

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ Γνωσιακής - Συμπεριφοριστικής Έρευνας & Θεραπείας

Hellenic Journal of
Cognitive Behavioral Research & Therapy

Τόμος 6 • Τεύχος 2 • Ιούλιος 2020 - Δεκέμβριος 2020
Volume 6 • No 2 • July 2020 - December 2020

Περιεχόμενα

- Η δημιουργικότητα και η φαντασία στη Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία Παιδιών και Εφήβων
- Η Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία στις Αγχώδεις Διαταραχές Παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) Υψηλής Λειτουργικότητας
 - Η θεραπεία σχημάτων σε παιδιά και εφήβους: σκεπτικό και παρέμβαση μέσα από ένα κλινικό παράδειγμα
 - Κοινωνικό άγχος, δυσλειτουργικές γνώσεις και χρήση του διαδικτύου στην εφηβεία
- Εκπαιδεύοντας τα παιδιά ως προς την αντίληψη διαπροσωπικών ερεθισμάτων: Επιπτώσεις στην αντίληψη του γνήσιου και μη γνήσιου ανθρώπινου χαμόγελου
- Εκπαιδεύοντας τα παιδιά ως προς την αντίληψη διαπροσωπικών ερεθισμάτων: Επιπτώσεις στην αντίληψη του γνήσιου και μη γνήσιου ανθρώπινου χαμόγελου
 - Ανάπτυξη και αξιολόγηση προγράμματος γνωσιακής-συμπεριφορικής παρέμβασης εστιασμένης σε ιδιουσγκρασιακά χαρακτηριστικά σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ
- Encouraging the efforts of the Family System: A Psychoeducational therapeutic intervention for parents of children with Autism Spectrum Disorder (ASD)



Ινστιτούτο Έρευνας
& Θεραπείας της
Συμπεριφοράς

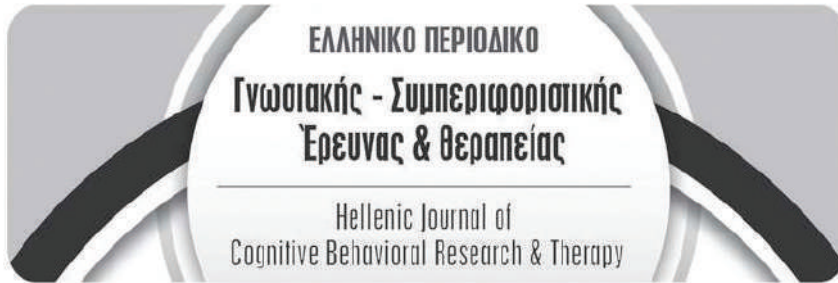


ΕΕΕΣ
Ελληνική Εταιρεία
Έρευνας της Συμπεριφοράς

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Το περιοδικό «Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Έρευνα & Θεραπεία» απέστειλε τα υποβληθέντα άρθρα του τεύχους αυτού στους ακόλουθους κριτές τους οποίους ευχαριστεί για τη συνεργασία τους.

Αργυροπούλου, Μ., Γενά, Α., Κακλαμάνη, Γ., Λέστου, Β., Σοφιανοπούλου, Α.



Εξαμηνιαία Περιοδική Έκδοση

Το περιοδικό «Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Έρευνα & Θεραπεία» είναι έκδοση του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς με τη συμμετοχή της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας της Συμπεριφοράς

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΤΕΥΧΟΥΣ

Προσκεκλημένη Επιμελήτρια Σύνταξης και Έκδοσης
Ιωάννα Γιαννοπούλου

Προσκεκλημένη Βοηθός Επιμελήτρια Σύνταξης και Έκδοσης
Μαριάννα Αργυροπούλου

Διευθύντρια Σύνταξης και Έκδοσης
Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι

Αν. Διευθυντής Σύνταξη
Φραγκίσκος Γονιδάκης

Βοηθός Σύνταξης
Φωτεινή Λέκκα

Σύμβουλος Έκδοσης
Αναστασία Σοφianoπούλου

Συμβουλευτική Επιτροπή
Φραγκίσκος Γονιδάκης, ΕΒΕΣ, Αθήνα
Στέφανος Κούλης, ΕΕΓΨ, Αθήνα
Γρηγόρης Σίμος, ΕΕΓΣΨ, Θεσσαλονίκη

Επιστημονική Επιτροπή

Αργυροπούλου, Μαρία - Ιωάννα	Κασβίκης, Γιάννης Κόλλιας, Κώστας	Νταφούλης, Βάιος Οικονόμου, Μαρίνα
Βαϊδάκης, Νίκος	Κούλης, Στέφανος	Παπαγεωργίου, Βάγια
Βάρσου, Ελευθερία	Λιόση, Αγγελική	Παπακώστας, Γιάννης
Βγόντζας, Αλέξανδρος	Λυμπερης, Πέτρος	Παπανικολάου, Κατερίνα
Γενά, Αγγελική	Μαδιανός, Μιχάλης	Πασχάλη, Τώνια
Γιαννοπούλου, Ιωάννα	Μαλογιάννης, Γιάννης	Πεχλιβανίδης, Αρτέμης
Δασκαλοπούλου, Ευγενία	Μασδράκης, Βασίλειος	Ραμπαβίλας, Ανδρέας
Ευσταθίου, Πύργος	Μιχόπουλος, Ιωάννης	Σίμος, Γρηγόρης
Ζαφειροπούλου, Μαρία	Μπάσδρας, Αθανάσιος	Σκαπινάκης, Πέτρος
Ζέρβας, Γιάννης	Μπίμπου-Νάκου, Ιωάννα	Σταλίκας, Τάσος
Καλαντζή-Αζίζι, Αναστασία	Μπρούμας, Βασίλης	Χάιντς, Έλενα
Καλπάκογλου, Θωμάς	Μυτσκίδου, Πασχαλιά	Χαλιμούρας, Θεόδωρος
Καραδήμας, Ευάγγελος	Νεστορης, Χριστόφορος	Χαρίλα, Ντιάνα
Καρανίκας, Βαγγέλης	Νικολαΐδης, Νικόλας	Χαρίτου-Φατούρου, Μίκα †

Διεθνής Επιστημονική Επιτροπή

Alai-Rosales, Shahla	Kazantzis, Nikolaos	Roder, Volker
Altherr, Peter Callias	Kryspin-Exner, Ilse	Stallard, Paul
Maria Dubose, Antony	Laireiter, Anton-Ruppert	Καρεκλά, Μαρία
	Nikopoulos, Christos	

ΤΙΤΛΟΣ ΕΙΔΙΚΟΥ ΤΕΥΧΟΥΣ

Το Ελληνικό Περιοδικό της Γνωσιακής -
Συμπεριφοριστικής Προσεγγίσεως
σε Παιδιά και Εφήβους

Hellenic Journal of Cognitive
Behavioral Research & Therapy

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ

Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας
της Συμπεριφοράς

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Μάντυ Μουζακίτη

Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας
της Συμπεριφοράς
Λάκωνος 19 και Λάμψα, 115 24, Αθήνα

Επικοινωνία

Τηλ.: 210 3840129, Φαξ: 210 3840803
www.ibrt.gr/cbrt, cbrt@ibrt.gr

Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Έρευνα & Θεραπεία

Τόμος 06 • Τεύχος 02 • Ιούλιος 2020 - Δεκέμβριος 2020

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

EDITORIAL

05 **Σημείωμα Διευθύντριας Σύνταξης**
Αναστασία Καλαντζή-Αζίζι

07 **Σημείωμα της έκδοσης**
Ιωάννα Γιαννοπούλου

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

09 **Η δημιουργικότητα και η φαντασία στη γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία παιδιών και εφήβων (από την κεντρική ομιλία)**
Κατερίνα Αγγελή

23 **Η Θεραπεία σχημάτων σε παιδιά και εφήβους: σκεπτικό και παρέμβαση μέσα από ένα κλινικό παράδειγμα**
Ρόζα Λάιους, Κατερίνα Αγγελή

ΑΡΘΡΟ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

17 **Η Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία στις Αγχώδεις Διαταραχές Παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) Υψηλής Λειτουργικότητας**
Κατερίνα Σοφιανοπούλου, Σοφία Καπνογιάννη

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

27 **Κοινωνικό άγχος, δυσλειτουργικές γνώσεις και χρήση του διαδικτύου στην εφηβεία**
Δέσποινα-Δήμητρα Ρήγα

39 **Ανάπτυξη και αξιολόγηση προγράμματος γνωσιακής-συμπεριφορικής παρέμβασης εστιασμένης σε ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ**
Καλλιόπη Βλαστού, Παναγιώτης Σίμος

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

33 **Εκπαιδύοντας τα παιδιά ως προς την αντίληψη διαπροσωπικών ερεθισμάτων: Επιπτώσεις στην αντίληψη του γνήσιου και μη γνήσιου ανθρώπινου χαμόγελου**
Κωνσταντίνα Θανοπούλου, Ελισάβετ Βλάχου

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

47 **Encouraging the efforts of the Family System: A Psychoeducational therapeutic intervention for parents of children with Autism Spectrum Disorder (ASD)**
Sofia Evangelia Kollia, Erifili Tsirempolou, Angeliki Gena

ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

57 **Νικό τον πανικό**
Κατερίνα Σοφιανοπούλου

The Hellenic Journal of Cognitive-Behavioral Research and Therapy

Volume 06 • No 02 • July 2020 - December 2020

CONTENTS

THEORETICAL ARTICLE

47 **Encouraging the efforts of the Family System: A Psychoeducational therapeutic intervention for parents of children with Autism Spectrum Disorder (ASD)**
Sofia Evangelia Kollia, Erifili Tsirempolou, Angeliki Gena

Σημείωμα της Διευθύντριας Σύνταξης

Ως Διευθύντρια Σύνταξης και Έκδοσης του Περιοδικού Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Έρευνα και Θεραπεία αισθάνομαι ιδιαίτερη ικανοποίηση από το γεγονός της κυκλοφορίας δύο τευχών (Τόμος 6, Τεύχη 1 & 2) μέσα στο 2020. Έτσι ευελπιστώ να πορευτούμε και στο μέλλον, ξαναβρίσκοντας τον βηματισμό –δύο τεύχη κάθε χρόνο– που σχεδίασε και υλοποίησε ο πρώτος Διευθυντής Σύνταξης και Έκδοσης του περιοδικού, ο αείμνηστος Κώστας Ευθυμίου.

Τα δύο αυτά τεύχη πήραν τη μορφή Ειδικών Αφιερωμάτων. Με αυτόν τον τρόπο δίνουμε ιδιαίτερη έμφαση σε ειδικές θεματικές, υποστηρίζοντας τη γνώση και την έρευνα που αφορά σε ηλικιακές κατηγορίες, διαγνωστικές κατηγορίες και θεραπευτικές παρεμβάσεις για τις οποίες υπάρχει περιορισμένη επιστημονική βιβλιογραφία στην Ελλάδα.

Το παρόν τεύχος «Γνωσιακές Συμπεριφοριστικές Θεραπείες σε παιδιά και εφήβους» είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα των προθέσεων που αναπτύχθηκαν παραπάνω. Έτσι, παίρνοντας ως ευκαιρία το πλούσιο ερευνητικό και κλινικό υλικό που παρουσιάστηκε στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Προσεγγίσεων σε παιδιά και εφήβους, που πραγματοποιήθηκε στις 30-31 Μαρτίου 2019, στην Αθήνα, δόθηκε η δυνατότητα σε συναδέλφους, θεραπευτές/τριες γνωσιακής-συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης να παρουσιάσουν τη δουλειά τους στους αναγνώστες του περιοδικού μας. Η κυρία Ι. Γιαννοπούλου, Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής του Συνεδρίου, ανέλαβε, μαζί με τα μέλη του Τμήματος Θεραπειών παιδιών και εφήβων του ΙΕΘΣ, την επιλογή των άρθρων και τον συντονισμό των κρίσεων. Η ενδελεχής επιμέλεια της κυρίας Ι. Γιαννοπούλου και η ουσιαστική κριτική ματιά των κειμένων της Μ. Αργυροπούλου εγγυώνται την επιστημονική ποιότητα της ύλης του παρόντος τεύχους.

Ελπίζουμε αυτό το Ειδικό Αφιέρωμα να διαβαστεί με ενδιαφέρον όχι μόνο από γνωσιακούς-συμπεριφοριστικούς θεραπευτές/τριες και ειδικευόμενους στο συγκεκριμένο μοντέλο, αλλά και από συναδέλφους που δουλεύουν θεραπευτικά με παιδιά και εφήβους. Μάλιστα, η παρουσίαση ερευνών ελπίζουμε να αποτελέσει αφορμή υποβολής και άλλων ερευνητικών άρθρων, έτσι ώστε ο βασικός στόχος του περιοδικού μας, που είναι η προαγωγή της έρευνας, να μπορέσει να ενισχυθεί ουσιαστικά.

Με την ευκαιρία αυτού του σύντομου Σημειώματος Έκδοσης, θα μου επιτρέψετε να αναφερθώ στο 50ό Πανερωπαϊκό Συνέδριο της EABCT, το οποίο διεξήχθη επιτυχώς διαδικτυακά στην Αθήνα (2-5/9/2020), με υπεύθυνη για την οργάνωσή του την Ελληνική Εταιρεία Έρευνας της Συμπεριφοράς. Η αναφορά στο Συνέδριο ας θεωρηθεί μια ανοιχτή πρόσκληση για υποβολή άρθρων από αξιόλογες παρουσιάσεις σε αυτό.

Κλείνοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις Εκδόσεις Τόπος που ανέλαβαν πρόσφατα την έκδοση του περιοδικού και τις κκ. Σ. Μπούμπαλου και Ό. Παπακώστα που φροντίζουν με υπευθυνότητα την άρτια παρουσίασή του. Τέλος, θα ήθελα να επαναλάβω ότι περιμένουμε σχόλια και προτάσεις που ενισχύουν τη μεταξύ μας διάδραση.

Αναστασία Κаланτζή-Αζίζι
Ομ. Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, ΕΚΠΑ
Διευθύντρια Σύνταξης και Έκδοσης

Σημείωμα της έκδοσης

Editorial

Αγαπητοί φίλοι και συνάδελφοι,

Είμαστε στην ευχάριστη θέση να σας ανακοινώσουμε την κυκλοφορία του 2ου τεύχους, του τόμου 7, του περιοδικού *Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Έρευνα & Θεραπεία*. Πρόκειται για το δεύτερο ειδικό τεύχος του περιοδικού, το οποίο διαμορφώθηκε κατόπιν πρόσκλησης και εστιάζει αποκλειστικά στις γνωσιακές-συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις σε παιδιά και εφήβους.

Το τρέχον τεύχος περιλαμβάνει επιλεγμένες εισηγήσεις και ερευνητικές εργασίες που παρουσιάστηκαν στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών-Συμπεριφοριστικών Προσεγγίσεων σε Παιδιά και Εφήβους «Εμβαθύνοντας στην Κλινική Πράξη», το οποίο πραγματοποιήθηκε στις 30-31 Μαρτίου 2019 στο Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών στην Αθήνα, σε συνεργασία με το Τμήμα Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Σπουδών και υπό την αιγίδα της Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας της Συμπεριφοράς.

Το κύριο χαρακτηριστικό αυτού του τεύχους είναι φανερό ότι σχετίζεται με την πρόθεσή μας να προβάλλουμε την εφαρμογή γνωσιακού-συμπεριφοριστικού μοντέλου στην αντιμετώπιση δυσκολιών που εμφανίζουν παιδιά και έφηβοι. Με αυτόν τον τρόπο αποσκοπούμε όχι μόνο στον εμπλουτισμό της έγκυρης επιστημονικής γνώσης, αλλά και στην ενίσχυση των ψυχοθεραπευτικών δεξιοτήτων και της έρευνας σε αυτό το πεδίο.

Στο πρώτο άρθρο η συγγραφέας αναπτύσσει το σκεπτικό χρήσης δημιουργικών τρόπων επικοινωνίας και παρέμβασης στη θεραπευτική εργασία, με παραδείγματα από την κλινική πράξη, προκειμένου να αναδείξει πώς οι δημιουργικοί τρόποι επικοινωνίας στη θεραπευτική παρέμβαση την κάνουν πιο αποτελεσματική, αλλά και πιο διασκεδαστική και ενδιαφέρουσα. Στο δεύτερο άρθρο, μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης, οι συγγραφείς διαπραγματεύονται την αποτελεσματικότητα των ΓΣΘ προγραμμάτων στην αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους σε παιδιά και εφήβους με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) Υψηλής Λειτουργικότητας. Το τρίτο άρθρο αναφέρεται στη θεραπεία σχημάτων σε παιδιά και εφήβους μέσω παρουσίασης παραδειγμάτων εφαρμογής της σε κλινική περίπτωση 8χρονου παιδιού. Τα επόμενα τέσσερα άρθρα αφορούν ερευνητικές εργασίες στο πεδίο της ΓΣΘ παιδιών και εφήβων, οι οποίες παρουσιάστηκαν ως αναρτημένες εργασίες στο Συνέδριο, ενώ κάθε μία εξ αυτών βραβεύτηκε από την Επιτροπή Αξιολόγησης ως καλύτερη εργασία. Τέλος, οι δύο Επιστολές προς τη Σύνταξη αφορούν τα δύο προγράμματα εξειδίκευσης στη ΓΣΘ παιδιών και εφήβων της Εταιρείας Γνωσιακών και Συμπεριφοριστικών Σπουδών (ΕΓΣΣ) σε συνεργασία με τον Τομέα Ψυχιατρικής & Επιστημών Συμπεριφοράς του Πανεπιστημίου Κρήτης και την Ψυχιατρική Κλινική ΠαΓΝΗ (e-learning) και σε συνεργασία με την Εταιρεία Κλινικής Ψυχολογίας της Λετονίας (Latvijas Klīnisko psihologu asociācija).

Είναι σημαντικό να ευχαριστήσουμε όλους τους συγγραφείς και κριτές άρθρων, και ιδιαίτερα τη διευθύντρια σύνταξης του περιοδικού, κυρία Α. Καλαντζή-Αζίζι, όπου, κατόπιν πρόσκλησής της, αναλάβαμε με μεγάλη χαρά την προετοιμασία αυτού του ειδικού τεύχους. Κλείνοντας αυτό το σημείωμα έκδοσης, ευχόμαστε να φανούν χρήσιμες οι επιστημονικές γνώσεις που θα αποκομίσετε μέσω της ύλης αυτού του τεύχους. Ευελπιστούμε, επίσης, ότι το τεύχος αυτό θα αποτελέσει έναυσμα για υποβολή ερευνητικών εργασιών προς δημοσίευση στο περιοδικό μας, συμβάλλοντας έτσι στη διάδοση τεκμηριωμένης γνώσης και στον επιστημονικό διάλογο.

Ιωάννα Γιαννοπούλου

*Προσκεκλημένη Επιμελήτρια Σύνταξης και Έκδοσης για το Ειδικό Τεύχος
Επ. Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ*

Η δημιουργικότητα και η φαντασία στη γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία παιδιών και εφήβων

Κατερίνα Αγγελή

Δρ. Κλινικής Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Σχημάτων

(Ομιλία από το 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών-Συμπεριφοριστικών Προσεγγίσεων σε Παιδιά και Εφήβους που πραγματοποιήθηκε στις 30-31 Μαρτίου 2019 στην Αθήνα)

Περίληψη

Η θεραπευτική παρέμβαση σε παιδιά και εφήβους παρέχει πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη της δημιουργικότητας του παιδιού, αλλά και του θεραπευτή. Προκειμένου να εγκατασταθεί η θεραπευτική σχέση και συμμαχία, να κινητοποιηθεί το παιδί για ενεργό συμμετοχή στη θεραπεία, καθώς και να μπορέσει ο θεραπευτής να μεταδώσει τις γνώσεις και την εμπειρία του στο παιδί και τους γονείς και να εφαρμόσει τις θεραπευτικές μεθόδους και τεχνικές, ο θεραπευτής καλείται να αναπτύξει και να αξιοποιήσει –πέραν των γνώσεων που απορρέουν από την επιστημονική του κατάρτιση– τα προσωπικά αποθέματα που διαθέτει (στοιχεία της προσωπικότητας, κλίσεις και ενδιαφέροντα, επινοητικότητα, χιούμορ κ.ά.).

Η εμπειρία στην εφαρμογή της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Ψυχοθεραπείας και της Θεραπείας Σχημάτων με παιδιά, εφήβους και οικογένειες μας έχει τροφοδοτήσει και μας τροφοδοτεί συνεχώς με ποικίλους νέους τρόπους αξιοποίησης της δημιουργικότητας στο πλαίσιο της θεραπείας (επινόηση παιχνιδιών, χρήση σκίτσου, συνθημάτων, παιχνίδια ρόλων, δραματοποίηση, παντομίμα, αξιοποίηση υλικών κ.ά.), στο κτίσιμο της θεραπευτικής σχέσης, στην ψυχοεκπαίδευση, αλλά και στην εφαρμογή τεχνικών. Στην παρούσα εισήγηση θα παρουσιαστεί το σκεπτικό χρήσης δημιουργικών τρόπων επικοινωνίας και παρέμβασης στη θεραπευτική εργασία και θα δοθεί έμφαση σε παραδείγματα χρήσης από την κλινική πράξη, με σκοπό να αναδειχθεί πώς οι δημιουργικοί τρόποι επικοινωνίας στη θεραπευτική παρέμβαση την κάνουν πιο αποτελεσματική, αλλά και πιο διασκεδαστική και ενδιαφέρουσα.

Με πολλή χαρά και ενθουσιασμό καλούμαι να αναφερθώ στο θέμα της δημιουργικότητας στην ψυχοθεραπεία με παιδιά και εφήβους, παρουσιάζοντας σκέψεις και εφαρμογές της, τόσο μέσα από την προσωπική μου ψυχοθεραπευτική εξέλιξη και εμπειρία στη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία και τη Θεραπεία Σχημάτων όσο και μέσα από την πολύ αγαπημένη εποπτειακή συνεργασία μου με νέους συναδέλφους με γνώσεις, φαντασία και διάθεση για εξέλιξη. Οι νέοι θεραπευτές συχνά μοιράζονται την αγωνία και την ανυπομονησία τους ως προς την εφαρμογή των τεχνικών που έχουν διδαχθεί κατά την ψυχοθεραπευτική τους εκπαίδευση. Η αγωνία τους αυτή είναι ενδεικτική της διάθεσής τους για υπεύθυνη άσκηση της ψυχοθεραπείας και του ενθουσιασμού τους για το αντικείμενό τους. Ωστόσο, η εφαρμογή των τεχνικών εισάγεται σε κατοπινό στάδιο της θεραπείας, καθώς εντάσσεται σε ένα ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο, στο οποίο οι τεχνικές δεν αποτελούν τη βάση, ούτε τον σκελετό, αλλά ένα από τα πρακτικά εργαλεία.

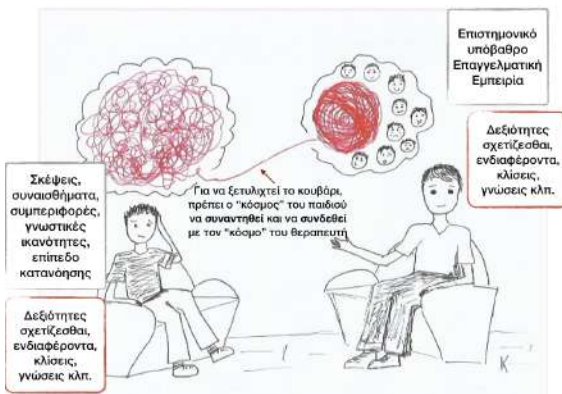
Η ψυχοθεραπευτική πορεία και η θεραπευτική σχέση δομούνται εντός ενός πλαισίου, που ορίζεται από τις αρχές, το σκεπτικό και τους κανόνες της εκάστοτε ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης. Σε αυτό το πλαίσιο, ο θεραπευτής αξιοποιεί τις γνώσεις και τις δεξιότητές του για την κατανόηση της κάθε ατομικής περίπτωσης, τη δημιουργία της θεραπευτικής σχέσης και συμμαχίας και τη δόμηση της παρέμβασης. Η θεωρητική κατάρτιση του θεραπευτή (οι γνώσεις του σχετικά με την αναπτυξιακή ψυχολογία

και ψυχοπαθολογία, ο τρόπος κατανόησης της ψυχοπαθολογίας και παρέμβασης βάσει ενός έγκυρου και τεκμηριωμένου επιστημονικού πλαισίου κ.λπ.) αποτελεί έναν κεντρικό άξονα που επηρεάζει τον τρόπο διεξαγωγής της ψυχοθεραπείας. Ένας άλλος σημαντικός άξονας απορρέει από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και αποθέματα του θεραπευτή (π.χ. γνώσεις, κλίσεις και ενδιαφέροντα, προσωπικότητα κ.λπ.), τα οποία επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο σχετίζεται με τον θεραπευόμενο και εφαρμόζει την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση (βλ. Σχήμα 1).

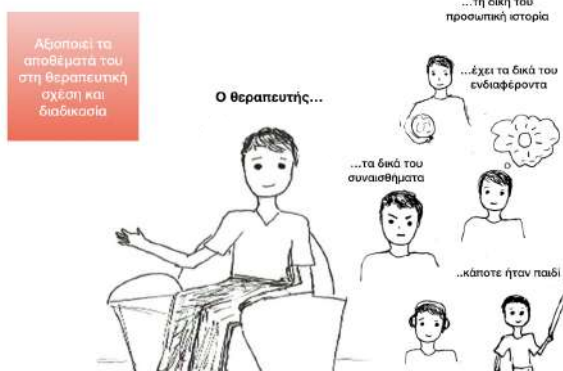


Σχήμα 1. Παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας.

Η ψυχοθεραπευτική εργασία με παιδιά και εφήβους βρίθκει προκλήσεων για τον θεραπευτή: να αποκτήσει συναισθηματική πρόσβαση στο παιδί και/ή τους γονείς και να κερδίσει την εμπιστοσύνη τους, να μπορέσει να τους βοηθήσει σε ατομικό και σχεσιακό επίπεδο, να υπερκεράσει εμπόδια με συνεργατικό και φροντιστικό τρόπο, να αλλάξει δυναμικές στο οικογενειακό και σχολικό πλαίσιο, να εξισορροπήσει την κατευθυντικότητα με την ελευθερία: την οριοθέτηση με την εγγύτητα, τη χαλαρότητα και το παιχνίδι: την ασφάλεια με την προτροπή για εξέλιξη κ.ά. Ο θεραπευτής καλείται να προσπαθήσει να προσαρμόσει τις γνώσεις, την εκπαίδευση και την εμπειρία του στο επίπεδο κατανόησης, καθώς και στα ενδιαφέροντα του παιδιού, προκειμένου να «συναντηθεί» με τον κόσμο του παιδιού (βλ. Σχήμα 2). Για να το επιτύχει αυτό, αξιοποιεί –πέρα από τις επιστημονικές του γνώσεις– και προσωπικά του αποθέματα, τα οποία απορρέουν από την προσωπικότητά του, τις εμπειρίες του, τα ενδιαφέροντά του και την πρόσβαση στα δικά του βιώματα και συναισθήματα, καθώς και στη δική του παιδικότητα και παιδική ηλικία (βλ. Σχήμα 3).



Σχήμα 2. Παράγοντες που επηρεάζουν τη θεραπευτική σχέση και το περιεχόμενο της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Copyright © 2019 Κατερίνα Αγγελή.



Σχήμα 3. Τα προσωπικά αποθέματα του θεραπευτή στην άσκηση της ψυχοθεραπείας. Copyright © 2019 Κατερίνα Αγγελή.

Η δημιουργικότητα του θεραπευτή ως προς τη χρήση εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας και μετάδοσης των ψυχοθεραπευτικών εννοιών, καθώς και η αξιοποίηση των αποθεμάτων δημιουργικότητας του παιδιού, μπορεί να εμπλουτίσει και να ενδυναμώσει τη θεραπευτική σχέση και συνεργασία ποικιλοτρόπως. Μεταξύ άλλων:

- Προσθέτει χαρά, παιχνίδι και αμεσότητα, κάνοντας την ψυχοθεραπεία και τη θεραπευτική σχέση μία διασκεδαστική εμπει-

ρία. Το παιχνίδι είναι οικείο στο παιδί, αποτελεί σημαντικό στοιχείο στον «κόσμο» του και κατ' επέκταση γίνεται μια καλή γέφυρα ανάμεσα σε αυτόν τον κόσμο και την ψυχοθεραπεία. Επιπλέον, η ψυχοθεραπεία παύει να παραπέμπει σε «μάθημα» (για πολλά παιδιά αυτό είναι αποτρεπτικό!).

- Διευκολύνει τη μετάδοση των ψυχοθεραπευτικών γνώσεων (ψυχοεκπαίδευση), καθότι η παρέμβαση γίνεται με βιωματικό τρόπο, ο οποίος ευοδώνει την κατανόηση και την εμπέδωσή τους.
- Ο θεραπευτής έρχεται σε επαφή με τη δική του παιδικότητα, κάτι το οποίο καθιστά τη σχέση πιο άμεση και τον ίδιο πιο προσιτό στο παιδί, επιτρέποντάς του να ταυτιστεί και να συνδεθεί περισσότερο μαζί του.

Το θεωρητικό υπόβαθρο της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Ψυχοθεραπείας και της Θεραπείας Σχημάτων εννοεί την εκδίπλωση της δημιουργικότητας του θεραπευτή και του παιδιού, καθώς περιλαμβάνει έννοιες και θεωρητικές κατασκευές που παρέχουν πρόσφορο έδαφος για τη δημιουργική μετάδοση και αξιοποίησή τους στο θεραπευτικό πλαίσιο. Στη συνέχεια θα αναφερθώ ενδεικτικά σε ορισμένα παραδείγματα εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας και έκφρασης στην εφαρμογή της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Ψυχοθεραπείας και της Θεραπείας Σχημάτων σε παιδιά και εφήβους. Τονίζεται ότι η εποικοδομητική αξιοποίηση της δημιουργικότητας και της φαντασίας έρχεται να συμπληρώσει μία ικανή θεωρητική εκπαίδευση και κατάρτιση στην ψυχοθεραπεία, ώστε ο θεραπευτής να μπορεί να την εντάξει στο πλαίσιο της ψυχοθεραπευτικής πρακτικής.

1. «Πες το με ένα σκίτσο»

Πολλά παιδιά ζωγραφίζουν με μεγάλη χαρά. Το παιδικό σχέδιο αποτελεί έναν τρόπο έκφρασης συναισθημάτων, σκέψεων και σχεσιακών αναπαραστάσεων. Τα παιδικά σχέδια που έχω συναντήσει στην ψυχοθεραπευτική μου εργασία με ενέπνευσαν να επιχειρήσω να αναπαραστήσω ψυχοθεραπευτικές έννοιες, αρχές και συναισθήματα μέσω σκίτσων. Μέσα από την εμπειρία μου διαπίστωσα ότι αυτό διευκόλυne την πορεία της ψυχοθεραπείας με ποικίλους τρόπους: Αρχικά, η απεικόνιση επιτρέπει την καλύτερη κατανόηση και αφομοίωση εννοιών, καθώς και τη διατήρησή τους στη μνήμη και τη σύνδεσή τους με την καθημερινότητα του παιδιού. Επιπλέον, το σκίτσο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως τρόπος υπενθύμισης του περιεχομένου της συνεδρίας (π.χ. flashcard) και της θεραπευτικής σχέσης και συνεργασίας, αλλά και ως αντικείμενο συναισθηματικής σύνδεσης με τον θεραπευτή (μεταβατικό αντικείμενο). Τα σκίτσα στην ψυχοθεραπεία αποτέλεσαν την έμπνευσή μου για τη δημιουργία της σειράς βιβλίων «Πες το με ένα σκίτσο» από τις εκδόσεις Πεδίο (2019). Στο Σχήμα 4 παρουσιάζονται ορισμένα παραδείγματα σκίτσων που αναπαριστούν ψυχοθεραπευτικές έννοιες: το διαβολάκι που λέει τις αρνητικές σκέψεις, το «τέρας» του φόβου, που προειδοποιεί το παιδί για κάθε πιθανό κίνδυνο, η παραίτηση της κατάθλιψης και ο εσωτερικός κριτής (όπως τον προσωποποίησε ένα 10χρονο κορίτσι, «Η κυρία Ενοχή»).



Σχήμα 4. Ψυχοθεραπευτικές έννοιες αποτυπωμένες σε σκίτσο. Copyright © 2019 Κατερίνα Αγγελή και Εκδόσεις Πεδίο.

2. «Πες το με έναν ρόλο»

Τα παιχνίδια ρόλων συχνά αρέσουν πολύ στα παιδιά. Σε αυτά τους δίνεται η ευκαιρία να εκφραστούν ελεύθερα, υποδύομενα ρόλους οι οποίοι, χωρίς τα ίδια απαραίτητα να το συνειδητοποιούν, αποτελούν πλευρές του εαυτού τους. Η δημιουργικότητα του θεραπευτή και του παιδιού μπορεί να δημιουργήσει ρόλους και χαρακτήρες, τους οποίους μετά μπορεί να υποδύονται, με... όσο πιο πειστικό τρόπο μπορούν (π.χ. τόνος και ένταση φωνής, χειρονομίες, αξεσουάρ κ.λπ.).

Στη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική προσέγγιση, ρόλοι μπορεί να αποδοθούν στα συναισθήματα, στα σχήματα, αλλά και σε θεωρητικές κατασκευές που έχουν προκύψει από τη θεραπευτική συνεργασία (π.χ. το διαβολάκι των αρνητικών σκέψεων, το «τέρας» του φόβου, η «κυρία Ντροπή», η «κυρία Υπερηφάνεια» κ.λπ.). Η διατύπωση περίπτωσης και οι τρόποι λειτουργίας της Θεραπείας Σχημάτων αποτελούν εξαιρετικά γόνιμο έδαφος για τη δημιουργία και ενσάρκωση ρόλων· οι παιδικόι τρόποι λειτουργίας (ευάλωτο, θυμωμένο, ξένοιαστο/χαρούμενο παιδί), οι γονεϊκοί τρόποι λειτουργίας (επικριτικός, τιμωρητικός, απαιτητικός, ενοχοποιητικός, τρομοκρατικός γονέας) και οι τρόποι λειτουργίας που σχετίζονται με στρατηγικές αντιμετώπισης (αποστασιοποιημένος προστάτης, υπεραναπληρωτής, παραδιδόμενος) διαχωρίζονται, περιγράφονται, ονομάζονται και γίνονται ρόλοι, τους οποίους το παιδί και ο θεραπευτής ενσαρκώνουν, με σκοπό τη διερεύνηση και την κατανόησή τους, τη δημιουργία διαλόγων μεταξύ τους με στόχο όχι μόνο την αλλαγή, αλλά και τη διασκέδαση και τη χαρά κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και τελικά και την ενδυνάμωση της θεραπευτικής σχέσης.

Στο παράδειγμα που ακολουθεί, η Μαρία, 8 ετών, φοβάται να μπει στο πλοίο για να πάει στο νησί όπου θα περάσει με την οικογένειά της τις καλοκαιρινές διακοπές.

Θεραπεύτρια: Για να δούμε τι συμβαίνει... Από τη μία φοβάσαι να ταξιδέψεις με το πλοίο, αλλά από την άλλη ανυπομονείς

να πας στον παππού και τη γιαγιά και να συναντήσεις τους καλοκαιρινούς σου φίλους. Ο φόβος συχνά μεγαλώνει και σου λέει τρομερά πράγματα, φτάνοντάς σε στο σημείο να αρνείσαι να πας. Προτείνω να φτιάξουμε έναν χαρακτήρα που θα είναι αυτός ο φόβος και να παίξουμε τον ρόλο του. Φαντάσου λοιπόν πώς είναι ο φόβος που αισθάνεσαι... Θες να τον ζωγραφίσεις;

(Η Μαρία συμφωνεί και ζωγραφίζει τον φόβο σαν ένα τέρας με πολλά κεφάλια.)

Μαρία: Έχει πολλά κεφάλια γιατί έχει πολλά στόματα και λέει πολλά τρομακτικά πράγματα. Επίσης είχαμε πει εδώ ότι μοιάζει με τη Λερναία Ύδρα, που όταν απαντάμε σε αυτό που λέει το ένα στόμα, πετάγεται ένα άλλο και λέει κάτι άλλο.

Θεραπεύτρια: Φανταστικό σχέδιο, Μαρία. Μπορείς τώρα να το βάλεις μπροστά στο πρόσωπό σου και να μιλήσεις σαν να είσαι αυτό; Τι λέει μέσα στο κεφάλι σου;

Μαρία: Ότι θα κουνάει το πλοίο, θα φοβηθώ, μπορεί να βουλιάξει, θα έρθουν καρχαρίες.

Θεραπεύτρια: Προσπάθησε τώρα να τα πεις σαν να μιλάει το τέρας σ' εσένα. Φαντάζομαι θα έχει τρομακτική φωνή, ε;

Μαρία: *(με τσιριχτή φωνή)* Θα βουλιάξει το πλοίο, θα πνιγείτε, θα σας φάνε οι καρχαρίες!

Θεραπεύτρια: Πω πω, φόβε, τα λες τόσο πειστικά! Πράγματι η Μαρία που σε ακούει πιστεύει ότι έχεις δίκιο και φοβάται. Την κατατρομάζεις... Γιατί το κάνεις αυτό;

Μαρία: Μα για να την προετοιμάσω! Αν ξέρει τι κακό θα γίνει, δεν θα πάει κι έτσι θα προστατευθεί! Θα είναι ασφαλής! Πρέπει να προσέχει!

Θεραπεύτρια: Μαρία, αν θες τώρα δώσε μου το σχέδιό σου, για να παραστήσω εγώ τον φόβο. Θα το βάλω μπροστά στο πρόσωπό μου και θα μιλάω στη Μαρία σαν να είμαι ο φόβος. *(Βάζει το σχέδιο μπροστά στο πρόσωπό της και αλλάζει τη φωνή της.)* «Είμαι ο φόβος της Μαρίας! Έχω έναν ιερό σκοπό: να την προστατεύω! Έχω πολλά κεφάλια για να σκέφτομαι όλους τους πιθανούς κινδύνους γύρω της και πολλά μάτια για να βλέπω κάθε κίνδυνο που μπορεί να ξεφυτρώσει μπροστά της! Όταν δεν πείθεται, της πετάω και μερικές τρομακτικές εικόνες... αυτό συνήθως πιάνει! Μαρία, μην μπει στο καράβι! Είναι επικίνδυνο! Θα κουνάει, θα έχει κακοκαιρία, θα βουλιάξει!». Μαρία, πώς ένιωσες όσο μιλούσα;

Μαρία: Φοβήθηκα.

Θεραπεύτρια: Ένωσες ότι έχεις δίκιο;

Μαρία: Ναι. Όμως με τσάντισε και λιγάκι. Αν τα φοβάμαι όλα, πώς θα περάσω καλά;

Θεραπεύτρια: Πολύ καλά τα λες! Να φτιάξουμε λοιπόν και έναν άλλο χαρακτήρα, που λέει ότι θες να περάσεις καλά και να ευχαριστηθείς με όσα σου αρέσουν. Να φτιάξουμε ένα σχέδιο με τη Χαρά ως χαρακτήρα;

Σε αυτό το σημείο, προστέθηκε στον διάλογο ο χαρακτήρας της Χαράς και ακολούθησε παιχνίδι ρόλων ανάμεσα στον Φόβο και τη Χαρά, με εναλλαγή της ανάληψης του κάθε ρόλου από τη θεραπεύτρια και τη Μαρία. Ο διάλογος κατέληξε ως εξής:

Μαρία (μιλώντας ως Χαρά): Ο μπαμπάς και η μαμά προστατεύουν τη Μαρία όταν κάτι είναι επικίνδυνο και δεν λένε υπερβολές σαν εσένα! Φροντίζουν και να χαρεί και να περάσει καλά!

Θεραπεύτρια (μιλώντας ως Φόβος): Δεν ξέρουν αυτοί. Εγώ

Ξέρω καλύτερα. (Μιλώντας ως Θεραπεύτρια): Μαρία, νομίζω ήρθε η ώρα για πιο δραστικά μέτρα. Το έχει παρακάνει. Είπαμε, ο φόβος είναι καλός όταν μας προστατεύει, όχι όταν μας τρομοκρατεί.

Η Μαρία και η θεραπεύτρια κατέληξαν να ζωγραφίσουν ένα δίχτυ, για να το πετάξουν στον φόβο και να τον παγιδεύσουν. Μετά, έβαλαν τα δύο χαρτιά (φόβος και δίχτυ) σε έναν φάκελο και τον σφράγισαν.

Θεραπεύτρια: Μείνε εκεί μέσα, και αν ανοίξεις τον φάκελο και αρχίσεις πάλι να τρομοκρατείς, θα έχεις να κάνεις με εμάς!
Μαρία (μιλώντας ως Χαρά): Στο νησί θα φάω παγωτά!

3. «Πες το με μία μάσκα»

Στο πλαίσιο των παιχνιδιών ρόλων και χαρακτήρων, αλλά και για την καλύτερη κατανόηση της διατύπωσης περίπτωσης και την ενθάρρυνση και διευκόλυνση της αυτοπαρατήρησης, η κατασκευή μασκών αποτελεί χρήσιμο, αποδοτικό και διασκεδαστικό εργαλείο (βλ. Σχήμα 5). Το παιδί, μαζί με τον θεραπευτή, μπορεί να κατασκευάσουν μάσκες για τους τρόπους λειτουργίας, τα συναισθήματα κ.ο.κ. Στη συνέχεια, μπορεί να αξιοποιήσουν τις μάσκες σε παιχνίδια ρόλων, θεραπευτικούς διαλόγους κ.ά.



Σχήμα 5. Παράδειγμα κατασκευής μασκών για την αποτύπωση των συναισθημάτων.

4. «Πες το με παντομίμα»

Η χρήση της παντομίας μπορεί να κάνει τη θεραπευτική διαδικασία ευχάριστη και διασκεδαστική. Παράλληλα, ενεργοποιεί το παιδί να εστιάσει σε διάφορα χαρακτηριστικά του εαυτού του και των καταστάσεων προκειμένου να τις περιγράψει, αλλά και του δίνει την ευκαιρία να εκφραστεί πιο ελεύθερα.

Παράδειγμα: Ο Τάσος είναι 12 ετών και παρουσιάζει άρνηση μελέτης. Κάθε μέρα αναβάλλει με διάφορες δικαιολογίες τη σχολική μελέτη, τσακώνεται με τη μητέρα του και τον πατέρα του και καταλήγει να ξενυχτάει για να ολοκληρώσει τις υποχρεώσεις του. Όταν κλήθηκε να παραστήσει με παντομίμα ένα περιστατικό που τον στενοχώρησε μέσα στην εβδομάδα, ήταν πολύ διαφωτιστικός ο τρόπος με τον οποίο αναπαρέστησε τους γονείς του: αναπαριστώντας τη μητέρα, εξέπεμπε άγχος, αγωνία και φόβο, ενώ αναπαριστώντας τον πατέρα απαξίωση και αυστηρότητα. Η θεραπεύτρια, μαντεύοντας τα συναισθήματα που αναπαριστά ο Τάσος, κάνει παράλληλα γνωσιακή διερεύνηση και εκπαίδευση στη λεκτική έκφραση συναισθημάτων.

Θεραπεύτρια (ενώ ο Τάσος κάνει παντομίμα την έκφραση της μητέρας του): Απογοητευμένη;

(Ο Τάσος γνέφει αρνητικά και μετά σαν να λέει «έτσι κι έτσι»)

Θεραπεύτρια: Θυμωμένη;

(Ο Τάσος γνέφει αρνητικά)

Θεραπεύτρια: Νιώθει αγωνία;

(Ο Τάσος γνέφει emphaticά καταφατικά)

Θεραπεύτρια: Για ποιον λόγο;

(Ο Τάσος δείχνει προς τα κάτω και μετά κάνει μία χειρονομία απαξίωσης)

Θεραπεύτρια: Εσένα δείχνει; Πιστεύει ότι δεν θα τα πας καλά;

(Ο Τάσος γνέφει καταφατικά και μετά κάνει ότι απλώνει το χέρι του σαν ζητιάνος)

Θεραπεύτρια: ...και ότι θα γίνεις ζητιάνος;

(Ο Τάσος γνέφει καταφατικά και γελάει)

5. «Πες το με έναν στίχο/Πες το με ένα σύνθημα»

Μία φράση που σχηματίζει ομοιοκαταληξία μπορεί να απομνημονευτεί καλύτερα από το παιδί και να εντυπωθεί στη μνήμη του. Οι ρίμες γίνονται παιχνίδι που παίζει το παιδί μαζί με τον θεραπευτή· μπορεί να πάρουν τη μορφή στίχων ή συνθήματος που θα χρησιμοποιηθούν ως φράσεις αυτοεπιβεβαίωσης ή ως υπενθύμιση του υλικού της συνεδρίας κ.λπ.

Παράδειγμα: Ο Πέτρος, 10 ετών, με ιδεοληψίες σχετικά με το σεξ και τη θρησκεία, έφτιαξε μαζί με τη θεραπεύτριά του τα ακόλουθα στιχάκια, τα οποία φαντάστηκαν το διαβόλακι των ιδεοληψιών να του λέει, προκαλώντας του φόβο:

«Στέλνω σαίτες φοβερές
με σκέψεις τρομακτικές
στο μυαλό σου τις κολλάω
και με τα βάσανά σου γελάω!

Χα χαχά και χο χοχό
Δεν είναι τρομακτικό;
Για το σεξ συνέχεια σου μιλάω
Και ποτέ δεν σταματάω!»

Τα συνθήματα συχνά σχετίζονται με το συναίσθημα του ενθουσιασμού, καθώς και της σύμφωνιας· ένα σύνθημα στο οποίο συμφωνούν το παιδί και ο θεραπευτής μπορεί να αποτελεί την επισφράγιση μιας συμφωνίας στην οποία έχουν καταλήξει μέσα από τη θεραπευτική συνεργασία. Τα συνθήματα μπορεί να γραφτούν σε χαρτί, να συνοδεύονται από σκίτσα, αυτοκόλλητα, κατασκευές κ.λπ. Στο Σχήμα 6 παρουσιάζεται ένα χαρτάκι με το σύνθημα που δόθηκε στον 14χρονο Βαγγέλη, που υπέφερε από ενοχές και πάσχιζε να είναι τέλειος για να είναι αποδεκτός. Παρακάτω παρουσιάζονται παραδείγματα συνθημάτων που έχουν προκύψει σε θεραπευτικές συνεργασίες με παιδιά και εφήβους:



Σχήμα 6. Παράδειγμα συνθήματος σε σκίτσο. Copyright © 2019 Κατερίνα Αγγελή.

- Όχι στην ενοχή, ναι στην αποδοχή!
- Οι φίλοι δεν χτυπούν, ούτε σε απειλούν!
- Όχι στις φωνές, ναι στις αγκαλιές!
- Υποστήριξέ με και κατάλαβέ με!

6. «Πες το με ένα σενάριο»

Η χρήση σεναρίων μπορεί να αποτελέσει πολύ αποτελεσματικό αλλά και διασκεδαστικό εργαλείο στην ψυχοθεραπεία παιδιών και εφήβων. Το σενάριο εκδιπλώνεται σε ένα αυτοσχέδιο βιβλίο, στο οποίο γίνεται η αφήγηση μιας ιστορίας που άπτεται ενός θέματος της ψυχοθεραπευτικής συνεργασίας. Για παράδειγμα, η 9χρονη Ελίζα έγραψε και εικονογράφησε, σε συνεργασία με τη θεραπεύτριά της, ένα βιβλίο για τις «Περιπέτειες του Σπίθα», στο οποίο σε κάθε συνεδρία προσέθεταν και μία περιπέτεια του σκύλου Σπίθα, αντίστοιχη των καθημερινών γεγονότων και δυσκολιών της ζωής της Ελίζας: Ο Σπίθας πήρε κακό βαθμό σε ένα διαγώνισμα, ο Σπίθας στενοχωρήθηκε γιατί η μαμά και ο μπαμπάς τσακώθηκαν κ.λπ. Στο κάθε κεφάλαιο περιγράφονταν με κείμενο και σκίτσα οι σκέψεις και τα συναισθήματά του και στη συνέχεια προστίθεντο οι εναλλακτικές σκέψεις και αντιδράσεις, καθώς και η λήξη της κάθε ιστορίας.

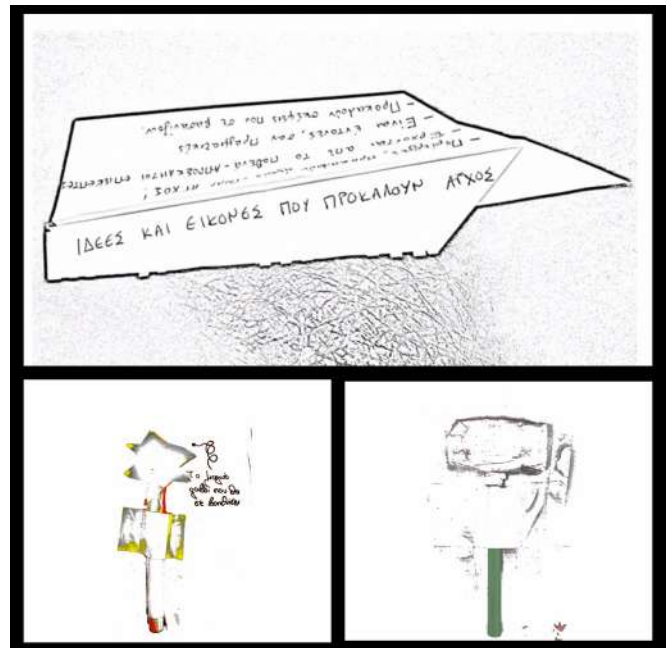
Το σενάριο/εικόνα μπορεί επίσης να αποτελέσει αντικείμενο αφήγησης. Ο Μιχάλης, 10 ετών, μέσα στο πλαίσιο των δυσκολιών που αντιμετώπιζε ως προς την αυτονομία του, απέφευγε να παραμείνει μόνος του στο δωμάτιό του. Έχοντας δει μία ταινία τρόμου με έναν κλόουν-εγκληματία, του ερχόταν στο μυαλό η εικόνα του κλόουν να ξεπροβάλλει απειλητικά κάτω από το κρεβάτι του. Το σενάριο που υπήρχε στο μυαλό του ήταν ότι ο κλόουν βγαίνει κάτω από το κρεβάτι του, του επιτίθεται, είναι τεράστιος και απειλητικός, ενώ ο ίδιος είναι μικρός και αδύναμος. Η θεραπεύτρια, σε συνεργασία με τον Μιχάλη, έφτιαξαν και αφηγήθηκαν το ακόλουθο διαφορετικό σενάριο: «Ο κλόουν πάει να βγει από το κρεβάτι και, καθώς βγαίνει, χτυπάει το κεφάλι του στο ξύλο του κρεβατιού... Κάνει μία γκριμάτσα πόνου και σχηματίζεται ένα κατακόκκινο καρούμπαλο στο μέτωπό του. Προσπαθώντας να βγει, χτυπάει και στο πίσω μέρος του κεφαλιού και μία τούφα των φουντωτών μαλλιών του πιάνεται σε ένα ξυλάκι που εξέρχεται από τον ξύλινο σκελετό του κρεβατιού· μπλέκεται τόσο πολύ, που στην προσπάθειά του να την απομακρύνει από εκεί, ξεριζώνεται! Ο κλόουν φαίνεται αληθινά καταπονημένος τώρα... σέρνεται έξω από το κρεβάτι, τρίβει το καρούμπαλο στο πίσω μέρος του κεφαλιού του και μία τούφα πολύχρωμα μαλλιά είναι στο πάτωμα... Πάει να σηκωθεί, αλλά παραπατάει και σκοντάφτει πάνω στην καρέκλα του γραφείου του Μιχάλη, η οποία έχει ροδάκια και τον πηγαίνει με φόρα κατευθείαν πάνω στην μπαλκονόπορτα! Ο κλόουν είναι κατατρομαγμένος, σκέφτεται ότι σίγουρα αυτή δεν είναι καλή ημέρα για επίθεση. Πιάνεται από το πόμολο της μπαλκονόπορτας για να στηριχτεί στα πόδια του και –άπαπα!!– εκεί βρίσκεται ένα σκουριασμένο καρφί και του τραυματίζει το δάχτυλο... Έντρομος, με το δάχτυλο ψηλά, τρέχει για αντιτετανικό!».

Αλλάζοντας το σενάριο, επιχειρήθηκε να αλλάξει η εξαρτημένη αντίδραση του φόβου που βίωνε ο Μιχάλης όταν ήταν μόνος του στο δωμάτιό του, καθώς και η συνεξάρτηση του δωματίου με τον κλόουν και τα συναισθήματα φόβου, απειλής και βοήθησης. Η εικόνα του τρομακτικού κλόουν αντικαταστάθηκε από την εικόνα του αδέξιου κλόουν που

γελοιοποιείται. Ο Μιχάλης συνέβαλε πολύ στο κτίσιμο του σεναρίου, ξεκαρδιζόμενος στα γέλια. Αυτή η τεχνική εφαρμοσθηκε στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής συνεργασίας, η οποία κτιζόταν βάσει της διατύπωσης περίπτωσης και στην οποία ο Μιχάλης επεξεργαζόταν με ποικίλους τρόπους το ζήτημα της αυτονομίας του.

7. «Πες το με μία κατασκευή»

Διάφορες κατασκευές μπορεί να αποτελέσουν θεραπευτικά εργαλεία. Για παράδειγμα, η Μελίνα (7 ετών, με χαμηλή αυτοεκτίμηση και ονυχοφαγία) κατασκεύασε με έναν μαρκαδόρο, χαρτί και σελοτέιπ ένα σφυράκι –το οποίο χτυπούσε στο τραπέζι απαντώντας στη φωνή του εσωτερικού της κριτή– και ένα μαγικό ραβδί, το οποίο συμβουλευόταν κάθε φορά που χρειαζόταν εναλλακτικές σκέψεις και επιλογές. Ο Πέτρος (10 ετών, με ιδεοληψίες σχετικά με το σεξ και τη θρησκεία) κατασκεύασε μαζί με τη θεραπεύτρια μία σάιτα που έγραφε πάνω της τις ιδεοληψίες που εισέβαλλαν στο μυαλό του (βλ. Σχήμα 7).



Σχήμα 7. Παραδείγματα κατασκευών στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας.

8. «Πες το με/σε έναν καθρέφτη»

Ο καθρέφτης μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία (βλ. Σχήμα 8). Οι σκέψεις μας είναι ο τρόπος με τον οποίο «μιλάμε» στον εαυτό μας· τα Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα είναι το πρίσμα μέσα από το οποίο βλέπουμε τον εαυτό μας, τους άλλους και τον κόσμο. Σε αυτό το πλαίσιο, ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει ποικιλοτρόπως τον καθρέφτη ως θεραπευτικό εργαλείο. Στο παράδειγμα που ακολουθεί, η θεραπεύτρια χρησιμοποιεί τον καθρέφτη με την Κατερίνα, 15 ετών, η οποία αντιμετωπίζει προβλήματα στις σχέσεις της με τους συνομηλικούς της.



Σχήμα 8. Η δημιουργικότητα, η παιδικότητα και η φαντασία στη Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία και στη Θεραπεία Σχημάτων σε παιδιά και εφήβους. Copyright © 2019 Κατερίνα Αγγελή.

Θεραπεύτρια: Κατερίνα, σε ακούω να περιγράφεις τον εαυτό σου με πολύ σκληρά λόγια. Αναρωτιέμαι λοιπόν πώς σε βλέπεις, τι βλέπεις όταν κοιτάς στον καθρέφτη. Θα ήθελα να πάρεις αυτόν τον καθρέφτη στα χέρια και να κοιταχτείς.

Κατερίνα: Ωχ... δεν μου αρέσει να κοιτάζομαι στον καθρέφτη... Φαίνονται τα σπυράκια μου και η μεγάλη μου μύτη. (Παίρνει τον καθρέφτη και κοιτάζεται) Η μύτη μου είναι χάλια, όλοι αυτό θα προσέχουν κοιτάζοντας το πρόσωπό μου... Και έχω βγάλει αυτό το σπυράκι στο μέτωπο που είναι κατακόκκινο. Είμαι κακάσχημη.

Θεραπεύτρια: Πράγματι, μιλάς πολύ άσχημα στον εαυτό σου όταν κοιτάζεσαι στον καθρέφτη! Εστιάζεις μόνο σε αυτά τα σημεία που δεν σου αρέσουν και δεν προσέχεις τα υπόλοιπα... Θα ήθελα να πάρεις αυτά τα χαρτάκια και να γράψεις αυτές τις σκέψεις σου πάνω τους, σε δεύτερο πρόσωπο, π.χ. «είσαι κακάσχημη». Μετά θα τα κολλήσουμε πάνω στον καθρέφτη, από τη μία πλευρά.

(Η Κατερίνα ετοιμάζει τα χαρτάκια και τα κολλάνε από τη μία πλευρά του καθρέφτη)

Θεραπεύτρια: Τώρα θα κοιταχτείς πάλι στον καθρέφτη. Αυτή τη φορά θα ψάξεις να βρεις κάτι που σου αρέσει πάνω σου, ή που τουλάχιστον δεν σε ενοχλεί. Θα έρθω κι εγώ δίπλα σου και θα κοιτάω.

(Μετά από αρκετά λεπτά στα οποία η Κατερίνα διαμαρτύρεται και αρνείται να εντοπίσει θετικά στοιχεία στο πρόσωπό της και η θεραπεύτρια την παροτρύνει μέσα από τεχνικές γνωσιακής αναδόμησης και την ενθαρρύνει)

Κατερίνα: Το δέρμα μου, στα σημεία όπου δεν έχω σπυράκια, φαίνεται απαλό. Επίσης, σήμερα έχουν πετύχει τα μαλλιά μου.

Θεραπεύτρια: Σωστά! Θα ήθελα να πω κι εγώ τι βλέπω. Βλέπω ένα ντροπαλό χαμόγελο και ένα ευγενικό βλέμμα, ένα όμορφο πρόσωπο με συμμετρικά χαρακτηριστικά, ένα πολύ όμορφο και συμπαθητικό κορίτσι. Θα ήθελα τώρα να γράψουμε σε χαρτάκια τα καινούργια πράγματα που είπες

και, αν θες, γράψε και κάποια από αυτά που είπα εγώ. Σε δεύτερο πρόσωπο κι αυτά! Θα τα κολλήσουμε στην άλλη πλευρά του καθρέφτη.

(Αφού ολοκληρώνουν τη διαδικασία)

Θεραπεύτρια: Δες τώρα τις δύο πλευρές του καθρέφτη. Αν κάποιος σου έλεγε αυτά τα λόγια (αρνητικές σκέψεις), θα μπορούσες να τον θεωρείς φίλο σου; Μήπως θα θύμωνες μαζί του;

9. «Πες το μέσα από τη θεραπευτική σχέση»

Πες το –οπωσδήποτε– ΚΑΙ με τη θεραπευτική σχέση! Πέρα από τις τεχνικές, τη διατύπωση περίπτωσης και το πλαίσιο της θεραπείας, η θεραπευτική σχέση αποτελεί μία ανθρώπινη στενή σχέση, μέσα από την οποία είναι σημαντικό να περνάμε στο παιδί μηνύματα που συνάδουν με τους στόχους της θεραπείας. Η αυθεντική και ειλικρινής θεραπευτική στάση επιτρέπει στο παιδί να βιώσει μέσα στους κόλπους της θεραπευτικής σχέσης διορθωτικές εμπειρίες, οι οποίες θα διευκολύνουν την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων. Για παράδειγμα, η θεραπευτική στάση «Σε σέβομαι, σε ακούω» διευκολύνει την αναδόμηση της σκέψης «Δεν είμαι σημαντικός/-ή» και του σχήματος της μειονεξίας· η θεραπευτική στάση «Αποδέχομαι τα λάθη σου» είναι φυσιολογικά και μας βοηθούν να μάθουμε και να εξελιχθούμε» διευκολύνει την αναδόμηση του σχήματος των ανελαστικών κριτηρίων.

Άλλα παραδείγματα μηνυμάτων που μπορεί να μεταδίδονται μέσα από τη θεραπευτική στάση:

- Όταν μου μιλάς άσχημα, νιώθω δύσκολα απέναντί σου.
- Δεν χρειάζεται να είσαι τέλειος/-α για να μου αρέσεις.
- Το παιχνίδι και η χαρά είναι υπέροχο μέρος της ζωής.
- Οι υποχρεώσεις είναι μέρος της ζωής και είναι σημαντικό να μάθουμε να ανταποκρινόμαστε σε αυτές.
- Είναι φυσιολογικό να δυσκολευόμαστε και να αγανακτούμε όταν οι υποχρεώσεις είναι πολλές και απαιτητικές.
- Είναι φυσιολογικό να θυμώνουμε όταν αδικούμαστε ή πιεζόμαστε.
- Συνεχίζουμε να προσπαθούμε.
- Κανένας δεν έχει δικαίωμα να σε μειώνει.
- Δεν έχεις δικαίωμα να μειώνεις κανέναν.

10. «Πες το με...»

Αναφέρθηκα σε ορισμένα παραδείγματα αξιοποίησης δημιουργικών τρόπων έκφρασης, μετάδοσης γνώσεων και πληροφοριών, καθώς και θεραπευτικών μηνυμάτων κατά την ψυχοθεραπευτική εργασία με παιδιά και εφήβους. Τα παραδείγματα αυτά αποτελούν ένα ελάχιστο μέρος των δυνατοτήτων δημιουργικότητας που μας προσφέρει το θεωρητικό ψυχοθεραπευτικό υπόβαθρο της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Προσέγγισης και της Θεραπείας Σχημάτων.

Πες το με ένα σκίτσο, έναν στίχο, ένα σενάριο, έναν καθρέφτη... Πες το και με παιχνίδια, μπαλόνια, τραγούδια, βιντεάκια, θεραπευτικές ιστορίες και ό,τι άλλο μπορείς να φανταστείς! Τα παιχνίδια, τα βιβλία, τα τραγούδια, τα βιντεάκια και οι θεραπευτικές ιστορίες μπορεί να είναι αυτοσχέδια, απόρροια της θεραπευτικής συνεργασίας, ή έτοιμα, τα οποία ο θεραπευτής και το παιδί επιλέγουν βάσει του περιεχομένου τους και χρησιμοποιούν σαν εφελθέρια για διαφορετικές δημιουργικές διαδρομές (π.χ. «τι άλλο θα μπορούσε να γίνει;», «έλα να

παραστήσουμε την Αλίκη που φοβάται», «θες να μου δείξεις με παντομίμα αυτή τη σκηνή που περιγράφεται εδώ;», «να αλλάξουμε λίγο αυτόν τον στίχο;»).

Εν κατακλείδι, με βάση τη θεωρητική σου κατάρτιση και το θεραπευτικό πλαίσιο που σου παρέχει, αλλά και με βάση την προσωπικότητά σου και τους τρόπους με τους οποίους συνδέσαι και επικοινωνείς, πες το με όποιο τρόπο μπορείς να φανταστείς ότι θα ακουστεί και θα γίνει κατανοητό!

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Αγγελή, Κ. (2019). *Νικό τον Πανικό*. Αθήνα: Πεδίο.
2. Αγγελή, Κ. (2016). Μέθοδοι και τεχνικές της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας για παιδιά και εφήβους. Στο Καλαντζή-Αζίζι, Α. & Σοφianoπούλου, Α. (επιμ.), *Γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία παιδιών και εφήβων: Θεωρία και πράξη* (σσ. 145-188). Αθήνα: Πεδίο.
3. Αγγελή, Κ. (2016). Στο Καλαντζή-Αζίζι, Α. & Σοφianoπούλου, Α. (επιμ. έκδ.).

Η Θεραπεία Σχημάτων σε παιδιά και εφήβους. *Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία Παιδιών και Εφήβων: Θεωρία και Πράξη* (σσ. 733-754). Αθήνα: Πεδίο.

4. Αγγελή, Κ., Βαβέρη, Χ. & Κακλαμάνη, Γ. (2016). *Σημειώσεις μαθήματος «Τεχνικές και Μέθοδοι στη Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία παιδιών και εφήβων»*. Αδημοσίευτες σημειώσεις Ε' Ενότητας. Αθήνα: Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών.
5. Farrell, J., Reiss, N. & Shaw, I. (2014). *The Schema Therapy Clinician's Guide: A Complete Resource for Building and Delivering Individual, Group and Integrated Schema Mode Treatment Programs*. Wiley-Blackwell.
6. Heath, G. (2020). *Creative Methods in Schema Therapy: Advances and Innovation in Clinical Practice*. New York: Routledge.
7. Jacob, G., van Genderen, H. & Seebauer, L. (2011). *Breaking Negative Thinking Patterns: A Schema Therapy Self-Help and Support Book*. Wiley-Blackwell.
8. Rosal, M.L. (2016). Cognitive-behavioral Art Therapy Revisited. In David E. Gussak & Marcia L. Rosal (eds), *Handbook of Art Therapy*, 68-76. New York: John Wiley and Sons.
9. Rosal, M.L. (2018). *Cognitive-Behavioral Art Therapy: From Behaviorism to the Third Wave*. New York: Routledge.
10. Van den Broek, E., Keulen-de Vos, M. & Bernstein, D.P. (2011). *The Arts in Psychotherapy*, Vol. 38 (5), 325-332.

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία στις αγχώδεις διαταραχές παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) υψηλής λειτουργικότητας

Κατερίνα Σοφianoπούλου, Σοφία Καπνογιάννη
Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών

Αλληλογραφία: Κατερίνα Σοφianoπούλου, Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών, Γλάδστωνος 10, 10677, Αθήνα
Email: katerina@sofianopoulou.com – Τηλέφωνο: 6979514880

Περίληψη

Το άγχος αποτελεί ένα από τα πιο συχνά συννοδά προβλήματα των παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση εξετάζει την αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Θεραπείας για τις αγχώδεις διαταραχές στα παιδιά με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας και συνοψίζει τις νέες τάσεις ως προς την τροποποίησή της ΓΣΘ με τρόπο που να ανταποκρίνεται πιο αποτελεσματικά στις ανάγκες και ιδιαιτερότητες των παιδιών με ΔΑΦ. Η ΓΣΘ φαίνεται να αποτελεί μία καλά τεκμηριωμένη θεραπεία για τις αγχώδεις διαταραχές όχι μόνο των παιδιών τυπικής ανάπτυξης, αλλά και των παιδιών με ΔΑΦ. Με τη διαφορά ότι το θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να εστιάζεται όχι μόνο στη διαταραχή καθαυτή, αλλά και στις δυσκολίες του παιδιού που προέρχονται από τη ΔΑΦ, να κάνει χρήση οπτικοποιημένου υλικού και άλλων βοηθημάτων, να λαμβάνει υπόψη τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντα του παιδιού, τις κοινωνικές δυσκολίες, να δίνει χρόνο, να εμπλέκει τους γονείς στη θεραπευτική διαδικασία, να περιλαμβάνει τη συνεργασία με τον εκπαιδευτικό και το σχολείο και ό,τι άλλο προϋποθέτει μια βέλτιστη αντιμετώπιση του μαθητή με ΔΑΦ. Η ΓΣΘ αποτελεί ένα πρόσφορο πεδίο που επιδέχεται αλλαγές και τροποποιήσεις έτσι ώστε να ανταποκρίνεται εξατομικευμένα στις ανάγκες του κάθε παιδιού, στοχεύοντας στα συμπτώματα και τροποποιώντας το συμπεριφορικό και γνωστικό ρεπερτόριο που διατηρεί τη συναισθηματική δυσκολία.

Λέξεις-κλειδιά: Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία, Αγχώδεις Διαταραχές, Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)

1. Εισαγωγή: Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ)

Η ΔΑΦ αποτελεί έναν όρο ομπρέλα που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα νευροαναπτυξιακών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση, επαναλαμβανόμενα μοτίβα συμπεριφορών, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, εμφανίζονται στην πρώιμη παιδική ηλικία και παραμένουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής [1, 2]. Τα δεδομένα από το Δίκτυο Παρακολούθησης Αυτισμού και Νευροαναπτυξιακών διαταραχών (ADDM) υποδηλώνουν ότι 1 στα 68 παιδιά ηλικίας 8 ετών βρίσκεται στο φάσμα του αυτισμού [3]. Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες έρευνες, η ΔΑΦ συναντάται σε ποσοστό 1-5% στον γενικό πληθυσμό [4]. Στα παιδιά που διαγιγνώσκονται με ΔΑΦ παρατηρούμε ένα ευρύ φάσμα ικανοτήτων και δυσκολιών που επηρεάζουν την πρόγνωση και μετέπειτα εξέλιξή τους.

1.1. Αγχώδεις διαταραχές στα παιδιά με ΔΑΦ

Περίπου το 70% των παιδιών με ΔΑΦ εμφανίζουν συννοσηρότητα με κάποια διαταραχή, με πιο συχνή το άγχος. Παρότι το άγχος είναι παρόν σε όλο το φάσμα της διαταραχής, η εμφάνιση αγχώδους συμπτωματολογίας εξαρτάται από παράγοντες

όπως η ηλικία, το γνωστικό προφίλ του παιδιού και ο βαθμός των δυσκολιών στον τομέα της κοινωνικής επικοινωνίας και της κατανόησης [5]. Αξίζει να αναφερθεί πως τα ποσοστά που εντοπίζουν οι έρευνες ποικίλλουν, κυρίως εξαιτίας των διαφορετικών μεθόδων επιλογής δείγματος και εργαλείων αξιολόγησης.

Οι πρώτες έρευνες σε αυτό το θέμα αναφέρουν την παρουσία αγχώδων διαταραχών στα παιδιά με ΔΑΦ σε ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 47-81% [6]. Οι Muris και συνεργάτες, για παράδειγμα, βρήκαν ότι από τα 44 παιδιά με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας που συμμετείχαν στην έρευνά τους, το 84,1% των παιδιών πληρούσε κριτήρια του DSM-IV για τουλάχιστον μία αγχώδη διαταραχή και το 63,6% για ειδική φοβία [7].

Αντίστοιχα, η επιδημιολογική έρευνα των Simonoff και συνεργατών [8] αναφέρει πως το 70% των παιδιών με ΔΑΦ πληρούσε τα κλινικά κριτήρια για τουλάχιστον μία ακόμα ψυχιατρική διαταραχή και πως το 45% του πληθυσμού αυτού πληρούσε τα κριτήρια για μία τουλάχιστον αγχώδη διαταραχή, σύμφωνα με το DSM-IV-TR.

Άλλες μελέτες αναφέρουν πως ο επιπολασμός των αγχώδων διαταραχών σε παιδιά στο φάσμα του αυτισμού κυμαίνεται μεταξύ 42-55% [5]. Τα επίπεδα άγχους είναι πιο υψηλά σε

σύγκριση με παιδιά τυπικής ανάπτυξης, με παιδιά με διαταραχές λόγου [6], με χρόνιες παθήσεις [9], με διαταραχή διαγωγής [10]. Επίσης, οι αγχώδεις διαταραχές είναι πιο συχνές σε παιδιά που εμφανίζουν χαρακτηριστικά που συνάδουν με το φάσμα του αυτισμού που όμως δεν πληρούν τα κριτήρια για διάγνωση ΔΑΦ [11].

Οι περισσότεροι συχνά αναφερόμενες διαταραχές άγχους στα παιδιά με ΔΑΦ φαίνεται να είναι η ειδική φοβία (30%), η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΔΨ) (17%) και το κοινωνικό άγχος (17%). Παρόμοια κατανομή παρουσιάζουν και τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, με εξαίρεση την ΙΔΨ, η οποία εμφανίζεται συχνότερα στα παιδιά με ΔΑΦ [12].

Τα παιδιά με ΔΑΦ είναι πιο επιρρεπή στην εμπειρία αγχώδων συμπτωμάτων εξαιτίας των σημαντικών επικοινωνιακών και κοινωνικών ελλειμμάτων [13], της αυξημένης αισθητηριακής ευαισθησίας [14] και της δυσκολίας στη διαχείριση των συναισθημάτων τους [13, 15]. Πιο συγκεκριμένα, λόγω των ελλειμμάτων στις εκτελεστικές λειτουργίες και της έλλειψης ευελιξίας δυσκολεύονται να εφαρμόσουν στρατηγικές που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν να προσαρμοστούν στο διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον τους, με αποτέλεσμα να βιώνουν έντονο στρες όταν παρατηρούν αλλαγές στην καθημερινότητα και στη ρουτίνα τους. Επιπλέον, σύμφωνα με τη θεωρία της κεντρικής συνοχής, τα παιδιά με ΔΑΦ δυσκολεύονται να οργανώσουν πληροφορίες και να τις συνδέσουν με τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις και εμπειρίες τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εστιάζουν την προσοχή τους στις επιμέρους λεπτομέρειες, να χάνουν τη συνολική εικόνα της κατάστασης και να ερμηνεύουν τελικά τις καταστάσεις ως απειλητικές, βιώνοντας άγχος [5].

1.2. ΔΑΦ και άγχος στο σχολικό πλαίσιο

Με αυξανόμενο ρυθμό παγκοσμίως, τα παιδιά στο φάσμα του αυτισμού εντάσσονται πλήρως στα γενικά σχολεία και μπαίνουν στις τάξεις μαζί με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, έχοντας στο πλάι τους ποικίλα επίπεδα υποστήριξης για τις σύνθετες μαθησιακές, κοινωνικές-επικοινωνιακές και συναισθηματικές τους ανάγκες. Αντιμετωπίζουν σημαντικό αριθμό προκλήσεων δεδομένων των δυσκολιών ή ιδιαιτεροτήτων τους στους προαναφερόμενους τομείς, γεγονός που συχνά επηρεάζει αρνητικά την προσαρμογή στο σχολικό περιβάλλον [16].

Ακόμα και στον πληθυσμό των παιδιών με τυπική ανάπτυξη παρατηρείται ότι τα παιδιά που παρουσιάζουν αγχώδεις διαταραχές είναι πιο πιθανό να παρουσιάζουν χαμηλές επιδόσεις, σχολική άρνηση [17] και φτωχότερη προσαρμοστική ικανότητα [18]. Εύκολα μπορεί να συμπεράνει κανείς πως αντίστοιχα στον πληθυσμό των παιδιών στο αυτιστικό φάσμα, η συννοσηρότητα με αγχώδεις διαταραχές θα επιτείνει τις δυσκολίες προσαρμογής στο σχολικό πλαίσιο.

Στον πληθυσμό των παιδιών με ΔΑΦ, τα κλινικώς σημαντικά συμπτώματα άγχους συνδέονται με αυξημένη ευερεθιστότητα, διαταραχές ύπνου, προκλητικές συμπεριφορές, ελλειμματική προσοχή και προβλήματα υγείας (π.χ. συχνά γαστρεντερολογικά προβλήματα) [19, 20] που επηρεάζουν αρνητικά τη λειτουργικότητα στο σχολείο, στο σπίτι και στην οικογένεια, πέρα από τις δυσκολίες που συσχετίζονται με τα πυρηνικά χαρακτηριστικά των διαταραχών στο φάσμα του αυτισμού [7, 19, 20, 21, 22]. Έχει καταγραφεί πως οι δυσκολίες αυτές εκφράζονται με αυξημένη επιθετικότητα, προκλητικές συμπεριφορές και φτωχότερες κοινωνικές σχέσεις σε σύγκριση με

τον πληθυσμό παιδιών με ΔΑΦ που δεν εμφανίζουν αγχώδεις διαταραχές [20, 22].

Μία περίπτωση μελέτης των Sze και Wood [23] παρουσίασε την επίδραση του άγχους στη σχολική λειτουργικότητα ενός 10χρονου αγοριού με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας. Το παιδί παρουσίαζε γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και σε σχέση με τη σχολική επίδοση οι καταστροφικές σκέψεις και η τελειοθρία εμπόδιζαν την ικανότητά του να ολοκληρώσει ακόμα και τις πιο απλές ασκήσεις για το σπίτι, με αποτέλεσμα να εμφανίζει κρίσεις άγχους και να αποφεύγει τη μελέτη. Τα παιδιά με ΔΑΦ που εμφανίζουν αγχώδεις διαταραχές είναι πιο επιρρεπή σε λειτουργική έκπτωση σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς συννοσηρότητα, καθώς η μία διαταραχή εντείνει τις δυσκολίες της άλλης [13]. Οι Gadow, De Vincent και Schneider [24] βρήκαν ότι η σοβαρότητα των συνυπαρχουσών διαταραχών συσχετιζόταν με αυξημένα ελλείμματα στη σχολική λειτουργικότητα και στις σχέσεις με συνομήλικους, πέρα από τις δυσκολίες που σχετίζονται μόνο με τα χαρακτηριστικά της διαταραχής στο φάσμα του αυτισμού.

Δεδομένων των υψηλών ποσοστών επιπολασμού των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος, οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν ένα επιπλέον εμπόδιο για την επιτυχή προσαρμογή και λειτουργικότητα αυτού του πληθυσμού στο σχολικό περιβάλλον [13]. Συνεπώς, ένα θεραπευτικό μοντέλο που στοχεύει εξειδικευμένα ταυτόχρονα τα ελλείμματα του αυτιστικού φάσματος αλλά και των αγχώδων διαταραχών εγγυάται τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών αυτών.

2. Μέθοδος

Προκειμένου να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ για τις αγχώδεις διαταραχές στο αυτιστικό φάσμα πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στο διαδίκτυο ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί στο αντικείμενο αυτό. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν αυτισμός-αγχώδεις διαταραχές-άγχος-γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία. Εντοπίστηκαν 38 άρθρα τα οποία ασχολούνται με αυτή τη θεματική, 16 από τα οποία αφορούν εφαρμογές γνωσιακών θεραπευτικών μοντέλων για τις αγχώδεις διαταραχές σε παιδιά στο φάσμα του αυτισμού και 4 που αποτελούν μετα-αναλύσεις της αποτελεσματικότητας των μελετών αυτών.

3. Ευρήματα

3.1. Η εφαρμογή της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Θεραπείας σε παιδιά με Αγχώδεις Διαταραχές και ΔΑΦ

Το μοντέλο της ΓΣΘ για τις αγχώδεις διαταραχές θεωρείται το πιο κατάλληλο για τα παιδιά με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας, καθώς φαίνεται πως υπάρχουν ομοιότητες στον τρόπο που επεξεργάζονται τις πληροφορίες τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης με αγχώδη διαταραχή και τα παιδιά με ΔΑΦ [25]. Σύμφωνα με τη θεωρία της κεντρικής συνοχής, τα παιδιά με ΔΑΦ τείνουν να επικεντρώνονται σε λεπτομέρειες και δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν το πλαίσιο ώστε να κατευθύνουν τη σκέψη τους σε αυτό που είναι πραγματικά σημαντικό σε μία συνθήκη. Αντίστοιχα, τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης με αγχώδη διαταραχή προσέχουν επιλεκτικά τις πληροφορίες που αντιλαμβάνονται ως απειλητικές και δυσκολεύονται να εσιάζουν στο συνολικό πλαίσιο μίας συνθήκης. Και για τις δύο περιπτώσεις έχει φανεί ότι οι δομημένες γνωσιακές ασκήσεις είναι αποτελεσματικές ως προς την ανίχνευση των αυτόματων σκέψεων, την κατανόησή τους και την τροποποίησή τους [26, 27, 28].

Πριν το 2000 υπήρχε επιφύλαξη για την καταλληλότητα της ΓΣΘ για τα παιδιά με ΔΑΦ εξαιτίας των ευρημάτων της έρευνας για τη θεωρία του νου [29], η οποία ήθελε όλα τα παιδιά με ΔΑΦ να μην κατορθώνουν να αναγνωρίσουν εύκολα τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. Όμως αυτή η επιφύλαξη έχει αρθεί, καθώς πλήθος ερευνών έχουν δείξει ότι τα παιδιά με ΔΑΦ είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τις δικές τους σκέψεις καθώς και τις σκέψεις των άλλων [30, 31, 32]. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Chalfant και τους συνεργάτες του [28] φάνηκε πως παιδιά με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας ήταν το ίδιο ικανά σε σύγκριση με παιδιά τυπικής ανάπτυξης με αργώδη διαταραχή να αναγνωρίσουν τις αργώδεις σκέψεις τους όταν τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν την Παιδική Κλίμακα Αυτόματων Σκέψεων CATS [33].

Η όλο και αυξανόμενη βιβλιογραφία των τελευταίων ετών υποστηρίζει ότι με κάποιες διαφοροποιήσεις η ΓΣΘ μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά για τη θεραπεία άγχους στα παιδιά με ΔΑΦ [34]. Τα πρωτοκόλλα που έχουν εφαρμοστεί, εκτός από τις βασικές τεχνικές που τυπικά περιέχουν (όπως ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αναγνώριση των αργωδών σκέψεων, ψυχοεκπαίδευση, ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης συναισθήματος, θερμόμετρο συναισθήματος, παιχνίδια ρόλων, έκθεση, νευρομυϊκή χαλάρωση, διαφραγματικές αναπνοές, επίλυση προβλημάτων και ενίσχυση), έχουν επιπλέον συμπεριλάβει εργαλεία όπως κοινωνικές ιστορίες που εξηγούν τις σκέψεις και τα συναισθήματα των άλλων, εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες, οπτικά βοηθήματα, δομημένα έντυπα ασκήσεων και βίντεο [35, 36].

Σύμφωνα με την πρόσφατη βιβλιογραφία, οι τροποποιήσεις αυτές θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν στους εξής άξονες: (α) ιεράρχηση των δυσκολιών προερχόμενες από τη ΔΑΦ, (β) οπτικά βοηθήματα, (γ) ιδιαίτερα ενδιαφέροντα, (δ) συμμετοχή γονέων. Συγκεκριμένα:

(α) Δεδομένου ότι η ΔΑΦ έχει σημαντική επίπτωση στην καθημερινότητα των παιδιών, είναι σημαντικό να μην εστιάζουμε μόνο στα συνοδά προβλήματα (π.χ. άγχος) αλλά και στην ίδια τη διαταραχή. Τα παιδιά με ΔΑΦ εμφανίζουν ελλείμματα στην κοινωνική κατανόηση, την επικοινωνία και άλλες δεξιότητες σημαντικές για την καθημερινότητά τους και ταυτόχρονα υπερεστιάζουν στα ιδιαίτερα ενδιαφέροντά τους ή εκδηλώνουν επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές. Στο πλαίσιο της αξιολόγησης είναι σημαντικό για τον κλινικό να διαμορφώσει ένα πιο ευρύ πλάνο παρέμβασης περιλαμβάνοντας και τις άλλες δυσκολίες του παιδιού προερχόμενες από τη ΔΑΦ. Για παράδειγμα, οι Sze και Wood [23] δημοσίευσαν μία μελέτη περίπτωσης ενός αγοριού 10 ετών που πληρούσε κριτήρια για γενικευμένη αργώδη διαταραχή και κοινωνική φοβία. Αντί η παρέμβαση να ξεκινήσει στοχεύοντας απευθείας τα συμπτώματα του άγχους, οι ερευνητές ξεκίνησαν την παρέμβασή τους αρχικά με την εκπαίδευση του παιδιού στις κοινωνικές δεξιότητες, στην αυτοπαρατήρηση και στη μείωση των στερεοτυπικών και στη συνέχεια προχώρησαν στη διαχείριση των αργωδών συμπτωμάτων και στην έκθεση.

(β) Η χρήση κατάλληλων οπτικών βοηθημάτων και υλικού, όπως εικόνες, σχέδια, αφηγήσεις, ζωγραφική, κοινωνικές ιστορίες, παιχνίδια ρόλων, χρήση βίντεο, είναι ιδιαίτερα χρήσιμα στη θεραπευτική διαδικασία, καθώς βοηθούν στην καλύτερη αναγνώριση συναισθημάτων, στην ενσυναίσθηση και στην κατανόηση κοινωνικών καταστάσεων. Επίσης, για

την αναγνώριση και τροποποίηση των σκέψεων ιδιαίτερα βοηθητική είναι η χρήση εικόνων με συννεφάκια σκέψης και τα comic-strips (σύντομες ιστορίες με τη μορφή κόμικ) όπου το παιδί έχει τη δυνατότητα να δει οπτικοποιημένη την κοινωνική κατάσταση που τον δυσκολεύει, να την κατανοήσει και να την τροποποιήσει [23].

(γ) Τα παιδιά με ΔΑΦ εμφανίζουν συνήθως ιδιαίτερα ενδιαφέροντα, πολλές φορές ασυνήθιστα και διαφορετικά από αυτά των συνομηλίκων τους με τα οποία ασχολούνται σε μεγάλο βαθμό. Η χρήση των ενδιαφερόντων αυτών, με τρόπο κατάλληλο στη θεραπευτική διαδικασία, αυξάνει το κίνητρό τους και ενισχύει τη θεραπευτική συμμαχία. Για παράδειγμα, στην περίπτωση όπως περιγράφεται από τους Sze και Wood [23], οι θεραπευτές παρατήρησαν πως το κορίτσι με ΔΑΦ εκδήλωνε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τον ηθοποιό Harrison Ford. Χρησιμοποίησαν λοιπόν το ενδιαφέρον του κοριτσιού για τον ηθοποιό για να της αυξήσουν το κίνητρο και να την εμπλέξουν στη θεραπευτική διαδικασία. Η χρήση ιστοριών με τον ηθοποιό βοήθησε το κορίτσι να λεκτικοποιήσει συναισθήματα και τα σενάρια με τον ίδιο ως πρωταγωνιστή τη βοήθησαν να σκεφτεί πώς θα μπορούσε σε καθεμία από τις κοινωνικές καταστάσεις να ανταποκριθεί καλύτερα, τι θα μπορούσε να σκεφτεί και πώς να δράσει. Η χρήση του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του κοριτσιού στη θεραπεία τη βοήθησε ώστε να κατανοήσει καλύτερα κοινωνικές καταστάσεις και να διαχειριστεί δύσκολα συναισθήματα.

(δ) Οι γονείς παίζουν τον σημαντικότερο ρόλο στην καθημερινότητα των παιδιών. Για τον λόγο αυτό η συμμετοχή τους στη θεραπεία του παιδιού είναι υψίστης σημασίας. Όχι μόνο συμβάλλουν στη γενίκευση των δεξιοτήτων, αλλά μπορούν καλύτερα να κατανοήσουν και να πλαισιώσουν το παιδί με τέτοιο τρόπο ώστε να μειώσουν το άγχος του και να ενισχύσουν την αυτοπεποίθησή του [34].

Τα περισσότερα ΓΣ προγράμματα που απευθύνονται σε παιδιά με ΔΑΦ με συνοδές αργώδεις διαταραχές είναι βασισμένα σε ήδη υπάρχοντα ΓΣ προγράμματα για την αντιμετώπιση αργωδών διαταραχών σε παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Παραδείγματα τέτοιων προγραμμάτων είναι τα «Cool Kids» [37], «Building Confidence» [38], «Coping Cat» [39], «Friends» – «Τα Φιλαράκια» [40] και ο «Αγχόσαυρος» [41]. Άλλα προγράμματα που διαμορφώθηκαν ειδικά για τη μελέτη αυτού του πληθυσμού, ακολουθώντας τη ΓΣΘ δομή για τις αργώδεις διαταραχές, ποικίλλουν ως προς τον βαθμό εμπλοκής των γονέων και του σχολικού πλαισίου, όπως και ως προς τη διάρκεια της παρέμβασης: το πρόγραμμα των Fujii και συνεργατών διαρκεί 32 εβδομάδες, ενώ των Sofronoff και συνεργατών διαρκεί μόλις 6 εβδομάδες [42, 43]. Το πρόγραμμα «Facing Your Fears (FYF)» των Reaven και συνεργατών διαρκεί για 12 συνεδρίες και συμμετέχει όλη η οικογένεια [44]. Σε όλα έχει εφαρμοστεί χρήση εγχειριδίου, έχει προηγηθεί εκπαίδευση θεραπευτών και γίνεται χρήση αξιολογητικών εργαλείων για τη διάγνωση και τη μέτρηση των αργωδών συμπτωμάτων πριν και μετά το τέλος της θεραπείας.

3.2. Αποτελεσματικότητα

Η αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ στην αντιμετώπιση των αργωδών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους υποστηρίζεται από πλήθος ερευνών μέχρι σήμερα. Η επιστημονική τεκμηρίωσή της στηρίζεται: (α) στις έρευνες που έχουν συμπεριλάβει περιπτώσεις παιδιών που πληρούν κριτήρια αργωδών διαταραχών,

βάσει σταθμισμένων διαγνωστικών εργαλείων, (β) στις τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες (RCT – random control trials) που έχουν δείξει κλινικής σημαντικότητας αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (λίστα αναμονής), (γ) στις μελέτες που έχουν καταγράψει τη διατήρηση των θετικών αποτελεσμάτων έως και 6 με 7 χρόνια μετά τη λήξη της θεραπείας, (δ) στις μελέτες που έχουν χρησιμοποιήσει δομημένα πρωτόκολλα θεραπείας (εγχειρίδια) εξασφαλίζοντας την ακεραιότητα/πιστότητα (fidelity) της θεραπευτικής προσέγγισης [49].

Το επιστημονικό ενδιαφέρον για την αποτελεσματικότητα των ΓΣΘ προσεγγίσεων σε παιδιά και εφήβους με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας του '90 και έγινε αντικείμενο συστηματικής μελέτης της τελευταίας εικοσαετίας [36, 43, 44, 45, 46].

Τα προγράμματα παρέμβασης που έχουν αξιολογηθεί ως προς την αποτελεσματικότητά τους αφορούν: ομαδικά ΓΣΘ προγράμματα που περιλαμβάνουν εκπαίδευση γονέων [45], ομαδικά ΓΣΘ προγράμματα που περιλαμβάνουν μόνο τα παιδιά [46], ομαδικά προγράμματα ΓΣΘ με έμφαση στη συνεργασία σχολείου-σπιτιού [42], ατομικό ΓΣΘ πρόγραμμα σε συνδυασμό με εκπαίδευση γονέων [36].

Οι Pulleo και Kendall υποστήριξαν ότι η συμμετοχή των γονιών στο θεραπευτικό πρόγραμμα ήταν προβλεπτικός παράγοντας για την επιτυχή έκβαση [47]. Μελέτησαν τα συμπτώματα της ΔΑΦ σε 50 παιδιά τυπικής ανάπτυξης με αγχώδη διαταραχή, χορηγώντας την κλίμακα Κοινωνικής Ανταπόκρισης για Γονείς (Social Responsiveness Scale-Parent). Βρήκαν πως τα παιδιά με ήπια αυτιστική συμπτωματολογία παρουσίασαν στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση σε ΓΣΘ πρόγραμμα που συμμετείχε η οικογένεια από ό,τι σε αντίστοιχο πρόγραμμα που συμμετείχαν μόνο παιδιά. Οι ίδιοι συγγραφείς αναφέρουν ότι το 1/3 των παιδιών τυπικής ανάπτυξης με αγχώδη διαταραχή δεν ανταποκρίνεται επαρκώς στη ΓΣΘ, για λόγους που παραμένουν ασαφείς. Πιθανολογούν πως ίσως η παρουσία αυτιστικών στοιχείων παρεμποδίζει την ανταπόκριση στη θεραπεία. Επισημαίνουν δε ότι αρκετά παιδιά με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας παραμένουν αδιάγνωστα παγκοσμίως. Στην περίπτωση των παιδιών με αυτιστικά στοιχεία (autistic traits), η συμμετοχή των γονιών στο θεραπευτικό πρόγραμμα αποτελεί καταλυτικό παράγοντα για την αύξηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης, κάτι το οποίο δεν αποτελεί προϋπόθεση στον πληθυσμό παιδιών τυπικής ανάπτυξης.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν 6 μελέτες που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα προγραμμάτων ΓΣΘ στον ΔΑΦ πληθυσμό για τις αγχώδεις διαταραχές [44, 48], 3 από τις οποίες είναι τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες [36, 43, 49], των οποίων τα αποτελέσματα ήταν ενθαρρυντικά, αφού στο 71-80% των συμμετεχόντων που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα παρατηρήθηκε μείωση έως και απουσία αγχώδους συμπτωματολογίας κατά τη λήξη της θεραπείας και η διατήρηση αυτού του αποτελέσματος μέχρι τις συνεδρίες επαναξιολόγησης (follow up). Οι Chalfant και συνεργάτες [49] και οι Sofronoff και συνεργάτες [43] μελέτησαν την προσαρμογή ΓΣΘ προγραμμάτων ώστε να είναι γνωστικά πιο κατάλληλα για τον πληθυσμό αυτό, ενώ οι Wood και συνεργάτες [36] μελέτησαν μια ΓΣΘ εφαρμογή που περιλάμβανε επιπλέον εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, ικανοτήτων προσαρμογής και εμπλοκή του σχολείου. Σε επίπεδο εφαρμογής των προγραμμάτων, οι Reaven και συνεργάτες [44] έδωσαν έμφαση στη συμμετοχή των γονιών σε κάθε συνεδρία

ώστε να διευκολύνουν την επικοινωνία του παιδιού, ενώ οι Chalfant και συνεργάτες [49] και Sofronoff και συνεργάτες [43] δούλεψαν σε διαφορετικό χρόνο με τους γονείς με παράλληλες συνεδρίες. Οι Sofronoff και συνεργάτες [43] συμπεραίνουν ότι τα προγράμματα παρέμβασης που περιλαμβάνουν το παιδί και τον γονιό ήταν περισσότερο αποτελεσματικά συγκριτικά με προγράμματα που απευθύνονται μόνο στο παιδί.

Οι μετα-αναλύσεις των επόμενων ετών άλλοτε συμφωνούν με αυτό το συμπέρασμα και άλλοτε αναδεικνύουν διαφορετικούς παράγοντες ως πιο σημαντικούς για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων, όλες όμως καταγράφουν στατιστικώς σημαντική αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ παρέμβασης. Στη μετα-ανάλυση των Ung και συνεργατών (2014) αναλύονται 14 μελέτες που περιλαμβάνουν την εφαρμογή ΓΣΘ πρωτοκόλλων σε 511 συμμετέχοντες, ηλικίας 7-17 ετών. Από αυτούς, οι 283 συμμετείχαν σε ΓΣΘ πρόγραμμα, ενώ οι υπόλοιποι 228 αποτελούσαν τις ομάδες ελέγχου. Στις μελέτες που εξετάζονται, υπάρχουν διαφορετικά πρωτόκολλα ΓΣΘ παρέμβασης, διαφορετική διάρκεια παρέμβασης, διαφορετική έμφαση στον βαθμό της γονικής συμμετοχής [51]. Η ΓΣΘ βρέθηκε να έχει μέτριο μέγεθος επίδρασης στη μείωση των συμπτωμάτων άγχους. Στις αναλύσεις ρύθμισης (moderation analyses) που πραγματοποιήθηκαν βρέθηκε ότι η πηγή αναφοράς για το άγχος του παιδιού (προερχόμενη είτε από το ίδιο το παιδί είτε από τον γονιό ή τον κλινικό) και ο τύπος παρέμβασης (δηλαδή ομαδικές συνεδρίες με ή χωρίς τη συμμετοχή γονέων σε σύγκριση με ατομικές συνεδρίες με ή χωρίς τη συμμετοχή γονέων) δεν φάνηκε να αποτελούν σημαντικές μεταβλητές σχετιζόμενες με την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν ότι σε δύο μελέτες, των Chalfant και συνεργατών (2007) και των Fujii και συνεργατών (2012), το μεγαλύτερο μέγεθος επίδρασης της θεραπείας φαίνεται να οφείλεται στη μεγαλύτερη χρονική διάρκεια των προγραμμάτων [45, 42]. Στην πρώτη περίπτωση το πρόγραμμα ήταν διάρκειας 12 εβδομάδων αλλά κάθε συνεδρία είχε διάρκεια κατά μέσο όρο 2 ώρες. Στη δεύτερη περίπτωση το πρόγραμμα είχε διάρκεια 32 εβδομάδες. Οι συγγραφείς της μετα-ανάλυσης αποδίδουν στον περισσότερο χρόνο εξάσκησης που είχαν οι συμμετέχοντες στα προγράμματα αυτά την υψηλότερη αποτελεσματικότητά τους και προτείνουν πως η παράμετρος της διάρκειας του προγράμματος οφείλει να μελετηθεί περαιτέρω, καθώς στην παρούσα μετα-ανάλυση δεν ήταν δυνατό λόγω του περιορισμένου αριθμού ερευνών.

Οι Sukhodolsky και συνεργάτες (2013) στη μετα-ανάλυσή τους ανέλυσαν 8 ελεγχόμενες τυχαίοποιημένες μελέτες που συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ για τις αγχώδεις διαταραχές σε παιδιά και εφήβους με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας με άλλη θεραπεία (treatment as usual) ή χωρίς θεραπεία (σε λίστα αναμονής). Αναφέρουν μέγεθος επίδρασης $d = 1,19$ της θεραπείας σύμφωνα με τις καταγραφές των ειδικών, $d = 1,21$ σύμφωνα με τους γονείς και $d = 0,68$ σύμφωνα με τις αυτοαναφορές των παιδιών. Το γεγονός ότι τα παιδιά αναφέρουν μικρότερη βελτίωση της αγχώδους συμπτωματολογίας αποδόθηκε στις δυσκολίες που σχετίζονται με τον τρόπο σκέψης τους, γεγονός που αναφέρεται και σε μεταγενέστερες μελέτες [50].

Πρόσφατη μετα-ανάλυση των Kreslins και συνεργατών [12] που περιλάμβανε δύο επιπλέον μελέτες [52, 53] έδειξε μία αντίστοιχη εικόνα αποτελεσματικότητας: Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, καταγράφηκε υψηλότερη αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ παρέμβασης από τους ειδικούς και τους

γονείς και χαμηλότερη από τα παιδιά. Όμως οι ερευνητές θέτουν ερώτημα για την εγκυρότητα και αξιοπιστία των κλιμάκων αυτοαναφοράς στον συγκεκριμένο παιδικό πληθυσμό, τονίζοντας ότι αυτή έχει αμφισβητηθεί και σε προηγούμενες έρευνες. Αναφέρουν πως ένα ποσοστό των παιδιών, εξαιτίας των ιδιαιτεροτήτων στον τρόπο σκέψης τους, αδυνατούν να διαχωρίσουν με ακρίβεια τα αγχώδη συμπτώματα από τα συμπτώματα που οφείλονται στη ΔΑΦ. Εξαιτίας αυτών των εγγενών δυσκολιών θεωρούν ότι οι καταγραφές των γονιών αποτελούν την πιο αξιόπιστη πηγή πληροφόρησης και η μέτρηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων αξιολογείται πιο αξιόπιστα από τις μετρήσεις τους καθώς παρατηρούν τα παιδιά τους σε καθημερινή βάση και στις ποικίλες δραστηριότητες σε σύγκριση με τους κλινικούς που εφαρμόζουν τη ΓΣΘ σε συγκεκριμένο χρόνο και χώρο. Οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν πως στο σύνολό τους οι μελέτες που συμπεριέλαβαν στη μετα-ανάλυση είναι εφαρμογές ΓΣΘ πρωτοκόλλων. Δύο από αυτές περιλαμβάνουν εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων [46, 54]. Η συσχέτιση ανάμεσα στις κοινωνικές δεξιότητες και το άγχος στον πληθυσμό αυτό φαίνεται να έχει δύο κατευθύνσεις: Τα άτομα με υψηλό δείκτη νοημοσύνης και χαμηλή κοινωνική κατανόηση έχουν μεγαλύτερη επίγνωση των κοινωνικών ελλειμμάτων τους [55]. Από την άλλη μεριά, η παρουσία άγχους αυξάνει την κοινωνική απομόνωση και αδεξιότητα [56]. Οι ερευνητές για αυτούς τους λόγους συμπεραίνουν πως η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων χρειάζεται να είναι αναπόσπαστο κομμάτι οποιασδήποτε προσέγγισης που στοχεύει στην αντιμετώπιση του άγχους στον πληθυσμό αυτό. Επίσης, τα προγράμματα που περιλαμβάνουν ατομικές συνεδρίες είναι πιο αποτελεσματικά για τον πληθυσμό αυτό. Κάποιες έρευνες έχουν μελετήσει μόνο ομαδικά προγράμματα και κάποιες συνδυασμό ατομικού και ομαδικού προγράμματος αλλά καμία έρευνα έως τώρα δεν έχει συγκρίνει τους δύο τύπους παρέμβασης μεταξύ τους ώστε να μπορούμε να υποστηρίξουμε την υπεροχή του ενός πρωτοκόλλου έναντι του άλλου. Η ατομική θεραπεία μπορεί να γίνει πιο ευέλικτη και να ανταποκρίνεται στις εξατομικευμένες ανάγκες του παιδιού/εφήβου με ΔΑΦ. Η ομαδική θεραπεία, από την άλλη πλευρά, προσφέρει μεγαλύτερη δυνατότητα υποστήριξης από συνομηλίκους και ευκαιρία για εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως παρόλο που οι ειδικοί κατέγραψαν σημαντική αποτελεσματικότητα και για τους δύο τύπους προγραμμάτων, οι γονείς κατέγραψαν υψηλότερη αποτελεσματικότητα στα προγράμματα που περιλάμβαναν συνδυασμό ατομικού και ομαδικού προγράμματος.

4. Συζήτηση

Η ΓΣΘ αποτελεί μία καλά τεκμηριωμένη θεραπεία για τα παιδιά με ΔΑΦ με συνοδές αγχώδεις διαταραχές. Προκειμένου να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητά της χρειάζεται να ληφθούν υπόψη οι ιδιαιτερότητες των παιδιών αυτών και η θεραπεία να προσαρμοστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να καλύπτει τις ανάγκες του κάθε παιδιού. Το θεραπευτικό πλάνο χρειάζεται να στοχεύει όχι μόνο στην αγχώδη διαταραχή καθαυτή, αλλά και στις δυσκολίες του παιδιού που προέρχονται από τη ΔΑΦ. Επίσης, έχει διαπιστωθεί πως είναι απαραίτητο να περιλαμβάνει οπτικοποιημένο υλικό και βοηθήματα, να κάνει χρήση των ειδικών ενδιαφερόντων του παιδιού και να εμπλέκει τους γονείς στη θεραπευτική διαδικασία. Δεδομένων των δυσκολιών

που εμφανίζονται στο σχολείο, καθίσταται απαραίτητη και η συνεργασία με τον εκπαιδευτικό και το σχολικό πλαίσιο. Τέλος, η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες φαίνεται να αποτελεί ένα πολύ σημαντικό και αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας, γεγονός που ενισχύει την ανάγκη συνδυασμού ατομικής και ομαδικής θεραπείας. Η διάρκεια των προγραμμάτων χρειάζεται να εκτείνεται σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από αυτή που προτείνεται για τον τυπικό πληθυσμό, καθώς τα παιδιά/έφηβοι με ΔΑΦ χρειάζονται περισσότερο χρόνο για εξάσκηση. Τέλος, οι καταγραφές αποτελεσμάτων που προέρχονται από τους γονείς θεωρούνται ως οι πιο αξιόπιστες καθώς τα παιδιά/έφηβοι με ΔΑΦ δυσκολεύονται να διαχωρίσουν τα αγχώδη συμπτώματα που καταγράφουν στις κλίμακες αυτοαναφοράς από τα συμπτώματα που οφείλονται στη διαταραχή του φάσματος του αυτισμού.

Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders in Children with High Functioning Autism Spectrum Disorder

Katerina Sofianopoulou, Sophia Kapnogianni

Society for Cognitive Behavioral Studies

Abstract

Anxiety is one of the most common problems in children with Autistic Spectrum Disorder (ASD). This review examines the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) for Anxiety Disorders in Children with ADD and summarizes new trends in modifying CBT in such a way that it responds more effectively to the needs of children with ADD. CBT is proved to be an evidence-based treatment for anxiety disorders not only for typically developed children but also for children with ADD. The therapeutic plan should focus not only on the disorder itself but also on the child's difficulties deriving from ASD, should use visual tactics and the child's particular interests, also the therapeutic plan should take into account the social difficulties, involve parents in the therapeutic process and engage the school teacher. CBT is an approach that can be modified and adapted to meet the child's individual needs.

Keywords: Cognitive Behavior Therapy, Anxiety Disorders, Autism Spectrum Disorder

Βιβλιογραφικές παραπομπές

- [1] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed., Washington: American Psychiatric Publishing, 2013.
- [2] Fombonne, E. Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders. *Pediatr. Res.*, 2009, 65: 591-598. Available from <https://doi.org/10.1203/PDR.0b013e31819e7203>
- [3] Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of autism spectrum disorders among children aged 8 years: autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *MMWR Surveillance Summaries* 2014, 63(2): 1-22.
- [4] Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G. & Veenstra-Vanderweele, L. Autism spectrum disorder. *Lancet*, 2018, 392: 508-520.
- [5] White, S.W., Oswald, D., Ollendick, T. & Scahill, L. Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clin. Psychol. Rev.*, 2009, 29: 216-29.
- [6] Gillott, A., Furniss, F. & Walter, A. Anxiety in high-functioning children with autism. *Autism*, 2001, 5: 277-286.
- [7] Muris, P., Steernerman, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I. & Meesters, C. Comorbid anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders. *Journal Anx. Dis.*, 1998, 12: 387-393.

- [8] Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T. & Baird, G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population derived sample. *Journal of Amer. Academy Child Adol. Psychiatry*, 2008, 47: 921-929.
- [9] Vila, G., Nollet-Clemencon, C., de Blic, J., Mouren-Simeoni, M. & Scheinmann, P. Prevalence of DSM-IV anxiety and affective disorders in a paediatric population of asthmatic children and adolescents. *Journal Affect. Disord.*, 2000, 58: 223-231.
- [10] Green, J., Gilchrist, A., Burton, D. & Cox, A. Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger syndrome compared with conduct disorder. *Journal Aut. Develop. Disord.*, 2000, 30: 279-293.
- [11] Micali, N., Chakrabarti, S. & Fombonne, E. The broader autism phenotype: findings from an epidemiological study. *Autism*, 2004, 8: 21-37.
- [12] Kreslins, A., Robertson, E.A. & Melville, C. The effectiveness of psychosocial interventions for anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Child and Adol. Psychiat. Ment. Health*, 2015, 1-12. Doi: 10.1186/s13034-015-0054-7.
- [13] Wood, J.J. & Gadow, K.D. Exploring the nature and function of anxiety in youth with autism spectrum disorder. *Clinic Psychol. Sci. and Pract.*, 2010, 17: 281-292.
- [14] Green, S.A., Ben-Sasson, A., Soto, T.W. & Carter, A.S. Anxiety and sensory over-responsivity in toddlers with autism spectrum disorders: bidirectional effects across time. *Journal Aut. and Develop. Disord.*, 2012, 42: 1112-1119.
- [15] Scarpa, A. & Reyes, N.M. Improving emotion regulation with CBT in young children with high functioning autism disorders: a pilot study. *Behavior and Cognitive Psychotherapy*, 2011, 39: 495-500.
- [16] Koegel, L.K., Singh, A.K. & Koegel, R.L. Improving motivation for academics in children with autism. *Journal Aut. and Develop. Disord.*, 2010b, 40 (9): 1057-1066.
- [17] Mychalszyn, M.P., Mendez, J.L. & Kendall, P.C. School functioning in youth and without anxiety disorders: Comparisons by diagnosis and comorbidity. *School Psychol. Rev.*, 2010, 39 (1): 106-121
- [18] Langley, A.K., Bergman, R.L., McCracken, J. & Piacentini, J.C. Impairment in childhood anxiety disorders: Preliminary examination of the child anxiety impact scale-parent version. *Journal Child and Adol. Psychopharmacol.*, 2004, 14 (1): 105-114.
- [19] Bellini, S. Social skills deficits and anxiety in high functioning adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on Aut. and Oth. Develop. Disabil.*, 2004, 19: 78- 86.
- [20] Kim, J.A., Szatmari, P., Bryson, S.E., Streiner, D.L. & Wilson, F.J. The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. *Autism*, 2000, 4: 117-132.
- [21] Chamberlin, B., Kasari, C. & Rotheram-Fuller, E. Involvement or isolation? The social networks of children with autism in regular classrooms. *Journal Aut. Develop. Disord.*, 2007, 37: 230-242.
- [22] Sukhodolosky, D.G., Seahill, L., Gadow, K.D., Arnold, L.E., Aman, M.G. & McDougle, C.J. Parent rated anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders: frequency and association with core autism symptoms and cognitive functioning. *Journal Abnorm. Child Psychol.*, 2008, 36 (1): 117-28.
- [23] Sze, K.M. & Wood, J.J. Enhancing CBT for the treatment of autism spectrum disorders and concurrent anxiety: A case study. *Behav. and Cog. Psychotherapy*, 2008, 36: 403-409.
- [24] Gadow, K.D., De Vincent C. & Schneider J. Predictors of psychiatric symptoms in children with an autism spectrum disorder. *Journal Aut. and Develop. Disord.*, 2008, 38 (9): 1710-1720.
- [25] Kendall, P.C. & Ronan, K.R. *Assessment of children's anxieties, fears and phobias: cognitive behavioural models and methods. Handbook of psychological and educational assessment of children (223-244)*. New York: Guilford, 1990.
- [26] Beebe, D. & Risi, S. Treatment of adolescents and young adults with high-functioning autism or Asperger syndrome. In M.A. Reinecke, F.M. Dattilio & A. Freeman (eds), *Cognitive therapy with children and adolescents: a casebook for clinical practice* (2nd ed., 369-401). New York: Guilford, 2003.
- [27] Chalfant, A.M. (2004). Anxiety in children with high functioning autism disorders: theoretical issues and treatment implications. Προς δημοσίευση στους Chalfant et al., 2006.
- [28] Chalfant, A.M., Franklin, J. & Rapee, R.M. The perception of anxious thoughts in children with an autism spectrum disorder. Προς δημοσίευση στους Chalfant et al., 2006.
- [29] Happe, F.G.E. An advanced test of Theory of mind: understanding of story character's thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal Aut. and Develop. Disord.*, 1994a, 24: 129-154.
- [30] Bauminger, N. & Kasari, C. Brief report: Theory of mind in high functioning children with autism. *Journal Aut. and Develop. Disord.*, 1999, 29: 81-86.
- [31] Dahlgren, S., Sanberg, A.D. & Hjelmqvist, E. The non-specificity of theory of mind deficits: Evidence from children with communicative disabilities. *Europ. Journal of Cogn. Psychol.*, 2003, 15: 129-155.
- [32] Dyck, M.J., Ferguson, K. & Scochet, I.M. Do autism spectrum disorders differ from each other and from non-spectrum disorders on emotion recognition tests? *Europ. Child and Adol. Psychiat.*, 2001, 10: 105-116.
- [33] Schniering, C.A. & Rapee, R.M. Validation of a measure of children's automatic thoughts: the Children's Automatic Thoughts Scale. *Behav. Res. and Ther.*, 2002, 40, 1091-1109.
- [34] Moree, B.N. & Davis, T.E. Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children diagnosed with autism spectrum disorders: Modification trends. *Research in Aut. Spec. Disord.*, 2010, (4): 346-354.
- [35] Wood, J.J. & Drahota, A. Behavioral interventions for anxiety in children with autism. University of California-Los Angeles, Los Angeles 2005.
- [36] Wood, J.J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A. & Langer, D.A. Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *Journal Child Psychol. and Psychiat.*, 2009a, 50, 224-234.
- [37] Lyneham, H., Abbott, M.J., Wignall, A. & Rapee, R.M. *The Cool kids family program-therapist manual*. Sydney: Macquarie University, 2003.
- [38] Wood, J.J. & McLeod, B.D. *Child anxiety disorders: A treatment manual for practitioners*. New York: Norton, 2008.
- [39] Kendall, P.C. *The coping cat workbook*. Ardmore, PA: Workbook Publishing, 1992.
- [40] Stallard, P., Skryabina, E., Taylor, G., Phillips, R., Daniels, H., Anderson, R. & Simpson, N. Classroom-based cognitive behavior therapy (FRIENDS): a cluster randomized controlled trial to Prevent Anxiety in Children through Education in Schools (PACES). *Lancet Psychiatry*, 2014, 1: 185-92.
- [41] Αγγελοσοπούλου, Α., Ρούση-Βέργου, Ι.Χ. & Ζαφειροπούλου, Μ. «Ο αγχώδης αυτισμός»: ένα ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη διαχείριση του αγχώδους σε παιδιά. *Κατασκευή και πιλοτική έρευνα. Ψυχολογία*, 2012, 19 (3): 245-262.
- [42] Fujii, C., Renno, P., McLeod, B.D., Enjey Lin, C., Decker, K., Zielinski, K., Wood, J.J. Intensive cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in school-aged children with autism: a preliminary comparison with treatment as usual. *School Ment. Health*, 2013, 5: 25-37.
- [43] Sofronoff, K., Attwood, T., Hinton, S. & Levin, I. A randomized controlled trial of a cognitive behavioural intervention for anger management in children diagnosed with Asperger syndrome. *Journal Aut. and Develop. Disord.*, 2007, 37 (7): 1203-1214.
- [44] Reaven, J., Blakely-Smith, A., Culhane-Shelburne, K. & Hepburn, S. Group cognitive behavior therapy for children with high-functioning autism spectrum disorders and anxiety: a randomized trial. *Journal Child Psychol. and Psychiat.*, 2012, 53 (4): 410-419.
- [45] Chalfant, A.M. & Rapee, R., Carroll, L. Treating anxiety disorders in children with high functioning autism spectrum disorders: a controlled trial. *Journal Aut. and Develop. Disord.*, 2007, 37: 1842-1857.
- [46] Sung, M., Ooi, Y.P., Goh, T.J., Pathy, P., Fung, D.S.S., Ang, R.P., Chua & Lam. Effects of cognitive-behavioral therapy on anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Child Psychiat. Hum. Developm.*, 2011, 42 (6): 634-649.
- [47] Pulleo, C.M. & Kendall, P.C. Anxiety disorders in typically developing youth: autism spectrum disorders as a predictor of cognitive-behavioral treatment. *Journal Aut. and Develop. Disord.*, 2011, 41: 275-286.
- [48] Sze, K.M. & Wood, J.J. Cognitive behavioral treatment of comorbid anxiety disorders and social difficulties in children with high-functioning autism: A case report. *Journal Contemp. Psychoth.*, 2007, 37: 133-143.
- [49] Chalfant, A.M., Rapee, R. & Carroll, L. Treating anxiety disorders in children with high functioning autism spectrum disorders: a controlled trial. *Journal Aut. Develop. Disord.*, 2006, 37: 1842-1857.
- [50] Sukhodolosky, D.G., Bloch, M.H., Panza, K.E. & Reichow, B. Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with high functioning autism: a meta-analysis. *Pediatrics*, 2013, 132: 1341-1350.
- [51] Ung, D., Selles, R., Small, B. & Storch, E. A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for anxiety in youth with high-functioning autism spectrum disorders. *Child Psychiat. Hum. Developm.*, 2014. Doi: 10.1007/s10578-014-0494-y
- [52] McConachie, H., McLaughlin, E. & Grahame, V. Group therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder. *Autism*, 2013. Doi: 10.1177/1362361313488839
- [53] Scohl, K.A., Van Hecke, A.V., Meyer Carson, A., Dolan, B., Karst, J. & Stevens, S. A replication and extension of the PEERS Intervention: Examining effects on social skills and social anxiety in adolescents with autism spectrum disorders. *Journal Aut. Develop. Disord.*, 2014, 44 (3): 532-45.
- [54] Russell, A.J., Jassi, A., Fullana, M.A., Mack, H., Johnston, K. & Heyman, I. Cognitive behavior therapy for comorbid obsessive-compulsive disorder in high-functioning autism spectrum disorders: a randomized control trial. *Anxiety*, 2013, 30 (8): 697-708.
- [55] RUPP Anxiety Study Group. The Pediatric anxiety rating scale (PARS): Development and psychometric properties. *Journal Am. Acad. Child Adol. Psychiat.*, 2002, 41 (9): 1061-9.
- [56] Woods, A.G., Mahdavi, E. & Ryan, J.P. Treating clients with Asperger's syndrome and autism. *Child Adol. Psychiat. Ment. Health*, 2013, 7 (32): 1-8.

Η Θεραπεία Σχημάτων σε παιδιά και εφήβους: σκεπτικό και παρέμβαση μέσα από ένα κλινικό παράδειγμα

Ρόζα Λάιους, Κατερίνα Αγγελή

Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Αλληλογραφία: Ρόζα Λάιους, Λάκωνος 19 & Ευσταθίου Λάμπα, Αθήνα, 11524

Email: rozalaious@hotmail.com – Τηλέφωνο: 6944668103 & 2104296302

Περίληψη

Η Θεραπεία Σχημάτων είναι ένα συνδυαστικό μοντέλο θεωρίας και θεραπείας, το οποίο περιλαμβάνει επιρροές από την προσέγγιση των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, τη θεωρία του δεσμού, τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση και τη θεραπεία Gestalt. Η βασική θεωρία της Θεραπείας Σχημάτων διατυπώθηκε από τον Jeffrey Young με σκοπό την αντιμετώπιση ασθενών με χρόνιες διαταραχές, όπως διαταραχές προσωπικότητας, οι οποίοι παρουσιάζουν χαμηλή ανταπόκριση στα παραδοσιακά πρωτόκολλα της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής προσέγγισης λόγω δυσκολιών στη συνεργασία, την αναγνώριση των σκέψεων και των συναισθημάτων, καθώς και τη συμμόρφωση και τη δέσμευση στο θεραπευτικό πλαίσιο. Έκτοτε έχει εξελιχθεί σε ένα εμπειρικά τεκμηριωμένο απαρτιωτικό μοντέλο θεραπευτικής προσέγγισης με εφαρμογή σε διάφορες κλινικές οντότητες, καθώς επίσης και σε ομάδες, ζευγάρια, παιδιά και εφήβους. Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι η παρουσίαση του σκεπτικού της Θεραπείας Σχημάτων και η εφαρμογή της σε παιδιά και εφήβους μέσα από ένα κλινικό παράδειγμα ενός 8χρονου κοριτσιού. Παρουσιάζεται η διατύπωση περίπτωσης και οι τεχνικές που επιλέγονται και χρησιμοποιούνται από τον θεραπευτή με το κορίτσι.

Λέξεις-κλειδιά: Θεραπεία Σχημάτων, διατύπωση περίπτωσης, παιδιά, έφηβοι.

1. Εισαγωγή

Η διατύπωση περίπτωσης (case conceptualization) στη Θεραπεία Σχημάτων περιλαμβάνει τις ακόλουθες έννοιες: Πυρηνικές Συναισθηματικές Ανάγκες της παιδικής ηλικίας, Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα (ΠΔΣ), Στρατηγικές Αντιμετώπισης, Τρόποι λειτουργίας [2].

Σύμφωνα με τους Young και συνεργάτες [2], «τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα είναι αυτοκαταστροφικές συναισθηματικές και γνωστικές δομές που σχηματίζονται νωρίς κατά την ανάπτυξή μας και επαναλαμβάνονται σε όλη τη διάρκεια της ζωής μας» (σ. 7). Τα ΠΔΣ είναι βιωματικές δομές που επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, τους άλλους και τις σχέσεις και περιλαμβάνουν συναισθήματα, γνώσεις, μνήμες και σωματικές αισθήσεις. Δημιουργούνται όταν δεν καλύπτονται οι πυρηνικές συναισθηματικές ανάγκες της παιδικής ηλικίας [2]: (1) ασφαλής προσκόλληση στα πρόσωπα φροντίδας, (2) αυτονομία, ικανότητα, αίσθηση ταυτότητας, (3) ελευθερία έκφρασης αναγκών και συναισθημάτων, (4) αυθόρμητη έκφραση και παιχνίδι, (5) ρεαλιστικά όρια και αυτοέλεγχος.

Η ματαίωση από τη μη κάλυψη των βασικών συναισθηματικών αναγκών διαμορφώνει ένα στρεσογόνο περιβάλλον, το οποίο το παιδί καλείται να διαχειριστεί χτίζοντας στρατηγικές αντιμετώπισης (coping strategies) [2], οι οποίες αποτελούν μηχανισμούς επιβίωσης με στόχο την προστασία του [7]. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης εντάσσονται σε τρεις γενικές κατηγορίες: (1) Αποφυγή: το παιδί λειτουργεί ώστε το περιεχόμενο

του σχήματος να μην ενεργοποιηθεί, είτε συμπεριφορικά είτε συναισθηματικά [8]. (2) Υπερναπλήρωση: το παιδί συμπεριφέρεται αλλά και σκέφτεται και νιώθει σαν να ισχύει το αντίθετο από το περιεχόμενο του σχήματος. (3) Παράδοση: το παιδί παραδίνεται στο περιεχόμενο του σχήματος και φέρεται σαν αυτό να είναι πραγματικότητα [2].

Οι τρόποι λειτουργίας (modes) είναι το σύνολο των σχημάτων και των στρατηγικών αντιμετώπισης που είναι εν ενεργεία σε μία δεδομένη στιγμή. Ουσιαστικά πρόκειται για διαφορετικές «πλευρές του εαυτού». Ο κάθε τρόπος λειτουργίας χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένα συναισθήματα, σκέψεις, μνήμες και σωματικές αισθήσεις [7, 2]. Οι τρόποι λειτουργίας ταξινομούνται σε τέσσερις γενικές κατηγορίες: «παιδικό», «γονεϊκό», στρατηγικές αντιμετώπισης και «υγιές» τρόποι λειτουργίας [8, 9, 2]. Στους «παιδικούς» τρόπους λειτουργίας περιλαμβάνονται οι πρωτογενείς συναισθηματικές καταστάσεις [9, 2]: ευάλωτο παιδί, θυμωμένο παιδί και χαρούμενο παιδί. Οι «γονεϊκοί» τρόποι λειτουργίας αποτελούν εσωτερικευμένες δυσλειτουργικές γονεϊκές πλευρές (π.χ. επικριτικός γονέας, τιμωρητικός γονέας, απαιτητικός γονέας). Οι τρόποι λειτουργίας που σχετίζονται με στρατηγικές αντιμετώπισης (coping modes) αποτελούν τις πλευρές του εαυτού που αναδύονται όταν το άτομο ενεργοποιεί κάποια στρατηγική αντιμετώπισης: ο αποστασιοποιημένος προστάτης, ο υπερναπληρωτής, ο παραδιδόμενος [10, 9, 6, 2]. Στους «υγιείς» τρόπους λειτουργίας περιλαμβάνονται ο εσωτερικευμένος «καλός γονέας» (εσωτερικευμένες πλευρές

που περιλαμβάνουν ενσυναίσθηση, αποδοχή, ενθάρρυνση, ρεαλιστικά όρια και φροντίδα για τον εαυτό) και ο «εσωτερικός βοηθός» (οι λειτουργικές πλευρές, που επιτρέπουν στο παιδί να βλέπει ρεαλιστικά τον εαυτό του και τους άλλους, να σχετίζεται ισότιμα, να διεκδικεί τα δικαιώματά του, να ανταποκρίνεται στις υποχρεώσεις του κ.λπ.) [3, 8].

2. Το παράδειγμα της Μαρίας

Η Μαρία είναι 8 χρονών, αποτελεί το πρώτο παιδί της οικογένειας και έχει μία μικρότερη αδελφή. Η μητέρα της παρουσιάζει μία –αδιάγνωστη για πολλά χρόνια– σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή, με αποτέλεσμα να παρουσιάζει απρόβλεπτη, εκρηκτική, συναισθηματικά στερητική συμπεριφορά και να μην μπορεί να ανταποκριθεί στις συναισθηματικές και βιολογικές ανάγκες της Μαρίας. Τη φροντίδα των παιδιών έχουν αναλάβει οι παππούδες και ο πατέρας της. Ο πατέρας της Μαρίας απουσιάζει αρκετά λόγω της εργασίας του. Δεν δείχνει κατανόηση στη Μαρία και φαίνεται να μην αντέχει τα δυσάρεστα συναισθήματά της, είναι ευέξαπτος και ενίοτε χρησιμοποιεί σωματικές τιμωρίες. Η Μαρία έχει καλή σχολική επίδοση και μία καλή φίλη στο σχολείο. Το αίτημα, όταν προσέρχεται για θεραπεία, είναι η ευερεθιστότητα και ο θυμός της, το συχνό κλάμα, καθώς και το ότι κλέβει πράγματα από συμμαθητές της.

– Διατύπωση περίπτωσης

Ακάλυπτες συναισθηματικές ανάγκες: ασφαλής δεσμός, σταθερότητα, φροντίδα και αποδοχή, προσοχή, σεβασμός, συναισθηματική κατανόηση και επικύρωση, ελευθερία έκφρασης αναγκών και συναισθημάτων, παιχνίδι, χαρά και διασκέδαση.

– Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα

Εγκατάλειψη, Συναισθηματική Στέρηση, Μειονεξία, Δυσπιστία, Ευαλωτότητα σε Βλάβη, Υποταγή και Συναισθηματική Αναστολή.

– Τρόποι λειτουργίας

«Παιδικό»: Ευάλωτο παιδί (μόνη, φοβισμένη), Θυμωμένο παιδί (θυμός με όλα αυτά που έχουν συμβεί στη ζωή της).

«Γονεϊκό»: Επικριτικός/τιμωρητικός/ενοχοποιητικός γονέας που δημιουργούν στο παιδί συναισθήματα θυμού, απαξίωσης και τιμωρητικότητας προς τον εαυτό.

– Τρόποι λειτουργίας που σχετίζονται με τη στρατηγική της αποφυγής

Υπερκινητική, σε υπερένταση, χωρίς καμία επαφή με το συναίσθημα ή απαθής, με επίτεδο συναίσθημα.

«Εσωτερικός βοηθός»: συνδέεται συναισθηματικά, αποδίδει στο κοινωνικό και το σχολικό πλαίσιο.

3. Η παρέμβαση στη Θεραπεία Σχημάτων παιδιών και εφήβων

3.1. Σκεπτικό της παρέμβασης

Η παρέμβαση στη Θεραπεία Σχημάτων οργανώνεται με άξονα την ατομική διατύπωση περίπτωσης και περιλαμβάνει ψυχοεκπαίδευση στις ακόλυπτες συναισθηματικές ανάγκες, τα σχήματα και τους τρόπους λειτουργίας, ενώ η εργασία με τους τρόπους λειτουργίας αποτελεί κεντρικό της άξονα [6]. Οι τρόποι λειτουργίας του «καλού γονέα» και του «εσωτερικού βοηθού» ενδυναμώνονται μέσα από την εσωτερική τους στήριξη του θεραπευτή, η οποία περιλαμβάνει επικύρωση των αναγκών και

των συναισθημάτων του παιδιού, ενθάρρυνση της αυτονομίας του, ρεαλιστικά όρια, αποδοχή και ασφάλεια [10, 9, 3].

Όσον αφορά στους δυσλειτουργικούς γονεϊκούς τρόπους λειτουργίας, οι οποίοι προκαλούν δυσφορικά συναισθήματα στο παιδί, το κάνουν να αισθάνεται άσχημα για τον εαυτό του και αποτελούν την πηγή για την ανάδυση δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων/δυσκολιών. Η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει στην αναγνώρισή τους ως εσωτερικευμένες γονεϊκές πλευρές, τη συνειδητοποίηση της αρνητικής τους συμβολής και τελικά την κατατρόπωσή τους [10, 9, 2].

Οι τρόποι λειτουργίας που σχετίζονται με δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης αποτελούν πλευρές του εαυτού που χτίστηκαν προκειμένου το παιδί να μπορέσει να επιβιώσει σε συναισθηματικά δύσκολες συνθήκες. Η αντιμετώπισή τους περιλαμβάνει σε πρώτη φάση την ενσυναίσθηση αναφορικά με τη χρησιμότητά τους στην επιβίωση του παιδιού, ενώ σε δεύτερη φάση εισάγεται η αντιπαράθεση προς αυτούς [6].

Το παράδειγμα της Μαρίας

Στόχος της θεραπείας με τη Μαρία είναι να κατανοήσει τους λόγους για τους οποίους αισθάνεται θλίψη και θυμό, να αποκαταστεί το αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης, να ενισχυθεί η ανάπτυξη του εαυτού και να διαχειριστεί με λειτουργικό τρόπο τα συναισθήματα θυμού. Ο θεραπευτικός σχεδιασμός περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

1. Δημιουργία σταθερού θεραπευτικού πλαισίου ασφάλειας.
2. Ψυχοεκπαίδευση στα συναισθήματα.
3. Ψυχοεκπαίδευση στις συναισθηματικές ανάγκες, τα σχήματα και τους τρόπους λειτουργίας. Ονομάστηκαν οι «παιδικό» τρόποι λειτουργίας της Στενοχωρημένης, της Θυμωμένης και της Χαρούμενης Μαρίας, οι τρόποι λειτουργίας αποστασιοποίησης της «Μαρίας Σβούρας» και της «Μαρίας Ασπίδας», ο «γονεϊκός» τρόπος λειτουργίας του «Κακού Μάγου».
4. Ψυχοεκπαίδευση στη διατύπωση περίπτωσης.
5. Ψυχοεκπαίδευση στην ψυχική διαταραχή της μητέρας.
6. Επεξεργασία του πένθους της για όσα δεν μπορεί να της προσφέρει η μητέρα της.
7. Τροποποίηση των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων.
8. Εργασία με τρόπους λειτουργίας.
9. Έκφραση αναγκών και συναισθημάτων.
10. Συναντήσεις με τη Μαρία και τον πατέρα της, προκειμένου να μπορέσει να του εκφράσει τις ανάγκες της και εκείνος να βοηθηθεί να τις ακούσει.

3.2. Μέθοδοι και τεχνικές

Οι στόχοι της Θεραπείας Σχημάτων επιτυγχάνονται με τη διαμόρφωση της διατύπωσης περίπτωσης, τη χρήση τεχνικών εστιασμένων στο συναίσθημα (νοερές εικόνες, διάλογοι μεταξύ των τρόπων λειτουργίας, τεχνική των πολυθρόνων, σχέδιο/απεικόνιση, παιχνίδι ρόλων, θεραπευτικές ιστορίες, κ.ά.) και την αξιοποίηση της θεραπευτικής σχέσης [8, 6]. Στα όψιμα στάδια της θεραπείας γίνεται χρήση γνωσιακών και συμπεριφοριστικών τεχνικών (π.χ. πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των τρόπων λειτουργίας, διάλογος με το σχήμα, διακοπή συμπεριφοριστικών μοτίβων με συμπεριφοριστικές τεχνικές) [6, 2]. Η συνεργασία με τους γονείς αποτελεί σημαντικό μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας και τροποποιείται ανάλογα με την περίπτωση, το είδος της σχέσης και την ηλικία του παιδιού [10, 5, 6].

Το παράδειγμα της Μαρίας

Στο πλαίσιο του θεραπευτικού σχεδιασμού που αναφέρθηκε παραπάνω, χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα εργαλεία/τεχνικές:

- Για την αναγνώριση και την επικύρωση συναισθημάτων και συναισθηματικών αναγκών: Παραμύθια, παιχνίδι (γαντόκουκλες, κουκλόσπιτο, παντομίμα, σχέδιο, τεχνική των πολυθρόνων, νοερές εικόνες).
- Διορθωτική γονεϊκή στάση προς τη «Στενοχωρημένη Μαρία» και επικύρωση και οριοθέτηση της «Θυμωμένης Μαρίας»: αναπαράσταση με φιγούρες-ζωάκια, με ανθρώπινες φιγούρες, καθώς και νοερές εικόνες και τεχνική των πολυθρόνων.
- Για τον εντοπισμό, την αναγνώριση και την προσπέλαση της «Μαρίας Σβούρας» και της «Μαρίας Ασπίδας» και την Κατατρόπωση του Επικριτικού/Τιμωρητικού/Ενοχοποιητικού Γονέα: Νοερές εικόνες, τεχνική πολυθρόνων.
- Εξάσκηση στην έκφραση αναγκών: Παιχνίδια ρόλων.
- Σταθερότητα σύνδεσης και θεραπευτικής σχέσης: Χρήση μεταβατικών αντικειμένων σε διαστήματα ανάμεσα στις συνεδρίες ή σε διακοπές της θεραπείας (Χριστούγεννα, Πάσχα και καλοκαίρι).

4. Συζήτηση – Συμπεράσματα

Η Θεραπεία Σχημάτων σε παιδιά και εφήβους αποτελεί ένα συνδυαστικό ψυχοθεραπευτικό μοντέλο, το οποίο δανείζεται στοιχεία από διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις και τα απαρτίζει σε έναν οργανωμένο και πολυδιάστατο τρόπο παρέμβασης, που αξιοποιεί τις βιογραφικές πληροφορίες για την κατανόηση των προβλημάτων του παιδιού στο παρόν, αναλύει και περιγράφει τις δυσκολίες του παρόντος με όρους συγκεκριμένους και εύκολα κατανοητούς, χρησιμοποιεί τεχνικές εστιασμένες στο συναίσθημα, καθώς και γνωσιακές και συμπεριφοριστικές τεχνικές, και χρησιμοποιεί τη θεραπευτική σχέση ως εργαλείο κατανόησης και παρέμβασης. Με αυτόν τον τρόπο έρχεται αφενός μεν να προσθέσει στον κορμό των παραδοσιακών Γνωσιακών-Συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων σε παιδιά και εφήβους ένα ολοκληρωμένο αναπτυξιακό σκεπτικό και αφετέρου δε να διευρύνει το πεδίο παρέμβασης μέσω της χρήσης νέων στοιχείων στη διατύπωση περίπτωσης και βιωματικών τεχνικών [8, 6]. Επιπλέον, το σκεπτικό της Θεραπείας Σχημάτων αποτελεί πρόσφορο έδαφος για την εφαρμογή προληπτικών προγραμμάτων απευθυνόμενων σε γονείς [11].

Οι πρώτες έρευνες αποτελεσματικότητας της Θεραπείας Σχημάτων αφορούν στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας [12, 13, 14, 15], τις διαταραχές προσωπικότητας [16], τη χρόνια κατάθλιψη [17], την κατάθλιψη [18], τις διατροφικές διαταραχές [19]. Η ερευνητική τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας της Θεραπείας Σχημάτων σε παιδιά και εφήβους βρίσκεται ακόμη σε αρχικά στάδια. Υπάρχουν μελέτες εφαρμογής ομαδικής Θεραπείας Σχημάτων σε εφήβους με στοιχεία διαταραχών προσωπικότητας [20, 21]. Επίσης, έχει διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Σχημάτων σε παιδιά στην πρόληψη προβλημάτων συμπεριφοράς [22]. Στην παρούσα φάση πραγματοποιείται η πρώτη καταγεγραμμένη έρευνα διεθνώς για την εφαρμογή της θεραπείας σχημάτων σε προληπτικό επίπεδο σε ομάδες παιδιών (ηλικίας 9-13 ετών) και τους γονείς τους [23]. Επιπλέον, επί του παρόντος, οργανώνεται τυχαίοποιημένη κλινική μελέτη από τον C. Loose (Ινστιτούτο Πειραματικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Heinrich-Heine του Düsseldorf) σε παιδιά ηλικίας 8-12 ετών με άγχος αποχωρισμού και κοινωνικό

άγχος [24]. Δεδομένου ότι η Θεραπεία Σχημάτων σε παιδιά και εφήβους έχει αρχίσει να συγκεντρώνει τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας, θα ήταν επιθυμητό να διεξαχθούν ελεγχόμενες τυχαίοποιημένες μελέτες αποτελεσματικότητας της ατομικής και ομαδικής Θεραπείας Σχημάτων. Τέλος, είναι σημαντικό να δοθεί έμφαση στη δημιουργία, εφαρμογή και εμπειρική τεκμηρίωση προληπτικών προγραμμάτων βάσει του σκεπτικού της Θεραπείας Σχημάτων, προσαρμοσμένα στις ανάγκες διαφορετικών πολιτισμικών πλαισίων.

Abstract

Schema Therapy is an integrative model of theory and treatment. It combines components of psychoanalytic object relations theory, attachment theory, cognitive behavioral therapy and Gestalt therapy. Jeffrey Young proposed this therapeutic approach in an attempt to develop a therapeutic model, which would be helpful for patients with chronic disorders such as personality disorders, who fail to respond to a standard Cognitive Behavior Therapy (CBT) protocol, as far as the collaboration, the identification and the determination of thoughts and emotions, the commitment and the compliance to the therapeutic context are concerned. Schema Therapy has been transformed a lot since it was first established, into an integrated empirically tested therapeutic model. Its implementation has been expanded to other clinical entities as well as to groups to couples, to children and adolescents. This article aims to illustrate the conceptual model of Schema Therapy and its application with children and adolescents, using a clinical case of an 8-year-old girl. Case conceptualization and techniques used by the therapist with the girl are briefly presented.

Keywords: Schema Therapy, case conceptualization, children, and adolescents

Βιβλιογραφικές παραπομπές

- [1] Young, J.E. & Brown, G. *Young Schema Questionnaire*. New York, NY: Cognitive Therapy Center, 2003.
- [2] Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishar, M.E. *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press, 2003.
- [3] Farrell, J., Reiss, N. & Shaw, I. *The Schema Therapy Clinician's Guide: A Complete Resource for Building and Delivering Individual, Group and Integrated Schema Mode Treatment Programs*. Wiley-Blackwell, 2014.
- [4] Simeone-DiFrancesco, C., Roediger, E. & Stevens B.A. *Schema Therapy with Couples: A Practitioner's Guide to Healing Relationships*. Wiley-Blackwell, 2015.
- [5] Geerdink, M., Jongman, E. & Scholing, A. In: van Vreeswijk, M., Broersen, J., Nadort, M. (eds), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*. John Wiley & Sons, 2012: 391-396.
- [6] Loose, C., Graaf, P. & Zarbock, G. *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz, 2013.
- [7] van Genderen, H., Rijkeboer, M. & Arntz, A. Theoretical model: Schemas, coping styles, and modes. In: van Vreeswijk, M., Broersen, J. & Nadort, M. (eds), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice*. Wiley-Blackwell, 2012: 27-40.
- [8] Arntz, A. & Jacob, G. *Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach*. John Wiley and Sons, 2013.
- [9] Jacob, G., van Genderen, H. & Seebauer, L. *Breaking Negative Thinking Patterns: A Schema Therapy Self-Help and Support Book*. Wiley-Blackwell, 2011.
- [10] Αγγελή Κ. Στο Καλαντζή-Αζίζι, Α., Σοφianosπούλου, Α. (επιμ. έκδ.), *Η Θεραπεία Σχημάτων σε παιδιά και εφήβους. Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία Παιδιών και Εφήβων: Θεωρία και Πράξη*. Αθήνα: Πεδίο, 2016.
- [11] Louis, P.J. & McDonald-Louis, K. *Good Enough Parenting: An in Depth Perspective on Meeting Core Emotional Needs and Avoiding Exasperation*. Singapore: Louis Counseling & Training Services, 2014.

- [12] Farrell, J.M., Shaw, I.A. & Webber, M.A. A schema-focused approach to group: Psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *J. Behav. Ther. & Exp. Psy.*, 2009, 45: 319-329.
- [13] Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Therapy. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2006, 63: 649-658.
- [14] Nadort, M., Arntz, A., Smit, J.H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., Wensing, M. & van Dyck, R. Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behav. Res. Ther.*, 2009, 47: 961-973.
- [15] Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., Arntz, A. The Therapeutic Alliance in Schema-Focused Therapy and Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *J. Consult. Clin. Psych.*, 2007, 75: 104-115.
- [16] Bamelis L.M., Evers S., Spinhoven P., Arntz A. Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders. *Am. J. Psychiatry*, 2014; 171:305-322.
- [17] Malogiannis, I.A., Arntz, A., Spiropoulou, A., Aggeli, A., Karveli, S., Tsartsara, E., Vlavianou, M., Pehlivanides, A., Papadimitriou, G., & Zervas, I. Schema Therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*, 2014; 45: 319-329.
- [18] Carter J., Williams McIntosh V., Jordan J., Porter M.J., Frampton C.M., Joyce P. Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *J. Affect. Disord.*, 2013; 151(2): 500-5.
- [19] Calvert F., Smith E., Brockman R., Simpson S.G. Group schema therapy for eating disorders: Study protocol. *J. Eat. Disord.*, 2018; 6:1.
- [20] Roelofs J., Muris P., van Wesemael D., Broers N.J., Shaw I., Farrell J. Group-Schema therapy for Adolescents: Results from a Naturalistic Multiple Case Study. *J. Child Fam. Stu.*, 2016; 25: 2246-2257.
- [21] van Wijk Herbink M., Broers N.J., Roelofs J., Bernstein D.P. Schema Therapy in Adolescents with Disruptive Behavior Disorders. *IJFMH*, 2017; 16: 1-19. DOI10.1080/14999013.2017.1352053.
- [22] Salehi S., ParsaSirat N., Motaghian L. First-Grade Students Effectiveness of Early Maladaptive Schema Therapy on Behavioral Syndromes Among First-Grade Students. *J. Socialomics*, 2017; 6:2. DOI: 10.4172/2167-0358.1000193.
- [23] Λάιους Ρ. Διδακτορική διατριβή σε εξέλιξη. Προαγωγή της ψυχικής υγείας των παιδιών μέσω της Θεραπείας Σχημάτων: Σχεδιασμός, εφαρμογή και αξιολόγηση προγράμματος παρέμβασης στο σχολείο. Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- [24] Loose C. Έρευνα σε εξέλιξη. Evaluation of randomized controlled trial of outpatient schema therapy for children with separation and social anxiety: Understanding and overcoming fears. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf IHHU· Institut für Experimentelle Psychologie.

Κοινωνικό άγχος, δυσλειτουργικές γνωσίες και χρήση του διαδικτύου στην εφηβεία

Δέσποινα-Δήμητρα Ρήγα

Διδάκτωρ Ψυχολογίας Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Email: des.riga@yahoo.gr

Περίληψη

Η παρούσα εργασία στοχεύει στην παρουσίαση ενός μοντέλου πρόβλεψης της δυσλειτουργικής χρήσης του διαδικτύου σε ένα δείγμα 974 εφήβων και αναδυόμενων ενηλίκων, ηλικίας 12 έως 19 ετών. Χορηγήθηκε, μεταξύ άλλων, το Ερωτηματολόγιο Κοινωνικού Άγχους για Εφήβους [1] ($\alpha = 0,86$), η Κλίμακα Γενικευμένης Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου [2] ($\alpha = 0,89$), η Ελληνική Κλίμακα Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου [3] ($\alpha = 0,91$), καθώς και ένα δημογραφικό ερωτηματολόγιο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το κοινωνικό άγχος έχει θετική, στατιστικώς σημαντική συνάφεια με τη δυσλειτουργική χρήση του διαδικτύου, όπως και οι δυσλειτουργικές γνωσίες με την κοινωνική αποφυγή. Σύμφωνα με τα μοντέλα πρόβλεψης δομικών εξισώσεων SEM, με τους δείκτες καλής προσαρμογής του τελικού μοντέλου να είναι CFI = 0,997, TLI = 0,983 και RMSEA = 0,031, οι βασικές μεταβλητές πρόβλεψης της δυσλειτουργικής χρήσης του διαδικτύου είναι ο «φόβος αρνητικής αξιολόγησης» και η «κοινωνική αποφυγή». Παράλληλα, διαμεσολαβητικό ρόλο μεταξύ των δύο διαστάσεων κοινωνικού άγχους –του φόβου για αρνητική αξιολόγηση και της κοινωνικής αποφυγής– και των δυσπροσαρμοστικών γνωσιών φαίνεται να έχει η «ανάγκη του ανήκειν» του δείγματος. Επίσης, αναδεικνύεται ο διαμεσολαβητικός ρόλος της «συλλογικής αυτοεκτίμησης» μεταξύ των διαστάσεων κοινωνικού άγχους –της αρνητικής αξιολόγησης και της κοινωνικής αποφυγής– και της αλλαγής στη διάθεση. Τα αποτελέσματα αναλύονται με βάση τον ρόλο των γνωσιών στην κοινωνική ανάπτυξη, σε συνδυασμό με τον ρόλο της αίσθησης του ανήκειν και της συλλογικής αυτοεκτίμησης.

Λέξεις-κλειδιά: Δυσλειτουργική χρήση διαδικτύου, έφηβοι, κοινωνικό άγχος, δυσλειτουργικές γνωσίες

1. Εισαγωγή

Οι όροι «κατάχρηση» και «εξάρτηση από το διαδίκτυο» έχουν συσχετιστεί επανειλημμένως με την εκτεταμένη χρήση του διαδικτύου τα τελευταία χρόνια. Πολλοί ερευνητές έχουν κληθεί να ορίσουν αυτό το φαινόμενο, το οποίο έχει προκαλέσει προβληματισμό και έχει δώσει κίνητρο για τη διεξαγωγή ερευνών στον τομέα της ψυχολογίας.

Ένα από τα βασικά κριτήρια καθορισμού της εκτεταμένης ή δυσλειτουργικής χρήσης του διαδικτύου είναι η καθημερινή δαπάνη αρκετών ωρών στο διαδίκτυο από οποιοδήποτε μέσο μπορεί να αποκτήσει κανείς πρόσβαση, συνοδευόμενη από παραμέληση δραστηριοτήτων της κοινωνικής, προσωπικής και επαγγελματικής ζωής του ατόμου [4]. Η Young θα χαρακτήριζε ένα άτομο με μια τέτοια συμπεριφορά «εθισμένο» ή «εξαρτημένο» στο διαδίκτυο. Ο Griffiths [5] διαχώρισε αυτή τη μορφή «εξάρτησης» στο διαδίκτυο από τις εξαρτήσεις ουσιών. Πιο συγκεκριμένα, παρατήρησε ότι δεν περιλαμβάνει τη χρήση χημικών ουσιών, αλλά πρόκειται για εξαρτητική χρήση που ανήκει στην κατηγορία των «τεχνολογικών εξαρτήσεων» [5]. Στο άρθρο αυτό, χρησιμοποιείται ο όρος «δυσλειτουργική χρήση του διαδικτύου» για να δηλώσει την υψηλή αφοσίωση και την αφιέρωση χρόνου στη χρήση του διαδικτύου εις βάρος άλλων δραστηριοτήτων του ατόμου και να υπογραμμίσει το ψυχοκοινωνικό πλαίσιο του φαινομένου.

Το κοινωνικό άγχος, αν και έχει μελετηθεί λιγότερο συγκριτικά με το προσωπικό άγχος που βιώνουν οι χρήστες του διαδικτύου, έχει αναδειχθεί ουσιαστικός παράγοντας στη δυσλειτουργική χρήση του διαδικτύου. Όσον αφορά στην εφηβική ηλικία, ειδικότερα, αρκετές έρευνες καταλήγουν στο ότι το κοινωνικό άγχος στους εφήβους συσχετίζεται με την αυξανόμενη, δυσλειτουργική χρήση του διαδικτύου [6-10]. Σε άλλη έρευνα, έφηβοι που παρουσίασαν κοινωνική φοβία εντοπίστηκε ότι έκαναν δυσλειτουργική χρήση του διαδικτύου [11], ενώ, όσοι μείωσαν τη χρήση, στη συνέχεια εμφάνισαν μικρότερα επίπεδα κοινωνικού άγχους [12]. Επιπλέον, αν και χρειάζεται να διερευνηθεί περισσότερο η χρήση του διαδικτύου στην ομάδα των αναδυόμενων ενηλίκων [10], οι μέχρι τώρα έρευνες έχουν αναδείξει τη συσχέτιση της δυσλειτουργικής χρήσης με το κοινωνικό άγχος [13, 10], τη μοναχικότητα [14] και την κατάθλιψη [15].

Ένα προτεινόμενο θεωρητικό πλαίσιο ερμηνείας της συσχέτισης του κοινωνικού άγχους με τη δυσλειτουργική χρήση είναι το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο [16]. Οι «γνωσίες» (cognitions) αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζει κάποιος την πραγματικότητα, τον εαυτό του και τον κόσμο· ως έννοια σχετίζεται με τα γνωστικά σχήματα και τη νοηματοδότηση του κόσμου μέσω της μάθησης, της αντίληψης, της προσοχής και της μνήμης [17-18]. Στην ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή προσέγγιση αντιμετωπίζει τις γνωσίες περισσότερο

ως «αυτόματες σκέψεις», οι οποίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά του ατόμου [19-20].

Επομένως, οι δυσπροσαρμοστικές γνώσεις που εμπλέκονται στη δυσλειτουργική χρήση του διαδικτύου θα μπορούσε να περιλαμβάνουν μη ρεαλιστικές σκέψεις για τον εαυτό, όπως η ψευδής αίσθηση ότι το άτομο δεν αξίζει και η αίσθηση αναποτελεσματικότητας [21]. Σύμφωνα, λοιπόν, με το γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο ερμηνείας του Davis [16], οι δυσπροσαρμοστικές αντιλήψεις για τον εαυτό και τον κόσμο εντείνουν μια πιθανή μη λειτουργική χρήση του διαδικτύου [22, 2]. Τα γνωστικά σχήματα επηρεάζουν τα βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (χαμηλή αυτοεκτίμηση) και αλληλεπιδρούν τόσο με τον τρόπο που το άτομο αντιμετωπίζει τα προβλήματά του, τους στόχους του και την υπάρχουσα ή μη ψυχοπαθολογία (κατάθλιψη, κοινωνικό άγχος) όσο και με τις προσδοκίες του από τη χρήση του διαδικτύου [23].

Ο τρόπος που εμπλέκονται οι δυσπροσαρμοστικές γνώσεις στη δυσλειτουργική χρήση του διαδικτύου χρήζει περαιτέρω μελέτης, αλλά φαίνεται να εμπλέκονται είτε μεμονωμένα είτε ως αιτία πυροδότησης συμπεριφορών, που με τη σειρά τους σχετίζονται με τη δυσλειτουργική χρήση [23]. Σε άλλη, εξαιρετικά σύγχρονη έρευνα, πάντως, οι δυσπροσαρμοστικές γνώσεις ενίσχυσαν τη δυσλειτουργική χρήση, ειδικά όταν οι χρήστες είχαν χαμηλό επίπεδο ελέγχου (effortful control) [24]. Μια ιδιαίτερα σημαντική ανάγκη των εφήβων που σχετίζεται τόσο με τις γνωστικές διεργασίες όσο και με το κοινωνικό άγχος είναι και η ανάγκη των εφήβων για ένταξη σε ομάδα και η αντίληψη της αξίας τους ως μέλη ομάδων [25, 26].

Ο στόχος της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση του ρόλου του κοινωνικού άγχους και των δυσπροσαρμοστικών γνώσεων στη δυσλειτουργική χρήση του διαδικτύου στην ηλικιακή φάση της εφηβείας και της αναδυόμενης ενηλικίωσης, συνδυαστικά με δημογραφικές μεταβλητές. Σύμφωνα με την ερευνητική υπόθεση της μελέτης, αναμένεται το αυξημένο κοινωνικό άγχος των εφήβων να συνδέεται με αυξημένη δυσλειτουργική χρήση, ενώ τα ερευνητικά ερωτήματα που είναι υπό διερεύνηση είναι τα εξής: (1) Πώς συνδέεται η δυσλειτουργική χρήση του διαδικτύου με την ανάγκη του ανήκειν των εφήβων, δηλαδή την ανάγκη για ένταξη και αποδοχή σε μια ομάδα; (2) Πώς συνδέεται η δυσλειτουργική χρήση με τη συλλογική αυτοεκτίμηση των εφήβων, δηλαδή την αυτοεκτίμηση που έχει κάποιος ως μέλος μιας ομάδας;

2. Μέθοδος

2.1. Δείγμα

Στην έρευνα συμμετείχαν 326 φοιτητές και 648 έφηβοι ηλικίας 12-18 ετών, εκ των οποίων 319 ήταν μαθητές Α' Γυμνασίου και 329 μαθητές Α' Λυκείου. Εκπροσωπήθηκαν σχολεία από διαφορετικές περιοχές της Αθήνας και φοιτητές τόσο από θετικές όσο και από θεωρητικές/ανθρωπιστικές επιστήμες. Το δείγμα προήλθε από επτά εκπαιδευτικές περιφέρειες, στις οποίες, έως κάποιον βαθμό, αντιπροσωπεύονται ευρέως οι ποικίλες κοινωνικοοικονομικές ομάδες του πληθυσμού της Αττικής.

2.2. Διαδικασία

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην ερευνητική διαδικασία ήταν αυτή της συναφειακής έρευνας και η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη συγκέντρωση του δείγματος ήταν η «κατά συστάδες» (clusters) τυχαία δειγματοληψία. Σύμφωνα με τους κανόνες της ερευνητικής δεοντολογίας, τόσο οι μαθητές όσο

και οι πρωτοετείς φοιτητές ήταν ενήμεροι για την έρευνα και την ασφάλεια των προσωπικών τους δεδομένων. Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και στους ανήλικους συμμετέχοντες τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν μόνο μετά από γονική συναίνεση. Τον χώρο διεξαγωγής της έρευνας αποτέλεσαν οι σχολικές αίθουσες και τα αμφιθέατρα.

2.3. Μέσα συλλογής δεδομένων

Κλίμακα Κοινωνικού Άγχους για Εφήβους (Social Anxiety Questionnaire for Adolescents) ($\alpha = 0,86$). Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα των La Greca και Lopez [1], που περιλαμβάνει τη «Συνολική Βαθμολογία Κοινωνικού Άγχους» και τρεις υποκλίμακες, τον «Φόβο Αρνητικής Αξιολόγησης» ($\alpha = 0,88$) (π.χ. «Ανησυχώ μήπως με κοροϊδέσουν»), την «Κοινωνική Αποφυγή-Νέες Καταστάσεις» ($\alpha = 0,70$) (π.χ. «Ανησυχώ όταν κάνω κάτι καινούργιο μπροστά σε άλλους») και την «Κοινωνική Αποφυγή-Γενικά» ($\alpha = 0,72$) (π.χ. «Ανησυχώ ότι οι άλλοι δεν με συμπαθούν»). Η αξιοπιστία της «Κλίμακας Κοινωνικού Άγχους για Εφήβους» είναι υψηλή και από έρευνες που έγιναν στο παρελθόν [27, 28].

Κλίμακα Γενικευμένης Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου [2] ($\alpha = 0,89$). Η κλίμακα αυτή (Generalized Pathological Internet Use Scale) αποτελείται από τις υποκλίμακες «Αλλαγή στη Διάθεση» ($\alpha = 0,82$) (π.χ. «Χρησιμοποιώ το διαδίκτυο για να μιλήσω με άλλους όταν αισθάνομαι απομονωμένος»), «Κοινωνικά Οφέλη» ($\alpha = 0,78$) (π.χ. «Μου φέρονται καλύτερα στο διαδίκτυο απ' ό,τι στις πρόσωπο με πρόσωπο σχέσεις»), «Αρνητικές Συνέπειες» ($\alpha = 0,63$) (π.χ. «Έχουν προκύψει προβλήματα στο σχολείο επειδή ήμουν συνδεδεμένος/η στο διαδίκτυο»), «Παθολογική Χρήση» ($\alpha = 0,68$) (π.χ. «Έχω κάνει αποτυχημένες προσπάθειες να ελέγξω τη χρήση του διαδικτύου»), «Υπερβολική Χρήση» ($\alpha = 0,81$) (π.χ. «Δεν συνειδητοποιώ τον χρόνο που ξοδεύω στο διαδίκτυο»), «Απόσυρση» ($\alpha = 0,79$) (π.χ. «Η σκέψη μου απορροφάται από το διαδίκτυο αν δεν μπορώ να συνδεθώ για κάποιο διάστημα») και «Κοινωνικός Έλεγχος» ($\alpha = 0,35$) (π.χ. «Δεν μ' ενδιαφέρει πώς φαίνομαι στους άλλους όταν είμαι στο διαδίκτυο») [2]. Ο δείκτης αξιοπιστίας της αρχικής κλίμακας φαίνεται να είναι αρκετά υψηλός (Cronbach's alpha = 0,78-0,85), ενώ ικανοποιητική είναι και η εγκυρότητα της κάθε υποκλίμακας [2].

Ελληνική Κλίμακα Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου [3] ($\alpha = 0,91$). Αποτελείται από τις υποκλίμακες «Δυσπροσαρμοστικές Γνώσεις» ($\alpha = 0,86$) (π.χ. «Ο κόσμος έξω από το διαδίκτυο είναι λιγότερο συναρπαστικός σε σύγκριση με τα όσα μπορείς να κάνεις στο διαδίκτυο»), «Υπερβολική Χρήση/Αδυναμία Ελέγχου του Διαδικτύου» ($\alpha = 0,87$) (π.χ. «Συχνά μένω στο διαδίκτυο για περισσότερες από τρεις ώρες συνεχόμενα»), «Ρύθμιση Συναισθημάτων» ($\alpha = 0,78$) (π.χ. «Είμαι λιγότερο μόνος/η όταν είμαι στο διαδίκτυο») και «Αυτοεικόνα/Κοινωνική Άνεση στο Διαδίκτυο» ($\alpha = 0,60$) (π.χ. «Μπορώ να είμαι ο εαυτός μου στο διαδίκτυο»), οι οποίες προέκυψαν μετά από διερευνητική ανάλυση παραγόντων. Σύμφωνα με τους συγγραφείς της αρχικής κλίμακας, ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha είναι πολύ υψηλός [3].

Οι δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία, σχολείο/πανεπιστήμιο φοίτησης, αριθμός αδερφών, μορφωτικό επίπεδο και επάγγελμα γονέων) διερευνήθηκαν μέσα από αυτοσχέδια ερωτηματολόγια, τα οποία εμπλουτίστηκαν με ερωτήσεις σχετικά με τον αριθμό των ωρών χρήσης του διαδικτύου των εφήβων και των αναδυόμενων ενηλίκων εντός μίας ημέρας.

3. Αποτελέσματα

Για τις στατιστικές αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν με σκοπό τον υπολογισμό της συνάφειας μεταξύ των κλιμάκων, έγινε χρήση του δείκτη Pearson r . Οι διαστάσεις της κλίμακας Κοινωνικού Άγχους και η συνολική βαθμολογία της κλίμακας συσχετίστηκαν με τις διαστάσεις και τις βαθμολογίες όλων των υπόλοιπων κλιμάκων της έρευνας, που μετρούν τη δυσλειτουργική χρήση. Ακόμα, οι διαστάσεις του κοινωνικού άγχους συσχετίστηκαν με τις δημογραφικές μεταβλητές και με τις ώρες χρήσης του διαδικτύου.

Από τις διαστάσεις της Ελληνικής Κλίμακας Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου, οι «Δυσπροσαρμοστικές Γνωσίες» φαίνεται να έχουν μέτρια θετική, στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με τη διάσταση «Κοινωνική Αποφυγή» της Κλίμακας Κοινωνικού Άγχους για Εφήβους ($r = 0,40$), ενώ η «Ρύθμιση Συναισθημάτων» επίσης παρουσιάζει μέτρια στατιστικώς, σημαντική συσχέτιση με τον «Φόβο Αρνητικής Αξιολόγησης» ($r = 0,43$) και με τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Κοινωνικού Άγχους ($r = 0,41$).

Όσον αφορά στην Κλίμακα Γενικευμένης Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου, η διάσταση «Αλλαγή στη διάθεση» έχει μέτρια θετική, στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με τον «Φόβο Αρνητικής Αξιολόγησης» της Κλίμακας Κοινωνικού Άγχους για Εφήβους και με τη συνολική βαθμολογία Κοινωνικού Άγχους, ενώ η διάσταση «Κοινωνικά Οφέλη» επίσης παρουσιάζει μέτρια θετική, στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με τη συνολική βαθμολογία Κοινωνικού Άγχους. Οι υπόλοιπες συνάφειες των μεταβλητών «Απόσυρση», «Κοινωνικά Οφέλη», «Υπερβολικός Χρόνος στο Διαδίκτυο», «Φόβος Αρνητικής Αξιολόγησης», «Κοινωνική Αποφυγή» και «Κοινωνικό Άγχος» δείχνουν θετική, σχετικά χαμηλή έως μέτρια συνάφεια (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Δείκτες συνάφειας Pearson r μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας Κοινωνικού Άγχους για Εφήβους (LaGreca & Lopez, 1998) και των διαστάσεων της Γενικευμένης Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου (Caplan, 2002).

	Φ.Α.Α.	Κ.Α.Ν.	Κ.Α.Γ.	Σύνολο
Αλλαγή στη διάθεση	.44**	.26**	.20**	.38**
Κοινωνικά οφέλη	.36**	.29**	.35**	.39**
Αρνητικές συνέπειες	.18**	.09**	.17**	.17**
Παθολογική χρήση	.25**	.16**	.21**	.25**
Υπερβολικός χρόνος στο διαδίκτυο	.30**	.21**	.16**	.28**
Απόσυρση	.32**	.23**	.25**	.32**
Κοινωνικός έλεγχος	.06	.05	.05	.06*

Σημείωση: * $p < .05$ ** $p < .01$ όπου Φ.Α.Α. = Φόβος αρνητικής αξιολόγησης, Κ.Α.Ν. = Κοινωνική αποφυγή-νέες καταστάσεις, Κ.Α.Γ. = Κοινωνική αποφυγή-γενικά, Σύνολο = Συνολική βαθμολογία Κοινωνικού Άγχους

Με βάση τη θεωρία του Davis [16] για το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό πλαίσιο ερμηνείας του κοινωνικού άγχους και της δυσλειτουργικής χρήσης του διαδικτύου και τη βασική υπόθεση της έρευνας ότι το αυξημένο κοινωνικό άγχος θα σχετίζεται με αυξημένη δυσλειτουργική χρήση του διαδικτύου, έγινε προσπάθεια εύρεσης ενός συνεκτικού μοντέλου πρόβλεψης της δυσλειτουργικής χρήσης του διαδικτύου με τη βοήθεια του Μοντέλου Δομικών Εξισώσεων (structural equation modeling – SEM) στο πρόγραμμα AMOS. Η δυσλειτουργική χρήση του διαδικτύου, όπως αναδεικνύεται τόσο μέσω της συνολικής βαθμολογίας στην «Κλίμακα Γενικευμένης Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου» όσο και μέσω της συνολικής βαθμολογίας στην «Ελληνική Κλίμακα Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου», φαίνεται να προβλέπεται από τις μεταβλητές «Ώρες Χρήσης του Διαδικτύου», «Φόβος Αρνητικής Αξιολόγησης» και «Γενική Κοινωνική Αποφυγή».

Τα μοντέλα πρόβλεψης επιβεβαιώθηκαν και θεωρήθηκαν ικανοποιητικά, καθώς τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την εξέταση των παραμέτρων και των δεικτών CFI, TLI, RMSEA ήταν στατιστικώς αποδεκτά. Οι παράμετροι αυτές επισημαίνουν ότι ο Συγκριτικός Δείκτης Σύγκλισης–CFI Comparative Fix Index [29] και ο TLI–Tucker-Lewis Δείκτης, Tucker-Lewis Index [30] θα πρέπει να είναι μεγαλύτεροι ή ίσοι της τιμής 0,95 ($\geq 0,95$), ενώ ο RMSEA–Ρίζα του Μέσου Τετραγωνικού Σφάλματος Προσέγγισης (Root Mean Square Error of Approximation) [31] μικρότερος ή ίσος της τιμής 0,06 ($\leq 0,06$), όπως και έγινε. Οι δείκτες των μοντέλων που αναλύονται στο παρόν άρθρο παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2. Αναλύσεις δομικών εξισώσεων SEM για τη δυσλειτουργική χρήση του Διαδικτύου με εξαρτημένη μεταβλητή τις διαστάσεις της Κλίμακας Γενικευμένης Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου (Μοντέλο 1) και με εξαρτημένη μεταβλητή τις διαστάσεις της Ελληνικής Κλίμακας Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου (Μοντέλο 2)

	CFI	TLI	RMSEA	χ^2	df
Μοντέλο 1	0,998	0,990	0,025	7,934	5
Μοντέλο 2	0,997	0,983	0,031	7,671	4

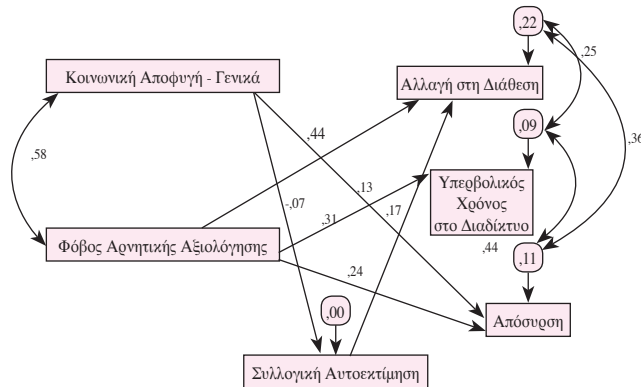
Σημείωση: Το Μοντέλο 1 έχει ως εξαρτημένη μεταβλητή τις διαστάσεις της Κλίμακας Γενικευμένης Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου και το Μοντέλο 2 ως εξαρτημένη τις διαστάσεις της Ελληνικής Κλίμακας Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου

Από τον έλεγχο των τιμών των τυποποιημένων συντελεστών παλινδρόμησης φάνηκε ότι όλες οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών είναι στατιστικά σημαντικές. Συνεπώς, μπορεί να καταλήξει κανείς στο συμπέρασμα ότι, και σε επίπεδο συντελεστών διαδρομής, τα τελικά μοντέλα –μετά και από τον έλεγχο τους για διαμεσολαβητικές επιδράσεις– φαίνεται να έχουν καλή προσαρμογή στα δεδομένα.

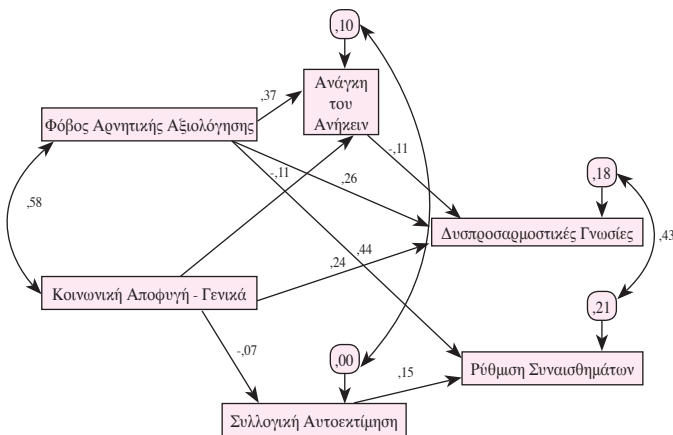
Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στο μοντέλο με την κλίμακα του Caplan η έμμεση επίδραση της Γενικής Κοινωνικής Αποφυγής στην Αλλαγή στη Διάθεση ήταν $-0,011$ ($p < 0,001$), ενώ τόσο οι άμεσες επιδράσεις ($0,169$, $p = 0,001$) όσο και οι συνολικές επιδράσεις της Συλλογικής Αυτοεκτίμησης στην Αλλαγή στη Διάθεση ($0,17$, $p < 0,001$) ήταν στατιστικώς σημαντικές. Επομένως, η Συλλογική Αυτοεκτίμηση διαμεσολαβεί μεταξύ Γενικής Κοινωνικής Αποφυγής και Αλλαγής στη Διάθεση.

Στο μοντέλο με την κλίμακα των Ρούσσου και Δελιζήση η μεταβλητή Γενική Κοινωνική Αποφυγή ασκεί πέρα από άμεση (0,236) και έμμεση επίδραση (0,012) στη μεταβλητή Δυσπροσαρμοστικές Γνώσεις ($p < 0,001$), καθιστώντας έτσι την Ανάγκη του Ανήκειν διαμεσολαβούσα μεταβλητή μεταξύ Γενικής Κοινωνικής Αποφυγής και Δυσπροσαρμοστικών Γνωσιών ($p < 0,001$). Επιπλέον, ο Φόβος Αρνητικής Αξιολόγησης ασκεί τόσο άμεση (0,261) όσο και έμμεση επίδραση (-0,040) στην εξαρτημένη μεταβλητή Δυσπροσαρμοστικές Γνώσεις, με την Ανάγκη του Ανήκειν να διαμεσολαβεί αυτή τη φορά μεταξύ του Φόβου Αρνητικής Αξιολόγησης και των Δυσπροσαρμοστικών Γνωσιών ($p < 0,001$). Τέλος, η Γενική Κοινωνική Αποφυγή ασκεί έμμεση επίδραση (-0,010) στη Ρύθμιση Συναισθημάτων ($p < 0,001$). Η κύρια επίδραση που ασκεί η Γενική Κοινωνική Αποφυγή στη Συλλογική Αυτοεκτίμηση (-0,07) και η κύρια επίδραση που ασκεί η Συλλογική Αυτοεκτίμηση στη Ρύθμιση Συναισθημάτων (0,15) δηλώνει πως η Συλλογική Αυτοεκτίμηση διαμεσολαβεί μεταξύ Γενικής Κοινωνικής Αποφυγής και Ρύθμισης Συναισθημάτων ($p < 0,001$).

Οι σχηματικές αναπαραστάσεις των μοντέλων απεικονίζονται στα Σχήματα 1 και 2.



Σχήμα 1. Μοντέλο πρόβλεψης της δυσλειτουργικής χρήσης, με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις της Κλίμακας Γενικευμένης Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου (Carlan, 2005).



Σχήμα 2. Μοντέλο πρόβλεψης της δυσλειτουργικής χρήσης με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις της Ελληνικής Κλίμακας Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου (Ρούσσος & Δελιζήση, 2011).

4. Συζήτηση

Ο βασικός σκοπός της έρευνας, δηλαδή η μελέτη του ρόλου του κοινωνικού άγχους, και των δυσπροσαρμοστικών γνώσιών στη δυσλειτουργική χρήση του διαδικτύου σε ένα δείγμα εφήβων εκπληρώθηκε ικανοποιητικά, τόσο ως προς το σκέλος της ερευνητικής υπόθεσης όσο και ως προς τα ερευνητικά ερωτήματα. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έρχονται σε συμφωνία με τις επισημάνσεις προηγούμενων ερευνών για τη συνάφεια μεταξύ κοινωνικού άγχους και δυσλειτουργικής χρήσης του διαδικτύου [32-34, 10], αλλά και με την ερευνητική υπόθεση ότι το αυξανόμενο κοινωνικό άγχος σχετίζεται με αυξανόμενη δυσλειτουργική χρήση του διαδικτύου. Πράγματι, η δυσλειτουργική χρήση του διαδικτύου –εκφρασμένη μέσω και των δύο κλιμάκων μέτρησης για το διαδίκτυο– έχει μέτρια και θετική συσχέτιση με το κοινωνικό άγχος.

Ερμηνεύοντας το μοντέλο πρόβλεψης που είναι βασισμένο στην κλίμακα Κοινωνικού Άγχους για Εφήβους και στην Ελληνική Κλίμακα Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου παρατηρούμε ότι είναι πιο άρτιο συγκριτικά, τόσο ως προς τους δείκτες καλής προσαρμογής όσο και από την ακριβέστερη εμπλοκή των μεταβλητών της ανάγκης του ανήκειν και της συλλογικής αυτοεκτίμησης. Οι δυσπροσαρμοστικές γνώσεις, δηλαδή οι μη ρεαλιστικές σκέψεις για τον εαυτό και τον κόσμο, σχετίζονται με την αποφυγή κοινωνικών επαφών, ενώ η χρήση του διαδικτύου με σκοπό να ελέγξουν οι έφηβοι τα συναισθήματά τους εντείνεται από τον φόβο ότι θα αξιολογηθούν αρνητικά από τους άλλους. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η αλλαγή διάθεσης συνδέεται αρκετά με τον φόβο αρνητικής αξιολόγησης και με το κοινωνικό άγχος των εφήβων του δείγματος, ενώ τα κοινωνικά οφέλη που κερδίζει κάποιος χρήστης από την αποδοχή των άλλων όταν είναι συνδεδεμένος στο διαδίκτυο συσχετίζονται αρκετά με τη βίωση κοινωνικού άγχους. Επομένως, ένα άτομο με κοινωνικό άγχος είναι αρκετά πιθανό να αναζητήσει κοινωνικά οφέλη στο διαδίκτυο.

Συνεπώς, όσον αφορά στα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, για τον ρόλο της ανάγκης των εφήβων να ανήκουν σε ομάδες και της συλλογικής αυτοεκτίμησής τους, φαίνεται πως οι παραπάνω μεταβλητές λειτουργούν διαμεσολαβητικά, μεταξύ κοινωνικού άγχους και δυσλειτουργικής χρήσης του διαδικτύου, με τον εξής τρόπο: Ο φόβος ότι οι έφηβοι θα αξιολογηθούν αρνητικά από τους άλλους, καθώς και η αποφυγή συμμετοχής σε νέες κοινωνικές καταστάσεις, φαίνεται να εντείνουν την τάση τους να επιδοθούν σε δυσλειτουργική χρήση του διαδικτύου. Παράλληλα, η ανάγκη των εφήβων να ανήκουν σε ομάδες φαίνεται να ασκεί έμμεσα προστατευτικό ρόλο για τη μείωση των δυσπροσαρμοστικών σκέψεων για το διαδίκτυο, ενώ η αυτοεκτίμηση που βιώνουν ως μέλη ομάδων δρα προστατευτικά στη μείωση της δυσλειτουργικής χρήσης που γίνεται με σκοπό τη ρύθμιση αρνητικών συναισθημάτων. Έτσι, ακόμα και αν το κοινωνικό άγχος που βιώνουν οι έφηβοι, μέσω του φόβου αρνητικής αξιολόγησης και της αποφυγής κοινωνικών καταστάσεων, οδηγεί στη δυσλειτουργική χρήση, η ανάγκη του ανήκειν και η συλλογική αυτοεκτίμηση μπορεί να μετριάσουν την επίδρασή του.

Επιπλέον, το κοινωνικό υπόβαθρο των μοντέλων πρόβλεψης της δυσλειτουργικής χρήσης του διαδικτύου μπορεί να ερμηνευθεί ουσιαστικά τόσο με βάση το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο του Davis [16] όσο και με την κοινωνική-γνωστική ερμηνεία της υπέρμετρης χρήσης του διαδικτύου [35]. Επομένως, οι

έφηβοι επισκέπτονται συγκεκριμένες ιστοσελίδες, επειδή ακριβώς τους δημιουργούν θετικά συναισθήματα, αυξάνοντας έτσι τις θετικές προσδοκίες και την οικειότητα με άλλα άτομα στο διαδίκτυο και συντελώντας στην αποκατάσταση τυχόν χαμένων ευκαιριών για κοινωνικές σχέσεις [36].

Όσον αφορά στους περιορισμούς της έρευνας, η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην ερευνητική διαδικασία ήταν εκείνη της συναφειακής έρευνας και άρα τα αποτελέσματα των αναλύσεων δεν αναδεικνύουν σχέσεις αιτίου-αποτελέσματος [37]. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη συγκέντρωση του δείγματος της έρευνας ήταν η «κατά συστάδες» (clusters) τυχαία δειγματοληψία, που σημαίνει ότι δεν είναι απόλυτα τυχαία, με την αυστηρή έννοια της τυχαιότητας. Τέλος, τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν αποτελούν αυτοαναφορικό μέσο συγκέντρωσης δεδομένων, με ό,τι περιορισμό αυτό συνεπάγεται.

Στις σχετικές μελλοντικές έρευνες που θα είχαν επίσης ενδιαφέρον θα μπορούσε να περιλαμβάνονται και η διεξαγωγή μιας διαχρονικής έρευνας έναντι μιας συγχρονικής, δηλαδή το ίδιο δείγμα να εξεταστεί σε βάθος χρόνου, καθώς και μια μελέτη όπου θα συγκρίνεται η χρήση του διαδικτύου σε αστικά κέντρα και επαρχία. Ακόμα, θα ήταν σημαντική η περαιτέρω διερεύνηση του ρόλου της συλλογικής αυτοεκτίμησης και της ανάγκης του ανήκειν ως μεταβλητών που διαμεσολαβούν στην πρόβλεψη της δυσλειτουργικής χρήσης του διαδικτύου.

Η αξία της παρούσας έρευνας είναι αρκετά σημαντική, καθώς όχι μόνο τονίζει ότι θα ήταν καλό να διερευνηθεί περισσότερο ο ρόλος του κοινωνικού άγχους στη δυσλειτουργική χρήση του διαδικτύου, αλλά και ότι θα πρέπει να πραγματοποιηθούν δράσεις πρόληψης εκδήλωσης δυσλειτουργικής χρήσης του διαδικτύου στην εφηβεία. Πιο συγκεκριμένα, ερευνητές έχουν τονίσει πόσο ουσιώδης είναι η ενίσχυση των ψυχοκοινωνικών ικανοτήτων των παιδιών της πρώιμης εφηβείας, ώστε να δράσει ως προστατευτικός παράγοντας για τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης ριψοκίνδυνων συμπεριφορών ή και δυσλειτουργικής χρήσης [38] στα επόμενα χρόνια της εφηβείας. Τέλος, εφόσον το κοινωνικό άγχος είναι καθοριστικό στη δυσλειτουργική χρήση –με την ανάγκη του ανήκειν σε ομάδες και τη συλλογική αυτοεκτίμηση να έχουν διαμεσολαβητικό ρόλο– θα ήταν απαραίτητο να ενισχυθούν οι έφηβοι κοινωνικά και συναισθηματικά από το περιβάλλον της οικογένειάς τους, του σχολείου και του περιγύρου τους, καθώς, όπως έχει φανεί ερευνητικά, η χαμηλή λειτουργικότητα μέσα στην οικογένεια και η υψηλή συχνότητα συγκρούσεων γονέων-εφήβων επιβαρύνουν την προδιάθεση για προβληματική χρήση [39].

5. Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επόπτρια καθηγήτριά μου κυρία Α. Γκαρή που με βοήθησε πολύ στα πλαίσια εκπόνησης του διδακτορικού μου, την οικογένειά μου και τα αγαπημένα μου πρόσωπα που με στήριξαν, καθώς και τους καθηγητές των σχολείων, τους μαθητές και τους φοιτητές για την άριστη συνεργασία.

Social Anxiety, maladaptive cognitions and internet use in adolescence

Despoina-Dimitra Riga

Zakynthinou 45 Papagou, TK 15669, Email: des.riga@yahoo.gr

Abstract

The aim of the present study is to investigate the relationship between internet dysfunctional use and social anxiety in a sample of 974 adolescents and young people, aged 12 to 19 years old. Among others, the following questionnaires were used: The Social Anxiety Scale for Adolescents [1] ($\alpha = 0.86$), the Generalized Pathological Internet Use Scale [2] ($\alpha = 0.89$), the Greek Problematic Internet Use Scale [3] ($\alpha = 0.91$), along with a demographic questionnaire. The results showed that social anxiety seemed to have a moderate positive correlation with dysfunctional internet use and “maladaptive cognitions” had a statistically significant correlation with “social avoidance”. The prediction models of structural equation modeling (SEM) analysis –where the goodness of fit parameters of the final model were CFI = 0.997, TLI = 0.983 και RMSEA = 0.031– revealed that the main variables which can predict the level of dysfunctional internet use are the “fear of negative evaluation” and the “social avoidance”. At the same time, the need for belongingness seems to be a mediator variable between the two social anxiety dimensions (fear of negative evaluation-social avoidance) and dysfunctional cognitions, whereas collective self-esteem was found to be a mediator variable between the social anxiety dimensions of social avoidance and mood alteration. The results are discussed in relation to the role of cognitions in social development as well as the role of need to belong and collective self-esteem.

Keywords: Dysfunctional use of the internet, adolescents, social anxiety, maladaptive cognitions

Βιβλιογραφικές παραπομπές

- [1] La Greca A.M. & Lopez N. (1998). Social Anxiety among Adolescents: Relations and Friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(2), 83-94. Doi: 10.1023/A:1022684520514
- [2] Caplan, S.E. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measure. *Computers in Human Behavior*, 18, 533-575. Doi: 10.1016/S0747- 5632(02)00004-3
- [3] Ρούσσος, Π.Α. & Δελιζήση, Ε. (2011). *Κατασκευή και ψυχομετρικός έλεγχος της Ελληνικής Κλίμακας Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου (GPIUS)*. Ανακοίνωση στο 2ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης της Διαταραχής Εθισμού στο Διαδίκτυο «e-LIFE 2011». Θεσσαλονίκη, 1-3 Απριλίου.
- [4] Young, K.S. (1996). Internet Addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior*, 3, 237-244. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>
- [5] Griffiths, M.D. (2005). A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 1, 191-197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- [6] Khoshakhlagh, H. & Faramarzi, S. (2012). The Relationship of Emotional Intelligence and Mental Disorders with Internet Addiction in Internet Users University Students. *Addict Health*, 4 (3-4), 133-141. Ανακτήθηκε από: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3905545/>
- [7] Lee, B.W. & Stapinski, L.A. (2012). Seeking safety on the internet: Relationship between social anxiety and problematic internet use. *Journal of Anxiety Disorders*. 6 (1), 197-205. Doi: 10.1016/j.janxdis.2011.11.001
- [8] Hillary, G. (2013). Problematic Internet Use among Persons with Social Anxiety Disorder. *PLoS One*, 8 (2). Doi: 10.1371/journal.pone.0057831
- [9] Azher, M., Khan, R.B., Salim, M., Bilal, M., Hussain, A. & Haseeb, M. (2014). The Relationship between Internet Addiction and Anxiety among students of University of Sargodha. *International Journal of Humanities and Social Science*, 4 (1), 288-293. Av-

- κλήθηκε από: https://www.ijhssnet.com/journals/Vol_4_No_1_January_2014/33.pdf
- [10] Weinstein, A., Dorani, D., Elhadif, R., Bukovza, Y., Yarmulnik, A. & Dannon, P. (2015). Internet addiction is associated with social anxiety in young adults. *Annual Clinical Psychiatry*, 27 (1), 4-9. Ανακτήθηκε από: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25696775>
- [11] Yayan, E.H., Arikan, D., Saban, F., Baş, N.G. & Özcan, O.O. (2017). Examination of the Correlation between Internet Addiction and Social Phobia in Adolescents. *Western Journal of Nursing Research*, 39 (9), 1240-1254. <https://doi.org/10.1177/0193945916665820>
- [12] Ko, C.H., Liu, T.L., Wang, P.W., Chen, C.S., Yen, C.F. & Yen, J.Y. (2014). The exacerbation of depression, hostility, and social anxiety in the course of Internet addiction among adolescents: A prospective study. *Comprehensive Psychiatry*, 55 (6), 1377-1384. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.003>
- [13] Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, C., Coskun, K.S., Ugurlu, H. & Yildirim, F.G. (2013). Relationship of Internet Addiction Severity with Depression, Anxiety, and Alexithymia, Temperament and Character in University Students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16 (4), 272-278. Doi: 10.1089/cyber.2012.0390
- [14] Caplan, S.E. (2007). Relations among Loneliness, Social Anxiety, and Problematic Internet Use. *CyberPsychology & Behavior*, 1, 234-242. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9963>
- [15] Yen, J., Yen, C., Chen, C., Wang, P., Chang, Y. & Ko, C. (2012). Social Anxiety in Online and Real-Life Interaction and Their Associate Factors. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 15 (1), 7-12. <https://doi.org/10.1089/cyb>
- [16] Davis, R.A. (2001). A Cognitive-Behavioral Model of Pathological Internet Use. *Computers in Human Behavior*, 17, 187-195. [https://doi.org/10.1016/S0747-5632\(00\)00041-8](https://doi.org/10.1016/S0747-5632(00)00041-8)
- [17] Inhelder, B., Sinclair, H. & Bovet, M. (2014). *Learning and the Development of Cognition (Psychology Revivals)*. London: Psychology Press.
- [18] Πόρποδας, Κ.Δ. (2003). *Η μάθηση και οι δυσκολίες της (Γνωστική προσέγγιση)*. Πάτρα: Αυτοέκδοση.
- [19] Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Harmondsworth: Penguin.
- [20] Beck, A.T., Davis, D.D. & Freeman, A. (eds) (2015). *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (3rd ed.), The Guilford Press.
- [21] Σφακιανιάκης Ε., Σιώμος Κ. & Φλώρος Κ. (2012). Εθισμός στο διαδίκτυο και άλλες διαδικτυακές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Αθήνα: Α.Α. Λιβάνη.
- [22] Brand, M., Young, K.S. & Laier, C. (2014). Prefrontal Control and Internet Addiction: A Theoretical Model and Review of Neuropsychological and Neuroimaging Findings. *Human Neuroscience*, 8, 375. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00375>
- [23] Sariyska R., Reuter M., Bey, K., Sha, P., Li, M., Chen, Y.-F. & Montag, C. (2014). Self-esteem, personality and Internet Addiction: A cross-cultural comparison study. *Personality and Individual Differences*, 61-62, 28-33. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.001>
- [24] Zhang, Q., Wang, Y., Luo, Y., Zeng, W. & Cui, Q. (2018). Relationship between Maladaptive Cognition and Internet Addiction in Chinese Adolescents: Moderated Mediation Analysis of Online Motivation and Effortful Control. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9965-x>
- [25] Baumeister, R.F. & Leary, M.R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117 (3), 497-529. <http://psycnet.apa.org/buy/1995-29052-001>
- [26] Luhtanen, R. & Crocker, J. (1992). A collective self-esteem scale: Self-evaluation of one's social identity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 302-318. <http://psycnet.apa.org/buy/1990-14608-001>
- [27] Storch, E.A., Warner, M.C., Dent, H.C., Roberti, J.W. & Fisher, P.H. (2004). Psychometric evaluation of the Social Anxiety Scale for Adolescents and the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children: construct validity and normative data. *Anxiety Disorders*, 18, 665-679. Doi: 10.1016/j.janxdis.2003.09.002
- [28] Lopez, L.J., Olivares, J., Hidalgo, M.D., Beidel, D.C. & Turner, S.M. (2001). Psychometric Properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale, and the Social Avoidance and Distress Scale in an Adolescent Spanish-Speaking Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23 (1), 51-59. <https://doi.org/10.1023/A:1011043607878>
- [29] Bentler, P.M. (1990). Comparative Fit Indexes in Structural Models. *Psychological Bulletin*, 107 (2), 238-46. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
- [30] Tucker, L.R. & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38, 1-10. <https://doi.org/10.1007/BF02291170>
- [31] Steiger, J.H. & Lind, J.C. (1980). *Statistically-based tests for the number of common factors*. Paper presented at the annual Spring Meeting of the Psychometric Society in Iowa City.
- [32] Lee, B.W. & Stapinski, L.A. (2012). Seeking safety on the internet: Relationship between social anxiety and problematic internet use. *Journal of Anxiety Disorders*, 6 (1), 197-205. Doi: 10.1016/j.janxdis.2011.11.001
- [33] Hillary, G. (2013). Problematic Internet Use among Persons with Social Anxiety Disorder. *PloS One*, 8 (2). Doi: 10.1371/journal.pone.0057831
- [34] Torrente, E., Piqueras, J.A., Orgilés, M. & Espada, J.P. (2014). Association of Internet addiction with social anxiety and lack of social skills in Spanish adolescents. *Terapia Psicológica*, 32 (3), 175-184. Doi: 10.4067/S0718-48082014000300001
- [35] Van Lange, P., Kruglanski, A.W. & Higgins, E.T. (2012). *Handbook of Theories of Social Psychology*. London: Sage Publications.
- [36] Kandell, J.J. (1998). Internet Addiction on Campus: The Vulnerability of College Students. *CyberPsychology & Behavior*, 1, 11-17. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.11>
- [37] Coolican, H. (2014). *Research Methods and Statistics in Psychology*. East Sussex: Psychology Press.
- [38] Wang, L., Tao, T., Fan, C., Gao, W. & Wei, C. (2016). The association between Internet addiction and both impulsivity and effortful control and its variation with age. *Addiction Research & Theory*. Doi: 10.1080/16066359.2016.1206082
- [39] Wartberg, L., Kriston, L., Broning, S., Kegel, K. & Thomasius, R. (2017). Adolescent problematic Internet use: Is a parental rating suitable to estimate prevalence and identify familial correlates? *Computers in Human Behavior*, 67, 233-239. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2016.10.029>

Εκπαιδύοντας τα παιδιά ως προς την αντίληψη διαπροσωπικών ερεθισμάτων: επιπτώσεις στην αντίληψη του γνήσιου και μη γνήσιου ανθρώπινου χαμόγελου

Κωνσταντίνα Θανοπούλου¹, Ελισάβετ Βλάχου

Εργαστήριο Σχεσιοδυναμικής Παιδαγωγικής και Συμβουλευτικής Ψυχολογίας, Τμήμα Επιστημών της Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Εργασίας (Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης), Πανεπιστήμιο Πατρών, Ρίο, 26504

1. Υπεύθυνη αλληλογραφίας: Κωνσταντίνα Θανοπούλου, τηλέφωνο: 2610328525 & 6979401585, email: konthanopoulou13@gmail.com.

Περίληψη

Η γνωσιακή εκπαίδευση ενήλικων ατόμων στον εντοπισμό και αναγνώριση θετικών διαπροσωπικών ερεθισμάτων έχει βρεθεί πως συμβάλλει στη βελτίωση της ικανότητας διάκρισης μεταξύ γνήσιων και μη γνήσιων χαμόγελων, αλλά και στην ενίσχυση της θετικής συναισθηματικής τους διάθεσης. Παρά ταύτα, ελάχιστες έρευνες έχουν επιχειρήσει παρόμοια παρέμβαση σε παιδιά και εφήβους. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της γνωσιακής εκπαίδευσης ως προς την αναγνώριση γνήσιων (Duchenne) και μη χαμόγελων, τόσο στην ικανότητα των μαθητών να κάνουν τη διάκριση αυτή όσο και στην αντιληπτή έκφραση συμπάθειας από άτομα που χαμογελούν. Οι συμμετέχοντες της έρευνας ήταν 97 μαθητές της Ε' και ΣΤ' Δημοτικού, εκ των οποίων 58 αποτέλεσαν την πειραματική ομάδα και 39 την ομάδα ελέγχου. Η παρέμβαση που εφαρμόστηκε στην πειραματική ομάδα είχε τη μορφή μικροδιδασκαλίας με ανατροφοδότηση, ενώ και οι δύο ομάδες πέρασαν από τις φάσεις προελέγχου (pre-test) και μετα-ελέγχου (post-test). Μεταξύ άλλων, για την αξιολόγηση χαμόγελων και της αντιληπτής έκφρασης συμπάθειας δημιουργήθηκαν δύο ερωτηματολόγια, ο Τομέας 1 και ο Τομέας 2. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι μαθητές της ομάδας παρέμβασης, μετά τη μικροδιδασκαλία, βελτίωσαν την ικανότητά τους στην αναγνώριση γνήσιων χαμόγελων, ενώ αντιλαμβάνονταν σε μεγαλύτερο βαθμό μια έκφραση συμπάθειας από εικονιζόμενα άτομα που χαμογελούν. Τέλος, συζητούνται περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Λέξεις-κλειδιά: Εκφράσεις του προσώπου, Duchenne χαμόγελο, Αντίληψη των χαμόγελων, Παρέμβαση

1. Εισαγωγή

Η επιτυχής επικοινωνία περιλαμβάνει τόσο λεκτικά όσο και μη λεκτικά σήματα, ενώ ταυτόχρονα ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η σωστή ερμηνεία και αντίληψη των τελευταίων [1]. Η μη λεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει διάφορους μηχανισμούς έκφρασης, μεταξύ των οποίων είναι οι εκφράσεις του προσώπου και το χαμόγελο.

Τα τελευταία χρόνια έχουν μελετηθεί εκτενώς η ερμηνεία και αντίληψη των χαμόγελων από πολλούς ερευνητές. Τα χαμόγελα, μεταξύ άλλων, μπορεί να είναι γνήσια ή και μη γνήσια. Πρωτοπόρος στη μελέτη των εκφράσεων του προσώπου είναι ο Duchenne de Boulogne [2], ένας Γάλλος νευρολόγος που μελέτησε τους μυς του προσώπου που ενεργοποιούνται στις διάφορες εκφράσεις. Προς τιμήν αυτού, το γνήσιο χαμόγελο ονομάζεται και χαμόγελο Duchenne.

Ο Ekman πρότεινε τον όρο χαρούμενο χαμόγελο (Duchenne smile), δηλαδή το γνήσιο χαμόγελο και τον όρο μη χαρούμενο χαμόγελο, δηλαδή το ψεύτικο (Non Duchenne smile) [3]. Το χαμόγελο Duchenne ενεργοποιεί δύο μυς του προσώπου, τον ζυγωματικό μείζονα, ο οποίος ανυψώνει τα μάγουλα, δημιουργώντας το πόδι της χήνας γύρω από τα μάτια και ελαφριές

«σακούλες» κάτω από αυτά, και τον σφιγκτήρα βλεφάρων, ο οποίος τραβά τις άκρες των χειλιών, σχηματίζοντας χαμόγελο [2, 4, 5]. Ωστόσο, δεν υπάρχει ενεργοποίηση του σφιγκτήρα βλεφάρων όταν το χαμόγελο είναι ψεύτικο (Non Duchenne smile).

Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η εκπαίδευση, ή αλλιώς η μικροδιδασκαλία με ανατροφοδότηση, μπορεί να επιφέρει πολλά θετικά αποτελέσματα στη σωστή διάκριση των αληθινών χαμόγελων. Οι περισσότερες μελέτες που έχουν ως σήμερα διεξαχθεί, διερευνούν τη διαδικασία ανατροφοδότησης του προσώπου στους ενήλικες [6]. Επίσης, έχειδειχθεί πως ο έλεγχος έκφρασης του προσώπου δημιουργεί ασυνείδητα μια συνεπή αλλαγή στη συναισθηματική εμπειρία (ανατροφοδότηση προσώπου) [7, 8].

Τέλος, οι Farnell και Guidetti ερευνήσαν κατά πόσο οι δυναμικές-κινούμενες εικόνες (βίντεο) επέφεραν αλλαγή της συναισθηματικής κατάστασης παιδιών ηλικίας 4 έως 10 ετών [9]. Στη μελέτη αυτή υπήρξαν τρεις ομάδες παιδιών, στην πρώτη έγινε απλά προβολή βίντεο, στη δεύτερη δόθηκε η οδηγία να γελάσουν κατά την προβολή αυτή και στην τρίτη να μη γελάσουν. Βρέθηκε πως η δεύτερη ομάδα εξέφρασε πιο θετικό συναίσθημα μετά την παρέμβαση, ενώ τα χαμόγελα των συμμετεχόντων σε αυτή από ψεύτικα έγιναν σταδιακά γνήσια.

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της εκπαίδευσης των παιδιών ως προς την αντίληψη γνήσιων και μη γνήσιων χαμόγελων, τόσο στην ικανότητα διάκρισης των χαμόγελων όσο και στην αντιληπτή έκφραση συμπάθειας από άτομα που χαμογελούν. Ειδικότερα, με βάση την παραπάνω βιβλιογραφική ανασκόπηση, διαμορφώθηκαν οι υποθέσεις πως η διδακτική παρέμβαση (μικροδιδασκαλία και ανατροφοδότηση) θα βοηθήσει τα παιδιά στη σωστή αναγνώριση των αληθινών και ψεύτικων χαμόγελων και πως, μετά από αυτή, θα εκλαμβάνουν σε μεγαλύτερο βαθμό το αίσθημα της συμπάθειας από άτομα που χαμογελούν.

2. Υλικό και μέθοδος

2.1. Δείγμα

Στην έρευνα συμμετείχαν 97 μαθητές (49 αγόρια και 48 κορίτσια), ηλικίας 10-12 ετών. Προέρχονταν από τρία δημοτικά σχολεία του Δήμου Πατρέων (44 μαθητές Ε' Δημοτικού και 53 μαθητές ΣΤ' Δημοτικού) και συμμετείχαν έπειτα από τη συγκατάθεση των γονέων, των δασκάλων και των διευθυντών. Το δείγμα της έρευνάς μας συγκαταλέγεται ως δείγμα ευκολίας (συμπωματική ή ευκαιριακή δειγματοληψία) και οι μαθητές χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες, την πειραματική και την ομάδα ελέγχου. Επίσης, για δεοντολογικούς λόγους δεν έγινε η χρήση των ονοματεπώνυμων των παιδιών, αλλά για τη διευκόλυνση της έρευνας και της επεξεργασίας των δεδομένων όλοι έλαβαν έναν κωδικό, το οποίο θα κατέγραφαν στα ερωτηματολόγια τους.

Οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου ήταν N=39 (40%), 15 της ΣΤ' Δημοτικού (9 κορίτσια και 6 αγόρια), και N = 24 παιδιά της Ε' Δημοτικού (11 κορίτσια και 13 αγόρια). Την πειραματική ομάδα αποτέλεσαν N = 58 (60%) μαθητές. Οι 38 ήταν μαθητές της ΣΤ' Δημοτικού (21 αγόρια και 17 κορίτσια) και οι 20 ήταν μαθητές Ε' Δημοτικού (11 κορίτσια και 9 αγόρια).

2.2. Μέσα συλλογής δεδομένων

2.2.1. Βίντεο με εικόνες γνήσιων και μη γνήσιων χαμόγελων

Οι μαθητές που βρίσκονταν στην πειραματική ομάδα παρακολούθησαν μια σειρά βίντεο αποτελούμενων από 40 πρόσωπα (20 αρσενικού και 20 θηλυκού γένους) που έδειχναν γνήσια και μη γνήσια χαμόγελα (30 γνήσια και 10 μη γνήσια). Το βίντεο δημιουργήθηκε μέσω του λογισμικού Windows Movie Maker 2017 (<http://www.windows-movie-maker.org>). Η σειρά των βίντεο ξεκινούσε με έναν αριθμό, ο οποίος δήλωνε τη σειρά. Έπειτα, ακολουθούσε το χαμόγελο, γνήσιο ή μη, η ερώτηση αν αυτό είναι αληθινό και, τέλος, η ανατροφοδότηση της σωστής απάντησης με την πρόταση «το χαμόγελο είναι αληθινό» ή «το χαμόγελο είναι ψεύτικο».

Η διάρκεια προβολής του βίντεο ήταν 16 λεπτά και 44 δευτερόλεπτα. Τα εικονιζόμενα πρόσωπα προέρχονταν από την ιστοσελίδα του BBC Science & Nature (<https://www.bbc.co.uk/science/humanbody/mind/surveys/smiles/>), ενώ παράλληλα, για τη χρήση τους, ζητήθηκε ερευνητική άδεια από τη Reuma Gadas-si [10]. Οι υπόλοιπες εικόνες προέρχονταν από το Karolinska Directed Emotional Faces (KDEF) [11, 12].

2.2.2. Ερωτηματολόγιο για το βίντεο

Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν με «ΝΑΙ» ή «ΟΧΙ» τη γνησιότητα των χαμόγελων, απαντώντας στην ερώτηση, «Το χαμόγελο είναι αληθινό;», σε ένα ερωτηματολόγιο 40 στοιχείων, καθένα από τα οποία αντιστοιχούσε στα πρόσωπα του βίντεο.

2.2.3. Εικόνες με γνήσια και μη γνήσια χαμόγελα

Δημιουργήθηκαν δύο ερωτηματολόγια, Τομέας 1 και Τομέας 2 (dot-probe task), με 8 εικονιζόμενα πρόσωπα ο καθένας, για την αξιολόγηση των παιδιών σχετικά με το αν είναι σε θέση να κρίνουν σωστά συγκεκριμένες εκφράσεις του προσώπου, όπως αυτές του αληθινού και του ψεύτικου χαμόγελου. Ο Τομέας 1 περιλάμβανε 8 εικονιζόμενα πρόσωπα και ο Τομέας 2 άλλα 8 εικονιζόμενα πρόσωπα, από τα οποία τα 5 ήταν γυναίκες και τα 3 άνδρες [11, 13, 14]. Ωστόσο, και οι δύο τομείς είχαν τον ίδιο βαθμό γνησιότητας και σειράς, το μόνο που άλλαξε ήταν το οικολογικό ερέθισμα (εικονιζόμενο πρόσωπο). Τα ερωτηματολόγια αυτά είχαν δύο ερωτήματα Α και Β, όπου στο πρώτο αντιστοιχούσε το ερώτημα «Πόσο αληθινό νομίζεις ότι είναι το χαμόγελο αυτό;» και η αξιολόγηση έγινε μέσω μιας 5βάθμιας κλίμακας τύπου Likert 1 έως 5 (1 = Καθόλου, 5 = Πάρα πολύ), ενώ στο δεύτερο αντιστοιχούσε το ερώτημα «Τι θα σκεφτόσουν εάν συναντούσες το πρόσωπο αυτό;», όπου και σε αυτή την περίπτωση η αξιολόγηση έγινε με μια 5βάθμια κλίμακα τύπου Likert 1 έως 5 (1 = Δεν με συμπαθεί καθόλου, 5 = Με συμπαθεί πάρα πολύ).

2.2.4. Μικροδιδασκαλία: Ψηφιακή παρουσίαση δύο προσώπων

Δημιουργήθηκε μια ψηφιακή παρουσίαση (power point) που περιλάμβανε δύο πρόσωπα, ένα με αληθινό χαμόγελο (απεικόνιση γυναίκας) και ένα με ψεύτικο (απεικόνιση άνδρα). Αυτή παρουσιάστηκε μόνο στην πειραματική ομάδα με χρήση προβολέα (projector), για διδασκαλία των μερών στα οποία πρέπει να εστιάσουμε όταν είναι να αξιολογήσουμε τη γνησιότητα ενός χαμόγελου [10, 15].

2.3. Διαδικασία

Η διεξαγωγή της έρευνας στα σχολεία ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2018 και ολοκληρώθηκε τον Μάρτιο του ίδιου έτους, ενώ έγινε και πιλοτική έρευνα.

2.3.1. Πιλοτική έρευνα

Στην πιλοτική έρευνα συμμετείχαν 10 μαθητές ΣΤ' Δημοτικού, για τον έλεγχο λειτουργίας της έρευνάς μας. Συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγιο του Τομέα 1 πριν από την παρέμβαση (pre-test) και μετά τη λήξη της παρέμβασης (post-test). Τέλος, δόθηκε και ένα φύλλο εργασίας (filler task) με άσχετο περιεχόμενο. Δεν προέκυψαν σημαντικά ζητήματα, ενώ κάποια ζητήματα χρόνου οδήγησαν στη ρύθμιση ωρών διεξαγωγής της έρευνας στην τάξη.

2.3.2. Η έρευνα στα σχολεία

Προτού ξεκινήσει η έρευνα στην εκάστοτε τάξη, οι μαθητές έλαβαν πληροφορίες για τον σκοπό της έρευνας, όπως και για την εμπιστευτικότητα των συλλεγόμενων δεδομένων. Παράλληλα, τονίστηκε η εθελοντική συμμετοχή στη μελέτη και η δυνατότητα να αποσυρθούν όποτε το επιθυμούν. Υπήρξαν 2 φάσεις pre-test (προέλεγχος) και post-test (μετα-έλεγχος) και για τις δύο ομάδες που συμπλήρωσαν τα ίδια ερωτηματολόγια στην αρχή και στο τέλος, με εναλλαγή στον Τομέα 1 και 2, για την επίτευξη εξισορρόπησης (counterbalance) της έρευνας στις τάξεις Ε' και ΣΤ' Δημοτικού.

2.3.3. Παρέμβαση

Η δεύτερη φάση ξεκίνησε με τη μικροδιδασκαλία των παιδιών για να κατανοήσουν την έννοια του αληθινού και του ψεύτικου

χαμόγελου, δίνοντάς τους κάποια παραδείγματα, τότε μπορεί να έχει ένας άνθρωπος αληθινό και τότε ψεύτικο χαμόγελο, ενώ καλούνταν και να τα αναπαραστήσουν. Έπειτα έγινε η προβολή της ψηφιακής παρουσίασης με τα δύο χαμόγελα, ενός ψεύτικου και ενός αληθινού, όπου και εξηγήθηκαν οι διαφορές στα μάτια και τα χείλια. Τονίστηκαν πως τα σημεία αυτά καθορίζουν τη γνησιότητα των χαμόγελων. Οι συμμετέχοντες εξήγαν και τα δικά τους συμπεράσματα. Στη συνέχεια, έγινε η προβολή του βίντεο με την παράλληλη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, για την αξιολόγηση της γνησιότητας του κάθε χαμόγελου. Οι συμμετέχοντες, μετά την αξιολόγηση του κάθε χαμόγελου, έπαιρναν και ανατροφοδότηση για το αν είναι τελικά αληθινό ή ψεύτικο. Η διαδικασία διήρκεσε περίπου 17 λεπτά.

Έπειτα, δόθηκε ένα filler task (μια κόλλα χαρτί, όπου εικονιζόταν πάνω μια αίθουσα με αντικείμενα και ανθρώπους, όπου οι συμμετέχοντες καλούνταν να βρουν κάποια συγκεκριμένα αντικείμενα) για 3 λεπτά περίπου, σαν ολιγόλεπτο διάλειμμα [16]. Τέλος, συμπληρώθηκαν τα post-test (μετά τη λήξη της παρέμβασης), τα ερωτηματολόγια του Τομέα 1 και 2, όπως και στην Α' φάση. Η όλη διαδικασία κράτησε 1 ώρα και 30 λεπτά.

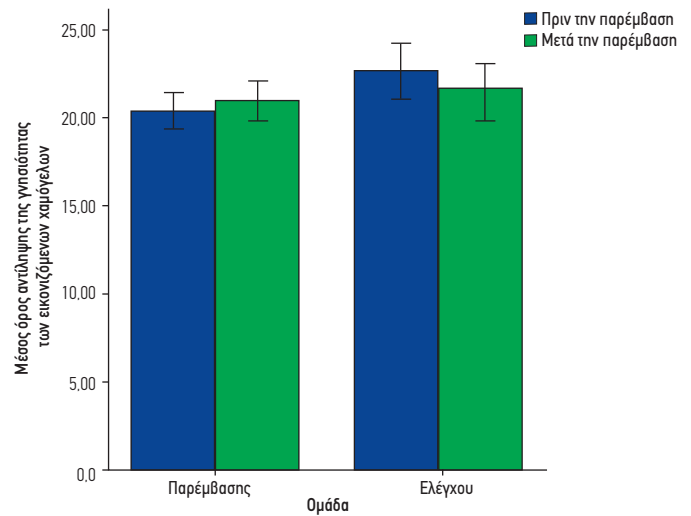
3. Αποτελέσματα

Η ομάδα παρέμβασης και η ομάδα ελέγχου δεν διέφεραν σημαντικά ως προς το φύλο ($\chi^2 = .08, p > .05$). Επομένως, οι δύο ομάδες μας ήταν, κατά τα φαινόμενα, ισοδύναμες, σύμφωνα με τη βασική προϋπόθεση της πειραματικής μεθόδου. Παρά ταύτα, ως προς την ερμηνεία των χαμόγελων βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες κατά το pre-test, με την ομάδα παρέμβασης να περιγράφει τα γνήσια χαμόγελα ως ψεύτικα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, $F(1, 95) = 6.32, p = .014$. Με λίγα λόγια η πειραματική ομάδα στα pre-test είχε χαμηλότερο μέσο όρο σε σχέση με την ομάδα ελέγχου που είχε ψηλότερο. Έτσι, μετά την παρέμβαση η πειραματική ομάδα είχε καλύτερα αποτελέσματα στην αναγνώριση των αληθινών από τα ψεύτικα χαμόγελα, κάτι που δεν έπραξε η ομάδα ελέγχου, όπου και μειώθηκε ο μέσος όρος της. Επιπλέον, ο παράγοντας ηλικία βρέθηκε στατιστικά σημαντικός, με τους μαθητές της ομάδας παρέμβασης να έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο ηλικίας σε σχέση με τους μαθητές της ομάδας ελέγχου, $F(1, 95) = 9.89, p = .002$. Προκειμένου να ελεγχθεί η επίδραση της ηλικιακής διαφοράς μεταξύ των δύο ομάδων, οι αναλύσεις της αντίληψης των εικονιζόμενων χαμόγελων διενεργήθηκαν με τον παράγοντα αυτόν ως συμμεταβλητή (covariate) και βρέθηκε στατιστικά σημαντικός ο παράγοντας ηλικίας, με την πειραματική ομάδα να έχει καλύτερο μέσο όρο στην αναγνώριση των γνήσιων και των ψεύτικων χαμόγελων.

3.1. Αναγνώριση γνήσιων χαμόγελων

Εκτελέσαμε μια ανάλυση συνδιακύμανσης (ANCOVA) επαναλαμβανόμενων μετρήσεων, όπου η πειραματική ομάδα (ομάδα παρέμβασης, ομάδα ελέγχου) μπήκε ως ο μεταξύ των ομάδων παράγοντας (between-subjects factor), ενώ ο χρόνος (πριν από την παρέμβαση, μετά την παρέμβαση) ως ο εντός των ομάδων παράγοντας με τον παράγοντα ηλικία ως συμμεταβλητή (covariate). Σε συμφωνία με την αρχική μας υπόθεση, η αλληλεπίδραση χρόνου και πειραματικής συνθήκης βρέθηκε στατιστικά σημαντική, $F(1, 94) = 4.58, p = .03, partial \eta^2 = .05$. Όπως προκύπτει και από τους μέσους όρους των δύο αυτών ομάδων

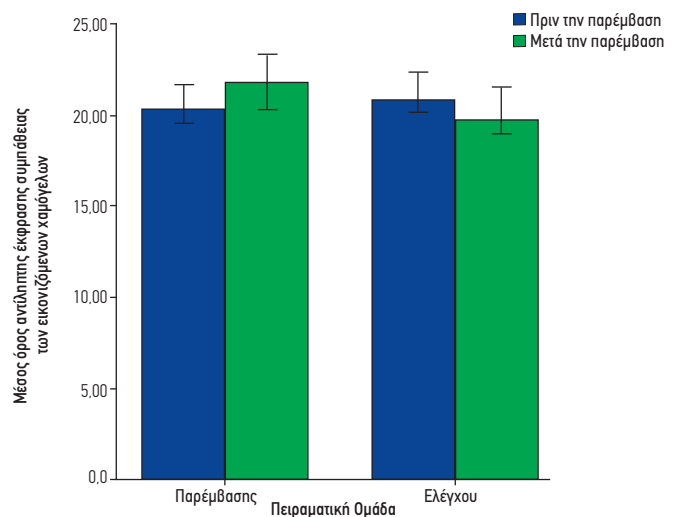
(βλ. Γράφημα 1), η ομάδα παρέμβασης αύξησε τις αρχικές αξιολογήσεις της γνησιότητας όλων των προσώπων μαζί, ενώ η ομάδα ελέγχου τις μείωσε, αν και η διαφορά αυτή δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική.



Γράφημα 1. Η αλλαγή στην αντίληψη της γνησιότητας των εικονιζόμενων χαμόγελων από το πριν στο μετά της παρέμβασης και για τις δύο πειραματικές ομάδες.

3.2. Αντιληπτή έκφραση συμπάθειας

Η παραπάνω ανάλυση (ANCOVA) επαναλήφθηκε και για τις αξιολογήσεις της έκφρασης συμπάθειας των προσώπων. Σε συμφωνία με τις αρχικές μας υποθέσεις, η αλληλεπίδραση χρόνου και πειραματικής συνθήκης βρέθηκε και πάλι στατιστικά σημαντική, $F(1, 94) = 9.24, p = .003, partial \eta^2 = .09$. Για την περαιτέρω διερεύνηση της διπλής αυτής αλληλεπίδρασης, διενεργήσαμε αναλύσεις για κάθε ομάδα χωριστά. Ο έλεγχος t (t-test για εξαρτημένα δείγματα) έδειξε ότι οι μαθητές της πειραματικής ομάδας αντιλαμβάνονταν –μετά την παρέμβαση– τα εικονιζόμενα πρόσωπα σαν να εκδήλωναν μεγαλύτερη συμπάθεια, $t(57) = 2.46, p < .017$, ενώ η ομάδα ελέγχου δεν εμφάνισε κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην αντίληψη των διαπροσωπικών ερεθισμάτων, $t(38) = 1.49, p > .05$ (βλ. Γράφημα 2).



Γράφημα 2. Η αλλαγή στην αντιληπτή έκφραση συμπάθειας των εικονιζόμενων προσώπων από το πριν στο μετά της παρέμβασης και για τις δύο πειραματικές ομάδες.

Παράλληλα, εξετάστηκαν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για το γνήσιο χαμόγελο στα εικονιζόμενα πρόσωπα στην πειραματική ομάδα και στην ομάδα ελέγχου στα pre-test και στα post-test, έγιναν αναλύσεις και επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (repeated measures). Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η ομάδα ελέγχου στα pre-test είχε υψηλότερο μέσο όρο και τυπική απόκλιση από ό,τι η ομάδα ελέγχου, ενώ στα post-test η ομάδα παρέμβασης αύξησε τα ποσοστά της στον μέσο όρο και στην τυπική απόκλιση, αντίθετως η ομάδα ελέγχου μείωσε τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση.

Ταυτόχρονα, εξετάστηκαν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για την έκφραση συμπάθειας από τα εικονιζόμενα πρόσωπα. Στον προέλεγχο η ομάδα παρέμβασης είχε $M.O. = 20.3$ και τυπική απόκλιση 5, ενώ η ομάδα ελέγχου είχε $M.O. = 20.8$ και τυπική απόκλιση 4.9. Αντίθετως, στον μετα-έλεγχο η πειραματική ομάδα είχε υψηλότερο μέσο όρο και τυπική απόκλιση ($M.O. = 21.7$ και $T.A. = 5,7$), ενώ η ομάδα ελέγχου είχε χαμηλότερο μέσο όρο και τυπική απόκλιση ($M.O. = 19.7$ και $T.A. = 5.7$).

4. Συζήτηση

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο τα παιδιά αντιλαμβάνονται τη γνησιότητα του χαμόγελου, αν αντιλαμβάνονται έκφραση συμπάθειας από πρόσωπα που χαμογελούν και αν αυτά βελτιώνονται μετά από εκπαίδευση. Έπειτα, από τη διαδικασία της μικροδιδασκαλίας και της ανατροφοδότησης (post-test) προέκυψε πως η πειραματική ομάδα αναγνώρισε σωστά τα αληθινά από τα ψεύτικα χαμόγελα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, όπου η τελευταία στα post-test δεν έκανε σωστή αναγνώριση των χαμόγελων (Duchenne και non Duchenne smiles). Ωστόσο, δεν βρέθηκε κάποια στατιστική σημαντικότητα, πιθανότατα εξαιτίας του μικρού ποσοστού συμμετεχόντων στην έρευνά μας.

Προγενέστερες έρευνες είχαν τα ίδια αποτελέσματα. Για παράδειγμα, στην έρευνα των Ceschi και Scherer συγκρίθηκαν δύο ομάδες παιδιών ηλικίας 7 και 10 ετών που έπρεπε να παρακολουθήσουν αστεία σκίτσα [17]. Στη μία ομάδα έγινε παρέμβαση, ενώ στα υπόλοιπα παιδιά δεν δόθηκε καμία καθοδήγηση (ομάδα ελέγχου). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες στην πειραματική ομάδα εμφάνισαν βελτίωση στην αναγνώριση των γνήσιων χαμόγελων μετά την παρέμβαση [8]. Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία και με άλλες προγενέστερες έρευνες όπου ο ρόλος της παρέμβασης ήταν καθοριστικός για την αναγνώριση αληθινών και ψεύτικων χαμόγελων [6, 7, 9, 18].

Παράλληλα, προέκυψε στατιστικά σημαντική η επίδραση της ηλικίας στην αναγνώριση των γνήσιων έναντι των ψεύτικων χαμόγελων, με την πειραματική ομάδα να έχει μεγαλύτερο μέσο όρο σε αυτή σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Πιθανότατα αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι το δείγμα της πειραματικής ομάδας ήταν στην πλειονότητά του μαθητές της ΣΤ' Δημοτικού. Αντίθετα, η ομάδα ελέγχου αποτελείται κυρίως από μαθητές της Ε' Δημοτικού, όπου και ο μέσος όρος ήταν μικρότερος. Η σχέση ηλικίας και ικανότητας αντίληψης γνήσιων και μη χαμόγελων έχει δειχθεί και από άλλες μελέτες. Ειδικότερα, έρευνα έδειξε ότι παιδιά ηλικίας 9 έως 10 ετών αναγνώρισαν πιο ορθά τα αληθινά από τα ψεύτικα χαμόγελα σε σχέση με τα παιδιά ηλικίας 6 και 7 ετών [19].

Ως προς τη δεύτερη ερευνητική μας υπόθεση, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά που είχαν δεχτεί παρέμβαση αντιλαμβάνονταν σε μεγαλύτερο βαθμό μια έκφραση συμπάθειας από εικονιζόμενα πρόσωπα που χαμογελούν από ό,τι τα παιδιά της ομάδας ελέγχου. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα αποτελέσματα της μελέτης των Johnston και συνεργατών [15], η οποία πραγματοποιήθηκε σε προπτυχιακούς φοιτητές και έδειξε ότι το αυθόρμητο χαμόγελο, αλλιώς γνήσιο (Duchenne smile), στα εικονιζόμενα πρόσωπα παίζει σημαντικό ρόλο ως προς τη συμπάθεια προς αυτά, σε αντίθεση με αυτά που είχαν ένα μη αυθόρμητο-ψεύτικο χαμόγελο (non Duchenne smile). Επιπροσθέτως, οι Christodoulou και Burke εξέτασαν την επίδραση της διαμόρφωσης του χαμόγελου στη συναισθηματική εμπειρία σε παιδιά ηλικίας 3 και 4 ετών [20]. Οι ερευνητές ανέφεραν ότι το υπερβολικό χαμόγελο αύξησε θετικά τα συναισθήματα των παιδιών, ενώ ένα συγκρατημένο χαμόγελο δεν άλλαξε τη συναισθηματική εμπειρία [20].

Η έρευνά μας έχει κάποιους περιορισμούς. Το δείγμα της έρευνάς μας ήταν μικρό και δεν είναι αντιπροσωπευτικό (δείγμα ευκολίας) και συνεπώς τα ευρήματα δεν μπορούν να γενικευτούν. Επίσης, η μελέτη έγινε μέσα στα πλαίσια της σχολικής τάξης, οπότε και δημιουργούνταν κάποιες απρόσμενες συμπεριφορές από τα παιδιά. Ακόμη, κάποια παιδιά μπορεί να μην είχαν καλή οπτική επαφή κατά τη διάρκεια της παρέμβασης και της μικροδιδασκαλίας, με τα υλικά και τις τεχνικές της έρευνάς μας. Επιπροσθέτως, οι ώρες και οι μέρες που πραγματοποιήθηκε η παρέμβαση μπορεί ενδεχομένως να προξένησαν δυσφορία και κόπωση στα παιδιά, καθώς η έρευνα γινόταν τις ώρες των μαθημάτων της γυμναστικής, μουσικής ή ζωγραφικής, ενώ παράλληλα διεξαγόταν η Α' φάση και η Β' φάση την ίδια ημέρα.

Καταλήγοντας, η παρούσα μελέτη είναι μία από τις πρώτες έρευνες στην Ελλάδα, στον χώρο της γνωστικής ψυχολογίας, που χρησιμοποιεί ερεθίσματα σχετικά με γνήσια και ψεύτικα χαμόγελα για την εκπαιδευτική παρέμβαση στη σωστή αντίληψη και ερμηνεία αυτών των χαμόγελων σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Ενώ ελάχιστες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί στη διαδικασία της αναγνώρισης αληθινών και ψεύτικων χαμόγελων, στην πλειονότητά τους το δείγμα τους αποτελείται από έφηβους ή ενήλικες (προπτυχιακούς φοιτητές). Επίσης, σε αντίθεση με τη δική μας εκπαιδευτική παρέμβαση που συνδύαζε τη μικροδιδασκαλία και την ανατροφοδότηση, χρησιμοποίησαν άλλες τεχνικές παρέμβασης. Μολονότι υπάρχουν ενδείξεις ότι η παρέμβασή μας μπορεί να είναι αποτελεσματική στην αναγνώριση γνησιότητας του χαμόγελου και στην αντιληπτή έκφραση της συμπάθειας, θα ήταν σκόπιμο σε μελλοντική έρευνα στην οποία θα συμμετέχει μεγαλύτερο δείγμα να επιβεβαιωθούν τα ευρήματά μας. Η συμπερίληψη παιδιών των πρώτων τάξεων του δημοτικού, αλλά και εφήβων, θα έδινε τη δυνατότητα αναπτυξιακής προσέγγισης στη διερεύνηση της ικανότητας διάκρισης μεταξύ γνήσιων και μη γνήσιων χαμόγελων. Η δημιουργία υλικού με φωτογραφίες παιδιών, που παράγουν αληθινά και ψεύτικα χαμόγελα (αντί φωτογραφίες με ενήλικες), ως οπτικό ερέθισμα στη μικροδιδασκαλία με ανατροφοδότηση, θα ήταν χρήσιμη για τις μικρότερες, κυρίως, ηλικίες. Τέλος, το ενδεχόμενο χρήσης και άλλων τεχνικών, όπως το «παιχνίδι ρόλων», θα μπορούσε επίσης να διερευνηθεί.

5. Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον Αναπληρωτή Καθηγητή Συμβουλευτικής Ψυχολογίας, κ. Στέφανο Βασιλόπουλο για τη βοήθεια που προσέφερε στα πρώτα στάδια της εργασίας. Επιπλέον, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους διευθυντές των σχολείων, που επέτρεψαν την είσοδό μας και τους δασκάλους που μας εμπιστεύθηκαν τους μαθητές τους για την έρευνα.

Training children in the perception of interpersonal stimuli: Effects of the perception of genuine and non-genuine smiles.

Thanopoulou Konstantina¹, Vlachou Elisavet

Relational Dynamic Education and Counseling lab, Department of Education and Social Work (Department of Primary Education), University of Patras, Rion, 26504

Abstract

Cognitive training, in detecting and recognizing positive interpersonal stimuli, has been found that contributes to the improvement of the ability of distinction between genuine and fake smiles and the enhancement of positive emotional mood, among adults. However, only a few studies have implemented such an intervention among children and adolescents. The purpose of the present study is to investigate the effect that cognitive training, in recognizing genuine (Duchenne) and non-genuine smiles, has on the ability of distinction of smiles and on perceived expression of sympathy from smiling people. The participants of this study were 97 students of 5th and 6th grade of primary school, while 58 of them constituted the experimental group and 39 of them formed the control group. The intervention was implemented among participants of the experimental group and had the form of a micro teach session, while both groups went through pre-test and post-test. Two questionnaires were formed, inter alia, for the evaluation of smiles and perceived expression of sympathy (Section 1 and Section 2). Results showed that students of experimental group improved their ability in distinguishing genuine smiles after the intervention, while they also perceived an expression of sympathy from smiling people in a greater extent. Limitations and recommendations for future research are also discussed.

Keywords: Facial expressions, Duchenne smiles, Perception of Smiles, Intervention

Βιβλιογραφικές παραπομπές

- De Gelder, B. & Bertelson, P. Multisensory integration, perception and ecological validity. *Trends Cogn. Sci.* [Internet]. 2003 Oct., 7(10): 460-7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S13664661303002286>.
- Duchenne, G.B. Mécanisme de la physionomie humaine, ou analyse électro-physiologique de l'expression des passions. [Internet]. Mécanisme de la physionomie humaine, ou analyse électro-physiologique de l'expression des passions. Paris: Jules Renouard, 1862. Available from: <http://www.biodiversitylibrary.org/bibliography/50402>.
- Ekman, P. Emotions revealed. *BMJ* [Internet]. 2004 May 1;328 (Suppl S5): 0405184. Available from: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/sbmj.0405184>.
- Ekman, P., Davidson, R.J. & Friesen, W.V. The Duchenne smile: emotional expression and brain physiology. II. *J. Pers. Soc. Psychol.* [Internet]. 1990 Feb; 58(2): 342-53. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.58.2.342>.
- Gunnery, S.D. & Ruben, M.A. Perceptions of Duchenne and non-Duchenne smiles: A meta-analysis. *Cogn. Emot.* [Internet]. 2016 Apr 2; 30(3): 501-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2015.1018817>.
- Izard, C.E. Facial Expressions and the Regulation of Emotions. *J. Pers. Soc. Psychol.* [Internet]. 1990 [cited 2020 Feb 1]; 58(3): 487-98. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1990-19722-001>.
- Soussignan, R. Duchenne smile, emotional experience, and autonomic reactivity: A test of the facial feedback hypothesis. *Emotion* [Internet]. 2002; 2(1): 52-74. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1528-3542.2.1.52>.
- Ceschi, G. & Scherer, K. Contrôler l'expression faciale et changer l'émotion: une approche développementale. *Enfance* [Internet]. 2001 [cited 2020 Feb 1]; 53(3): 257. Available from: <https://www.cairn.info/revue-enfance1-2001-3-page-257.htm#>
- Famelart, N., Guidetti M. The effect of laughter expression modulation on emotional experience in 4 to 10 year-old children. *Eur. J. Dev. Psychol.* [Internet]. 2017 May 4; 14(3): 311-23. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17405629.2016.1201474>.
- Gadassi, R. & Mor, N. Confusing acceptance and mere politeness: Depression and sensitivity to Duchenne smiles. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* [Internet]. 2016 Mar; 50: 8-14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.04.007>.
- Rabins, P.V. Cognitive Neuroscience of Emotion. *Am. J. Psychiatry* [Internet]. 2003 Jan [cited 2020 Feb 1]; 160(1): 193-a-194. Available from: <http://psycinfo.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.160.1.193-a>.
- Thibault, P., Gosselin, P., Brunel, M.-L. & Hess, U. Children's and adolescents' perception of the authenticity of smiles. *J. Exp. Child Psychol.* [Internet]. 2009 Mar; 102(3): 360-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jecp.2008.08.005>.
- Calvo, M.G., Gutiérrez-García, A., Avero, P. & Lundqvist, D. Attentional mechanisms in judging genuine and fake smiles: Eye-movement patterns. *Emotion* [Internet]. 2013; 13(4): 792-802. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0032317>.
- Gutiérrez-García, A. & Calvo, M.G. Social anxiety and interpretation of ambiguous smiles. *Anxiety, Stress Coping* [Internet]. 2014 Jan 2; 27(1): 74-89. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10615806.2013.794941>.
- Johnston, L., Miles, L. & Macrae, C.N. Why are you smiling at me? Social functions of enjoyment and non-enjoyment smiles. *Br. J. Soc. Psychol.* [Internet]. 2010 Mar; 49(1): 107-27. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1348/014466609X412476>.
- Larsen, R.J., Kasimatis, M. & Frey, K. Facilitating the Furrowed Brow: An Unobtrusive Test of the Facial Feedback Hypothesis Applied to Unpleasant Affect. *Cogn. Emot.* [Internet]. 1992 Sep 7 [cited 2020 Feb 1]; 6(5): 321-38. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02699939208409689>.
- Ceschi, G. & Scherer, K. Contrôler l'expression faciale et changer l'émotion : une approche développementale. *Enfance* [Internet]. 2001 [cited 2020 Feb 1]; 53(3): 257. Available from: <http://www.cairn.info/revue-enfance-2001-3-page-257.htm>.
- Davis, J.I., Senghas, A. & Ochsner, K.N. How does facial feedback modulate emotional experience? *J. Res. Pers.* [Internet]. 2009 Oct [cited 2020 Feb 1]; 43(5): 822-9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0092656609001627>.
- Gosselin, P., Perron, M., Legault, M. & Campanella, P. Children's and adults' knowledge of the distinction between enjoyment and nonenjoyment smiles. *J. Nonverbal Behav.* 2002; 26(2): 83-108.
- Christodoulou, J. & Burke, D.M. Mood congruity and episodic memory in young children. *J. Exp. Child Psychol.* [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2020 Feb 1]; 142: 221-9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022096515002234>.

Ανάπτυξη και αξιολόγηση προγράμματος γνωσιακής-συμπεριφορικής παρέμβασης εστιασμένης σε ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ

Καλλιόπη Βλαστού^{1,2}, ΜΑ, Παναγιώτης Σίμος¹ PhD

1. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου & Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης
2. Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Βούτες Ηρακλείου

Αλληλογραφία: Καλλιόπη Βλαστού, Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών, Παν/πολη Ηρακλείου-Βασιλικά Βουτών, 70013
Email: popivlastou@yahoo.gr – Τηλέφωνο: 6976338736

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση προγράμματος παρέμβασης με στόχο την τροποποίηση της ικανότητας γνωστικού ελέγχου σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, μέσα από στρατηγικές βασισμένες στα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που υπόκεινται σε συνειδητό έλεγχο. Η παρέμβαση βασίστηκε στις αρχές του γνωσιακού-συμπεριφορικού μοντέλου, αξιοποιώντας τεχνικές προσαρμοσμένες για εύρος ηλικιών που αντιστοιχούν στις τάξεις του δημοτικού σχολείου, και ενισχύθηκε με δομημένη (12 συνεδρίες) γνωσιακή-συμπεριφορική παρέμβαση για τους γονείς. Το πρόγραμμα παρέμβασης εφαρμόστηκε σε δείγμα 43 μαθητών δημοτικού (33 αγόρια με μέση ηλικία $8,88 \pm 1,92$ μήνες) με διάγνωση ΔΕΠ-Υ. Η ομάδα ελέγχου, που δεν έλαβε συστηματική παρέμβαση κατά την 5μηνη διάρκεια της μελέτης, αποτελούνταν από 17 μαθητές με ΔΕΠ-Υ (16 αγόρια με μέση ηλικία $9,67 \pm 1,71$ μήνες). Όλα τα παιδιά εκτιμήθηκαν τόσο πριν από την έναρξη όσο και εντός διμήνου μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης με σταθμισμένες κλίμακες εκτίμησης εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων συμπτωμάτων από τον γονιό: Children's Behavior Questionnaire (CBQ), Child Behavior Checklist (CBCL), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) και τον εκπαιδευτικό (TRF). Επίσης, οι γονείς συμπλήρωσαν την Κλίμακα λειτουργικότητας της οικογένειας, την Κλίμακα διαφωνιών στο ζευγάρι και την Κλίμακα γονεϊκών πρακτικών διαπαιδαγώγησης. Σημαντική βελτίωση ($p < 0,001$) που περιορίστηκε στην ομάδα παρέμβασης, σε σχέση με τις αρχικές μετρήσεις, σημειώθηκε σε όλες τις συμπεριφορικές και συναισθηματικές παραμέτρους. Αντίστοιχη βελτίωση παρατηρήθηκε επίσης στη λειτουργικότητα της οικογένειας και στις σχέσεις των γονέων μεταξύ τους. Τα αποτελέσματα της μελέτης υπογραμμίζουν την ανάγκη εφαρμογής πολυεπίπεδων παρεμβάσεων για παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ενώ διαπιστώνεται η δυνατότητα αξιοποίησης γνωσιακών-συμπεριφορικών στρατηγικών στη βελτίωση της ικανότητας ελέγχου της προσοχής, καθώς και συναισθηματικών και συμπεριφορικών παραμέτρων τόσο στο σχολείο όσο και στο σπίτι.

Λέξεις-κλειδιά: ΔΕΠ-Υ παιδιών, γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά, παρέμβαση

1. Εισαγωγή

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζονται από σημαντικά εξω-τερικευμένα και εσωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς [1-3], ως αποτέλεσμα σημαντικών ελλειμμάτων στην ικανότητα γνωστικού ελέγχου [4-7]. Επιπλέον, ειδικά συνδεδεμένο ιδιοσυγκρασιακό προφίλ, που χαρακτηρίζεται από χαμηλό ανασταλτικό έλεγχο και υψηλή αρνητική συναισθηματικότητα [8-10], επιβαρύνουν την κλινική εικόνα του συνδρόμου, επηρεάζοντας αρνητικά τη σχολική επίδοση και την κοινωνική λειτουργικότητα [11-13].

Μεμονωμένες παρεμβάσεις, όπως η φαρμακευτική αγωγή [14], η εντατική συμπεριφορική παρέμβαση ή η εκπαίδευση σε επίπεδο εκτελεστικών λειτουργιών [15-19] έχουν περιορισμένη επίδραση στη σχολική, συμπεριφορική ή γνωστική λειτουργικότητα. Οι πολυεπίπεδες παρεμβάσεις [20-23] συντελούν στη βελτίωση της συνολικής λειτουργικότητας του παιδιού με

ΔΕΠ-Υ, σε τομείς που δεν καλύπτονται επαρκώς από μεμονωμένες παρεμβάσεις [24].

Οι παρεμβάσεις οι οποίες συμπεριλαμβάνουν γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία [25-28] φαίνεται να βελτιώνουν το γνωστικό, συμπεριφορικό και ψυχοσυναισθηματικό προφίλ των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, με τη γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση να συντελεί καταλυτικά στη βελτίωση της κοινωνικής επάρκειας, στη μείωση των συμπτωμάτων του συνδρόμου και στη βελτίωση της γονεϊκής και οικογενειακής λειτουργικότητας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση πολυεπίπεδου προγράμματος παρέμβασης, με στόχο την τροποποίηση της ικανότητας γνωστικού ελέγχου σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, μέσα από στρατηγικές βασισμένες στα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που υπόκεινται σε συνειδητό έλεγχο. Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, υποθέσαμε ότι η ομάδα παρέμβασης

συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (παιδιά σε λίστα αναμονής) θα παρουσίαζε βελτίωση της ικανότητας συνειδητού ελέγχου της προσοχής. Επιπλέον, αναμένεται θετική τροποποίηση συμπεριφορικών και συναισθηματικών παραμέτρων, μέσα από: την ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων· την καλλιέργεια διαχείρισης συναισθημάτων, όπως το άγχος και ο θυμός· τη σύγχρονη γνωσιακή αναδόμηση δυσλειτουργικών σκέψεων γύρω από το υποκειμενικό βίωμα· την ανάπτυξη γνωστικών στρατηγικών οργάνωσης και επίλυσης ακαδημαϊκών και πρακτικών θεμάτων. Η βελτίωση του συνειδητού ελέγχου θα γινόταν αντιληπτή μέσα από τη μείωση των συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών, τη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και την αύξηση της εκδήλωσης θετικών συναισθημάτων.

Συγχρόνως υποθέσαμε ότι κάποιες παράμετροι, όπως η λειτουργικότητα της οικογένειας, οι γονεϊκές πρακτικές διαπαιδαγώγησης, οι διαφωνίες στο ζευγάρι, ασκούν πιθανή διαμεσολαβητική επίδραση στην επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Έτσι, οι γονείς που λαμβάνουν ψυχοεκπαίδευση και τροποποίηση δυσλειτουργικών πεποιθήσεων αναφορικά με τις αποδόσεις των προβλημάτων του παιδιού ή της γονεϊκής τους επάρκειας, συγχρόνως με την ενίσχυση στην οργάνωση της καθημερινότητας, αναμένεται να αναπτύξουν καλύτερη αίσθηση ελέγχου και ενίσχυση της αποτελεσματικότητάς τους.

2. Μέθοδος

2.1. Δείγμα

Συνολικά αξιολογήθηκαν 77 παιδιά, από τα οποία 15 στην παιδοψυχιατρική κλινική, ενώ τα υπόλοιπα 62 από τη σχολική ψυχολόγο, από τον Ιανουάριο του 2012 έως τον Δεκέμβριο του 2014, κατόπιν παραπομπής από εκπαιδευτικούς, γονείς ή φορείς για εκτίμηση συμπεριφορικών και μαθησιακών δυσκολιών και συμβουλευτική υποστήριξη. Ένας αριθμός 30 παιδιών έφερε ήδη διάγνωση, και η παραπομπή τους εστιαζόταν στην αξιολόγηση της τρέχουσας κλινικής εικόνας, καθώς παρουσίαζαν σημαντικές δυσκολίες συμπεριφοράς ή προσοχής στο σχολικό, οικογενειακό ή ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Από τα υπόλοιπα 47 παιδιά, τα 30 επίσης πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για ΔΕΠ-Υ.

Από το σύνολο των 60 μαθητών δημοτικού με ΔΕΠ-Υ, όλων των υποτύπων, με ή χωρίς μαθησιακές δυσκολίες, επιλέχθηκαν για τη σταδιακή τους ένταξη στην παρέμβαση 43 παιδιά, ενώ 17 παιδιά τοποθετήθηκαν σε ομάδα ελέγχου (λίστα αναμονής). Συγκεκριμένα, προτεραιότητα για ένταξη στην παρέμβαση δόθηκε στα παιδιά των οποίων η κλινική εικόνα χαρακτηριζόταν από μεγαλύτερη βαρύτητα συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ, με ή χωρίς μαθησιακές δυσκολίες, καθώς υποθέσαμε ότι η βαρύτητα της κλινικής εικόνας θα συνοδεύεται από αντίστοιχη βαρύτητα συνεπειών στα σημαντικά πλαίσια του παιδιού. Η ομάδα παρέμβασης και η ομάδα ελέγχου ήταν εξισωμένη ως προς βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά με εξαίρεση τον μέσο όρο ηλικίας. Συγκεκριμένα, η ηλικία των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης (N = 43) κυμαινόταν από 6,3 έως 15 έτη (μεμονωμένη περίπτωση 15χρονου παιδιού οικονομικών μεταναστών) (M = 8,88, SD = 1,92), φοιτούσαν στην τυπική πρωτοβάθμια εκπαίδευση και πληρούσαν τα κριτήρια για ΔΕΠ-Υ (βλ. Πίνακα 1).

Πίνακας 1. Κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα των μαθητών της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου.

	ΟΕ (n=17)	ΟΠ (n=43)	p
Ηλικία σε έτη MO [TA]	9,67 (1,71)	8,88 (1,92)	.1
Φύλο	n (%)	n (%)	
Αγόρι	16 (94.1)	33 (76,7)	>.1
Κορίτσι	1 (5,9)	10 (23.3)	>.1
Έτη εκπαίδευσης-Μητέρα	13,06 (1,75)	13,19 (3,09)	.6
Έτη εκπαίδευσης-Πατέρας	12,76 (1,72)	13,18 (3,27)	.8
ΔΙΑΓΝΩΣΗ %			
ΔΕΠ-Υ + ΜΔ	1(5,9)	8(18,6)	
ΔΕΠ-Υ	6(36.3)	4(9,3)	
ΔΕΠ-Υ + ΜΔ + ΕΞΩΤ.			
ΣΥΜΠΕΡ.	7(41,2)	19(44,2)	
ΔΕΠ-Υ + ΕΞΩΤΕΡ. ΣΥΜΠΕΡ.	3(17,6)	12(27,9)	

ΟΕ: Ομάδα Ελέγχου ΔΕΠΥ, ΟΠ: Ομάδα Παρέμβασης

2.2. Διαδικασία

Τα παιδιά της ομάδας παρέμβασης λάμβαναν δύο ωριαίες συνεδρίες την εβδομάδα για συνολικά 20 εβδομάδες. Στα πλαίσια της σφαιρικής προσέγγισης των δυσκολιών των παιδιών αυτών το πρόγραμμα ενισχύθηκε με δομημένη (12 συνεδρίες) γνωσιακή-συμπεριφορική παρέμβαση για τους γονείς, καθώς και με εκπαιδευτική ενίσχυση των μαθησιακών ελλειμμάτων. Σε πρώτο επίπεδο προηγήθηκε η έγκυρη ανίχνευση συμπεριφορικών φαινομένων, που εκτυλίσσονται μέσα στο σχολικό πλαίσιο και αντικατοπτρίζουν λανθάνουσες διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας, ειδικότερα την ελλειμματική ικανότητα γνωστικού ελέγχου, ως ικανότητα αναστολής της ακατάλληλης συμπεριφοράς [29]. Στη συνέχεια διερευνήθηκε η δυνατότητα τροποποίησης των συναισθηματικών και συμπεριφορικών ελλειμμάτων μέσα από την εφαρμογή στρατηγικών που θα μπορούσαν να συμβάλουν στη βελτίωση της ρύθμισης θεμελιωδών μηχανισμών που συνδέονται με τον συνειδητό έλεγχο, όπως αυτός της προσοχής και της συναισθηματικής αυτορρύθμισης.

Προηγήθηκε αξιολόγηση πριν από την έναρξη της παρέμβασης (T1), στο μέσο της (T2) (περίπου στην 20ή συνεδρία) και στη λήξη της (T3). Για την ομάδα ελέγχου πραγματοποιήθηκε η βασική αξιολόγηση κατά τη χρονική περίοδο που έγινε η αξιολόγηση της ομάδας παρέμβασης και 5 μήνες μετά. Και για τις δύο ομάδες χορηγήθηκε η ίδια συστοιχία δοκιμασιών και κλιμάκων (με αντίστοιχη συμπλήρωσή τους από γονείς και εκπαιδευτικούς).

2.3. Δομή/περιεχόμενο της παρέμβασης παιδιών

Το βασικό μέρος της παρέμβασης ακολούθησε τα στάδια της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας, ενώ προστέθηκαν συμπληρωματικά στοιχεία εκπαιδευτικής ενίσχυσης στην αναγνωστική ταχύτητα, ορθογραφία, μαθηματικά στα παιδιά με συννοσηρότητα μαθησιακών δυσκολιών (62% των παιδιών). Συνοπτικά, καλύφθηκαν πέντε βασικοί τομείς: γνωστικοί-νευροψυχολογικοί, επίλυση προβλημάτων, συναισθηματική αυτορρύθμιση, προκοινωνικές και κοινωνικές δεξιότητες, κριτικός συλλογισμός. Στο παρόν άρθρο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που συνδέονται με το γνωσιακό-συμπεριφορικό κομμάτι της παρέμβασης και, συγκεκριμένα, η επίδρασή της σε συναισθηματικές και συμπεριφορικές παραμέτρους.

2.4. Δομή/περιεχόμενο της παρέμβασης γονιών

Η παρέμβαση των γονιών περιλάμβανε στοιχεία γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας, με έμφαση στην ψυχοεκπαίδευση, στην επίλυση προβλημάτων, στον εντοπισμό δυσλειτουργικών πεποιθήσεων (αναφορικά με τις προβληματικές εκδηλώσεις της ΔΕΠ-Υ στην καθημερινότητα) και στη γνωσιακή τους αναδόμηση.

2.5. Εργαλεία αξιολόγησης

2.5.1. Κλίμακες

Κλίμακα ADHD-IV [30]. Πρόκειται για κλίμακα με 18 ερωτήσεις διαβαθμιστικής επιλογής (0-3), εννέα εκ των οποίων αφορούν τα συμπτώματα απροσεξίας και εννέα ερωτήσεις για τα συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας. Οι γονείς καλούνται να προσδιορίσουν τη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η συγκεκριμένη συμπεριφορά του παιδιού στο σπίτι κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών. Οι εκπαιδευτικοί αξιολογούν τη συχνότητα με την οποία παρουσιάζεται η περιγραφόμενη συμπεριφορά του παιδιού κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών ή από την αρχή του σχολικού έτους, εάν το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται σε περίοδο μικρότερη των έξι μηνών από την αρχή της σχολικής χρονιάς. Η κλίμακα έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό και έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες [31].

Child Behavior Checklist (CBCL) [32]. Το Σύστημα Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση (Achenbach System of Empirically Based Assessment – ASEBA) αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύνολο εργαλείων για την αξιολόγηση των ικανοτήτων, της προσαρμοστικής λειτουργικότητας και των προβλημάτων συμπεριφοράς ατόμων διαφόρων ηλικιών [33]. Το ερωτηματολόγιο για γονείς (CBCL) και το ερωτηματολόγιο για δασκάλους (TRF) δίνουν σταθμισμένες αξιολογήσεις για τη λειτουργικότητα των παιδιών. Το ερωτηματολόγιο CBCL 6-18, που προέκυψε από την αναθεώρηση του CBCL/4-18, συμπληρώνεται από γονείς, κηδεμόνες ή όσους ζουν με τα παιδιά σε περιβάλλον ανάλογο του οικογενειακού. Το TRF, που είναι σταθμισμένο για παιδιά ηλικίας 6-18 ετών, συμπληρώνεται από τους εκπαιδευτικούς ή άλλα μέλη του σχολικού προσωπικού που γνωρίζουν τη λειτουργικότητα του παιδιού στο σχολείο. Η κλίμακα έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό και έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες [34].

Children's Behavior Questionnaire (CBQ) [35]. Για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς στο σχολείο και λανθανουσών διαστάσεων της ιδιοσυγκρασίας χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς του Παιδιού για Εκπαιδευτικούς, το οποίο βασίστηκε στο αντίστοιχο ερωτηματολόγιο CBQ για γονείς [35]. Το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου βασίζεται σε μία ψυχοβιολογική προσέγγιση της ιδιοσυγκρασίας [35] και στοχεύει στον εντοπισμό κεντρικών ιδιοσυγκρασιακών διαστάσεων, όπως η συναισθηματική αντιδραστικότητα και η αυτορρύθμιση. Στην Α΄ Φάση της παρούσας έρευνας η κλίμακα CBQ προσαρμόστηκε και σταθμίστηκε τόσο για την εφαρμογή της σε ελληνικό πληθυσμό όσο και για τη συμπλήρωσή της από τον εκπαιδευτικό (Ερωτηματολόγιο Παιδικής Συμπεριφοράς για τον Εκπαιδευτικό). Μετά από πιλοτική μελέτη σε 50 εκπαιδευτικούς μαθητών Α΄-Δ΄ Δημοτικού δημιουργήθηκε η τελική μορφή του ερωτηματολογίου με 87 ερωτήσεις, η οποία χορηγήθηκε σε εκπαιδευτικούς 680 μαθητών του δημοτικού. Αναλύσεις Επιβεβαιωτικής Παραγοντικής Ανάλυσης κατέδειξαν την

ύπαρξη τεσσάρων διαστάσεων (Ενεργητικότητα, Επιτελικές Λειτουργίες, Ικανότητα Αυτορρύθμισης και Εκδήλωση θετικών συναισθημάτων και κοινωνικότητα) με ικανοποιητικούς δείκτες εσωτερικής συνοχής (Cronbach's $\alpha > 0,7$) και επαναληψιμότητας ($r > 0,8$). Η ευαισθησία του Ερωτηματολογίου εκτιμήθηκε σε κλινικό δείγμα 60 μαθητών με ΔΕΠ-Υ ηλικίας 7,2-10,9 έτη (Μ.Ο. = 9 έτη). Εκτίμηση των ατομικών προφίλ των μαθητών υπέδειξε μια σειρά από ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά στα οποία σημαντικό ποσοστό μαθητών με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν ελλείμματα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό και τα οποία υπόκεινται σε γνωστικό έλεγχο (Σίμος & Βλαστού, αδημοσίευστα δεδομένα).

Κλίμακα συναισθηματικής αυτορρύθμισης (Difficulties in Emotion Regulation Scale –DERS) [36]. Για την αξιολόγηση των δυσκολιών συναισθηματικής αυτορρύθμισης των γονιών χρησιμοποιήθηκε η προσαρμοσμένη και σταθμισμένη για τα ελληνικά δεδομένα κλίμακα συναισθηματικής αυτορρύθμισης [37]. Πρόκειται για μία κλίμακα αυτοαναφοράς, η οποία αποτελείται από 36 δηλώσεις συναισθηματικής κατάστασης, η συχνότητα ισχύος των οποίων ταξινομείται σε μία 5βάθμια κλίμακα (1 = Σχεδόν ποτέ, 5 = Σχεδόν πάντα). Οι δηλώσεις αυτές αντιπροσωπεύουν έξι κατηγορίες συναισθηματικών δυσκολιών: αποδοχής αρνητικών συναισθημάτων, δυσκολία κατανόησης συναισθημάτων, δυσκολία ελέγχου παρορμητικών συμπεριφορών υπό ψυχοπαιστικές συνθήκες, απροθυμία να αποδεχθεί την αποτελεσματικότητα στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης, περιορισμένη συναισθηματική σαφήνεια, δυσκολία σε στοχο-προσανατολισμένες συμπεριφορές υπό ψυχοπαιστικές συνθήκες (Cronbach's $\alpha > 0,81$, 0,76, 0,87, 0,85, 0,73, 0,79 αντίστοιχα και επαναληψιμότητας ($r > 0,81$, 0,79, 0,70, 0,71, 0,63, 0,66 αντίστοιχα).

Κλίμακα λειτουργικότητας της οικογένειας [38]. Η αρχική κλίμακα περιλαμβάνει 15 δηλώσεις που σχετίζονται με τον βαθμό οργάνωσης και λειτουργικότητας της οικογένειας, όπου συμπληρώνεται ο βαθμός κατά τον οποίο ισχύει η κάθε δήλωση (0 = Καθόλου, 1 = Λίγο, 2 = Πολύ, 3 = Απόλυτα) [38]. Η κλίμακα προσαρμόστηκε στα ελληνικά προκειμένου να χρησιμοποιηθεί για τις ανάγκες της μελέτης (Σίμος, 2012 αδημοσίευστα δεδομένα) και επιλέχθηκαν 14 από τις 15 αρχικές ερωτήσεις. Η τελική βαθμολόγηση καταλήγει σε έναν δείκτη αποδιοργάνωσης του περιβάλλοντος (βαθμολογία < 2).

Γονεϊκές πρακτικές διαπαιδαγώγησης (CRPR: Child Rearing Practices) [39]. Προσαρμόστηκαν στα ελληνικά (Σίμος, 2012, αδημοσίευστα δεδομένα) 19 ερωτήσεις από την κλίμακα CRPR (91 ερωτήσεις), προκειμένου να αξιολογηθούν οι αρνητικές γονεϊκές πρακτικές στην καθημερινή αλληλεπίδραση με το παιδί.

Κλίμακα διαφωνιών στο ζευγάρι (Parent Problem Checklist) [40]. Προσαρμόστηκαν 14 από τις 16 αρχικές ερωτήσεις της κλίμακας, η οποία διερευνά τον βαθμό συζυγικής σύγκρουσης γύρω από θέματα ανατροφής. Συγκεκριμένα, διερευνώνται: οι διαφωνίες για κανόνες/πειθαρχία, οι συγκρούσεις/τριβές γενικά και η μεροληψία.

2.6. Στατιστική ανάλυση

Η σύγκριση μέσων όρων μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων με τη χρήση στατιστικού πακέτου SPSS v.21. Εφαρμόστηκε μεικτή ανάλυση συνδιακύμανσης με μία μεταβλητή μεταξύ υποκειμένων (ομάδα) και μία εντός υποκειμένων (χρόνος αξιολόγησης), και διορθωμένο επίπεδο σημαντικότητας με τη μέθοδο Bonferroni για 50 στατιστικά τεστ, $\alpha = 0.001$.

3. Αποτελέσματα

3.1. Συμπεριφορικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά

Σε σύγκριση με τις αρχικές εκτιμήσεις (T1), αναφέρθηκε βελτίωση σε όλα τα συμπεριφορικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά των παιδιών της ομάδας παρέμβασης και στα δύο διερευνώμενα πλαίσια (εκτιμήσεις γονέων και εκπαιδευτικών). Συγκεκριμένα, καταγράφονται στατιστικής σημαντικότητας διαφορές ($p < 0.001$) για τα συμπτώματα απροσεξίας και υπερκινητικότητας (οικογένεια, σχολείο). Αντίστοιχες διαφορές παρατηρούνται σε όλες τις συναισθηματικές παραμέτρους, στις οποίες περιλαμβάνονται σημαντική βελτίωση του άγχους, της κατάθλιψης και των σωματικών συμπτωμάτων ($p < 0,001$), όπως και στα συμπεριφορικά προβλήματα που υποδηλώνουν δυσκολίες κοινωνικής προσαρμογής και συμμόρφωσης (βλ. Πίνακα 2).

Αντίστοιχα σημαντικές διαφορές σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($p < 0,001$) εντοπίζονται μεταξύ των παιδιών της ομάδας ελέγχου και της ομάδας παρέμβασης κατά τη χρονική στιγμή T3 – οπότε και μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης τα παιδιά της ομάδας παρέμβασης σε σύγκριση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση σε όλες σχεδόν τις παραμέτρους, με εξαίρεση την προκλητική συμπεριφορά ($p = 0,018$) και τα συναισθηματικά προβλήματα ($p = 0,05$).

Όπως αναμένεται, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική βελτίωση στην εκδήλωση των χαρακτηριστικών της απροσεξίας και της υπερκινητικότητας, ούτε και στο συμπεριφορικό-συναισθηματικό προφίλ των παιδιών της ομάδας ελέγχου, μετά την παρέλευση του χρονικού διαστήματος των 20 εβδομάδων (μέτρηση T3).

Πίνακας 2. Συμπεριφορικό και συναισθηματικό προφίλ των μαθητών της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου κατά την 1η και 3η μέτρηση (T1-T3).

	T1		T3		p value			
	i. ΟΕ (n=17) M.O. (T.A.)	ii. ΟΠ (n=43) M.O. (T.A.)	iii. ΟΕ (n=17) M.O. (T.A.)	iv. ΟΠ (n=43) M.O. (T.A.)	i vs. iii	ii vs. iv	i vs. ii	iii vs. iv
Γονέας								
Κλίμακα ΔΕΠΥ-Απροσεξία ¹	19,22 (1,89)	20,27 (2,51)	20,61 (1,38)	16,21 (1,99)	,06	<,001	,3	<,001
Κλίμακα ΔΕΠΥ-Υπερκινητικότητα ²	19,92 (2,77)	20,03 (2,56)	20,53 (2,49)	16,77 (2,48)	,05	<,001	,9	<,001
CBCL: άγχος ³	66,03 (5,08)	67,99 (8,57)	66,97 (3,93)	59,64 (5,37)	,06	<,001	,3	<,001
CBCL: κατάθλιψη ⁴	63,27 (6,04)	62,41 (9,10)	64,25 (6,14)	56,45 (4,80)	,6	<,001	,7	<,001
CBCL: σωματικά ⁵	59,13 (5,75)	62,53 (7,16)	59,27 (5,83)	54,19 (3,92)	,9	<,001	,1	,001
CBCL: κοινωνικά ⁶	65,61 (5,96)	68,57 (7,67)	66,11 (6,07)	59,13 (4,04)	,09	<,001	,1	<,001
CBCL: παράβαση κανόνων ⁷	70,14 (2,73)	61,82 (7,76)	70,27 (2,14)	56,69 (5,08)	,06	<,001	<,001	<,001
CBCL: επιθετικότητα ⁸	69,34 (3,68)	71,69 (9,58)	69,11 (3,75)	61,61 (4,33)	,06	<,001	,3	<,001
Εκπαιδευτικός								
Κλίμακα ΔΕΠΥ-Απροσεξία ⁹	20,14 (1,56)	21,63 (2,04)	20,92 (1,09)	17,16 (1,18)	,04	<,001	,01	<,001
Κλίμακα ΔΕΠΥ-Υπερκινητικότητα ¹⁰	20,33 (2,11)	21,42 (3,30)	20,73 (1,91)	17,61 (2,33)	,2	<,001	,2	<,001
TRF: άγχος ¹¹	66,78 (3,53)	62,46 (7,17)	67,58 (2,36)	56,08 (5,69)	,4	<,001	,02	<,001
Εκπαιδευτικός								
TRF: συναισθηματικά ¹²	63,04 (2,58)	58,82 (8,29)	63,56 (3,14)	55,07 (5,42)	,3	<,001	,05	,05
TRF: εναντιωματική συμπεριφορά ¹³	66,43 (1,83)	66,54 (7,75)	66,53 (1,83)	61,79 (1,83)	,06	<,001	,5	<,001
TRF: προκλητική συμπεριφορά ¹⁴	64,67 (2,05)	67,62 (8,28)	64,81 (1,80)	61,11 (5,11)	,07	<,001	,5	,018

ΟΕ: Ομάδα Ελέγχου ΔΕΠΥ, ΟΠ: Ομάδα Παρέμβασης

Μεταβλητές ελέγχου στα two-way (Χρόνος x Ομάδα) ANCOVAs: Μνήμη Αριθμών, Προοδευτικές Μήτρες του Raven, και Προκλητική Συμπεριφορά (TRF τιμή T κατά την πρώτη αξιολόγηση).

Αλληλεπίδραση Χρόνου Αξιολόγησης και Ομάδας: ¹F(1,54) = 99,61, $p < 0,001$, ²F(1,54) = 96,02, $p < 0,001$, ³F(1,54) = 38,24, $p < 0,001$, ⁴F(1,54) = 16,02, $p < 0,001$, ⁵F(1,54) = 21,22, $p < 0,001$, ⁶F(1,54) = 46,24, $p < 0,001$, ⁷F(1,54) = 16,23, $p < 0,001$, ⁸F(1,54) = 48,97, $p < 0,001$, ⁹F(1,54) = 93,25, $p < 0,001$, ¹⁰F(1,54) = 51,08, $p < 0,001$, ¹¹F(1,54) = 27,66, $p < 0,001$, ¹²F(1,54) = 8,11, $p = ,006$, ¹³F(1,54) = 28,02, $p < 0,001$, ¹⁴F(1,54) = 25,56, $p < 0,001$.

3.2. Ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά

Στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0,001$) παρατηρούνται από τους δασκάλους στα παιδιά της ομάδας παρέμβασης μετά τη λήξη της παρέμβασης (T3), στη διάσταση ενεργητικότητας, υποδηλώνοντας σημαντική μείωση της μη στοχοκατευθυνόμενης συμπεριφοράς στο σχολικό πλαίσιο. Συγχρόνως,

αναφέρεται στατιστικά σημαντική βελτίωση των επιτελικών λειτουργιών ($p < 0,001$), εύρημα που θα μπορούσε να είναι αποτέλεσμα της κατάκτησης πιο αποτελεσματικών στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων (δεξιότητα που αποτελούσε στρατηγικό στόχο της παρέμβασης). Επιπλέον, τα παιδιά της ομάδας παρέμβασης φαίνεται να αποκομίζουν σημα-

ντικό όφελος στην ικανότητα αναστολής της ακατάλληλης συμπεριφοράς, υποδηλώνοντας σημαντική θετική επίδραση στην ικανότητα αυτορρύθμισης.

Παρότι διαπιστώνεται αύξηση στις κοινωνικές συμπεριφορές στο οικογενειακό πλαίσιο, οι αλλαγές αυτές δεν προσεγγίζουν στατιστικά σημαντικά επίπεδα ($p < 0,1$) και δεν γενικεύονται σε άλλα κοινωνικά πλαίσια (π.χ. σχολείο) (βλ. Πίνακα 3).

Πίνακας 3. Βαθμολογία στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ιδιοσυγκρασίας των μαθητών της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου κατά την 1η και 3η μέτρηση (T1-T3).

	T1		T3		p value			
	i. OE (n=17)	ii. OP (n=43)	iii. OE (n=17)	iv. OP (n=43)	i vs. iii	ii vs. iv	i vs. ii	iii vs. iv
Διαστάσεις	M.O.(T.A.)	M.O. (T.A.)	M.O. (T.A.)	M.O. (T.A.)				
Ενέργητικότητα ¹	4,25 (0,29)	4,19 (0,23)	4,24 (0,50)	3,76 (0,43)	,8	<,001	,1	,001
Επιτελικές Λειτουργίες ²	2,00 (0,51)	2,21 (0,44)	1,75 (0,50)	2,78 (0,38)	<,001	<,001	,08	<,001
Ικανότητα Αυτορρύθμισης ³	1,46 (0,36)	1,33 (0,27)	1,36 (0,46)	1,85 (0,40)	,002	<,001	,4	,001
Εκδήλωση θετικών συναισθημάτων και κοινωνικότητα ⁴	2,68 (0,48)	2,58 (0,39)	2,50 (0,43)	2,53 (0,27)	–	–	–	–

OE: Ομάδα Ελέγχου ΔΕΠΥ, OP: Ομάδα Παρέμβασης

Μεταβλητές ελέγχου στα two-way (Χρόνος x Ομάδα) ANCOVAs: Μνήμη Αριθμών, Προοδευτικές Μήτρες του Raven, και Προκλητική Συμπεριφορά (TRF τιμή T κατά την πρώτη αξιολόγηση). Αλληλεπίδραση Χρόνου Αξιολόγησης και Ομάδας: ¹F(1,54) = 34,26, $p < .001$, ²F(1,54) = 91,33, $p < .001$, ³F(1,54) = 121,06, $p < .001$, ⁴F(1,54) = 2,09, $p = .16$.

Πίνακας 4. Αυτοαναφερόμενες γονεϊκές πρακτικές και λειτουργία της οικογένειας για την ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου κατά την 1η και 3η μέτρηση (T1-T3).

	T1		T3		p value			
	i. OE (n=17)	ii. OP (n=43)	iii. OE (n=17)	iv. OP (n=43)	i vs. iii	ii vs. iv	i vs. ii	iii vs. iv
	M.O. (T.A.)	M.O. (T.A.)	M.O. (T.A.)	M.O. (T.A.)				
Λειτουργία της οικογένειας ¹	1,71 (0,24)	1,48 (0,39)	1,75 (0,23)	2,26 (0,48)	0,2	<,001	0,1	0,013
Αρνητικές γονεϊκές πρακτικές ²	4,07 (0,49)	4,17 (0,52)	4,09 (0,44)	3,76 (0,58)	0,4	<,001	0,7	0,003
Διαφωνία στο ζευγάρι ³	3,74 (0,39)	3,21 (0,70)	3,81 (0,36)	2,68 (0,70)	0,3	<,001	0,03	<,001
Καννάδες ⁴	3,07 (0,19)	2,54 (0,54)	2,99 (0,19)	2,39 (0,50)	–	–	–	–
Μεροληπτική συμπεριφορά ⁵	2,79 (0,69)	2,01 (0,94)	2,33 (0,63)	1,36 (0,79)	–	–	–	–

OE: Ομάδα Ελέγχου ΔΕΠΥ, OP: Ομάδα Παρέμβασης

Μεταβλητές ελέγχου στα two-way (Χρόνος x Ομάδα) ANCOVAs: Μνήμη Αριθμών, Προοδευτικές Μήτρες του Raven, και Προκλητική Συμπεριφορά (TRF τιμή T κατά την πρώτη αξιολόγηση). Αλληλεπίδραση Χρόνου Αξιολόγησης και Ομάδας: ¹F(1,54) = 42,0, $p < .001$, ²F(1,54) = 26,71, $p < .001$, ³F(1,54) = 25,20, $p < .001$, ⁴F(1,54) = 1,96, $p = .16$, ⁵F(1,54) = 6,86, $p = .08$.

4. Συζήτηση

Τα ευρήματα που προέκυψαν αναφορικά με τα αποτελέσματα της παρέμβασης οδήγησαν σε μία σειρά διαπιστώσεων.

Όσον αφορά στην ομάδα ελέγχου, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική βελτίωση στην εκδήλωση των χαρακτηριστικών της απροσεξίας και της υπερκινητικότητας, αλλά ούτε και στις συμπεριφορικές και συναισθηματικές παραμέτρους, μετά την παρέλευση του χρονικού διαστήματος των 20 εβδομάδων (μέτρηση T3). Αντίθετα, φαίνεται να υπάρχει μια αυξητική τάση της επίτασης των συμπτωμάτων, η οποία ακόμα και αν δεν προσεγγίζει επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας εντός του συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος, σίγουρα αποτελεί

3.3. Γονεϊκές πρακτικές και λειτουργία της οικογένειας

Σημαντική βελτίωση αναφέρεται από τους γονείς σε σχέση με την αρχική βαθμολόγησή τους (T1) σε τομείς όπως η συνολική λειτουργικότητα της οικογένειας, ενώ, επίσης, καταγράφεται στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) μείωση των αρνητικών γονεϊκών πρακτικών, αλλά και αντίστοιχη μείωση των διαφωνιών στο ζευγάρι (βλ. Πίνακα 4).

μα ένδειξη ανησυχητική για τη μετέπειτα πορεία των παιδιών αυτών.

Καθώς η φιλοσοφία σχεδιασμού της παρέμβασης ήταν η επικέντρωση σε πολλαπλά επίπεδα προκειμένου να ανταποκρίνεται στην πολυπλοκότητα των συνεπειών της ΔΕΠ-Υ, η σφαιρική προσέγγιση των αναγκών των παιδιών της παρέμβασης είχε ως αποτέλεσμα μια ευρύτερη βελτίωση σε συμπεριφορικό και ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο. Συγχρόνως, έγινε άμεσα αντιληπτή η δυνατότητα έμμεσων επιδράσεων της παρέμβασης σε τομείς που επίσης σχετίζονται με εξομάλυνση της κλινικής εικόνας και διευκόλυνση της κοινωνικής προσαρμογής. Έτσι, αν και υπήρχαν αναμενόμενες θετικές αλλαγές στους στό-

χους της παρέμβασης, οι έμμεσες επιδράσεις της φαίνεται να συνεισφέρουν σημαντικά στη βελτίωση της κλινικής εικόνας, και κατ' επέκταση στην πρόγνωση της διαταραχής. Συγκεκριμένα, η συνολική βελτίωση στην επίδοση σε έργα που σχετίζονται με τη ρύθμιση της προσοχής υποδηλώνει τη δυνατότητα τροποποίησης του συγκεκριμένου μηχανισμού μέσω συμπεριφορικών και γνωσιακών στρατηγικών (Vlastou & Simos, υπό δημοσίευση). Επιπλέον, η θετική τροποποίηση συμπεριφορικών και συναισθηματικών παραμέτρων, μέσα από ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων και διαχείρισης συναισθημάτων όπως το άγχος και ο θυμός, με τη γνωσιακή αναδόμηση δυσλειτουργικών σχέσεων γύρω από το υποκειμενικό βίωμα, φαίνεται να συμβάλλει στη γενικότερη βελτίωση της συναισθηματικής αυτορρύθμισης. Έτσι, διαπιστώνονται θετικές αλλαγές στην ικανότητα αναστολής και συναισθηματικής ρύθμισης, οι οποίες συνδέονται στενά με θεμελιώδεις παραμέτρους της ικανότητας γνωστικού, συναισθηματικού, συμπεριφορικού ελέγχου, οι οποίες τελικά συνθέτουν τη γενικότερη διάσταση της αυτορρύθμισης.

Δυνατότητα τροποποίησης φαίνεται να επιβεβαιώνεται στις διαστάσεις εκείνες που υπόκεινται σε συνειδητό έλεγχο, χωρίς στην πραγματικότητα να αλλάζουν τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά, αλλά μάλλον η συμπεριφορική και συναισθηματική τους έκφραση. Τα ευρήματα αυτά είναι εξαιρετικά σημαντικά, καθώς συγκεκριμένα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά φαίνεται να συνδέονται με την ανάπτυξη εξωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς που επιβαρύνουν ή συντηρούν την κλινική εικόνα της ΔΕΠ-Υ και σε μεγαλύτερες ηλικίες [41-42], αυξάνοντας τις αρνητικές επιπτώσεις και υποδηλώνοντας ως καιρία ηλικία παρέμβασης την παιδική ηλικία και, πάντως, πριν από την είσοδο στην εφηβεία, όπου οι συνέπειες των παραπάνω περιπλέκονται με τις αναπτυξιακές ανάγκες της ηλικίας.

Τα ευρήματα που προέκυψαν από την παρέμβαση στους γονείς επιβεβαιώνουν την ανάγκη συμπερίληψής τους σε ένα πολυεπίπεδο πρόγραμμα παρέμβασης για παιδιά με ΔΕΠ-Υ [16, 43]. Ένας ακόμη στόχος της παρέμβασης αφορούσε την ψυχοεκπαίδευση των γονέων στη φύση των προβλημάτων της ΔΕΠ-Υ, με ταυτόχρονη βελτίωση δεξιοτήτων διαχείρισης της καθημερινότητας προς όφελος της μείωσης των συμπτωμάτων του παιδιού τους, αλλά και έμμεση αναδόμηση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων που υποκρύπτονταν πίσω από αρνητικές αυτόματες σκέψεις για την επάρκειά τους στον γονεϊκό ρόλο ή στις αποδόσεις των προβληματικών συμπεριφορών σε χαρακτηριστικά προσωπικότητας των ίδιων ή των παιδιών τους [44]. Έτσι, αν και στόχος των προγραμμάτων που συμπεριλαμβάνουν τους γονείς είναι πρωτίστως η διευθέτηση της οργάνωσης του καθημερινού προγράμματος και της λειτουργικότητας της οικογένειας σε σχέση με το παιδί με ΔΕΠ-Υ, διαφαίνεται σημαντική ανάγκη ανάκτησης της αίσθησης του ελέγχου και της αίσθησης ατομικής επάρκειας μέσω ανίχνευσης και αναδόμησης προβληματικών πεποιθήσεων, ώστε να ενισχυθεί η αίσθηση γονεϊκής και συντροφικής επάρκειας.

Παρότι τα αποτελέσματα της παρέμβασης δεν έχουν ελεγχθεί ως προς τη μακροπρόθεσμη διατήρησή τους, η εφαρμογή της δεν παύει να αποτελεί μια «υγιή ανάπαυλα» σε κρίσιμη αναπτυξιακή φάση, η οποία διευκολύνει την εγκατάσταση υποστηρικτικών σημείων στη δύσκολη πορεία του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Μπορεί να του δώσει την ώθηση να αναπτύξει ένα φιλικό δίκτυο, να ολοκληρώσει μερικούς έστω προσωπικούς στόχους, να κάνει αρκετά

μικρά βήματα που θα ενισχύσουν τη θετική αυτοεικόνα. Ακόμα και αν αυτή η πορεία δεν έχει σταθερότητα, θέτει ωστόσο τη βάση για τη σταδιακή θεμελίωση «υγιών πυρήνων» που θα επιδρούν συσσωρευτικά θετικά, εμπλουτίζοντας το υποκειμενικό βίωμα της πολύπλοκης καθημερινότητας, ενισχύοντας την αίσθηση αυτοεπάρκειας και αναδομώντας την πεποίθηση της «ανυπέρβλητης δυσκολίας» σε «νέα πρόκληση επιτυχίας».

Kalliopi Vlastou, MA^{1,2}, Panagiotis Simos, PhD¹

1. Department of Psychiatry, University General Hospital of Heraklion & Medical School, University of Crete

2. Student Counseling Center, University of Crete, Heraklion

Corresponding Author: K. Vlastou, Email: popivlastou@yahoo.gr

Abstract

The aim of this study was to design, apply and evaluate a multimodal intervention targeting externalizing behavior problems and cognitive (executive function) control in children with ADHD. The intervention was based on the principles and strategies of the Cognitive Behavioral Therapy (CBT) adapted to a range of ages that correspond to the grades of primary school and included 40 sessions (2 per week) with children and 12 sessions with their parents. Concepts of temperament dimensions underlying the ADHD personality profile were also included. The intervention program was implemented in a sample of 43 primary school students (33 boys with a mean age of 8.88±1.92 months) diagnosed with ADHD, whereas the control group (waiting list) comprised 17 students with ADHD (16 boys with a mean of age 9.67±1.71 months) who did not receive systematic intervention during the five-month course of the study. All students were assessed both before and within two months after the completion of the intervention with the following measures: Child Behavior Checklist-parent form (CBCL) and teacher's form (TRF), Children's Behavior Questionnaire (CBQ), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). In addition, parents completed the Family Functioning Scale, Child Rearing Practices (CRPR), and Parent Problem Checklist (PPC). Pre and post measurements of behavioral and emotional parameters revealed significant overall improvement ($p < 0.001$) that was limited to the intervention group. A corresponding improvement was also observed in family functioning and in relationship between parents. The results of this study underline the effectiveness of multi-level interventions for children with ADHD, using cognitive-behavioral strategies to improve the ability to control attention, cognitive resources and behavior both at school and at home.

Keywords: ADHD children, temperament, cognitive behavioral therapy, intervention

Βιβλιογραφικές παραπομπές

- [1] Beauchaine, T.P., Hinshaw, S.P. & Pang, K.C. (2010). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: Biological, environmental, and developmental mechanisms. *Journal of Clinical Psychology*, (New York), 17, 327-36.
- [2] Bögels, S.M., Lehtonen, A. & Restifo, K. (2010). Mindful Parenting in Mental Health Care. *Mindfulness*, 1(2), 107-120.
- [3] Maleki, Z.H., Mashhadi, A., Soltanifar, A., Moharreri, F. & Ghanaei Ghamanabad, A. (2014). Barkley's Parent Training Program, Working Memory Training and their Combination for Children with ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Iran Journal Psychiatry*, 9(2), 47-54.
- [4] Pennington, B.F. & Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 37(1), 51-87.
- [5] Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol. Bull.*, 121(1), 65-94.
- [6] Castellanos, F.X. & Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nat. Rev. Neurosci.*, 3(8), 617-28.
- [7] Nigg, J.T., Willcutt, E.G., Doyle, A.E. & Sonuga-Barke, E.J.S. (2005). Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: Do we need neuropsychologically impaired subtypes? *Biol. Psychiatry*, 57(11), 1224-30. Doi: 10.1016/j.biopsych.2004.08.025
- [8] Nigg, J.T., John, O.P., Blaskey, L.G., Huang-Pollock, C.L., Willcutt, E.G., Hinshaw, S.P. & Pennington, B. (2002). Big Five dimensions and ADHD symptoms: Links between personality traits and clinical symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 451-469. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 83(2), 451-469 [PubMed: 12150240].
- [9] Gagne, J.R., Saudino, J.K., Asherson, P. (2011). The Genetic Etiology of Inhibitory Control and Behavior Problems at 24 Months of Age. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 5(11), 1155-1163.
- [10] Martel, M.M., Roberts, B., Gremillion, M., von Eye, A. & Nigg, J.T. (2011). External Validation of Bifactor Model of ADHD: Explaining Heterogeneity in Psychiatric Comorbidity, Cognitive Control, and Personality Trait Profiles within DSM-IV ADHD. *J. Abnorm. Child Psychol.*, 39(8), 1111-1123.
- [11] Keenan, K. & Wakschlag, L.S. (2002). Can a valid diagnosis of disruptive behavior disorder be made in preschool children? *Am. J. Psychiatry*, 159(3), 351-358.
- [12] Lahey, B.B. & Willcutt, E.G. (2010). Predictive validity of a continuous alternative to nominal subtypes of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder for DSM-V. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.*, 39(6), 761-775.
- [13] Karalunas, S.L., Fair, D., Musser, E.D., Aykes, K., Iyer, S.P., Nigg, J.T. (2014). Subtyping attention-deficit/hyperactivity disorder using temperament dimensions: toward biologically based nosologic criteria. *JAMA Psychiatry*, 71(9), 1015-1024.
- [14] Weiss, M.D., Yeung, C., Rea, K., Poitras, S. & Goldstein, S. (2009). The soft underbelly of research in the psychosocial treatment of ADHD. *J. Atten. Disord.*, 12(5), 391-3.
- [15] National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009). Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. Leicester; London, The British Psychological Society; The Royal College of Psychiatrists. National Clinical Practice Guideline Number 72.
- [16] Mautone, J.A., Lefler, E.K. & Power, T.J. (2011). Promoting Family and School Success for Children With ADHD: Strengthening Relationships While Building Skills. *Therapy Pract.*, 50(1), 43-51.
- [17] Shipstead, Z., Hicks, K.L. & Engle, R.W. (2012). Cogmed working memory training: Does the evidence support the claims? *J. App. Res. Mem. Cogn.*, 1(3), 185-193. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jarmac.2012.06.003>.
- [18] Serrano-Troncoso, E., Gudi, M. & Alda-Diez, J.A. (2013). Is psychological treatment efficacious for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Review of non-pharmacological treatments in children and adolescents with ADHD. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 41(1), 44-51.
- [19] Cortese, S., Panei, P., Arcieri, R., Germinario, E.A., Capuano, A., Margari, L., Chiarotti, F. & Curatolo, P. (2015). Safety of Methylphenidate and Atomoxetine in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Data from the Italian National ADHD Registry. *CNS Drugs*, 29(10), 865-77.
- [20] Langberg, J.M., Arnold, L.E., Flowers, A.M., Epstein, J.N., Altaye, M., Hinshaw, S.P. et al. (2010). Parent-Reported Homework Problems in the MTA Study: Evidence for Sustained Improvement with Behavioral Treatment. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.*, 39 (2), 220-233.
- [21] Webster-Stratton, C.H., Reid, M.J. & Beauchaine, T. (2011). Combining parent and child training for young children with ADHD. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.*, 40, 191-203.
- [22] Power, J.D., Barnes, K.A., Snyder, A.Z., Schlaggar, B.L. & Petersen, S.E. (2012). Spurious but systematic correlations in functional connectivity MRI networks arise from subject motion. *Neuroimage*, 59 (3), 2142-2154.
- [23] Abikoff, H., Gallagher, R., Wells, K.C., Murray, D.W., Huang, L., Petkova, E. (2013). Remediating organizational functioning in children with ADHD: immediate and long-term effects from a randomized controlled trial. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 81(1), 113-28.
- [24] Evans, S.W., Langberg, J.M., Egan, T. & Molitor, S.J. (2014). Middle School-based and High School-based Interventions for Adolescents with ADHD. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, 23(4), 699-715. Doi: 10.1016/j.chc.2014.05.004
- [25] Kendall, P.C., Reber, M., McLeer, S., Epps, J. & Ronan, K.R. (1990). Cognitive-behavioral treatment of conduct-disordered children. *Cognit. Ther. Res.*, 14, 279-297.
- [26] Braswell, L. & Bloomquist, M.L. (1991). *Cognitive-behavioral therapy with ADHD children: Child, family, and school interventions*. New York, NY, US: Guilford Press.
- [27] Kendall, P.C., Ronan, K.R. & Epps, J. (1991). Aggression in children/adolescents: Cognitive-behavioral treatment perspective. In D.J. Pepler & K.H. Rubin (eds), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 341-360). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- [28] Καλαντζή-Αζίζι, Α. & Σοφιανοπούλου, Α. (2015). Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία παιδιών και εφήβων: Θεωρία και πράξη. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- [29] Putnam, S.P. & Rothbart, M.K. (2006). Development of short and very short forms of the Children's Behavior Questionnaire. *J. Pers. Assess.*, 87(1), 103-113.
- [30] DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D. & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms & Clinical Interpretation*. New York: Guilford Press.
- [31] Καλαντζή-Αζίζι, Α., Αγγελή, Κ. & Ευσταθίου, Γ. (2005). *Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης ΔΕΠ/Υ IV*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- [32] Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- [33] Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2001). The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) for ages 1.5 to 18 years. In: M.E. Maruish (Ed.), *The use of Psychological Testing for Treatment and Outcomes Assessment* (pp. 179-215), 3rd edition. London: Lawrence Erlbaum Associate Publishers.
- [34] Roussos, A.C., Francis, K., Zoubou, V., Kiprianos, S., Prokopiou, A. & Richardson, C. (2001). The standardization of Achenbach's Youth Self-Report in Greece in a national sample of high school students. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 10, 47-53.
- [35] Rothbart, M.K., Ahadi, S.A., Hershey, K.L. & Fisher, P. (2001). Investigations of temperament at three to seven years: The Children's Behavior Questionnaire. *Child Dev.*, 72(5), 1394-1408 [PubMed: 11699677].
- [36] Gratz, K.L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J. Psychopathol. Behav. Assess.*, 26, 41-54.
- [37] Mitsopoulou, E., Kafetsios, K., Karademas, E., Papastefanakis, E. & Simos, P.G. (2013). The Greek Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: Testing the Factor Structure, Reliability and Validity in an Adult Community Sample. *J. Psychopathol. Behav. Assess.*, 35, 123-131.
- [38] Matheny, A.P., Wachs, T.D., Ludwig, J.L. & Phillips, K. (1995). Bringing order out of chaos: Psychometric characteristics of the confusion, hubbub, and order scale. *J. Appl. Develop. Psychol.*, 16(3), 429-444.
- [39] Block, J.H. (1965). *The Child-rearing Practices Report (CRPR): A Set of Q items for the Description of Parental Socialization Attitudes and Values*. Institute of Human Development, University of California, Berkeley.
- [40] Stallman, H.M., Morawska, A. & Sanders, M.R. (2009). Parent Problem Checklist: Tool for assessing parent conflict. *Australian Psychologist*, 44(2), 78-85. <https://doi.org/10.1080/00050060802630023>.
- [41] Rutter, T.M. & Arnett, A.B. (2020). Temperament Traits Mark Liability for Coexisting Psychiatric Symptoms in Children with Elevated ADHD Symptoms. *J. Atten. Disord.* Doi: 10.1177/1087054720943282. Online ahead of print.
- [42] Stringaris, A., Goodman, R. (2009). Longitudinal outcome of youth oppositionality: Irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 48: 404-412 [PubMed: 19318881].
- [43] Webster-Stratton, C. (2005). The incredible years: A training series for the prevention and treatment of conduct problems in young children. In: E. Hibbs & P. Jensen (eds), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 507-555). 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association.
- [44] Parand, A., Afrooz, G., Mansoor, M., Yekta, M.S., Besharat, M. et al. (2010). Developing stress management program for mothers of children with ADHD and its effectiveness on their mental health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 5, 1135-1139.

Encouraging the efforts of the family system: a psychoeducational therapeutic intervention for parents of children with Autism Spectrum Disorder (ASD)

Sofia Evangelia Kollia^{1,4}, Erifili Tsirempolou^{2,4}, Angeliki Gena^{3,4}

1. MSc Special Education, National and Kapodistrian University of Athens, Faculty of Philosophy, Pedagogy and Psychology, Athens, Greece

2. Ph.D. Psychologist, Institute of Systemic Behavior Analysis, Athens, Greece

3. Pedagogy and Psychology, National and Kapodistrian University of Athens, Faculty of Philosophy, Pedagogy and Philosophy, Athens, Greece

4. Institute of Systemic Behavior Analysis, Athens, Greece

Corresponding Author: Sofia Evangelia Kollia, Email: skollia36@gmail.com – Tel.: 697599739

Abstract

The purpose of the current study was to empower families of children with ASD using the methodology of a psychoeducational protocol developed especially for such families. The therapeutic group consisted of three sets of parents of children with ASD. The intervention had a 3-month duration including a total of ten two-hour sessions, conducted at the Institute of Systemic Analysis of Behavior, in Athens-Greece. Based on the qualitative analysis of the self-reports of the parents, it appears that, through this psychoeducational program, the parents acquired: (a) a better understanding of ASD, (b) a better understanding of social stigma and self-stigmatization and ways to deal with stigma, (c) positive experiences of being part of a group of parents with similar concerns. Despite the research plan, there was an abrupt termination of the group sessions, before introducing the training for communication and problem-solving skills, due to unsurpassable difficulties encountered by the two of the three couples who participated in the study. Thus, as anticipated, based on the quantitative analysis of the data, there were no statistically significant changes in reducing family burden, improving family functioning, or improving family rituals. Nevertheless, as stated above, according to parental reports, improvement was attained in various areas that had been targeted during the study.

Keywords: ASD; group psychoeducation; family functioning; family rituals; family burden

1. Introduction

Families of children with Autism Spectrum Disorders (ASD) experience unique stressors in their everyday life mainly derived from their child's social, communicative, and behavioral dysfunctions, in conjunction with the limited resources in comprehensive therapeutic interventions (Shur-Fen Gau, 2012).

Raising a child with ASD has been associated with stressors that may lead to a number of psychological and biological problems among family members and especially mothers (Weiss, 2002). Even when parents accept their child's disability, adapting to the presence of a family member with ASD leads to intense emotional reactions which amplify in the families confronted with severe and chronic types of ASD (Gena, 2017). Finally, redefining parental roles and the marital relationship after the diagnosis of ASD in the child of a family is a process that requires remediation (Gena, 2017).

Psychoeducation refers to a behavioral therapeutic intervention that employs systemic, didactic, and psychotherapeutic interventions to inform patients and their relatives about all aspects of the disorder, including treatment, and to facilitate the process of adapting to the difficulties that arise within the family by improving the communication and problem solving skills of the members of the family – the parents' in the present study (Tsiouri, Gena, Economou, Bonotis & Mouzas, 2015).

The aim of the present study was to investigate the effectiveness

of a psychoeducational intervention, initially designed for parents of individuals with schizophrenia (Falloon & Liberman, 1983), which was then implemented, with minor revisions and adaptations, to parents of children with ASD (Tsiouri et al., 2015). Psychometric scales were used to evaluate the following outcomes: (a) family functioning, (b) engagement of family members in family rituals and routines, and (c) family burden. For the purposes of assessing the effectiveness of the intervention, data were collected through three self-reported questionnaires and were analyzed statistically before and after the intervention.

2. Method

2.1. Participants

Three couples whose children had been diagnosed with ASD and were attending educational and therapeutic program, at the Institute of Systemic Behavior Analysis located in Athens, Greece, participated in this study.

Sample selection was based on the following criteria:

- There was at least one child in the family diagnosed with ASD.
- The child with ASD lived with his/her parents at the time of the study.
- The parents lived together – they were not separated or divorced.
- The parents had no psychiatric diagnosis.
- The child of the family had been receiving behavior-analytic treatment.

2.2. Setting and Procedure

The study was approved by the Research Ethics Committees of the National and Kapodistrian University of Athens and of the Institute of Systemic Behavior Analysis. Parents were informed, in person, about the purposes and procedures of the study. Written consent was obtained from all six parents prior to the onset of the study.

The Psychoeducational intervention took place in a specially designed area of the Institute of Systemic Behavioral Analysis where the parents sat in a circle during the research sessions. It was estimated that the study would require a minimum of 15 sessions. Nevertheless, due to unsurpassable difficulties of two out of the three participating couples, the study was terminated abruptly after the 10th session. Those 10 sessions included: (a) provision of information about ASD and discussion on all aspects pertaining to ASD for which the participants had questions, (b) provision of information and discussion about social stigma and self-stigmatization, c) provision of information and discussion on maladaptive behavior, d) one session of training in communication skills, e) discussion about the value of participating in the therapeutic group sessions. All group sessions were conducted by a clinical psychologist and university professor, with many years of clinical experience and specialization in ASD and family therapy.

2.3. Design

A focus group methodology was adopted in all 10 sessions. Qualitative and quantitative analyses of the data were conducted. All sessions were tape-recorded and analyzed separately for each parent/participant. In addition, two independent observers were present in all sessions and recorded data through direct observation. Concerning the reliability of our study, the degree of agreement between independent observers was investigated. The degree of agreement was greater than 80% for all sessions for which reliability was assessed. The content and structure of the protocol are summarized in Table 1.

Table 1. Content and Structure of Psychoeducational Assessment and Intervention.

TOPICS PER SESSION	DURATION (IN SESSION)
Pre-test assessment	1 session per participant
Individualized semi-structured interviews with each member of the group to assess:	
<ul style="list-style-type: none"> • Parents' knowledge about ASD prior to intervention • Parents' expectations regarding prognosis of the child with ASD • What short term goals would each participant like to achieve • Completion of the FAD, FRS, and FBS Scales 	
Psychoeducational treatment program	
The therapist:	
– Described the goals and procedure of the psychoeducational treatment program, introduced the observers who collected the data, explained the purposes of the study and obtained written consent	1 session
– Provided information about ASD.	2 sessions
– Provided information about social stigma and self-stigmatization, as well as ways to manage maladaptive behavior associated with ASD.	2 sessions

TOPICS PER SESSION	DURATION (IN SESSION)
Pre-test assessment	1 session per participant
– Provided training only on the following:	
<ul style="list-style-type: none"> • Communication skills using modeling, role-playing, and positive or corrective feedback. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Expression of positive emotions ➢ Expression of negative emotions ➢ Delivery of homework assignments 	4 sessions
<ul style="list-style-type: none"> • Conducted a final session to get feedback for the participants' experience in the group. 	1 session

2.4. Standardized Assessment Instruments

2.4.1 Family Functioning

The Family Assessment Device (FAD) is a scale which measures the level of functioning and organization of the family. FAD is a self-reported questionnaire which focuses on the following 7 variables related to family functionality: problem-solving, communication, family roles, behavioral control, affective responsiveness, affective involvement, and general family functioning. The FAD includes 60 items, for which parents are asked to rate their degree of agreement or disagreement on a 4-point Likert scale from 1 (strongly disagree) to 4 (strongly agree). The ratings that tend to be 1 refer to healthy functioning, while ratings tend to be 4 refer to a pathological functioning of the family (Epstein et al., 1983).

2.4.2. Family Rituals – Family Atmosphere

The Family Rituals and Family Atmosphere Scale (FRS) is an eleven-item self-report questionnaire. It involves 11 items that measure the type of family activities that are likely to increase members' participation in family rituals and routines such as: a) participating in routine celebrations (e.g. the exchange of gifts for Christmas), b) family celebrations (e.g. birthdays and name days), c) regular routines (e.g. all family members eating together on Sundays, family excursions). The scoring is based on a categorical scale of 1 to 4, which measures the frequency of participation in such activities, where 1 (= very often) and 4 (= never). The upper limit of normal is considered to be 18 (Madianos and Economou, 1994).

2.4.3. Family Burden

The Family Burden Scale (FBS) is a self-report questionnaire which includes 23 questions on the burden experienced by a family member with a mental illness. It measures both subjective and objective burden and is based on the following 4 parameters: a) impact on daily activities/social life, b) incidence of aggressive, violent episodes that may lead to serious damages at home, c) impact on health (physical and psychological symptoms reported by family caregivers), d) impact on financial status/financial problems due to the patient's illness. The rating is related to the frequency of episodes or problems occurring and it is based on a categorical frequency range of aggravated episodes from 0 (never) to 3 (often). The upper limit of the normal range is 24.

2.4.4. Overview of Data Analysis

The analysis was performed in the SAS statistical package (version 9.4). The initial description of the data was accomplished using the

basic descriptive measures, such as average number, mean, median, standard deviation, minimum and maximum values. The comparison of scores before and after the intervention was performed using paired t-tests only for participants who filled out the questionnaires both times (before and after the intervention) inference was made based on the significance level $p < .05$.

3. Results

Two of the fathers refused to fill out the questionnaires after treatment, thus, the averages after treatment derive from 4 instead of 6 participants as indicated in the Table 2. Prior to intervention, family habits, as

well as the joint involvement of family members in family activities, appeared to be disturbed. Specifically, participants' mean score in the FAD scale was 2.46 (range 2.28-2.63). As far as the FBS scale is concerned, participants' scores were at pathological levels. Specifically, the participants' mean score was 2.04 (range 1.75-2.30). Those data agree with a large number of studies which highlight the burden experienced by the families with children with ASD (e.g. Magliano et al., 2000). As far as the FRS scale is concerned, the average score was also at pathological level, confirming previous findings (Tsiouri et al, 2015). Specifically, the participants' mean score was 1.09 (range 1.09-2.27). Statistical significance for all measures was set at $p < 0.05$.

The mean scores on FAD, FBS and FRS scales before and after treatment are depicted in Table 2.

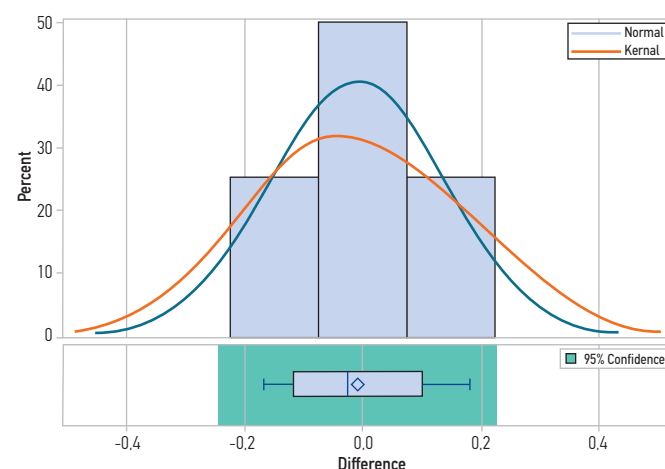
Table 2. Mean Scores on FAD, FBS, FRS (*B.T. = Before Treatment A.T. = After Treatment)

Scale	N	Mean	Median	Standard Deviation	Minimum	Maximum
FAD (B.T.)*	6	2.46	2.43	0.13	2.28	2.63
FAD (A.T.)**	4	2.45	2.45	0.02	2.43	2.48
FBS (B.T.)	6	2.04	2.10	0.22	1.75	2.30
Finance		2.28	2.17	0.61	1.67	3.0
Social Life		1.88	1.81	0.21	1.67	2.25
Aggressiveness		1.33	1.25	0.20	1.25	1.75
Health		2.5	2.4	0.25	2.2	2.8
FBS (A.T.)	4	1.80	1.80	0.32	1.50	2.10
Finance		2.16	2.17	0.19	2.0	2.33
Social Life		1.71	1.69	0.44	1.25	2.25
Aggressiveness		1.19	1.25	0.13	1.0	1.25
Health		2.2	2.2	0.59	1.6	2.8
FRS (B.T.)	6	1.59	1.50	0.39	1.09	2.27
FRS (A.T.)	4	1.36	1.32	0.29	1.09	1.73

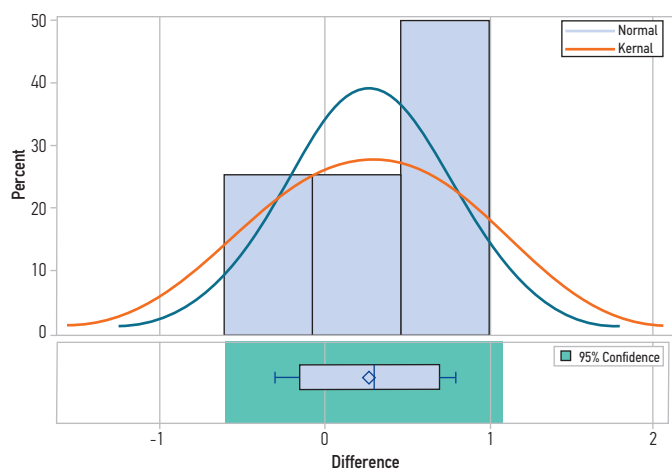
Concerning the results of the quantitative analysis, no statistically significant change was observed for any of the participants, as expected since the intervention was unexpectedly discontinued before training for communication and problem-solving skills was introduced. Nevertheless, it is worth noting that there was no decrease in the scores of the FAD and the FRS scales, but there was a slight increase in the scores of the FBS scale. Specifically, participants mean score in the FAD, after treatment, was 2.43 (range 2.45-2.48). In FBS scale participants' mean score was 1.80 (range 1.50-2.10). As far as FRS scale is concerned, participants' mean score was 1.36 (range 1.09-1.83).

The histograms provide a graphic presentation of the average distributions of the scores of the 6 participants, by scale, before and after the intervention. Specifically, our results from FAD indicate that participants obtained scores at pathological levels at the onset of treatment. Scores didn't change after treatment (Histogram 1). As far as FBS scale is concerned, our results indicate pathological levels in both subjective and objective family burden dimensions. There was not a statistically significant change of the scores after treatment (Histogram 2). Concerning FRS scale our results indicate disruption of family rituals and routine for all the participants. There

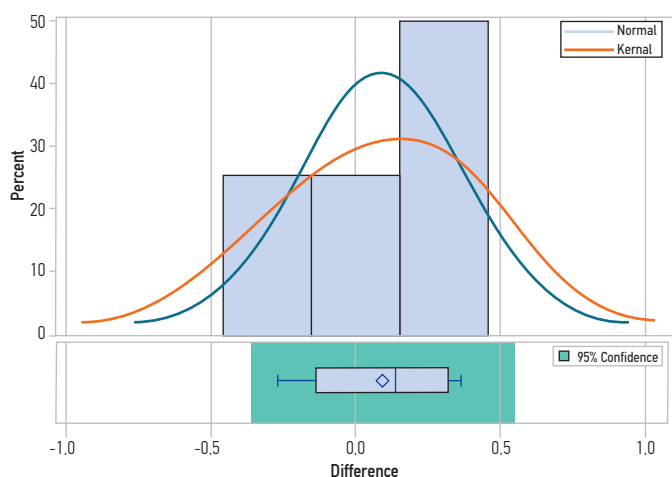
was also not a statistically significant change of these scores after treatment (Histogram 3).



Histogram 1. Distribution of the mean scores arising from FAD before and after treatment.



Histogram 2. Distribution of the mean scores arising from FBS before and after treatment.



Histogram 3. Distribution of the mean scores arising from FRS before and after treatment.

4. Discussion

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of a psychoeducational intervention, implemented in a group format, in improving various aspects of parental and family characteristics among parents of children with ASD. Specifically, the following goals were set: (a) improving the parents' knowledge and understanding of ASD, (b) becoming aware of social stigma and self-stigmatization associated with ASD and developing coping mechanisms to counteract both types of stigmatization, (c) improving family functioning and family rituals; and (d) reducing family burden.

A great number of studies have documented the effectiveness of family psychoeducational programs in improving the psychosocial and emotional status of parents with children with ASD (e.g., Bauml et al., 2006; Tsiouri et al., 2015). Our study, due to the abrupt termination of the participation of two out of the three participating couples, before the introduction of training in communication and problem-solving skills, does not yield similar results. Nevertheless, improvement, according to the reports of the parents, was achieved in the following areas: (a) accepting the child's disability, (b) learning to deal with social stigma, and (c) avoiding self-stigmatization, (d) learning about important aspects of autism that the parents were not aware of, (e) participating in a group with other parents of children

with ASD, facilitated becoming acquainted, offering and receiving support to and from other parents, and sharing of similar concerns and difficulties. This final finding of our study is in agreement with prior research that underlines the importance of participating in parent groups for the purposes of enhancing communication among parents and for offering and receiving support (Drew, Baird, Baron-Cohen, Cox, Slonims, Wheelwright, Swettenham, Berry & Charman, 2002). In addition, prior research has also demonstrated, as our study, that parents improve their knowledge about autism as a result of participating in group psychoeducational sessions (McAleese, Lavery & Dyer, 2013). Overall, even when training in a psychoeducational group is not completed, parents of children with ASD do benefit in several areas, such as those described above.

Limitations and Proposals for Future Research

The abrupt termination of our study underlines the need to take additional precautions, when conducting longitudinal research with families with children with ASD, to ensure commitment of the families when the duration of the study is as long as those related to psychoeducational interventions. Including a larger number of families may have permitted for completion of the present study, though with fewer couples than those who started out. Another issue of concern pertaining to the present study is the fact that the outcome of this study cannot be generalized to the entire population of families of children with ASD as it is not a representative sample. There was no opportunity to select participants randomly and all three families who participated had preschool children with ASD. Thus, our findings may not be generalized to parents of children with ASD from other age groups. Both of those limitations lead us to suggest for studies including representative and larger samples as a possible means for surpassing the limitations of the present study.

In addition, the replication of the findings of the present study can be greatly enhanced if the treatment protocol takes the form of a manual pointing to the precise procedures and techniques that were used in the present study and thus permitting future researchers to follow a strict protocol. A manual of treatment protocols help with the standardization of treatment procedures and thus the ability to replicate and compare research efforts of different research teams.

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ενίσχυση των οικογενειών των παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος χρησιμοποιώντας τη μεθοδολογία ενός πρωτοκόλλου ψυχοεκπαίδευσης που αναπτύχθηκε ειδικά για τέτοιες οικογένειες. Στη θεραπευτική ομάδα συμμετείχαν τρία ζευγάρια γονέων παιδιών με ΔΑΦ. Η παρέμβαση διήρκησε 3 μήνες και περιλάμβανε συνολικά δέκα δίωρες συνεδρίες, οι οποίες διεξήχθησαν στο Ινστιτούτο Συστημικής Ανάλυσης Συμπεριφοράς στην Αθήνα (Ελλάδα). Με βάση την ποιοτική ανάλυση των αυτοαναφορών των γονέων, φαίνεται ότι μέσω του συγκεκριμένου ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος, οι γονείς απέκτησαν: (α) καλύτερη επίγνωση για τη ΔΑΦ, (β) καλύτερη κατανόηση του κοινωνικού στίγματος και του αυτοστιγματισμού, καθώς και των τρόπων για την αντιμετώπισή τους, (γ) θετικές εμπειρίες από την ύπαρξη μιας ομάδας γονέων με παρόμοιες ανησυχίες και βιώματα. Παρά το προβλεπόμενο ερευνητικό σχέδιο, υπήρξε διακοπή των ομαδικών συναντήσεων, πριν από την εισαγωγή στην εκπαίδευση των

δεξιότητων επικοινωνίας και επίλυσης προβλήματος, εξαιτίας των αξεπέραστων δυσκολιών που αντιμετώπισαν τα δύο από τα τρία ζευγάρια που συμμετείχαν στην ομάδα ψυχοεκπαίδευσης. Έτσι, όπως ήταν αναμενόμενο, με βάση την ποσοτική ανάλυση των δεδομένων, δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές αλλαγές στη μείωση της οικογενειακής επιβάρυνσης, στη βελτίωση της οικογενειακής λειτουργικότητας καθώς και στη βελτίωση των οικογενειακών συνηθειών. Ωστόσο, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, σύμφωνα με τις αυτοαναφορές των γονέων, επιτεύχθηκε βελτίωση σε διάφορους τομείς που οι ίδιοι είχαν θέσει ως στόχο κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Λέξεις-κλειδιά: ΔΑΦ, Ψυχοεκπαίδευση, Οικογενειακή Λειτουργικότητα, Οικογενειακές Συνήθειες, Οικογενειακή Επιβάρυνση

References

1. Drew, A., Baird, G., Cohen, S. B., Cox, A., Slonims, V., Wheelwright, S., Swettenham, J., Berry, B. & Tony, C. (2002). A pilot randomised control trial of a parent training intervention for pre-school children with autism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 266-272.
2. Awad, A.G. & Voruganti, L.N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: A review. *Pharmacoeconomics*, 2, 149-162.
3. Bäuml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, K. & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 1-9.
4. Brobst, J.R. (2008). Parenting Children with Autism Spectrum Disorders: The Couple's relationship. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24, 38-49.
5. Epstein, N.B., Baldwin, L.M. & Bishop, D.S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
6. Fadden, G.P.B. (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 285-292.
7. Falloon, I. (2003). Family intervention for mental disorders: Efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*, 2, 20-28.
8. Falloon, I., Boyd J.L. & McGill C.W. (1984). Family care for schizophrenia: A problems-solving approach to the treatment of mental illness. Guildford Press.
9. Gena, A. (χρονολογία ???). Systemic-Behavioral Analytical Approach. Assessment, diagnosis, education, therapeutic approaches and inclusion of children with neurodevelopmental disorders with emphasis on Autistic Spectrum Disorder. Athens: Gutenberg.
10. Madianos, M.G. & Economou, M. (1994). Schizophrenia and family rituals: Measuring family rituals among schizophrenics and normals. *European Psychiatry*, 9, 45-51.
11. Madianos, M., Economou, M., Dafni, O., Koukia, E., Palli, A. & Rogakou, E. (2004). Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: Can they be measured? *European Psychiatry*, 19, 408-414.
12. McAleese, A., Lavery, C. & Dyer, K. (2013). Evaluating a Psychoeducational, Therapeutic Group for Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. *Child Care in Practice*, 20, 162-181.
13. Nasr, T. & Kausar, R. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 28(8), 17.
14. Shur-Fen Gau, S. (2012). Parental adjustment, marital relationship and family function in families of children with autism. *Research Autism Spectrum Disorders*, 14, 263-270.
15. Tsiouri, I., Gena, A., Economou, M., Bonotis, K. & Mouzas, O. (2015). Does Long-Term Group Psychoeducation of Parents of Individuals with Schizophrenia Help the Family as a System? A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Mental Health*, 44, 316-331.
16. Weiss, M. J. (2002). Hardiness and Social Support as Predictors of Stress in Mothers of Typical Children with Autism, and Children with Mental Retardation. *Autism Sage Publications and the National Autistic Society*, 6, 115-130.

Επιστολή προς τη σύνταξη

Αξιότιμα μέλη της Συντακτικής Επιτροπής,

Η Εταιρεία Γνωσιακών και Συμπεριφοριστικών Σπουδών (ΕΓΣΣ) σε συνεργασία με την Εταιρεία Κλινικής Ψυχολογίας της Λετονίας (Latvijas Klīnisko psihologu asociācija) διοργάνωσε και πραγματοποίησε κύκλο σεμιναρίων εκπαίδευσης στη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία Παιδιών και Εφήβων. Το πρόγραμμα σχεδιάστηκε από την επιστημονική ομάδα της ΓΣΘ Παιδιών και Εφήβων της ΕΓΣΣ και αντιστοιχεί στην Ε' Ενότητα σπουδών· εστιάζει στην κατανόηση της διατύπωσης περίπτωσης, τον σχεδιασμό και τις μεθόδους της παρέμβασης, καθώς και την πρακτική εξάσκηση στις νέες γνώσεις και δεξιότητες μέσω βιωματικών ασκήσεων.

Ο πρώτος κύκλος σεμιναρίων διεξήχθη στη Ρίγα, στις 14-16/11/2019 και ο δεύτερος κύκλος –λόγω των συνθηκών που επέβαλε η πανδημία Covid-19– διεξήχθη διαδικτυακά στις 18-20/6/2020. Το πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε στην αγγλική γλώσσα και οι συμμετέχοντες ήταν επαγγελματίες (ψυχολόγοι και ψυχίατροι) με εκπαίδευση στη ΓΣΘ. Εισηγήτριες ήταν η Κατερίνα Αγγελή, Ph.D. και η Χριστίνα Βαρβέρη, MSc., εκπαιδευτριες της Εταιρείας Γνωσιακών-Συμπεριφοριστικών Σπουδών και Επόπτριες του Τμήματος Θεραπείας Παιδιών και Εφήβων του ΙΕΘΣ.

Οι Λετονοί συνάδερφοι ήταν συνεπείς, κινητοποιημένοι, καταρτισμένοι, συμμετοχικοί και πολύ ενθουσιώδεις και δημιουργικοί ως προς τις βιωματικές ασκήσεις. Η συνεργασία ήταν εξαιρετική και άνοιξε νέους ορίζοντες, τόσο για τη συνέχιση της συνεργασίας με την Εταιρεία Κλινικής Ψυχολογίας της Λετονίας, με τη διεξαγωγή πιο εξειδικευμένων σεμιναρίων, όσο και για την πιθανή εμπλοκή της ΕΓΣΣ στην παροχή εκπαίδευσης στη ΓΣΘ παιδιών και εφήβων και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Κατερίνα Αγγελή
Δρ. Κλινικής Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς
Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Σχημάτων

Επιστολή προς τη σύνταξη

Πρόγραμμα εξειδίκευσης στη Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Θεραπεία παιδιών και εφήβων, μέσω e-learning (webinar). Συνεργασία Πανεπιστημίου Κρήτης με Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών/ΙΕΘΣ

Από το ακαδημαϊκό έτος 2014, στον Τομέα Ψυχιατρικής & Επιστημών Συμπεριφοράς στο Πανεπιστήμιο Κρήτης έχει δημιουργηθεί πρόγραμμα εκπαίδευσης στη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία (ΓΣΘ) ενηλίκων σε συνεργασία με το αντίστοιχο πρόγραμμα της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και την Ελληνική Εταιρεία Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών. Το πρόγραμμα από διετές Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο εξελίχθηκε σε τετραετές και παράλληλα ανέπτυξε ειδικά προγράμματα εξειδίκευσης με στόχο: (α) την εμπάθυνση της γνώσης σε ορισμένους τομείς, όπως οι διαταραχές ύπνου, η ΓΣΘ σε παιδιά και εφήβους κ.ά., και (β) την εκπαίδευση επαγγελματιών, όπως οι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Το ιδιαίτερο ενδιαφέρον πολλών αποφοίτων από το διετές Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο, η ανάγκη περαιτέρω εξειδίκευσης στη ΓΣΘ παιδιών και εφήβων και η ίδρυση Πανεπιστημιακής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής στο ΠαΓΝΗ συντέλεσαν στην ανάπτυξη του πρώτου εκπαιδευτικού προγράμματος εξειδίκευσης. Για πρώτη φορά, το ακαδημαϊκό έτος 2017-2018 ξεκίνησε πρόγραμμα εξειδίκευσης στη ΓΣΘ παιδιών και εφήβων μέσω e-learning (webinar) με τη συν-διοργάνωση από τον Τομέα Ψυχιατρικής & Επιστημών Συμπεριφοράς στο Πανεπιστήμιο Κρήτης (καθ. Αλ. Βγόντζας), την Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών (ΕΓΣΣ), το Τμήμα Θεραπείας Παιδιών και Εφήβων του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (ΙΕΘΣ) (ομ. καθ. Α. Καλαντζή-Αζίζι). Η μέθοδος του webinar κρίθηκε αναγκαία αφού στην Κρήτη δεν υπάρχει στελεχειακό προσωπικό για τη δημιουργία τέτοιου προγράμματος εξειδίκευσης ΓΣΘ σε παιδιά και εφήβους.

Στο πρόγραμμα αυτό συμμετείχαν 11 επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στην Κρήτη και είχαν ολοκληρώσει με επιτυχία το διετές Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο στη ΓΣΘ στο Πανεπιστήμιο της Κρήτης. Υπήρχαν δύο Κύκλοι Σπουδών, ο Α΄ Κύκλος Σπουδών (Θεωρία) με 70 ώρες, και ο Β΄ Κύκλος Σπουδών (Κλινική Πρακτική-Εποπτεία) με 46 ώρες. Κατά την κλινική πρακτική σχηματίστηκαν δύο ομάδες εποπτείας, 4 και 3 ατόμων αντίστοιχα. Κάθε εκπαιδευόμενος αναλάμβανε 4 περιστατικά που πληρούσαν συγκεκριμένα κριτήρια επιλογής. Τα σεμινάρια και η κλινική εποπτεία πραγματοποιήθηκαν κυρίως με τη μέθοδο webinar, αλλά υπήρχαν δύο προγραμματισμένες διά ζώσης συναντήσεις στην αρχή του κάθε εκπαιδευτικού κύκλου σπουδών. Στο πρόγραμμα ο κάθε εκπαιδευόμενος στην Κρήτη είχε τη δυνατότητα να παρακολουθεί από τον ατομικό του υπολογιστή και να συμμετέχει στα σεμινάρια ζωντανής διδασκαλίας και εποπτείας με εκπαιδευτές και κλινική επόπτρια από την ΕΓΣΣ και το Τμήμα Θεραπείας Παιδιών και Εφήβων του ΙΕΘΣ στην Αθήνα.

Η χρησιμότητα της τακτικής αξιολόγησης της μεθόδου webinar από εκπαιδευτές και εκπαιδευόμενους αναδείχθηκε πολύ σύντομα. Αναπτύχθηκε μια πολύ καλή σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ των εκπαιδευόμενων και της επόπτριας και οι εποπτευόμενοι αποτίμησαν την εμπειρία της εποπτείας πολύ θετικά. Επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται με παιδιά σε απομακρυσμένες περιοχές της Κρήτης είχαν τη δυνατότητα να παρακολουθήσουν τα μαθήματα και για πρώτη φορά να συζητήσουν τα περιστατικά τους υπό την εποπτεία έμπειρης επόπτριας. Συγχρόνως αναγνωρίστηκε η αδυναμία των εκπαιδευτών για άμεσο έλεγχο της «δομής του εκπαιδευτικού περιβάλλοντος» που παρέχει η διά ζώσης διδασκαλία, π.χ. εκπαιδευόμενοι παρακολουθούσαν μαθήματα εν ώρα εφημερίας. Αποτέλεσμα αυτών των παρατηρήσεων ήταν συγκεκριμένες προτάσεις, όπως: (α) ομαδικά μαθήματα με παρόντες όλους τους εκπαιδευόμενους σε περιβάλλον με διαδικτυακή αλληλεπίδραση με διδάσκοντες, (β) η ενίσχυση των e-μαθημάτων με εργαλεία που ενισχύουν την αλληλεπίδραση, και (γ) επιπρόσθετες διά ζώσης συναντήσεις και στους δύο κύκλους Σπουδών.

Η επιφυλακτικότητα σε σχέση με τη χρησιμότητα και την αποτελεσματικότητα της διαδικτυακής διδασκαλίας και εποπτείας, που ήταν έκδηλη το 2017, ξεπεράστηκε γρήγορα από τα νέα δεδομένα με την εμφάνιση της πανδημίας Covid-19 το 2020. Η αναγκαστική και βιαστική φύση αυτής της μετάβασης στο διαδίκτυο δεν αναιρεί την ανάγκη και την υποχρέωση των ακαδημαϊκών-εκπαιδευτών να εξετάσουν προσεκτικά τις συνθήκες κάτω από τις οποίες η νέα αυτή μέθοδος μπορεί να γίνει ένα αποτελεσματικό και χρήσιμο εργαλείο στην εκπαίδευση.

Δρ. Μαρία Καραταράκη, Ψυχολόγος, DPpsych
Υπεύθυνη Προγράμματος Εκπαίδευσης στις ΓΣΘ
Τομέας Ψυχιατρικής & Επιστημών Συμπεριφοράς,
Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Χριστίνα Βαρβέρη, Ψυχολόγος, Msc,
υποψ. διδάκτωρ Ψυχολογίας ΕΚΠΑ
Επόπτρια παιδιών και εφήβων,
Τμήμα Θεραπείας Παιδιών και Εφήβων, ΙΕΘΣ

Νικώ τον πανικό

Κατερίνα Αγγελή, Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, 2010, ISBN: 9789606350160

Η λιτή και καλαίσθητη έκδοση συμπυκνώνει στις σελίδες της τη γνώση και την πείρα της μακρόχρονης διαδρομής της συγγραφέως στον χώρο της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας και Θεραπείας Σχημάτων σε παιδιά και εφήβους.

Μέσα από τη ματιά των πρωταγωνιστών του βιβλίου, *Νικώ τον πανικό*, η συγγραφέας ζωντανεύει το αίσθημα των κρίσεων πανικού, δίνοντάς του τη μορφή ενός τέρατος που τους ακολουθεί παντού, τους γεμίζει με φόβο και απόγνωση και διαβρώνει την καθημερινότητά τους. Περιγράφει πώς βιώνουν την πορεία τους με τον πανικό, μέχρι να συνειδητοποιήσουν ότι μπορούν να πάρουν την κατάσταση στα χέρια τους και να βρουν τρόπους να τον αντιμετωπίσουν.

Στο βιβλίο αυτό, η συγγραφέας, μέσα από τα ευρηματικά της σκίτσα, ξεναγεί τους αναγνώστες στον κόσμο του πανικού. Οι τρόποι που ξαφνικά εμφανίζεται, τη μορφή που παίρνει, τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις σωματικές αντιδράσεις που προκαλεί.

Με άμεσο, βιωματικό και καθησυχαστικό τρόπο, οι αναγνώστες παρακολουθούν μέσα από τη «σκισοϊστορία» τα βήματα της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας, που αποτελεί και τη θεραπεία εκλογής για τη διαχείριση του πανικού. Ξεκινώντας από την ψυχοεκπαίδευση που αφορά το τι είναι ο πανικός και πώς δημιουργείται μία κρίση, προχωρούν στην κατανόηση του τρόπου σκέψης και των γνωσιακών λαθών που συντελούν σε αυτή, των φαύλων κύκλων που τη συντηρούν και, τέλος, στην εφαρμογή των συμπεριφοριστικών τεχνικών και τη γνωσιακή αναδόμηση. Στο τέλος, οι αναγνώστες καλούνται να φανταστούν και να φτιάξουν το δικό τους «τέρας» και τη δική τους ιστορία, με τον τίτλο, *Νικώ τον πανικό*.

Το βιβλίο αφυπνίζει από την πρώτη κιόλας σελίδα τη φαντασία και τη δημιουργικότητα και μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο στα χέρια των ειδικών ψυχικής υγείας. Με αφορμή τις διαφορετικές αλλά και παρόμοιες ταυτόχρονα ιστορίες που εκτυλίσσονται, ο ειδικός μπορεί να καθοδηγήσει το παιδί/έφηβο, αλλά και τον ενήλικο, να βρει μέσα στο βιβλίο τον χαρακτήρα που του ταιριάζει να σκεφτεί πάνω στην ιστορία, δίνοντάς της άλλη τροπή, αλλάζοντας βασικά της σημεία να φτιάξει τη δική του προσωπική ιστορία, να σκισάρει το δικό του «τέρας» πανικού και να οργανώσουν μαζί το πλάνο για να τον νικήσουν να επιλέξει σκίτσα ή φράσεις για κάρτες υπενθύμισης του υλικού της συνεδρίας κ.ά.

Πέρα από τη χρήση του στο πλαίσιο της θεραπείας των κρίσεων πανικού, το βιβλίο δίνει την ευκαιρία στον αναγνώστη να γνωρίσει το «διαβολάκι» –«τη φωνή μέσα μας η οποία μας λέει πράγματα που μας αγχώνουν και μας στενοχωρούν»–, μαθαίνοντας για τις παγίδες που βάζει στη σκέψη μας και να επεξεργαστεί τρόπους για να το αντιμετωπίσει (π.χ. ένα «αγγελάκι» που αντιπροσωπεύει τις εναλλακτικές σκέψεις). Η μεταφορά αυτή μπορεί να αξιοποιηθεί μέσα από παιχνίδι ρόλων, στο οποίο το παιδί/έφηβος καθοδηγείται ώστε να αναδομήσει τις σκέψεις του και να απαντά με τρόπο πιο καθησυχαστικό και ενθαρρυντικό, κάνοντας έναν θετικό διάλογο με τον εαυτό. Τέλος, μέσω της δραματοποίησης, το παιδί/έφηβος μπορεί με τη βοήθεια του ειδικού να φανταστεί και να «παίξει» τη σκηνή που τον αγχώνει και να κληθεί να νικήσει το δικό του «τέρας».

Το *Νικώ τον πανικό* αποτελεί ένα ξεχωριστό και πρωτότυπο βιβλίο αυτοβοήθειας αλλά και ένα χρήσιμο εργαλείο στα χέρια του θεραπευτή και του ειδικού ψυχικής υγείας για τις κρίσεις πανικού. Μας δίνει την ευκαιρία να γνωρίσουμε το δικό μας «τέρας», που μας «κλέβει» τη χαρά, κάνοντάς μας να εστιάζουμε στον κίνδυνο και την απειλή. Μας φέρνει, επίσης, σε επαφή με βασικά συστατικά των συναισθηματικών μας δυσκολιών (σκέψεις, συναισθήματα, συμπεριφορές, στρατηγικές). Κυρίως, όμως, μας δίνει την αφορμή να τις κατανοήσουμε και να τις αντιμετωπίσουμε χρησιμοποιώντας τη φαντασία, το παιχνίδι, τη ζωγραφική, το θέατρο και γενικότερα την τέχνη, που άλλωστε αποτελεί κοινή γλώσσα όλων μας.

Κατερίνα Σοφianoπούλου,
Ψυχολόγος MSc Ιατρικής Σχολής Αθηνών
Πιστοποιημένη στη Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία
Τμήμα Παιδιών/Εφήβων του ΙΕΘΣ