163-169.
6. Grabovac, A. D., Lau, M. A. & Willett, B. R. 2011. Mechanisms of mindfulness: A Buddhist psychological model. *Mindfulness*, 2(3), 154-166.
7. Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burncy, R. & Sellers, W. 1986. Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: treatment outcomes and compliance. *The Clinical Journal of Pain*, 2(3), 159-774.
8. Kabat-Zinn, J. 1993. Mindfulness meditation: Health benefits of an ancient Buddhist practice. In Goleman, D. & Garin, J. (Eds.), *Mind/Body Medicine*. Yonkers, NY: Consumer Reports.
9. Baer, R. A., Smith, G. T. & Allen, K. B. 2004. Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.
10. Raes, F. & Williams, J. M. G. 2010. The relationship between mindfulness and uncontrollability of ruminative thinking. *Mindfulness*, 1(4), 199-203.
11. Kabat-Zinn, J. 2003. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
12. Baer, R. A. 2003. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143.
13. Borders, A., Earleywine, M. & Jajodia, A. 2010. Could mindfulness decrease anger, hostility, and aggression by decreasing rumination?. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 36(1), 28-44.

14. Cox, T. 2018. Perceived Ethnic Discrimination, Rumination, and Hope: Implications for Sleep Quality in Minority and Non-Minority College Students (*Doctoral dissertation, Western Carolina University*).
15. Wilson, T. D., Reinhard, D. A., Westgate, E. C., Gilbert, D. T., Ellerbeck, N., Hahn, C. & Shaked, A. 2014. Just think: The challenges of the disengaged mind. *Science*, 345(6192), 75-77.
16. Kabat-Zinn, J. & Hanh, T. N. 2009. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta.
17. Choi, Y., Karremans, J. C. & Barendregt, H. 2012. The happy face of mindfulness: Mindfulness meditation is associated with perceptions of happiness as rated by outside observers. *The Journal of Positive Psychology*, 7(1), 30-35.
18. Ελληνική Εταιρεία Έρευνας της Συμπεριφοράς, (2014). Νέες τάσεις στην Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία. Φατούρου-Χαρίτου Μ., Χαλιμούρδας Θ. (επιμέλεια). Αθήνα: *Γρηγόρη*, Κεφάλαιο 11: 344-348
19. Kabat-Zinn, J. 2005. Coming to our senses. *New York: Hyperion*.
20. Kabat-Zinn J. Wherever you go, there you are: *Mindfulness meditation in everyday life. 1st Hyperion; New York: 1994*.
21. Salmon, P., Sephton, S., Weissbecker, I., Hoover, K., Ulmer, C. & Studts, J. L. 2004. Mindfulness meditation in clinical practice. *Cognitive and behavioral practice*, 11(4), 434-446.
22. Kerr, C. E., Josyula, K. & Littenberg, R. 2011. Developing an observing attitude: An analysis of meditation diaries in an MBSR clinical trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(1), 80-93.
23. Lutz, A., Dunne, J. D. & Davidson, R. J. 2006. Meditation and the neuroscience of consciousness: An introduction. *The Cambridge handbook of consciousness*, 19.
24. Robins, J. L. W., Kiken, L., Holt, M. & McCain, N. L. 2014. Mindfulness: An effective coaching tool for improving physical and mental health. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(9), 511-518.
25. Taylor, V. A., Grant, J., Daneault, V., Scavone, G., Breton, E., Roffe-Vidal, S. & Beauregard, M. 2011. Impact of mindfulness on the neural responses to emotional pictures in experienced and beginner meditators. *Neuroimage*, 57(4), 1524-1533.
26. Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V. & Hofmann, S. G. 2013. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review*, 33(6), 763-771.

27. Hülshager, U. R., Alberts, H. J., Feinholdt, A. & Lang, J. W. 2013. Benefits of mindfulness at work: the role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 98(2), 310.
28. Carmody, J. & Baer, R. A. 2008. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of behavioral medicine*, 31(1), 23-33.
29. Collard, P., Avny, N. & Boniwell, I. 2008. Teaching mindfulness based cognitive therapy (MBCT) to students: The effects of MBCT on the levels of mindfulness and subjective well-being. *Counselling Psychology Quarterly*, 21(4), 323-336.
30. Kluepfel, L., Ward, T., Yehuda, R., Dimoulas, E., Smith, A. & Daly, K. 2013. The evaluation of mindfulness-based stress reduction for veterans with mental health conditions. *Journal of Holistic Nursing*, 31(4), 248-255.
31. Barnes, S., Brown, K. W., Krusemark, E., Campbell, W. K. & Rogge, R. D. 2007. The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *Journal of marital and family therapy*, 33(4), 482-500.
32. Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. 2004. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35-43.
33. Day, M. A., Thorn, B. E., Ward, L. C., Rubin, N., Hickman, S. D., Scogin, F. & Kilgo, G. R. 2014. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of headache pain: a pilot study. *The Clinical journal of pain*, 30(2), 152-161.
34. Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F. & Sheridan, J. F. 2003. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 564-570.
35. Wells, R. E., Burch, R., Paulsen, R. H., Wayne, P. M., Houle, T. T. & Loder, E. 2014. Meditation for migraines: a pilot randomized controlled trial. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 54(9), 1484-1495.
36. Ong, J. C., Manber, R., Segal, Z., Xia, Y., Shapiro, S. & Wyatt, J. K. 2014. A randomized controlled trial of mindfulness meditation for chronic insomnia. *Sleep*, 37(9), 1553-1563.
37. Parkin, L., Morgan, R., Rosselli, A., Howard, M., Sheppard, A., Evans, D. & Dunn, B. 2014. Exploring the relationship between mindfulness and cardiac perception. *Mindfulness*, 5(3), 298-313.
38. Levine, G. N., Lange, R. A., Bairey-Merz, C. N., Davidson, R. J., Jamerson, K., Mehta, P. K. & Shah, T. 2017. Meditation and cardiovascular risk reduction: a scientific statement

- from the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, 6(10), e002218.
39. Nyklíček, I. & Kuijpers, K. F. 2008. Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism?. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(3), 331-340.
  40. O'Shaughnessy, A. 2014. Beyond "Focused and Relaxed": The Relationship Between Executive Functioning, Mindful Awareness Practices and Therapeutic Approaches in Alternative School Settings.
  41. Astin, J. A. 1998. Stress reduction Through Mindfulness Meditation: Effects on Psychological Symptomatology, Sense of Control, and Spiritual Experiences. *Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health*, 1998(4), 113-114.
  42. Crane, B. 2002. Full catastrophe living; using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. Jon Kabat-Zinn, 1996 Publisher: Piatkus, London ISBN: 0-749-915-854. *Spirituality and Health International*, 3(2), 52-52.
  43. Wallace, B. A. & Shapiro, S. L. 2006. Mental balance and well-being: building bridges between Buddhism and Western psychology. *American Psychologist*, 61(7), 690.
  44. Will, A., Rancea, M., Monsef, I., Wöckel, A., Engert, A. & Skoetz, N. 2015. Mindfulness-based stress reduction for women diagnosed with breast cancer. *The Cochrane Library*.
  45. Lisa Christine Vettese PhD, C. 2009. Do mindfulness meditation participants do their homework? And does it make a difference? A review of the empirical evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 198.
  46. Walach, H., Nord, E., Zier, C., Dietz-Waschkowski, B., Kersig, S. & Schüpbach, H. 2007. Mindfulness-based stress reduction as a method for personnel development: A pilot evaluation. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 188.
  47. Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R. & Ott, U. 2011. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, 6(6), 537-559.
  48. Meibert, P., Michalak, J., & Heidenreich, T. 2011. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61(7), 328-332.
  49. Vollestad, J., Sivertsen, B. & Nielsen, G. H. 2011. Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(4), 281-288.

50. Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T. & Lazar, S. W. 2011. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 36-43.
51. Carlson, L. E. 2012. Mindfulness-based interventions for physical conditions: a narrative review evaluating levels of evidence. *ISRN psychiatry*, 2012.
52. Hoffman, C. J., Ersser, S. J., Hopkinson, J. B., Nicholls, P. G., Harrington, J. E. & Thomas, P. W. 2012. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast-and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: a randomized, controlled trial. *J Clin Oncol*, 30(12), 1335-1342.
53. Lengacher, C. A., Reich, R. R., Post-White, J., Moscoso, M., Shelton, M. M., Barta, M. & Budhrani, P. 2012. Mindfulness based stress reduction in post-treatment breast cancer patients: an examination of symptoms and symptom clusters. *Journal of behavioral medicine*, 35(1), 86-94.
54. Ludwig, D. S. & Kabat-Zinn, J. 2008. Mindfulness in medicine. *Jama*, 300(11), 1350-1352.
55. Dobkin, P. L. & Zhao, Q. 2011. Increased mindfulness—The active component of the mindfulness-based stress reduction program?. *Complementary therapies in clinical practice*, 17(1), 22-27.
56. Gallegos, A. M., Hoerger, M., Talbot, N. L., Krasner, M. S., Knight, J. M., Moynihan, J. A. & Duberstein, P. R. 2013. Toward identifying the effects of the specific components of mindfulness-based stress reduction on biologic and emotional outcomes among older adults. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(10), 787-792.
57. Smith, J. E., Richardson, J., Hoffman, C. & Pilkington, K. 2005. Mindfulness-Based Stress Reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 52(3), 315-327.
58. Henderson, V. P., Clemow, L., Massion, A. O., Hurley, T. G., Druker, S., & Hébert, J. R. 2012. The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: a randomized trial. *Breast cancer research and treatment*, 131(1), 99-109.
59. Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. 2004. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35-43.
60. Monti, D. A., Peterson, C., Kunkel, E. J. S., Hauck, W. W., Pequignot, E., Rhodes, L. & Brainard, G. C. 2006. A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(5), 363-373.

61. Carlson, L. E., Speca, M., Faris, P. & Patel, K. D. 2007. One year pre–post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, behavior, and immunity*, 21(8), 1038-1049.
62. Astin, J. A., Shapiro, S. L., Eisenberg, D. M. & Forys, K. L. 2003. Mind-body medicine: state of the science, implications for practice. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 16(2), 131-147.
63. Smith, B. W., Shelley, B. M., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E. & Bernard, J. 2008. A pilot study comparing the effects of mindfulness-based and cognitive-behavioral stress reduction. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(3), 251-258.
64. Speca, M., Carlson, L. E., Goodey, E. & Angen, M. 2000. A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic medicine*, 62(5), 613-622.
65. Tacón, A. M., McComb, J., Caldera, Y. & Randolph, P. 2003. Mindfulness meditation, anxiety reduction, and heart disease: a pilot study. *Family & community health*, 26(1), 25-33.
66. Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. 2018. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
67. Ma, S. H. & Teasdale, J. D. 2004. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(1), 31.
68. Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. & Lau, M. A. 2000. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 615.
69. Finucane, A. & Mercer, S. W. 2006. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC psychiatry*, 6(1), 14.
70. Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D. & Causley, A. 2015. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9988), 63-73.
71. Michalak, J., Hölz, A. & Teismann, T. 2011. Rumination as a predictor of relapse in mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(2), 230-236.

72. Barnard, L. K. & Curry, J. F. 2011. Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology*, 15(4), 289.
73. Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L. & Rude, S. S. 2007. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41(1), 139-154.
74. Williams, E. C. 2015. Self-compassion and self-forgiveness as mediated by rumination, shame-proneness, and experiential avoidance: Implications for mental and physical health.
75. Teasdale, J. D., Segal, Z. & Williams, J. M. G. 1995. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?. *Behaviour Research and therapy*, 33(1), 25-39.
76. Eisendrath, S. J., Gillung, E., Delucchi, K., Mathalon, D. H., Yang, T. T., Satre, D. D. & Wolkowitz, O. M. 2015. A preliminary study: efficacy of mindfulness-based cognitive therapy versus sertraline as first-line treatments for major depressive disorder. *Mindfulness*, 6(3), 475-482.
77. Geschwind, N., Peeters, F., Huibers, M., van Os, J. & Wichers, M. 2012. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201(4), 320-325.
78. Kabat Zinn, J. 1990. Full catastrophe Living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. Bantam Books.
79. Segal, Z. V., Williams, J.M. G. & Teasdale, J. D. 2002. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press.
80. Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R. & Williams, J. M. G. 2009. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 366-373.
81. Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J. & Shah, D. 2014. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(2), 275.
82. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive developmental inquiry. *Am Psychol*. 1979; 34(10): 906-911.
83. Moritz S, Woodward T. 2007. Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): a pilot study on feasibility, treatment adherence and subjective efficacy. *German J of Psychiatry*, 10: 69-78.
84. Wells A. 2009. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. New York: The Guilford Press

85. Bakker, J. M., Lieveise, R., Menne-Lothmann, C., Viechtbauer, W., Pishva, E., Kenis, G. & Wichers, M. 2014. Therapygenetics in mindfulness-based cognitive therapy: do genes have an impact on therapy-induced change in real-life positive affective experiences? *Translational psychiatry*, 4(4), e384.
86. Baer, R. A., Fischer, S. & Huss, D. B. 2005. Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(3), 351-358.
87. Yarnell, L. M. & Neff, K. D. 2013. Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12(2), 146-159.
88. Chiesa, A. & Serretti, A. 2010. A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological medicine*, 40(8), 1239-1252.
89. Taylor, V. A., Grant, J., Daneault, V., Scavone, G., Breton, E., Roffe-Vidal, S. & Beaugard, M. 2011. Impact of mindfulness on the neural responses to emotional pictures in experienced and beginner meditators. *Neuroimage*, 57(4), 1524-1533.
90. Mascaro, J. S., Rilling, J. K., Negi, L. T. & Raison, C. L. 2013. Pre-existing brain function predicts subsequent practice of mindfulness and compassion meditation. *Neuroimage*, 69, 35-42.
91. Masuda, A. & O'Donohue, W. T. (Eds.). 2017. *Handbook of Zen, Mindfulness, and Behavioral Health*. Springer.
92. Kushner, K. P. 2017. Zen and Behavioral Health: A Review of the Evidence. In *Handbook of Zen, Mindfulness, and Behavioral Health* (pp. 153-168). Springer, Cham.
93. Cramer, H., Lauche, R., Klose, P., Lange, S., Langhorst, J. & Dobos, G. J. 2017. Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer. *The Cochrane Library*.
94. Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D. & Miller, L. F. 2010. A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of child and family studies*, 19(2), 218-229.
95. Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S. & Dalgleish, T. 2010. How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour research and therapy*, 48(11), 1105-1112.
96. Sipe, W. E. & Eisendrath, S. J. 2012. Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 63-69.
97. Allen, M., Bromley, A., Kuyken, W. & Sonnenberg, S. J. 2009. Participants' experiences of mindfulness-based cognitive therapy: "it changed me in just about every way possible". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(4), 413-430.



98. Marchand, W. R. 2012. Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *Journal of Psychiatric Practice*®, 18(4), 233-252.
99. Britton, W. B., Shahar, B., Szepsenwol, O. & Jacobs, W. J. 2012. Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(2), 365-380.
100. Beck, A. T. (Ed.). 1979. *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
101. Collins, P. Y., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., Daar, A. S. & Glass, R. I. 2011. Grand challenges in global mental health. *Nature*, 475(7354), 27.
102. Oxford Mindfulness Centre. University of Oxford Department of Psychiatry. 2018. Available from: <http://oxfordmindfulness.org/about-us/research/publications/2018-2/>
103. Batink, T., Peeters, F., Geschwind, N., van Os, J. & Wichers, M. 2013. How does MBCT for depression work? Studying cognitive and affective mediation pathways. *PLoS One*, 8(8), e72778.
104. Britton, W. B., Shahar, B., Szepsenwol, O. & Jacobs, W. J. 2012. Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(2), 365-380.
105. Geschwind, N., Peeters, F., Drukker, M., van Os, J. & Wichers, M. 2011. Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(5), 618.
106. Jermann, F., Van der Linden, M., Gex-Fabry, M., Guarin, A., Kosel, M., Bertschy, G. & Bondolfi, G. 2013. Cognitive functioning in patients remitted from recurrent depression: Comparison with acutely depressed patients and controls and follow-up of a mindfulness-based cognitive therapy trial. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 1004-1014.
107. Kearns, N. P., Shawyer, F., Brooker, J. E., Graham, A. L., Enticott, J. C., Martin, P. R. & Meadows, G. N. 2016. Does rumination mediate the relationship between mindfulness and depressive relapse?. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(1), 33-49.
108. Shahar, B., Britton, W. B., Sbarra, D. A., Figueredo, A. J. & Bootzin, R. R. 2010. Mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy for depression: Preliminary evidence from a randomized controlled trial. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(4), 402-418.

109. Van Aalderen, J. R., Donders, A. R. T., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H. P. & Speckens, A. E. M. 2012. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(5), 989-1001.
110. van den Hurk, P. A., van Aalderen, J. R., Giommi, F., Donders, R. A., Barendregt, H. P. & Speckens, A. E. 2012. An investigation of the role of attention in mindfulness-based cognitive therapy for recurrently depressed patients. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(1), jep-024811.
111. Mann, J., Kuyken, W., O'Mahen, H., Ukoumunne, O. C., Evans, A. & Ford, T. 2016. Manual development and pilot randomised controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy versus usual care for parents with a history of depression. *Mindfulness*, 7(5), 1024-1033.
112. Bieling, P. J., Hawley, L. L., Bloch, R. T., Corcoran, K. M., Levitan, R. D., Young, L. T. & Segal, Z. V. 2012. Treatment-specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(3), 365.
113. Piet, J., Würtzen, H. & Zachariae, R. 2012. The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(6), 1007.
114. Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G. & Segal, Z. 2016. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA psychiatry*, 73(6), 565-574.
115. van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J. & Piet, J. 2015. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical psychology review*, 37, 26-39.
116. Surawy, C., McManus, F., Muse, K. & Williams, J. M. G. 2015. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for health anxiety (hypochondriasis): rationale, implementation and case illustration. *Mindfulness*, 6(2), 382-392.
117. Lovas, D. A. & Barsky, A. J. 2010. Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: a pilot study. *Journal of anxiety disorders*, 24(8), 931-935.
118. McManus, F., Surawy, C., Muse, K., Vazquez-Montes, M. & Williams, J. M. G. 2012. A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus

- unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). *Journal of consulting and clinical psychology, 80(5)*, 817.
119. McManus, F., Muse, K., Surawy, C., Hackmann, A. & Williams, J. M. G. 2015. Relating differently to intrusive images: The impact of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on intrusive images in patients with severe health anxiety (hypochondriasis). *Mindfulness, 6(4)*, 788-796.
  120. Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M. & Song, S. K. 2009. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety, 26(7)*, 601-606.
  121. Strega, M. V., Swain, D., Bochicchio, L., Valdespino, A. & Richey, J. A. 2018. A Pilot Study of the Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Positive Affect and Social Anxiety Symptoms. *Frontiers in psychology, 9*.
  122. Key, B. L., Rowa, K., Bieling, P., McCabe, R. Pawluk, E. J. 2017. Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive–compulsive disorder. *Clinical psychology & psychotherapy, 24(5)*, 1109-1120.
  123. Jasbi, M., Sadeghi Bahmani, D., Karami, G., Omidbeygi, M., Peyravi, M., Panahi, A. & Brand, S. 2018. Influence of adjuvant mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in veterans—results from a randomized control study. *Cognitive behaviour therapy, 1-16*.
  124. Chesin, M. S., Brodsky, B. S., Beeler, B., Benjamin-Phillips, C. A., Taghavi, I. & Stanley, B. 2018. Perceptions of Adjunctive Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Suicidal Behavior Among High Suicide-Risk Outpatient Participants. *Crisis*.
  125. Everts, F. Z. B., van der Lee, M. L. & de Jager Meezenbroek, E. 2015. Web-based individual mindfulness-based cognitive therapy for cancer-related fatigue—a pilot study. *Internet Interventions, 2(2)*, 200-213.
  126. Zernicke, K. A., Campbell, T. S., Specia, M., McCabe-Ruff, K., Flowers, S. & Carlson, L. E. 2014. A randomized wait-list controlled trial of feasibility and efficacy of an online mindfulness–based cancer recovery program: the etherapy for cancer applying mindfulness trial. *Psychosomatic medicine, 76(4)*, 257-267.
  127. Plaza, I., Demarzo, M. M. P., Herrera-Mercadal, P. & García-Campayo, J. 2013. Mindfulness-based mobile applications: literature review and analysis of current features. *JMIR mHealth and uHealth, 1(2)*.
  128. Shafran, R. Overcoming Perfectionism: Protocol of a Randomized Controlled Trial of an Internet-Based Guided Self-Help Cognitive Behavioral Therapy Intervention.

129. Jazaieri, H., Goldin, P. R., Werner, K., Ziv, M. & Gross, J. J. 2012. A randomized trial of MBSR versus aerobic exercise for social anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*, 68(7), 715-731.
130. Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J., Duggan, D. S. & Goodwin, G. M. 2008. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of affective disorders*, 107(1-3), 275-279.
131. Williams, J. M. G., Duggan, D. S., Crane, C. & Fennell, M. J. 2006. Mindfulness-Based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of clinical psychology*, 62(2), 201-210.
132. Heidenreich, T., Tuin, I., Pflug, B., Michal, M. & Michalak, J. 2006. Mindfulness-based cognitive therapy for persistent insomnia: a pilot study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(3), 188-189.
133. Yook, K., Lee, S. H., Ryu, M., Kim, K. H., Choi, T. K., Suh, S. Y. & Kim, M. J. 2008. Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: a pilot study. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(6), 501-503.
134. Hoppes, K. 2006. The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders. *CNS spectrums*, 11(11), 829-851.
135. Griffiths, K., Camic, P. M. & Hutton, J. M. 2009. Participant experiences of a mindfulness-based cognitive therapy group for cardiac rehabilitation. *Journal of Health Psychology*, 14(5), 675-681.
136. Sadlier, M., Stephens, S. D. G. & Kennedy, V. 2008. Tinnitus rehabilitation: a mindfulness meditation cognitive behavioural therapy approach. *The Journal of Laryngology & Otology*, 122(1), 31-37.
137. Keng, S. L. & Brantley, J. G. 2012. Mechanisms of change in mindfulness-based stress reduction: Self-compassion and mindfulness as mediators of intervention outcomes. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(3), 270.
138. Godfrin, K. A. & Van Heeringen, C. 2010. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour research and therapy*, 48(8), 738-746.
139. Beck, J. S. & Carlson, J. 2006. *Cognitive therapy* (p. 474). American Psychological Association.

140. DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M. & Gallop, R. 2005. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of general psychiatry*, 62(4), 409-416.
141. Beck, J. S. 2011. Cognitive-behavioral therapy. *Clinical textbook of addictive disorders*, 491, 474-501.
142. Kennerley, H., Kirk, J. & Westbrook, D. 2016. *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications*. Sage.
143. Stott, R., Mansell, W., Salkovskis, P., Lavender, A. & Cartwright-Hatton, S. 2010. *Oxford guide to metaphors in CBT: Building cognitive bridges*. OUP Oxford.
144. Westbrook, D., Kennerley, H. & Kirk, J. 2007. Coping with Depression: Counseling and Psychological Service. *George Mason University*.
145. Faramarzi, M., Pasha, H., Esmailzadeh, S., Kheirkhah, F., Heidary, S. & Afshar, Z. 2013. The effect of the cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy on infertility stress: a randomized controlled trial. *International journal of fertility & sterility*, 7(3), 199.
146. Beck, A.T. 1976. Cognitive therapy and the emotional disorders. Oxford: International Universities Press
147. Craske, M. G. 2010. *Cognitive-behavioral therapy*. American Psychological Association.
148. Hackmann, A., Bennett-Levy, J. & Holmes, E. A. 2011. *Oxford guide to imagery in cognitive therapy*. Oxford university press.
149. Forman, A.C., Lincoln, N.B. 2010. Evaluation of an adjustment group for people with multiple sclerosis: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 4(3), 211-221.
150. Arnett, P.A., Higginson, C.I., Voss, W.D., Randolph, J.J., Grandey, A.A. 2002. Relationship between coping, cognitive dysfunction and depression in multiple sclerosis. *The Clinical Neuropsychologist*, 16(3),341-55.
151. Murphy, R., Cooper, Z., Hollon, S. D. & Fairburn, C. G. 2009. How do psychological treatments work? Investigating mediators of change. *Behaviour research and therapy*, 47(1), 1-5.
152. Graziano, F., Calandri, E., Borghi, M., Bonino, S. 2014. The effects of a group-based cognitive behavioral therapy on people with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 28(3), 264–274.
153. Antonovsky, A. 1987. *Untraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

154. Kazdin, A. E. 2007. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 1-27.
155. de Ridder, D. & Schreurs, K. 2001. Developing interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept?. *Clinical psychology review*, 21(2), 205-240.
156. Tatrow, K., & Montgomery, G. H. 2006. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, 29(1), 17-27.
157. Duijts, S. F., Faber, M. M., Oldenburg, H. S., van Beurden, M. & Aaronson, N. K. 2011. Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors—a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 20(2), 115-126.
158. Duncan, M., Moschopoulou, E., Herrington, E., Deane, J., Roylance, R., Jones, L. & Taylor, S. C. 2017. Review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to improve quality of life in cancer survivors. *BMJ open*, 7(11), e015860.
159. Fernie, B.A., Kollmann, J, Brown, R.G. 2015. Cognitive behavioural interventions for depression in chronic neurological conditions: A systematic review .*Journal of Psychosomatic Research*, 78(5), 411-419
160. Forman, A.C., Lincoln, N.B. 2010. Evaluation of an adjustment group for people with multiple sclerosis: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 4(3), 211-221.
161. Miller, L., Weissman, M. 2002. Interpersonal psychotherapy delivered over the telephone to recurrent depressives. A pilot study. *Depression and Anxiety*, 16(3), 114–117.
162. Sandgren, A. K., McCaul, K. D. 2003. Short-term effects of telephone therapy for breast cancer patients. *Health Psychology*, 22(3), 310–315.
163. Simon, G. E., Ludman, E. J., Tutty, S., Operskalski, B. & Von Korff, M. 2004. Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: A randomized controlled trial. *JAMA*, 292(8), 935–942
164. Jones, J. 2003. Stress responses, pressure ulcer development and adaptation. *British Journal of Nursing*, 12, 17-23.
165. Manicavasgar, V., Parker, G. & Perich, T. 2011. Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *Journal of affective disorders*, 130(1-2), 138-144.
166. Fennell, M. & Segal, Z. 2011. Mindfulness-based cognitive therapy: culture clash or creative fusion?. *Contemporary Buddhism*, 12(01), 125-142.

167. Morgan, D. 2003. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.
168. Omid, A., Mohammadkhani, P., Mohammadi, A. & Zargar, F. 2013. Comparing mindfulness based cognitive therapy and traditional cognitive behavior therapy with treatments as usual on reduction of major depressive disorder symptoms. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(2), 142.
169. Ree, M. J. & Craigie, M. A. 2007. Outcomes following mindfulness-based cognitive therapy in a heterogeneous sample of adult outpatients. *Behaviour Change*, 24(2), 70-86.
170. Tovote, K. A., Fleeer, J., Snippe, E., Peeters, A. C., Emmelkamp, P. M., Sanderman, R. & Schroevers, M. J. 2014. Individual mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and cognitive behavior therapy (CBT) for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Diabetes care*, DC\_132918.
171. Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M. S. & Rosenberg, N. K. 2010. A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(5), 403-410.
172. Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K. 2002. Patient self-management of chronic disease in primary care. *Jama*, 288(19), 2469-2475.
173. Farrell, K., Wicks, M. N. & Martin, J. C. 2004. Chronic disease self-management improved with enhanced self-efficacy. *Clinical Nursing Research*, 13(4), 289-308.
174. Murphy S, Rosenbaum M: Pregnant Women on Drugs. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press,1999
175. Warren, C. W., Jones, N. R., Eriksen, M. P., Asma, S. & Global Tobacco Surveillance System (GTSS) collaborative group. 2006. Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. *The lancet*, 367(9512), 749-753.
176. Mars, T. S. & Abbey, H. 2010. Mindfulness meditation practise as a healthcare intervention: A systematic review. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 13(2), 56-66.
177. Ahola Kohut, S., Stinson, J., Davies-Chalmers, C., Ruskin, D. & van Wyk, M. 2017. Mindfulness-based interventions in clinical samples of adolescents with chronic illness: A systematic review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(8), 581-589.
178. Yang, Y., Liu, Y. H., Zhang, H. F. & Liu, J. Y. 2015. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapies on people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(3), 283-294.

179. O'Doherty, V., Carr, A., McGrann, A., O'Neill, J. O., Dinan, S., Graham, I. & Maher, V. 2015. A controlled evaluation of mindfulness-based cognitive therapy for patients with coronary heart disease and depression. *Mindfulness*, 6(3), 405-416.
180. Alsubaie, M., Dickens, C., Dunn, B. D., Gibson, A., Ukoumunne, O. C., Evans, A. & Kuyken, W. 2018. Feasibility and Acceptability of Mindfulness-based Cognitive Therapy Compared with Mindfulness-based Stress Reduction and Treatment as Usual in People with Depression and Cardiovascular Disorders: a Three-Arm Randomised Controlled Trial. *Mindfulness*, 1-21.
181. Farver-Vestergaard, I., O'Toole, M. S., O'Connor, M., Løkke, A., Bendstrup, E., Basdeo, S. A. & Zachariae, R. 2018. Mindfulness-based cognitive therapy in COPD: a cluster randomised controlled trial. *European Respiratory Journal*, 51(2), 1702082.
182. Haenen, S., Nyklíček, I., van Son, J., Pop, V. & Pouwer, F. 2016. Mindfulness facets as differential mediators of short and long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy in diabetes outpatients: findings from the DiaMind randomized trial. *Journal of psychosomatic research*, 85, 44-50.
183. Tovote, K. A., Fleeer, J., Snippe, E., Peeters, A. C., Emmelkamp, P. M., Sanderman, R. & Schroevers, M. J. 2014. Individual mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and cognitive behavior therapy (CBT) for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Diabetes care*, DC\_132918.
184. Arab-Sheibani, K., Alipor, A., Poursharifi, H. & Zare, H. 2014. The impact of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on mental and physical well-being indicators in patients with type 2 diabetes. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 16(10), 19-23.
185. Parra-Delgado, M. & Latorre-Postigo, J. M. 2013. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of fibromyalgia: A randomised trial. *Cognitive therapy and research*, 37(5), 1015-1026.
186. Day, M. A., Thorn, B. E., Ward, L. C., Rubin, N., Hickman, S. D., Scogin, F. & Kilgo, G. R. 2014. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of headache pain: a pilot study. *The Clinical journal of pain*, 30(2), 152-161.
187. Schoultz, M., Atherton, I. & Watson, A. 2015. Mindfulness-based cognitive therapy for inflammatory bowel disease patients: findings from an exploratory pilot randomised controlled trial. *Trials*, 16(1), 379
188. Surawy, C., Roberts, J. & Silver, A. 2005. The effect of mindfulness training on mood and measures of fatigue, activity, and quality of life in patients with chronic fatigue syndrome on a hospital waiting list: a series of exploratory studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(1), 103-109.
189. Fitzpatrick, L., Simpson, J. & Smith, A. 2010. A qualitative analysis of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in Parkinson's disease. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 179-192.



190. Van Ravesteijn, H., Lucassen, P., Bor, H., Van Weel, C. & Speckens, A. 2013. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(5), 299-310.
191. Yang, Y., Liu, Y. H., Zhang, H. F. & Liu, J. Y. 2015. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapies on people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(3), 283-294.
192. Solati, K., Mousavi, M., Kheiri, S. & Hasanpour-Dehkordi, A. 2017. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Psychological Symptoms and Quality of Life in Systemic Lupus Erythematosus Patients: A Randomized Controlled Trial. *Oman medical journal*, 32(5), 378.
193. Farrokhi, N., Yousefzadeh, F., Saeedi, M. M., Behnam, L. & Ghahari, S. 2017. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on depression and anxiety among lupus patients.
194. Lovas, D. A. 2018. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review. *Journal of affective disorders*.
195. Janssen, L., Kan, C. C., Carpentier, P. J., Sizoo, B., Hepark, S., Schellekens, M. P. & Speckens, A. E. 2018. Mindfulness-based cognitive therapy v. treatment as usual in adults with ADHD: a multicentre, single-blind, randomised controlled trial. *Psychological medicine*, 1-11.
196. Hamidian, S., Omid, A., Mousavinasab, S. M. & Naziri, G. 2013. Comparison of the effect of mindfulness-based cognitive therapy accompanied by pharmacotherapy with pharmacotherapy alone in treating dysthymic patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(3), 239.
197. Solati, K. 2017. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on resilience among the wives of patients with schizophrenia. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 11(4), VC01.
198. Torre, L. A., Siegel, R. L., Ward, E. M. & Jemal, A. 2015. Global cancer incidence and mortality rates and trends—an update. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*.
199. World Health Organization. Fact sheet cancer. 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.
200. Global Cancer Observatory. <http://gco.iarc.fr/>.
201. Garber, K. 2004. Energy boost: the Warburg effect returns in a new theory of cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(24), 1805-1806.
202. Beckman, R. A. & Loeb, L. A. 2005. Genetic instability in cancer: theory and experiment. In *Seminars in cancer biology* (Vol. 15, No. 6, pp. 423-435). Academic Press.
203. Kurman, R. J. & Shih, I. M. 2010. The Origin and pathogenesis of epithelial ovarian cancer—a proposed unifying theory. *The American journal of surgical pathology*, 34(3), 433.

204. Nordling, C. O. 1993. A new theory on the cancer-inducing mechanism. *British journal of cancer*, 7(1), 68.
205. Armitage, P. & Doll, R. 1987. A two-stage theory of carcinogenesis in relation to the age distribution of human cancer. *British journal of cancer*, 11(2), 161.
206. Λαβδανίτη, Μ., Τσαλογλίδου, Α., & Ζυγά, Σ. Θεωρίες Παθογένειας της Νόσου που Χρησιμοποιούνται στη Νοσηλευτική.
207. Anseau, M., Dierick, M., Buntinx, F. et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 2004, 56, 50-56.
208. Moos, R. & Schaefer, J. 1986. Life transitions and crises: A conceptual overview. In R. Moos (Ed.), *Coping with life crises: An integrated approach* (pp. 1-28).
209. Ajzen, I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1999, 50, 180-212.
210. Moorey, S., Greer, S. & Greer, S. 2002. *Cognitive behaviour therapy for people with cancer* (pp. 3-24). Oxford: Oxford University Press.
211. Cohen, F. & Lazarus, R. S. 1979. Coping with the stresses of illness. In G. C. Stone, F. Cohen, N. E. Adler, & Associates (Eds.), *Health Psychology - A Handbook: Theories, Applications, and Challenges of a Psychological Approach to the Health Care System* (pp. 217-254).
212. Kangas, M., Henry, J. L. & Bryant, R. A. 2002. Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology review*, 22(4), 499-524.
213. Bartley, T. 2011. *Mindfulness-based cognitive therapy for cancer: Gently turning towards*. John Wiley & Sons.
214. Ivey, A.E., Gluckstern, N.B. & Bradford Ivey, M. 1996. Συμβουλευτική : Μέθοδος Πρακτικής Προσέγγισης. Μετάφραση: Μ. Μαλικιώση – Λοίζου . Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
215. Gruess, D. G. 2002. Improving sleep quality in patients with chronic illness 2002 (pp.240-252) Washington
216. Bray, F. 2014. Transitions in human development and the global cancer burden. *World cancer report, 2014*, 54-68.

217. Ross, L., Boesen, E. H., Dalton, S. O. & Johansen, C. 2002. Mind and cancer: does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being?. *European journal of cancer*, 38(11), 1447-1457.
218. Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C. & Meader, N. 2011. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The lancet oncology*, 12(2), 160-174.
219. Dinh, K. T., Gally Reznor, V. M., Mahal, B. A., Nezoslosky, M. D., Choueiri, T. K., Hoffman, K. E. & Nguyen, P. L. 2016. Association of androgen deprivation therapy with depression in localized prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 34(16), 1905.
220. Carlsson, S., Sandin, F., Fall, K., Lambe, M., Adolfsson, J., Stattin, P. & Bill-Axelsson, A. 2013. Risk of suicide in men with low-risk prostate cancer. *European journal of cancer*, 49(7), 1588-1599.
221. Massie, M. J. 2004. Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCI Monographs*, 2004(32), 57-71.
222. Alexander, P. J., Dinesh, N. & Vidyasagar, M. S. 1993. Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. *Acta Oncologica*, 32(6), 623-626.
223. Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L. & Simpson, J. S. A. 2004. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British journal of cancer*, 90(12), 2297.
224. Carlson, L. E. & Bultz, B. D. 2003. Cancer distress screening: needs, models, and methods. *Journal of psychosomatic research*, 55(5), 403-409.
225. Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C. & Piantadosi, S. 2001. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology*, 10(1), 19-28.
226. Brown, L. F., Kroenke, K., Theobald, D. E., Wu, J. & Tu, W. 2010. The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psycho-Oncology*, 19(7), 734-741.

227. Pinquart, M. & Duberstein, P. R. 2010. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 40(11), 1797-1810.
228. Brennan, J. 2001. Adjustment to cancer—coping or personal transition?. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 10(1), 1-18.
229. Meyer, F., Ehrlich, M. & Peteet, J. 2009. Psycho-oncology: a review for the general psychiatrist. *Focus*, 7(3), 317-331.
230. Schroevers, M. J., Kraaij, V. & Garnefski, N. 2011. Cancer patients' experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-being, coping, and goal reengagement. *Psycho-Oncology*, 20(2), 165-172.
231. Ye, M., Du, K., Zhou, J., Zhou, Q., Shou, M., Hu, B. & Yu, C. 2018. A meta-analysis of the efficacy of cognitive behavior therapy on quality of life and psychological health of breast cancer survivors and patients. *Psycho-Oncology*.
232. Xiao, F., Song, X., Chen, Q., Dai, Y., Xu, R., Qiu, C. & Guo, Q. 2017. Effectiveness of psychological interventions on depression in patients after breast cancer surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical breast cancer*, 17(3), 171-179.
233. Fors, E. A., Bertheussen, G. F., Thune, I., Juvet, L. K., Elvsaa, I. K. Ø., Oldervoll, L. & Leivseth, G. 2011. Psychosocial interventions as part of breast cancer rehabilitation programs? Results from a systematic review. *Psycho-oncology*, 20(9), 909-918.
234. D'Egidio, V., Sestili, C., Mancino, M., Sciarra, I., Cocchiara, R., Backhaus, I. & La Torre, G. 2017. Counseling interventions delivered in women with breast cancer to improve health-related quality of life: a systematic review. *Quality of Life Research*, 26(10), 2573-2592.
235. Gudenkauf, L. M., Antoni, M. H., Stagl, J. M., Lechner, S. C., Jutagir, D. R., Bouchard, L. C. & Avisar, E. 2015. Brief cognitive-behavioral and relaxation training interventions for breast cancer: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(4), 677.
236. Hines, S., Ramis, M. A., Pike, S. & Chang, A. M. 2014. The effectiveness of psychosocial interventions for cognitive dysfunction in cancer patients who have received

- chemotherapy: a systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(3), 187-193.
237. Garland, S. N., Rouleau, C. R., Campbell, T., Samuels, C. & Carlson, L. E. 2015. The comparative impact of mindfulness-based cancer recovery (MBCR) and cognitive behavior therapy for insomnia (CBT-I) on sleep and mindfulness in cancer patients. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 11(6), 445-454.
238. Osborn, R. L., Demoncada, A. C. & Feuerstein, M. 2006. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(1), 13-34.
239. Roemer, L. & Orsillo, S. M. 2002. Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54-68.
240. Smith, J. E., Richardson, J., Hoffman, C. & Pilkington, K. 2005. Mindfulness-Based Stress Reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 52(3), 315-327.
241. Matchim, Y. & Armer, J. M. 2007. Measuring the psychological impact of mindfulness meditation on health among patients with cancer: a literature review. In *Oncology nursing forum* (Vol. 34, No. 5, p. 1059). Oncology Nursing Society.
242. Lamanque, P. & Daneault, S. 2006. Does meditation improve the quality of life for patients living with cancer?. *Canadian Family Physician*, 52(4), 474-475.
243. Ledesma, D. & Kumano, H. 2009. Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(6), 571-579.
244. Ott, M. J., Norris, R. L. & Bauer-Wu, S. M. 2006. Mindfulness meditation for oncology patients: a discussion and critical review. *Integrative cancer therapies*, 5(2), 98-108.
245. Speca, M., Carlson, L. E., Goodey, E. & Angen, M. 2000. A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction

- program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic medicine*, 62(5), 613-622.
246. Shaw, J. M., Sekelja, N., Frasca, D., Dhillon, H. M. & Price, M. A. 2018. Being mindful of mindfulness interventions in cancer: A systematic review of intervention reporting and study methodology. *Psycho-oncology*, 27(4), 1162-1171.
247. Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D. & Goodey, E. 2003. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 571-581.
248. Carlson, L. E. & Garland, S. N. 2005. Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *International journal of behavioral medicine*, 12(4), 278-285.
249. Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M. & Speca, M. 2001. The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive care in Cancer*, 9(2), 112-123.
250. Shapiro, S. L., Bootzin, R. R., Figueredo, A. J., Lopez, A. M. & Schwartz, G. E. 2003. The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: an exploratory study. *Journal of psychosomatic research*, 54(1), 85-91.
251. Christodoulou, G. & Black, D. S. 2017. Mindfulness-based interventions and sleep among cancer survivors: a critical analysis of randomized controlled trials. *Current oncology reports*, 19(9), 60.
252. Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J., Benson, H., Fricchione, G. L. & Hunink, M. M. 2015. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PloS one*, 10(4), e0124344.
253. Carlson, L. E., Doll, R., Stephen, J., Faris, P., Tamagawa, R., Drysdale, E. & Speca, M. 2013. Randomized controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer. *J Clin Oncol*, 31(25), 3119-3126.

254. Carlson, L. E., Tamagawa, R., Stephen, J., Drysdale, E., Zhong, L. & Speca, M. 2016. Randomized-controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): long-term follow-up results. *Psycho-Oncology*, 25(7), 750-759.
255. Kieviet-Stijnen, A., Visser, A., Garssen, B. & Hudig, W. 2008. Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: Patients' appraisal and changes in well-being. *Patient education and counseling*, 72(3), 436-442.
256. Shennan, C., Payne, S. & Fenlon, D. 2011. What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care? A review. *Psycho-oncology*, 20(7), 681-697.
257. Piet, J., Würtzen, H. & Zachariae, R. 2012. The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(6), 1007.
258. Zhang, M. F., Wen, Y. S., Liu, W. Y., Peng, L. F., Wu, X. D. & Liu, Q. W. 2015. Effectiveness of mindfulness-based therapy for reducing anxiety and depression in patients with cancer: a meta-analysis. *Medicine*, 94(45).
259. Haller, H., Winkler, M. M., Klose, P., Dobos, G., Kuemmel, S. & Cramer, H. 2017. Mindfulness-based interventions for women with breast cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Acta Oncologica*, 56(12), 1665-1676.
260. Johannsen, M., O'connor, M., O'toole, M. S., Jensen, A. B. & Zachariae, R. 2018. Mindfulness-based Cognitive Therapy and Persistent Pain in Women Treated for Primary Breast Cancer. *The Clinical journal of pain*, 34(1), 59-67.
261. Boyle, C. C., Stanton, A. L., Ganz, P. A., Crespi, C. M. & Bower, J. E. 2017. Improvements in emotion regulation following mindfulness meditation: Effects on depressive symptoms and perceived stress in younger breast cancer survivors. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(4), 397.
262. Zhang, J. Y., Zhou, Y. Q., Feng, Z. W., Fan, Y. N., Zeng, G. C. & Wei, L. 2017. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on

- posttraumatic growth of Chinese breast cancer survivors. *Psychology, health & medicine*, 22(1), 94-109.
263. Lengacher, C. A., Johnson-Mallard, V., Post-White, J., Moscoso, M. S., Jacobsen, P. B., Klein, T. W. & Goodman, M. 2009. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(12), 1261-1272.
264. Witek-Janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, K. R., Chroniak, C., Durazo-Arvizu, R. & Mathews, H. L. 2008. Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain, behavior, and immunity*, 22(6), 969-981.
265. Tacón, A. M., Caldera, Y. M. & Ronaghan, C. 2004. Mindfulness-Based Stress Reduction in women with breast cancer. *Families, Systems, & Health*, 22(2), 193.
266. Saxe, G. A., Hébert, J. R., Carmody, J. F., Kabat-Zinn, J. O. N., Rosenzweig, P. H., Jarzobski, D. & Blute, R. D. 2001. Can diet in conjunction with stress reduction affect the rate of increase in prostate specific antigen after biochemical recurrence of prostate cancer?. *The Journal of urology*, 166(6), 2202-2207.
267. Abbott, R. A., Whear, R., Rodgers, L. R., Bethel, A., Coon, J. T., Kuyken, W. & Dickens, C. 2014. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of psychosomatic research*, 76(5), 341-351.
268. Chiesa, A. & Serretti, A. 2011. Mindfulness-based interventions for chronic pain: a systematic review of the evidence. *The journal of alternative and complementary medicine*, 17(1), 83-93.
269. Cramer, H., Lauche, R., Paul, A. & Dobos, G. 2012. Mindfulness-based stress reduction for breast cancer—a systematic review and meta-analysis. *Current Oncology*, 19(5), e343.
270. Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R. & Ranasinghe, P. D. 2014. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 174(3), 357-368.



271. Lauche, R., Cramer, H., Dobos, G., Langhorst, J. & Schmidt, S. 2013. A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 75(6), 500-510.
272. Dobos, G., Overhamm, T., Büssing, A., Ostermann, T., Langhorst, J., Kümmel, S. & Cramer, H. 2015. Integrating mindfulness in supportive cancer care: a cohort study on a mindfulness-based day care clinic for cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 23(10), 2945-2955.
273. Latorraca, C. D. O. C., Martimbianco, A. L. C., Pachito, D. V., Pacheco, R. L. & Riera, R. 2017. Mindfulness for palliative care patients. Systematic review. *International journal of clinical practice*, 71(12), e13034.
274. Zimmermann, F. F., Burrell, B. & Jordan, J. 2017. The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: A systematic review. *Complementary therapies in clinical practice*.
275. Tamagawa, R., Garland, S., Vaska, M. & Carlson, L. E. 2012. Who benefits from psychosocial interventions in oncology? A systematic review of psychological moderators of treatment outcome. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(6), 658-673.
276. Grassi, L., Caruso, R. & Nanni, M. G. 2013. Psycho-oncology and optimal standards of cancer care: developments, multidisciplinary team approach and international guidelines.
277. Zainal, N. Z., Booth, S. & Huppert, F. A. 2013. The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 22(7), 1457-1465.
278. Hunter, E. G., Gibson, R. W., Arbesman, M. & D'amico, M. 2017. Systematic review of occupational therapy and adult cancer rehabilitation: Part 1. Impact of physical activity and symptom management interventions. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 7102100030p1-7102100030p11.
279. Barrera, I. & Spiegel, D. 2014. Review of psychotherapeutic interventions on depression in cancer patients and their impact on disease progression. *International review of psychiatry*, 26(1), 31-43.

280. LeMay, K. & Wilson, K. G. 2008. Treatment of existential distress in life threatening illness: a review of manualized interventions. *Clinical psychology review*, 28(3), 472-493.
281. Okuyama, T., Akechi, T., Mackenzie, L. & Furukawa, T. A. 2017. Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer treatment reviews*, 56, 16-27.
282. Ciucă, A. & Băban, A. 2017. Psychological factors and psychosocial interventions for cancer related pain. *Romanian Journal of Internal Medicine*, 55(2), 63-68.
283. Chou, F. Y., Lee-Lin, F. & Kuang, L. Y. 2016. The effectiveness of support groups in Asian breast cancer patients: An integrative review. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 3(2), 157.
284. Mustian, K. M., Alfano, C. M., Heckler, C., Kleckner, A. S., Kleckner, I. R., Leach, C. R. & Scarpato, J. 2017. Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer-related fatigue: a meta-analysis. *JAMA oncology*, 3(7), 961-968.
285. Hulbert-Williams, N. J., Beatty, L. & Dhillon, H. M. 2018. Psychological support for patients with cancer: evidence review and suggestions for future directions. *Current opinion in supportive and palliative care*, 12(3), 276-292
286. Duncan, M., Moschopoulou, E., Herrington, E., Deane, J., Roylance, R., Jones, L. & Taylor, S. C. 2017. Review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to improve quality of life in cancer survivors. *BMJ open*, 7(11), e015860.
287. Hodges, L. J., Humphris, G. M. & Macfarlane, G. 2005. A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Social science & medicine*, 60(1), 1-12.
288. Rehse, B. & Pukrop, R. 2003. Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient education and counseling*, 50(2), 179-186.
289. Brown, L. F., Kroenke, K., Theobald, D. E., Wu, J. & Tu, W. 2010. The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psycho-Oncology*, 19(7), 734-741.

290. National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative. Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adult with cancer. Sydney: National Breast Cancer Centre, 2003.
291. Foley, E., Baillie, A., Huxter, M., Price, M. & Sinclair, E. 2010. Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(1), 72.
292. Chambers, S. K., Foley, E., Galt, E., Ferguson, M. & Clutton, S. 2012. Mindfulness groups for men with advanced prostate cancer: a pilot study to assess feasibility and effectiveness and the role of peer support. *Supportive Care in Cancer*, 20(6), 1183-1192.
293. Chambers, S. K., Occhipinti, S., Foley, E., Clutton, S., Legg, M., Berry, M. & Davis, I. D. 2016. Mindfulness-based cognitive therapy in advanced prostate cancer: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35(3), 291-297.
294. Sharplin, G. R., Jones, S. B., Hancock, B., Knott, V. E., Bowden, J. A. & Whitford, H. S. 2010. Mindfulness-based cognitive therapy: an efficacious community-based group intervention for depression and anxiety in a sample of cancer patients. *Medical Journal of Australia*, 193(5), S79.
295. Stafford, L., Foley, E., Judd, F., Gibson, P., Kiropoulos, L. & Couper, J. 2013. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for women with gynecologic and breast cancer. *J Support Care Cancer*, 21(11), 3009-19.
296. Stafford, L., Thomas, N., Foley, E., Judd, F., Gibson, P., Komiti, A. & Kiropoulos, L. 2015. Comparison of the acceptability and benefits of two mindfulness-based interventions in women with breast or gynecologic cancer: a pilot study. *Supportive Care in Cancer*, 23(4), 1063-1071.
297. Kingston, T., Collier, S., Hevey, D., McCormick, M. M., Besani, C., Cooney, J. & O'Dwyer, A. M. 2015. Mindfulness-based cognitive therapy for psycho-oncology patients: an exploratory study. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(3), 265-274.
298. L'Estrange, K., Timulak, L., Kinsella, L. & D'Alton, P. 2016. Experiences of Changes in Self-Compassion Following Mindfulness-Based Intervention with a Cancer Population. *Mindfulness*, 7(3), 734-744.

299. van der Lee, M. L. & Garssen, B. 2012. Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: a treatment study. *Psycho-Oncology*, 21(3), 264-272.
300. Cillessen, L., Schellekens, M. P. J., Van de Ven, M. O. M., Donders, A. R. T., Compen, F. R., Bisseling, E. M. & Speckens, A. E. M. 2018. Consolidation and prediction of long-term treatment effect of group and online mindfulness-based cognitive therapy for distressed cancer patients. *Acta Oncologica*, 1-10.
301. Everts, F. Z. B., van der Lee, M. L. & de Jager Meezenbroek, E. 2015. Web-based individual mindfulness-based cognitive therapy for cancer-related fatigue—a pilot study. *Internet Interventions*, 2(2), 200-213.
302. Bruggeman-Everts, F. Z., Wolvers, M. D., Van de Schoot, R., Vollenbroek-Hutten, M. M. & Van der Lee, M. L. 2017. Effectiveness of two web-based interventions for chronic cancer-related fatigue compared to an active control condition: results of the “Fitter na kanker” randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 19(10).
303. Compen, F. R., Bisseling, E. M., Schellekens, M. P., Jansen, E. T., van der Lee, M. L. & Speckens, A. E. 2017. Mindfulness-based cognitive therapy for cancer patients delivered via Internet: qualitative study of patient and therapist barriers and facilitators. *Journal of medical Internet research*, 19(12).
304. Compen, F., Bisseling, E., Schellekens, M., Donders, R., Carlson, L., van der Lee, M. & Speckens, A. 2018. Face-to-Face and Internet-Based Mindfulness-Based Cognitive Therapy Compared With Treatment as Usual in Reducing Psychological Distress in Patients With Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, JCO-2017.
305. Johannsen, M., O'Connor, M., O'Toole, M. S., Jensen, A. B., Højris, I. & Zachariae, R. 2016. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on late post-treatment pain in women treated for primary breast cancer: a randomized controlled trial. *Journal of clinical oncology*, 34(28), 3390-3399.
306. Brotto, L. A., Erskine, Y., Carey, M., Ehlen, T., Finlayson, S., Heywood, M. & Miller, D. 2012. A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecologic oncology*, 125(2), 320-325.

307. Park, S., Sado, M., Fujisawa, D., Sato, Y., Takeuchi, M., Ninomiya, A. & Takeda, Y. 2017. Mindfulness-based cognitive therapy for Japanese breast cancer patients—a feasibility study. *Japanese journal of clinical oncology*, 48(1), 68-74.
308. Vaziri, Z., Mashhadi, A., Sepehri Shamloo, Z. & Shahidsales, S. 2017. Mindfulness-based cognitive therapy, cognitive emotion regulation and clinical symptoms in females with breast cancer. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11.
309. Olyaie, Z. S., Toozandehjani, H. & Neyshabouri, M. D. 2016. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Quality of Life and Body Image in Women With Breast Cancer Undergoing Mastectomy. *Iranian Rehabilitation Journal*, 14(3), 139-150.
310. Johannsen, M., O'connor, M., O'toole, M. S., Jensen, A. B. & Zachariae, R. 2018. Mindfulness-based Cognitive Therapy and Persistent Pain in Women Treated for Primary Breast Cancer. *The Clinical journal of pain*, 34(1), 59-67.
311. Johannsen, M., O'Toole, M. S., O'Connor, M., Jensen, A. B. & Zachariae, R. 2017. Clinical and psychological moderators of the effect of mindfulness-based cognitive therapy on persistent pain in women treated for primary breast cancer—explorative analyses from a randomized controlled trial. *Acta Oncologica*, 56(2), 321-328.
312. Johannsen, M., Sørensen, J., O'connor, M., Jensen, A. B. & Zachariae, R. 2017. Mindfulness-based cognitive therapy (mbct) is cost-effective compared to a wait-list control for persistent pain in women treated for primary breast cancer—results from a randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, 26(12), 2208-2214.

