

# Γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις σε ενήλικες που ανέπτυξαν Διαταραχή Μετατραυματικού στρες μετά από σεξουαλική κακοποίηση

Κοτρώτσου Ειρήνη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ψυχολόγος, ιδιωτική άσκηση επαγγέλματος

Αλληλογραφία: Ειρήνη Κοτρώτσου, Δημοσθένους 34-Καλλιθέα, e-mail: e\_kotr@yahoo.gr, Τηλ.: 6976334929

## Περίληψη

Η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (ΔΜΣ) είναι μια ψυχική διαταραχή που εμφανίζεται κάποιες φορές στον απόηχο καταστάσεων που εμπειρίζουν κάποιου είδους πραγματική ή επαπειλούμενη βία ή σωματική βλάβη. Το βασικό χαρακτηριστικό της ΔΜΣ είναι η ανάπτυξη συμπτωμάτων μετά από έκθεση σε ένα ή περισσότερα τραυματικά γεγονότα. Η κλινική εικόνα της ΔΜΣ ποικίλλει. Σε ορισμένα άτομα οι επαναβιώσεις του τραυματικού γεγονότος, τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά συμπτώματα κυριαρχούν, ενώ σε άλλα άτομα η δυσφορική διάθεση και οι αρνητικές γνώσεις μπορεί να είναι πιο ενοχλητικές. Σε άλλους μπορεί να κυριαρχούν τα συμπτώματα διέγερσης ή τα διασχιστικά συμπτώματα. Τέλος, ορισμένα άτομα εμφανίζουν συνδυασμούς αυτών των συμπτωμάτων. Στα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΜΣ τονίζεται ότι η διαταραχή μπορεί να είναι ιδιαίτερα σοβαρή ή ιδιαίτερα ανθεκτική όταν το τραυματικό γεγονός είναι διαπροσωπικής φύσεως και γίνεται εκ προθέσεως (π.χ. σεξουαλική βία). Πράγματι υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι η δια βίου επικράτηση της ΔΜΣ για γυναίκες που έχουν υποστεί σεξουαλική επίθεση είναι 50%. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των πιο κοινών γνωσιακών συμπεριφορικών παρεμβάσεων σε ενήλικες που ανέπτυξαν ΔΜΣ μετά από σεξουαλική κακοποίηση. Συμπεριλήφθησαν μόνο ελεγχόμενες τυχαιοποιημένες μελέτες που δημοσιεύθηκαν στην ηλεκτρονική βάση του PubMed από το 2001 έως σήμερα. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι οι γνωσιακές συμπεριφορικές παρεμβάσεις είναι επιτυχείς στη μείωση των μετατραυματικών συμπτωμάτων μετά από σεξουαλική κακοποίηση. Επιπλέον, φαίνεται πως η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ) είναι μια αποτελεσματική θεραπεία τόσο για την πρόσφατα εγκατεστημένη όσο και για τη χρόνια ΔΜΣ και τα θεραπευτικά αποτελέσματα διατηρούνται στις διαχρονικές μετρήσεις. Τέλος, συζητούνται οι περιορισμοί που επηρεάζουν τη γενίκευση των συμπερασμάτων και γίνονται προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Λέξεις κλειδιά: διαταραχή μετατραυματικού στρες, σεξουαλική κακοποίηση, γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, θεραπεία έκθεσης, EMDR.

## Εισαγωγή

Η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (ΔΜΣ) εμφανίζεται σε ανθρώπους που έχουν βιώσει ένα ή περισσότερα τραυματικά γεγονότα, που συνεπαγόταν πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική βία. Ένας άνθρωπος μπορεί να αναπτύξει ΔΜΣ εκτιθέμενος σ' ένα τραυματικό γεγονός με έναν από τους ακόλουθους τρόπους: βιώνοντας ο ίδιος ή όντας μάρτυρας σε κάποιο τραυματικό γεγονός ή μαθαίνοντας ότι κάποιο οικείο πρόσωπο εξετέθη σε κάποιο τραυματικό γεγονός ή ακόμα ακούγοντας επανειλημμένα αποστροφικές λεπτομέρειες ενός συμβάντος [1].

Τα τυπικά συμπτώματα της ΔΜΣ είναι:

α) η αναβίωση της τραυματικής εμπειρίας (διαμέσου αναμνήσεων, σκέψεων, εικόνων, εφιαλτών, διασχιστικών επεισοδίων τύπου flashback, συναισθηματικής και ψυχοφυσιολογικής αναστάτωσης

κατά την έκθεση σε ενθύμια του τραύματος),

β) η επίμονη τάση αποφυγής ερεθισμάτων που υπενθυμίζουν την αρχική τραυματική εμπειρία (εσκεμμένη αποφυγή σκέψεων ή συναισθημάτων ή ερεθισμάτων, τοποθεσιών και καταστάσεων που θυμίζουν το τραύμα),

γ) οι αρνητικές μεταβολές σε γνωστικές λειτουργίες και στη διάθεση που σχετίζονται με το τραύμα (περιλαμβάνονται συμπτώματα ψυχογενούς αμνησίας, επίμονες και υπερβολικές αρνητικές πεποιθήσεις ή προσδοκίες σχετικά με τον εαυτό, τους άλλους, τον κόσμο, επίμονη και διαστρεβλωμένη μομφή ή αυτομομφή σχετικά με τα αίτια και τις επιπτώσεις του τραύματος, επίμονα αρνητική συναισθηματική κατάσταση (π.χ. φόβος, φρίκη, ενοχή, θυμός, ντροπή), συναισθηματική αποστασιοποίηση, απώλεια ενδιαφέροντος και περιορισμένο εύρος συναισθημάτων (κυρίως δυσκολία στο να βιώσει κανείς θετικά συναισθήματα),

δ) η επίμονη υπερεπαγρύπνηση (αυξημένη και υπερβολική αντίδραση αφνιδιασμού, ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού, προβλήματα με τον ύπνο ή τη συγκέντρωση).

Επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι στις ΗΠΑ 7-8% του γενικού πληθυσμού πληρεί τα κριτήρια της ΔΜΣ δια βίου [2,3], ενώ σε άλλα μέρη του κόσμου τα ποσοστά της ΔΜΣ υπολογίζονται από 0,3-6% [4]. Οι διαφορές στα αναφερόμενα ποσοστά πιθανώς αντανακλούν διαφορές στη μεθοδολογία της κάθε μελέτης.

Στα διαγνωστικά χαρακτηριστικά της ΔΜΣ σημειώνεται ότι η διαταραχή μπορεί να είναι ιδιαίτερα σοβαρή ή ιδιαίτερα ανθεκτική, όταν το τραυματικό γεγονός είναι διαπροσωπικής φύσεως (interpersonal) και γίνεται εκ προθέσεως (intentional). Από την άποψη αυτή ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ανάπτυξη ΔΜΣ μετά από σεξουαλική κακοποίηση. Μεταanalύσεις καταδεικνύουν τη ΔΜΣ ως μια από τις συχνότερα αναπτυσσόμενες ψυχιατρικές διαταραχές μετά από σεξουαλικό τραύμα [5].

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας γνωσιακών συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων σε ενήλικες που υπέστησαν σεξουαλική κακοποίηση (είτε στην παιδική ηλικία είτε στη μετέπειτα ζωή).

## Μέθοδος

Η ανασκόπηση περιλαμβάνει πρόσφατες ελεγχόμενες τυχαιοποιημένες μελέτες που αφορούν την εφαρμογή γνωσιακών συμπεριφορικών παρεμβάσεων σε ενήλικες για την αντιμετώπιση της ΔΜΣ μετά από σεξουαλική κακοποίηση.

Η διαδικασία εύρεσης μελετών διεξήχθη στην ηλεκτρονική βάση του Pubmed. Η αναζήτηση περιορίστηκε στην αγγλική γλώσσα. Συμπεριλήφθησαν ελεγχόμενες τυχαιοποιημένες μελέτες από το 2001 έως σήμερα. Εισήχθησαν λέξεις κλειδιά όπως posttraumatic stress disorder, sexual abuse, cognitive behavioral therapy, exposure therapy, EMDR.

Στις περισσότερες μετανalύσεις και ανασκοπήσεις επικρατεί η τάση κάτω από το γενικότερο τίτλο «σεξουαλική κακοποίηση» να συμπεριλαμβάνονται τόσο η παιδική σεξουαλική κακοποίηση όσο και η κακοποίηση ή ο βιασμός στην ενήλικη ζωή [6,7]. Η παιδική σεξουαλική κακοποίηση ορίζεται από τις περισσότερες μελέτες ως οποιαδήποτε σεξουαλική επαφή (αγγίγματα, χάρδια, ερεθισμός των γεννητικών οργάνων του παιδιού, εξαναγκασμός του παιδιού να ερεθίσει τα γεννητικά όργανα του ενήλικα ή/και στοματικός, πρωκτικός ή κολπικός βιασμός του παιδιού) από οποιοδήποτε ενήλικα, που είναι 5 ή περισσότερα χρόνια μεγαλύτερος του παιδιού. Αντίστοιχα, η σεξουαλική κακοποίηση στην ενήλικη ζωή αφορά οποιαδήποτε μορφή σεξουαλικής επαφής που γίνεται χωρίς συγκατάθεση.

## Αποτελέσματα

### α) Περιγραφή θεραπευτικών παρεμβάσεων

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που εμφανίζονται πιο συχνά στις έρευνες είναι οι εξής: η παρατεταμένη έκθεση, η εκπαίδευση στον εμβολιασμό κατά του στρες, η υποστηρικτική θεραπεία, η θεραπεία μέσω πρόβας με εικόνες, η οφθαλμοκινητική απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία του τραύματος (γνωστή ως EMDR), η εστιασμένη στο παρόν θεραπεία, η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία, η Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία και οι παρεμβάσεις που εστιάζουν στο τραύμα.

Η παρατεταμένη έκθεση (prolonged exposure) περιλαμβάνει την εξήγηση της λογικής της θεραπείας, την εκπαίδευση στην τεχνι-

κή χαλάρωσης μέσω της διαφραγματικής αναπνοής καθώς και τις πιο συνηθισμένες αντιδράσεις σε τραυματικά γεγονότα. Στη συνέχεια εξηγείται στο θεραπευόμενο η λογική της έκθεσης στην πραγματικότητα και του ζητάται να σχεδιάσει μια λίστα με αγγαχόνα ερεθίσματα που συνδέονται με το τραύμα και τα οποία τα αποφεύγει. Αφού ο θεραπευόμενος κατατάξει τα ερεθίσματα ιεραρχικά σύμφωνα με το βαθμό δυσφορίας που το καθένα πυροδοτεί, καθοδηγείται να αρχίζει να τα αντιμετωπίζει ανάμεσα στις συνεδρίες, για τουλάχιστον 45 λεπτά κάθε μέρα, ξεκινώντας από τα λιγότερο δύσκολα και προχωρώντας σε εκείνα που του προκαλούν περισσότερο άγχος. Στη συνέχεια παρέχεται στο θεραπευόμενο η λογική της έκθεσης της τραυματικής ανάμνησης στη φαντασία. Ο θεραπευτής καθοδηγεί το θεραπευόμενο να ξαναζήσει όσο το δυνατόν πιο έντονα το τραύμα του μέσα στο ασφαλές περιβάλλον της θεραπείας έως ότου μέσα από τη διαδικασία εξοικείωσης, το συνδεόμενο άγχος μειωθεί ή εκλείψει. Ο θεραπευτής ζητά από το θεραπευόμενο να κλείσει τα μάτια του και να ξεκινήσει την αφήγηση του τραύματος μεγαλοφώνως σε χρόνο ενεστώτα για 45-60 λεπτά, σαν το τραυματικό γεγονός να συμβαίνει τώρα. Η αφήγηση μαγνητοφωνείται και δίνεται στο θεραπευόμενο με την οδηγία να την ακούει καθημερινά [8].

Η εκπαίδευση στον εμβολιασμό κατά του στρες (EEKΣ-Stress Inoculation Training) είναι ένα είδος γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας, που συνδυάζει διάφορες θεραπευτικές τεχνικές, στοχεύοντας στο να αυξήσει την ικανότητα των ανθρώπων να αντιμετωπίσουν το στρες. Οι θεραπευόμενοι μαθαίνουν να μετατρέπουν μεγάλους αγχογόνους παράγοντες σε μικρότερους αντιμετωπίσιμους συγκεκριμένους στόχους. Η θεραπεία γίνεται συνήθως σε 3 φάσεις. Η πρώτη φάση περιλαμβάνει εκπαίδευση και προετοιμασία (κατανόηση της φύσης του προβλήματος και του αντίκτυπου που έχει στη ζωή του θεραπευόμενου, εκπαίδευση σε σχέση με το ότι το άγχος υπάρχει και λειτουργεί σε τρία επίπεδα: σώμα, σκέψεις, συμπεριφορά). Στη δεύτερη φάση ο θεραπευόμενος μαθαίνει τεχνικές αντιμετώπισης του άγχους σε καθένα απ' αυτά τα τρία επίπεδα. Αρχικά ορίζεται η κάθε τεχνική και εξηγείται πώς αναμένεται να βοηθήσει. Τέλος, ακολουθεί εκπαίδευση στην τεχνική. Οι τεχνικές που συνήθως εφαρμόζονται είναι η χαλάρωση και ο έλεγχος της αναπνοής (επίπεδο σώματος), η γνωσιακή αναδόμηση και η βελτίωση του αρνητικού εσωτερικού διαλόγου (επίπεδο σκέψεων), η έκθεση στη φαντασία ή την πραγματικότητα, παιχνίδια ρόλων και επίλυση προβλήματος (επίπεδο συμπεριφοράς) [9].

Η υποστηρικτική θεραπεία (supportive counseling) περιλαμβάνει μόνο ενεργητική ακρόαση. Στη συνθήκη αυτή οι θεραπευτές έχουν μια μη κατευθυντική, ενσυναισθητική στάση και επιδεικνύουν άνευ όρων αποδοχή για τους θεραπευμένους. Οι θεραπευτές ανταποκρίνονται κάνοντας διευκρινιστικές ερωτήσεις, παραφράζοντας τα λεγόμενα των θεραπευομένων ή καθρεφτίζοντας τη στάση τους και τα συναισθήματα τους [10].

Η θεραπεία μέσω πρόβας με εικόνες (Imagery Rehearsal Therapy-IRT) είναι μια γνωσιακή συμπεριφορική τεχνική που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία επαναλαμβανόμενων εφιαλτών. Οι θεραπευόμενοι αφού εξασκούνται στη χρήση εικόνων, επιλέγουν έναν εφιάλη τους, τον καταγράφουν και στη συνέχεια τροποποιούν κάποια μέρη του ονείρου ώστε το όνειρο να μεταβληθεί σε επιθυμητό. Η οδηγία που δίνεται είναι «άλλαξε τον εφιάλη με όποιο τρόπο επιθυμείς». Στη συνέχεια οι θεραπευόμενοι καταγράφουν το επιθυμητό όνειρο και επαναλαμβάνουν το σενάριο του νέου ονείρου για 10-15 λεπτά. Παροτρύνονται ανάμεσα στις

συνεδρίες να ξαναφέρνουν στο μυαλό τους το καινούριο όνειρο για 5-20 λεπτά/ημέρα [11].

Το EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Απευαισθητοποίηση και Επανεπεξεργασία του τραύματος μέσω οφθαλμικών κινήσεων) είναι μια ψυχοθεραπευτική μέθοδος επεξεργασίας στρεσογόνων ή τραυματικών εμπειριών. Το θεραπευτικό πρωτόκολλο του EMDR αποτελείται από οκτώ βήματα που ακολουθούνται με τη σειρά σε κάθε περίπτωση. Όπως και στις περισσότερες μεθόδους επεξεργασίας τραυματικών εμπειριών, έτσι και στην εφαρμογή του EMDR διακρίνουμε 3 κυρίως φάσεις: τη φάση της σταθεροποίησης, τη φάση της επεξεργασίας και τη φάση της προσαρμογής ή ενσωμάτωσης. Πιο συγκεκριμένα, μετά την αρχική αξιολόγηση και την εγκαθίδρυση της θεραπευτικής σχέσης, αφιερώνεται χρόνος ώστε ο θεραπευόμενος να νιώσει ασφαλής στο «εδώ και τώρα» και να επανασυνδεθεί με τα «θετικά στοιχεία» (πηγές) του. Στη φάση αυτή ο θεραπευόμενος εκπαιδεύεται σε τεχνικές χαλάρωσης και ενθαρρύνεται να τις εξασκεί καθημερινά. Στην επόμενη φάση ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος καθορίζουν ποια θα είναι η τραυματική ανάμνηση στην οποία θα στοχεύσουν. Στη συνέχεια ο θεραπευόμενος εστιάζει στο πιο οδυνηρό τμήμα της τραυματικής εμπειρίας, ενώ παράλληλα εστιάζει την προσοχή του σε μια σειρά ρυθμικών και διεστιακών αισθητηριακών ερεθισμάτων (τα ερεθίσματα αυτά μπορεί να είναι οπτικά, απτικά ή ακουστικά). Εν προκειμένω οι περισσότερες μελέτες χρησιμοποιούν οπτικά ερεθίσματα (κατευθυνόμενες οφθαλμικές κινήσεις). Κατά τη διάρκεια της επεξεργασίας, λοιπόν, ο θεραπευόμενος αφήνεται ελεύθερος τους συνειρμούς του και καλείται να εκφράσει οτιδήποτε σχετίζεται με το τραύμα (ανάμνηση, εικόνα, σκέψη, σωματική αίσθηση), ενώ παράλληλα παρακολουθεί τα δάκτυλα του θεραπευτή, που κάνοντας γρήγορες και ρυθμικές κινήσεις διασχίζει το οπτικό πεδίο του θεραπευόμενου από τα δεξιά ως τα αριστερά. Η διαδικασία επαναλαμβάνεται έως ότου η τραυματική ανάμνηση πάψει να συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα. Στην τελική φάση της ενσωμάτωσης, στόχος είναι η αφομοίωση της εμπειρίας και η ανασκόπηση της θεραπείας [12].

Η εστιασμένη στο παρόν θεραπεία (present-centered therapy) εστιάζει στην επίλυση του προβλήματος στο εδώ και τώρα. Η συγκεκριμένη παρέμβαση επιλέχθηκε γιατί δεν περιείχε το στοιχείο της έκθεσης σε ενθύμια του τραύματος – η οποία έκθεση αποτελεί αναπόσπαστο θεραπευτικό συστατικό της ΓΣΘ. Επιπλέον, οι ερευνητές υπέθεσαν ότι εφόσον η επίλυση του προβλήματος είναι τεκμηριωμένα αποτελεσματική παρέμβαση στην κατάθλιψη, θα μπορούσε να είναι βοηθητική και για τους ασθενείς με ΔΜΣ οι οποίοι συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επίλυση τρεχόντων προβλημάτων [13].

Βασικά θεραπευτικά στοιχεία της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας (ΓΣΘ-Cognitive Behavioural Therapy) είναι η παρατεταμένη έκθεση στη φαντασία, η έκθεση στην πραγματικότητα και η γνωσιακή αναδόμηση. Κατά την έκθεση στη φαντασία ο θεραπευτής ζητά από τον θεραπευόμενο να φέρει στο μυαλό του την τραυματική ανάμνηση, στη συνέχεια ο θεραπευτής ζητά από το θεραπευόμενο να ξεκινήσει την αφήγηση της τραυματικής ανάμνησης σε χρόνο ενεστώτα σαν το τραυματικό γεγονός να συμβαίνει τώρα και να ξανα-αφηγηθεί την ανάμνηση έως ότου το άγχος μειωθεί. Μετά από αρκετές αφηγήσεις οι θεραπευτές βοηθούν τους θεραπευόμενους να εστιάσουν στα πιο αγχογόνα σημεία της αφήγησης. Οι αφηγήσεις μαγνητοφωνούνται και ο θεραπευόμενος τις ακούει καθημερινά στο σπίτι. Κατά την έκθεση

στην πραγματικότητα ο θεραπευτής βοηθά το θεραπευόμενο να κατατάξει ιεραρχικά σε μια λίστα τα αγχογόνα ερεθίσματα που αποφεύγει σύμφωνα με το βαθμό δυσφορίας που το καθένα προξενεί. Ο θεραπευόμενος καθοδηγείται να αρχίσει να αντιμετωπίζει τα ερεθίσματα αυτά ανάμεσα στις συνεδρίες, ξεκινώντας από τα πιο εύκολα και σταδιακά προχωρώντας σε εκείνα που προκαλούν περισσότερο άγχος. Όσον αφορά τη γνωσιακή αναδόμηση ο θεραπευτής βοηθά το θεραπευόμενο να αναγνωρίσει τις αυτόματες σκέψεις που συνοδεύουν τα αρνητικά συναισθήματα, να εντοπίσει τους τύπους των γνωστικών διαστρεβλώσεων και να αμφισβητήσει τις γνώσεις που προκαλούν αρνητικά συναισθήματα. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις γνώσεις που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός. Επιπροσθέτως, στη συνθήκη αυτή ο θεραπευτής παρέχει στο θεραπευόμενο ψυχοεκπαίδευση για τη ΔΜΣ, παραθέτει τη λογική της θεραπείας, εκπαιδεύει το θεραπευόμενο σε τεχνικές χαλάρωσης και αναθέτει δουλειά για το σπίτι [14,15]. Η Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία (ΔΣΘ-Dialectical Behavior Therapy) δημιουργήθηκε για την αντιμετώπιση των ασθενών που έπασχαν από οριακή διαταραχή προσωπικότητας και ειδικότερα για την αντιμετώπιση νέων γυναικών που εμφάνιζαν αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και είχαν κάνει απόπειρες αυτοκτονίας χωρίς να πάσχουν από κατάθλιψη.

Αποτελείται από τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά: α) Ατομική ψυχοθεραπεία συχνότητας μία έως δύο φορές την εβδομάδα β) Εκπαίδευση σε δεξιότητες. Η εκπαίδευση γίνεται τις περισσότερες φορές ομαδικά. Η ομάδα συναντιέται μία φορά τη βδομάδα περίπου για 2 ώρες και έχει χαρακτηρισμό ψυχοεκπαιδευτικό. Ο κύκλος της ομάδας έχει διάρκεια 6 μηνών και αποτελείται από τέσσερις ενότητες: αυτοεπίγνωση, ρύθμιση του συναισθήματος, αντοχή στο δύσφορο συναισθήμα, διαπροσωπική αποτελεσματικότητα γ) Τηλεφωνική παρέμβαση στην κρίση σε 24ωρη βάση. Η παρέμβαση αυτή έχει διπλό στόχο. Αφενός την πρόληψη της αυτοκτονίας και αφετέρου τη χρήση των δεξιοτήτων in vivo, τη στιγμή, δηλαδή, που χρειάζονται περισσότερα. Ο στόχος είναι να ενισχυθεί και να γενικευτεί η χρήση νέων πιο λειτουργικών συμπεριφορών, μέσα από το αίσθημα ανακούφισης και αυτο-αμοιβής, που αισθάνεται το άτομο όταν κατορθώνει να ξεπερνά την κρίση χωρίς να ενεργοποιεί δυσλειτουργικές συμπεριφορές. δ) Ομάδα συμβουλευτικής των θεραπειών. Η ομάδα συναντιέται μια φορά την εβδομάδα και έχει ως στόχο να συζητήσει θέματα που αφορούν τη θεραπεία και να στηρίζει τους θεραπευτές στο έργο τους [16].

Οι εστιασμένες στο τραύμα παρεμβάσεις (trauma focused interventions) εστιάζουν στην ανάμνηση της τραυματικής εμπειρίας και βοηθούν το θεραπευόμενο να εντοπίσει το νόημα που έχει για τον ίδιο το τραυματικό γεγονός επισημαίνοντας αντιθέσεις ανάμεσα σε προ-τραυματικές και μετα-τραυματικές πεποιθήσεις. Πιο συγκεκριμένα, η θεραπεία βοηθά τους θεραπευόμενους να εξετάσουν: α) αν έχουν διαστρεβλώσει στοιχεία του τραυματικού γεγονότος έτσι ώστε να διατηρήσουν ανέπαφες τις προ-τραυματικές βασικές τους πεποιθήσεις β) αν, εξαιτίας των πληροφοριών που έφερε το τραύμα στη ζωή τους, άλλαξαν υπερβολικά τις πεποιθήσεις τους υιοθετώντας ακραίες θέσεις [17].

## β) Έργονες

Παρακάτω παρατίθενται τα αποτελέσματα των ερευνών που μελετήθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση:

Σε τυχαίοποιημένη έρευνα των Krakow και συνεργατών [11] χρησιμοποιήθηκε η θεραπεία μέσω πρόβας με εικόνες (imagery

rehearsal therapy-IRT) για την ύφεση των εφιαλτών που συχνά απαντώνται στη ΔΜΣ. Στόχος της έρευνας ήταν να εξεταστεί κατά πόσο η θεραπεία χρόνιων εφιαλτών μέσω IRT μειώνει τη συχνότητα των ενοχλητικών ονείρων, βελτιώνει την ποιότητα του ύπνου και μειώνει τη σοβαρότητα των μετατραυματικών συμπτωμάτων. Το δείγμα αποτελούταν από εκατόν εξήντα οχτώ (168) ενήλικες γυναίκες. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (95%) έπασχε από μέτρια έως σοβαρής βαρύτητας ΔΜΣ. Το 97% του δείγματος είχε υποστεί βιασμό ή άλλη σεξουαλική κακοποίηση. Επιπλέον, πάνω από τις μισές συμμετέχουσες του δείγματος (58%) ανέφεραν επαναλαμβανόμενη έκθεση σε σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία ή την εφηβεία. Οι συμμετέχουσες διανεμήθηκαν τυχαία σε δύο ομάδες: στη θεραπευτική ομάδα και στην ομάδα που βρίσκονταν σε αναμονή θεραπείας (waiting-list control group). Η θεραπευτική ομάδα έλαβε τρεις συνεδρίες IRT, ενώ η ομάδα ελέγχου δεν έλαβε καμία επιπρόσθετη παρέμβαση. Να σημειωθεί πως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (79%) λάμβανε, ήδη από την αρχική εξέταση αξιολόγησης, ψυχοθεραπεία (κυρίως υποστηρικτικού τύπου) ή/και ψυχοτρόπα φάρμακα (κυρίως τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ή αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης). Τα κύρια εργαλεία μέτρησης του αποτελέσματος ήταν το Nightmare Frequency Questionnaire, το Pittsburgh Sleep Quality Index, το PTSD Symptom Scale και το Clinician-Administered PTSD Scale. Τα αποτελέσματα υπέδειξαν σημαντική διαφορά μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου όσον αφορά στους εφιάλτες, την ποιότητα του ύπνου και τη σοβαρότητα των μετατραυματικών συμπτωμάτων. Στη θεραπευτική ομάδα τα αποτελέσματα που παρατηρήθηκαν στην επαναξιολόγηση των 3 μηνών διατηρήθηκαν και στην επαναξιολόγηση των 6 μηνών. Αντίθετα στην ομάδα ελέγχου δεν παρατηρήθηκε καθόλου βελτίωση σε οποιαδήποτε διαχρονική μέτρηση.

Η ομάδα των Lee και συνεργατών [18] συνέκρινε την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης στον εμβολιασμό κατά του στρες με παρατεταμένη έκθεση (EEKΣ-ΠΕ) με την απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία του τραύματος μέσω οφθαλμικών κινήσεων ή, όπως είναι γνωστή, με το EMDR (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing). Μετά την αρχική αξιολόγηση, κάθε συμμετέχων μπήκε σε λίστα αναμονής. Έξι βδομάδες μετά, οι συμμετέχοντες των οποίων η διάγνωση επιβεβαιώθηκε από μια δομημένη συνέντευξη διανεμήθηκαν τυχαία σε μια από τις δυο θεραπευτικές συνθήκες. Η κάθε συνθήκη είχε δώδεκα (12) συμμετέχοντες (συνολικά υπήρχαν 13 άντρες και 11 γυναίκες). Ένα υψηλό ποσοστό του δείγματος (58,3%) ανέφερε συναισθηματική παραμέληση, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία. Επτά 90λεπτες συνεδρίες πραγματοποιήθηκαν σε εβδομαδιαία βάση. Τα εργαλεία μέτρησης του αποτελέσματος ήταν αυτοσυμπληρούμενες κλίμακες και κλίμακες που χορηγήθηκαν από κλινικούς. Πιο συγκεκριμένα χορηγήθηκαν το Davidson's Structured Interview for PTSD, το Keane's Post Traumatic Stress Disorder Scale from the Minnesota Multiphasic Personality Inventory, το Impact of Event Scale και το Beck Depression Inventory. Στη λήξη της θεραπείας δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά το κατά πόσο οι συμμετέχοντες πληρούσαν τα κριτήρια της ΔΜΣ. Παρόλα αυτά στις υποκλίμακες των συμπτωμάτων επαναβίωσης το EMDR αποδείχθηκε ανώτερης αποτελεσματικότητας από την εκπαίδευση στον εμβολιασμό κατά του στρες με παρατεταμένη έκθεση (πιθανόν αυτό να οφείλεται στο ότι κατά το EMDR οι

θεραπευόμενοι εστιάζουν εσκεμμένα σε εσωτερικά ερεθίσματα, σκέψεις ή συναισθήματα που σχετίζονται με το τραύμα. Πρόκειται δηλ. για μια παραλλαγή της έκθεσης στη φαντασία). Στις επαναξιολογήσεις το EMDR παρουσίαζε υψηλότερα θεραπευτικά αποτελέσματα σε όλες τις μετρήσεις. Παρόλα αυτά, αξίζει να σημειωθεί πως το μικρό μέγεθος του δείγματος και η έλλειψη ανεξάρτητων αξιολογητών στη λήξη της θεραπείας και στις επαναξιολογήσεις δυσχεραίνουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Η έρευνα της Resick και συνεργατών [19] συνέκρινε τρεις ομάδες: γνωσιακής επεξεργασίας (cognitive-processing therapy; CPT), παρατεταμένης έκθεσης (prolonged exposure; PE) και συνθήκη ελάχιστης προσοχής (minimal attention condition; MA) για τη θεραπεία της ΔΜΣ και της κατάθλιψης. Στόχος της έρευνας ήταν να μελετηθεί η επίδραση των θεραπειών στις δυσλειτουργικές σκέψεις (κυρίως στην αυτοκατηγορία και την ενοχή). Υπήρξε μια προσπάθεια από τους ερευνητές να μην εισάγουν το στοιχείο της έκθεσης στη συνθήκη της γνωσιακής επεξεργασίας, αλλά και αντίστοιχα να μην εισάγουν «γνωστικά στοιχεία» στη συνθήκη της παρατεταμένης έκθεσης. Εκατόν εβδομήντα μία (171) γυναίκες θύματα βιασμού διανεμήθηκαν τυχαία στις τρεις συνθήκες. Οι συμμετέχουσες είχαν υποστεί βιασμό (κολπικό, πρωκτικό ή στοματικό) είτε στην παιδική ηλικία είτε στην ενήλικη ζωή (μέσο χρονικό διάστημα από το βιασμό ήταν τα 8,5 έτη). Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση των συμμετεχουσών ήταν: το Clinician-Administered PTSD Scale, το PTSD Symptom Scale, το Structured Clinical Interview for DSM-IV, το Beck Depression Inventory και το Trauma-Related Guilt Inventory. Ανεξάρτητες αξιολογήσεις έγιναν πριν τη θεραπεία, στη λήξη και στους τρεις και εννιά μήνες μετά το πέρας της θεραπείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική ανωτερότητα των θεραπευτικών ομάδων έναντι της ομάδας ελέγχου. Οι ομάδες της ενεργούς θεραπείας είχαν παρόμοια αποτελέσματα με μόνη διαφορά ότι η ομάδα γνωσιακής επεξεργασίας υπερείχε έναντι της παρατεταμένης έκθεσης στην αποκατάσταση των ενοχικών σκέψεων. Οι ερευνητές υπέθεσαν όμως ότι ίσως αυτό το εύρημα εξαρτάται και από τον τύπο της ενοχής που αναφέρεται από τους θεραπευόμενους. Πιο συγκεκριμένα η σφαιρική ενοχή (global guilt) σχετίζεται με μια χαρακτηρισολογική αυτο-κατηγορία (characterological self-blame) και είναι πιο εύκολο να υφείλει με έκθεση στην τραυματική ανάμνηση και με απλές δηλώσεις που αφορούν την έλλειψη κατηγορίας και ευθύνης. Όμως οι ενοχικές σκέψεις που αφορούν στο κατά πόσο το συμβάν μπορούσε να προβλεφθεί ή να αποφευχθεί ίσως απαιτούν γνωσιακή επεξεργασία. Ενδιαφέρον στην παρούσα έρευνα παρουσιάζει το γεγονός ότι το θεραπευτικό αποτέλεσμα δεν επηρεαζόταν από τη χρονιότητα του τραύματος (η θεραπεία ήταν εξίσου αποτελεσματική για την πρόσφατα εγκατεστημένη, αλλά και για τη χρόνια ΔΜΣ.) Το ικανοποιητικό μέγεθος του δείγματος, αλλά και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του καθιστούν δυνατή τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε πληθυσμούς που έχουν υποστεί τραυματικά γεγονότα. Η McDonagh και συνεργάτες [20] πραγματοποίησαν μια τυχαίοποιημένη μελέτη σε εβδομήντα τέσσερις (74) γυναίκες που έπασχαν από ΔΜΣ σχετιζόμενη με παιδική σεξουαλική κακοποίηση. Οι ερευνητές συνέκριναν τη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ) με μια θεραπεία εστιασμένη στο παρόν (present-centered therapy; PCT) και με τη λίστα αναμονής (ομάδα ελέγχου). Οι συμμετέχοντες στις πειραματικές ομάδες έλαβαν 14 ατομικές συνεδρίες με συχνότητα 1 φορά/βδομάδα. Συστατικά της ΓΣΘ ήταν η παρατεταμένη έκθεση στη φαντασία, η έκθεση στην πραγματι-

κόπηση και η γνωσιακή αναδόμηση. Αντίστοιχα, η εστιασμένη στο παρόν θεραπεία δεν περιείχε το στοιχείο της έκθεσης σε ενθύμια του τραύματος, αλλά εστιαζόταν στην επίλυση προβλημάτων στο εδώ και τώρα. Τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το CAPS (για τη διάγνωση της ΔΜΣ, και για την εκτίμηση της συχνότητας και της βαρύτητας των μετατραυματικών συμπτωμάτων). Χρησιμοποιήθηκε ακόμη το SCID (για τη διάγνωση συνοδών διαταραχών του Άξονα Ι), το ELS (για την αξιολόγηση του ιστορικού του τραύματος) και αυτοσυμπληρούμενες κλίμακες, όπως: το Beck Depression Inventory, το Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, το Traumatic Stress Institute Beliefs Scale, το Dissociative Experiences Scale, το Cook-Medley Hostility Scale, το State-Trait Anger Expression Inventory και το Quality of Life Inventory. Στη λήξη της θεραπείας και στις επαναληπτικές μετρήσεις η ομάδα της ΓΣΘ ήταν πιο πιθανό να μην πληροί τα κριτήρια διάγνωσης για τη ΔΜΣ. Πιο συγκεκριμένα, στο τέλος της θεραπείας 47,1% των ανθρώπων, που έλαβαν ΓΣΘ, δεν πληρούσαν πλέον διαγνωστικά κριτήρια για τη ΔΜΣ. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις άλλες δυο ομάδες ήταν 35% για τους συμμετέχοντες στη PCT και 20% για την ομάδα ελέγχου. Στην επαναξιολόγηση των έξι μηνών τα ποσοστά ανήλθαν στο 76,5% για τους συμμετέχοντες στη ΓΣΘ και στο 42,1% για τους συμμετέχοντες στο PCT. Δεν υπήρξαν διαχρονικές μετρήσεις από την ομάδα ελέγχου καθώς μετά το πέρας των 14 εβδομάδων δόθηκε η επιλογή στους συμμετέχοντες να ξεκινήσουν θεραπεία. Οι ομάδες της ενεργούς θεραπείας ήταν ανώτερης αποτελεσματικότητας από την ομάδα ελέγχου στη μείωση των μετατραυματικών συμπτωμάτων αλλά και στις δευτερεύουσες μετρήσεις.

Σε μεταγενέστερη έρευνα της Foa και συνεργατών [21] εκατόν εβδομήντα μία (171) ενήλικες γυναίκες με χρόνια ΔΜΣ διανεμήθηκαν τυχαία σε τρεις συνθήκες: παρατεταμένης έκθεσης, παρατεταμένης έκθεσης σε συνδυασμό με γνωσιακή αναδόμηση ή λίστας αναμνηστικής. Η διάγνωση της ΔΜΣ σχετιζόταν είτε με σεξουαλική κακοποίηση (βιασμό ή παιδιόθεν κακοποίηση) είτε με μη σεξουαλική επίθεση, που συνέβη τουλάχιστον 3 μήνες πριν την αξιολόγηση ή που συνέβη στην παιδική ηλικία. Η συννόσηση με διαταραχές του Άξονα Ι ήταν συχνή. Η πιο συχνή συνοδος διαταραχή ήταν η μείζονα κατάθλιψη (η οποία εμφανιζόταν σε ποσοστό 41,2% του δείγματος). Η θεραπεία αποτελούνταν από 9-12 συνεδρίες (οι συμμετέχοντες, οι οποίοι πετύχαιναν έως την 8η συνεδρία μια μείωση, τουλάχιστον κατά 70%, της σοβαρότητας των μετατραυματικών συμπτωμάτων τερμάτιζαν τη θεραπεία τους στην 9η συνεδρία. Στους υπόλοιπους συμμετέχοντες προσφερόταν έως 12 συνεδρίες). Οι μετρήσεις έγιναν με ημιδομημένες διαγνωστικές συνεντεύξεις (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders with Psychotic Screen και PTSD Symptom Scale Interview). Οι δευτερεύουσες μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν με το Beck Depression Inventory, το Social Adjustment Scale και το PTSD Symptom Scale-Self report. Οι αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν από αξιολογητές μέσω τυφλής κρίσης, ως προς τη θεραπευτική συνθήκη, πριν τη θεραπεία, στη λήξη της και στους τρεις, έξι και δώδεκα μήνες μετά το πέρας της θεραπείας. Οι πειραματικές ομάδες υπέδειξαν σημαντική βελτίωση έναντι της ομάδας ελέγχου σε όλα τα εργαλεία μέτρησης των μετατραυματικών συμπτωμάτων, της κατάθλιψης και της κοινωνικής λειτουργικότητας. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα διατηρούνταν αμετάβλητα ως την ετήσια επανεξέταση. Φάνηκε, τέλος, πως η προσθήκη του στοιχείου της γνωσιακής αναδόμησης δεν βελτίωσε περαιτέρω το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε σύγκριση με τη συνθήκη της

μεμονωμένης παρατεταμένης έκθεσης. Σχετικά με το εύρημα αυτό, οι ερευνητές υπέθεσαν ότι ο περιορισμένος αριθμός και η διάρκεια των συνεδριών δεν επέτρεπαν στους συμμετέχοντες να εκπαιδευτούν ταυτόχρονα τόσο στην παρατεταμένη έκθεση όσο και στη γνωσιακή αναδόμηση. Είναι πιθανό δηλ. οι συμμετέχοντες σε αυτή τη συνδυαστική συνθήκη να μην έλαβαν την «πλήρη δόση» καθεμιάς θεραπευτικής μεθόδου. Επιπλέον, συχνά υπάρχει μεγάλη αλληλοεπικάλυψη μεταξύ γνωσιακής θεραπείας και θεραπείας έκθεσης καθώς οι δύο προσεγγίσεις περιλαμβάνουν παρόμοια στοιχεία. Τέλος, είχε ήδη υποστηριχθεί από προηγούμενες μελέτες της Foa [22] ότι η έκθεση από μόνη της μειώνει το παθολογικό άγχος τροποποιώντας τις δυσλειτουργικές γνώσεις μέσα από τις ασκήσεις έκθεσης.

Σε επόμενη έρευνα της Foa και συνεργατών [10] ενενήντα (90) γυναίκες, που πρόσφατα είχαν υποστεί κακοποίηση και πληρούσαν τα κριτήρια της ΔΜΣ, διανεμήθηκαν τυχαία σε μία από τις τρεις συνθήκες: σύντομη γνωσιακή συμπεριφορική παρέμβαση, που εστίαζε στην επεξεργασία του τραύματος, συνθήκη αξιολόγησης και υποστηρικτική συμβουλευτική. Από τις 90 γυναίκες, οι 57 είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση και οι 33 μη σεξουαλική κακοποίηση. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν τα 33,7 έτη και ο μέσος χρόνος από την κακοποίηση έως την αρχική αξιολόγηση ήταν 20,5 ημέρες. Οι συμμετέχουσες υποβλήθηκαν σε 4 δίωρες συνεδρίες ανά εβδομάδα. Τα κύρια εργαλεία μέτρησης του αποτελέσματος ήταν ημιδομημένες διαγνωστικές συνεντεύξεις και συνεντεύξεις εκτίμησης της βαρύτητας των μετατραυματικών συμπτωμάτων που χορηγήθηκαν από κλινικούς, όπως το Structured Clinical Interview for DSM-IV PTSD and acute stress disorder (ASD) module, το PTSD Symptom Scale-Interview και το Standardized Assault Interview. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, όπως: το PTSD Symptom Scale Self-Report, το Beck Depression Inventory, το Beck Anxiety Inventory, το Expectancy of Therapeutic Outcome και το Usefulness of Techniques Inventory. Ανεξάρτητες αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν πριν τη θεραπεία, μετά το τέλος της θεραπείας και στους δυο, τρεις, έξι, εννιά και δώδεκα μήνες μετά το πέρας της θεραπείας. Σε όλες τις παρεμβάσεις παρατηρήθηκε μείωση των μετατραυματικών συμπτωμάτων, της κατάθλιψης και του άγχους με την πάροδο του χρόνου. Στη λήξη της θεραπείας η σύντομη γνωσιακή συμπεριφορική παρέμβαση υπέδειξε μεγαλύτερη μείωση στις αυτοσυμπληρούμενες κλίμακες σοβαρότητας των μετατραυματικών συμπτωμάτων και μια τάση προς χαμηλότερο γενικευμένο άγχος σε σύγκριση με τη συνθήκη της υποστηρικτικής συμβουλευτικής. Η ανωτερότητα της σύντομης γνωσιακής συμπεριφορικής παρέμβασης διατηρήθηκε έως και την τρίμηνη επαναξιολόγηση. Στις επόμενες επαναξιολογήσεις, όμως, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις τρεις θεραπευτικές συνθήκες. Παρότι οι τρεις θεραπευτικές συνθήκες ήταν συγκρίσιμες μακροπρόθεσμα και η υπεροχή της σύντομης γνωσιακής συμπεριφορικής παρέμβασης εξαλείφθηκε μετά το 3μηνο, τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας μάς επιτρέπουν να υποθέσουμε ότι η σύντομη γνωσιακή συμπεριφορική παρέμβαση και η ταχύτερη ανάρρωση που διασφαλίζει ίσως είναι ιδιαίτερης αξίας για εκείνους τους ανθρώπους, που τους πρώτους μήνες μετά από ένα τραυματικό γεγονός, υποφέρουν από σοβαρά μετατραυματικά συμπτώματα.

Σε μια πιο πρόσφατη τυχαίοποιημένη έρευνα των Bohus και συνεργατών [23] οι ερευνητές θέλησαν να εξετάσουν την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος, που συνδύαζε αρχές διαλε-

πτικής συμπεριφορικής θεραπείας (dialectical behavior therapy-DBT) με παρεμβάσεις εστιασμένες στο τραύμα (trauma-focused interventions) σε ασθενείς που έπασχαν από ΔΜΣ μετά από παιδική σεξουαλική κακοποίηση και συνυπάρχουσα οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Εβδομήντα τέσσερις (74) γυναίκες με ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης διανεμήθηκαν τυχαία είτε στη θεραπευτική ομάδα είτε στην ομάδα που βρίσκονταν σε αναμονή θεραπείας. Περίπου οι μισές από τις συμμετέχουσες πληρούσαν κριτήρια οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Σημειωτέον, τα άτομα που συνέχιζαν να αυτο-τραυματίζονται δεν αποκλείστηκαν. Τα κύρια εργαλεία μέτρησης του αποτελέσματος ήταν το Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) και το Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS). Πρόκειται για κλίμακες αξιολόγησης της παρουσίας, της σοβαρότητας, της διάρκειας και του αντίκτυπου των συμπτωμάτων στην κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα. Αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν από αξιολογητές μέσω τυφλής κρίσης στην έναρξη, στη λήξη της θεραπείας και στις έξι και δώδεκα βδομάδες μετά το πέρας της θεραπείας. Τα αποτελέσματα υποστήριξαν τη σημαντική ανωτερότητα της θεραπευτικής ομάδας έναντι της ομάδας ελέγχου. Ούτε η διάγνωση της οριακής διαταραχής προσωπικότητας, αλλά ούτε ο αριθμός και η σοβαρότητα των οριακών συμπτωμάτων δε συσχετίστηκαν σημαντικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Σε άλλη έρευνα των Jung και Steil [24] οι ερευνητές ανέπτυξαν ένα πρόγραμμα γνωσιακής αναδόμησης και τροποποίησης εικόνων (Cognitive Restructuring and Imagery Modification), που στόχευε ιδιαίτερα στην καταπολέμηση της αίσθησης μόλυνσης (feeling of being contaminated) από την οποία συχνά υποφέρουν οι επιζήσαντες της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Η θεραπεία αποτελούταν από 2 συνεδρίες διάρκειας 90 και 50 λεπτών. Τριάντα τέσσερις (34) γυναίκες με ΔΜΣ σχετιζόμενη με παιδική σεξουαλική κακοποίηση διανεμήθηκαν τυχαία είτε στη θεραπευτική ομάδα είτε στην ομάδα ελέγχου. Τα κύρια εργαλεία μέτρησης του αποτελέσματος ήταν τα: Clinician-Administered PTSD Scale και Posttraumatic Diagnostic Scale, τα οποία αφορούσαν την ένταση, τη ζωνρότητα, το ανεξέλεγκτο της αίσθησης ότι έχουν μολυνθεί, τη συνδεόμενη δυσφορία και τα μετατραυματικά συμπτώματα. Οι μετρήσεις των αποτελεσμάτων έγιναν πριν την έναρξη της θεραπείας, στη λήξη και στην επαναξιολόγηση των τεσσάρων εβδομάδων. Τα αποτελέσματα υπέδειξαν σημαντική ανωτερότητα της θεραπευτικής ομάδας τόσο στη μείωση της αίσθησης της μόλυνσης όσο και στη μείωση των μετατραυματικών συμπτωμάτων.

Οι Bass και συνεργάτες [25] πραγματοποίησαν μια τυχαιοποιημένη μελέτη σε γυναίκες από τη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό, που υπέστησαν σεξουαλική κακοποίηση. Στόχος τους ήταν να μελετήσουν την αποτελεσματικότητα θεραπευτικών παρεμβάσεων σε μια χώρα χαμηλού εισοδήματος, χαμηλού ποσοστού εγγράμματων και επηρεασμένη από συγκρούσεις, όπως το Κονγκό. Στην έρευνα συμπεριλήφθησαν 15 χωριά (οι 157 συμμετέχουσες από 7 χωριά έλαβαν θεραπεία γνωσιακής επεξεργασίας-cognitive processing therapy- και οι 248 συμμετέχουσες από τα υπόλοιπα 8 χωριά έλαβαν ατομική συμβουλευτική υποστήριξη-individual support). Όλες οι συμμετέχουσες παρουσίαζαν σοβαρού βαθμού μετατραυματικά συμπτώματα, συνυπάρχουσα κατάθλιψη και άγχος. Η συνθήκη της γνωσιακής επεξεργασίας περιλάμβανε μία ατομική συνεδρία (μιας ώρας) και έντεκα δίωρες ομαδικές συνεδρίες. Η θεραπεία ήταν προσαρμοσμένη σε αγράμματους συμμετέχοντες και σε εκείνους που εξακολούθουσαν να υφίστανται

κακοποίηση. Η ατομική υποστήριξη περιλάμβανε ψυχοκοινωνική και οικονομική υποστήριξη, ιατρικές και νομικές παραπομπές. Οι αξιολογήσεις των καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων, των μετατραυματικών συμπτωμάτων και της λειτουργικότητας πραγματοποιήθηκαν στην αρχή της θεραπείας, στη λήξη, στον πρώτο και έκτο μήνα μετά το πέρας της θεραπείας. Τα κύρια εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) για την αξιολόγηση της κατάθλιψης και του άγχους και το Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) για την αξιολόγηση των μετατραυματικών συμπτωμάτων. Οι συμμετέχουσες στη θεραπευτική συνθήκη υπέδειξαν σημαντικά υψηλότερες βελτιώσεις και στις δύο επαναξιολογήσεις όσον αφορά τις κύριες αλλά και τις δευτερεύουσες μετρήσεις. Στην επαναξιολόγηση των 6 μηνών, ένα ποσοστό 9% των συμμετεχόντων στη θεραπευτική συνθήκη πληρούσε τα κριτήρια για κατάθλιψη, άγχος και ΔΜΣ, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τη συνθήκη ατομικής υποστήριξης ανερχόταν στο 42%.

Η έρευνα των Scher και συνεργατών [26] είχε δυο στόχους: α) τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις γνώσεις που σχετίζονται με το τραύμα και τα μετατραυματικά συμπτώματα τόσο πριν την έναρξη της θεραπείας όσο και ένα μακρύ χρονικό διάστημα μετά την εφαρμογή της θεραπείας και β) το κατά πόσο αυτή η σχέση επηρεάζεται από τον τύπο της θεραπείας. Οι συμμετέχουσες ήταν 171 γυναίκες που είχαν υποστεί βιασμό και διανεμήθηκαν τυχαία σε τρεις συνθήκες: συνθήκη γνωσιακής επεξεργασίας (cognitive processing therapy; CPT), συνθήκη παρατεταμένης έκθεσης (prolonged exposure therapy, PE) και συνθήκη ελάχιστης προσοχής σε αναμονή θεραπείας (minimal attention wait-list condition). Μπαταρίες συνεντεύξεων και εργαλεία αυτοαναφοράς συμπληρώθηκαν πριν την έναρξη της θεραπείας, στη λήξη, στους 3 και στους 9 μήνες και από 5 έως 10 χρόνια μετά το πέρας της θεραπείας. Πιο συγκεκριμένα, τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Posttraumatic Maladaptive Beliefs Scale, το Trauma-Related Guilt Inventory και το Clinician-Administered PTSD Scale. Τα αποτελέσματα υπέδειξαν ότι τα επίπεδα των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων των συμμετεχουσών, που αφορούσαν την απειλή βλάβης, την ενοχή, το κατά πόσο θεωρώ τους άλλους αξιόπιστους και άξιους εμπιστοσύνης και το τί πιστεύω για τη δική μου αξία, παρουσίαζαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη σοβαρότητα των μετατραυματικών συμπτωμάτων σε όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης. Επιπλέον, συγκρίνοντας τη συνθήκη της παρατεταμένης έκθεσης με τη συνθήκη της γνωσιακής επεξεργασίας, φάνηκε ότι η σχέση μεταξύ δυσλειτουργικών πεποιθήσεων και μετατραυματικών συμπτωμάτων δεν επηρεαζόταν από τον τύπο της θεραπείας.

Σε πρόσφατη τυχαιοποιημένη έρευνα των Belleville και συνεργατών [27] συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα ενός συνδυασμού Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας (ΓΣΘ) και θεραπείας εφιαλτών (Imagery Rehearsal Therapy-IRT) σε σχέση με τη ΓΣΘ ως μεμονωμένη θεραπεία για τη ΔΜΣ. Σαράντα δυο (42) ενήλικες που είχαν υποστεί σεξουαλική επίθεση και εμφάνιζαν ΔΜΣ διανεμήθηκαν τυχαία είτε στην πειραματική ομάδα (ΓΣΘ+IRT) είτε στην ομάδα ελέγχου (περίοδος αναμονής ακολουθούμενη από ΓΣΘ). Τα κύρια εργαλεία μέτρησης του αποτελέσματος ήταν: το Nightmare Distress Questionnaire για την αξιολόγηση της δυσφορίας και της συχνότητας των εφιαλτών, το Pittsburgh Sleep Quality Assessment (PSQI) για την ποιότητα του ύπνου, το Pittsburgh Sleep Quality Index-Addendum for PTSD για την αξιολόγηση διαταρακτικών νυχτερινών συμπεριφορών, το Modified

PTSD Symptom Scale-Self Report για την αξιολόγηση της σοβαρότητας και της συχνότητας των μετατραυματικών συμπτωμάτων, το World Health Organization Disability Assessment Schedule για την αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης και το Medical Outcomes Study Health Survey για την ποιότητα ζωής. Αντίθετα με τις αρχικές υποθέσεις των ερευνητών τα αποτελέσματα δεν υπέδειξαν σημαντική διαφορά μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου αλλά υπέδειξαν ότι η θεραπεία εφιαλτών απέδωσε μεγαλύτερη βελτίωση στη συχνότητα και στη δυσφορία των εφιαλτών σε σύγκριση με την περίοδο αναμονής της ομάδας ελέγχου. Επομένως, η στόχευση στην αντιμετώπιση των εφιαλτών, στην αρχή της θεραπείας για ΔΜΣ μπορεί να βελτιώσει γρήγορα αυτά τα νυκτερινά συμπτώματα.

## Συζήτηση

### α) Σχόλια για τα ευρήματα των ερευνών

Σε όλες τις ελεγχόμενες τυχαιοποιημένες μελέτες οι ενεργές θεραπείες επέφεραν σημαντική βελτίωση των μετατραυματικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου. Επιπλέον, η βελτίωση που επιτεύχθηκε στη λήξη της θεραπείας διατηρήθηκε από 1 μήνα έως 12 μήνες (ανάλογα με το σημείο των τελικών διαχρονικών μετρήσεων). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλη πρόσφατη ανασκόπηση που διερεύνησε την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων σε ενήλικες που υπέστησαν σεξουαλική επίθεση [28]. Επιπλέον, στην εν λόγω ανασκόπηση των Parcesepe και συνεργατών δεν προέκυψε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην αποτελεσματικότητα μεταξύ των διαφορετικών ενεργών θεραπειών.

Είναι όντως αξιοσημείωτο ότι σε κάποιες έρευνες διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις καταλήγουν σε παρόμοια αποτελέσματα [19,10]. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι διάφορες θεραπείες μοιράζονται κάποιους κοινούς θεραπευτικούς παράγοντες (common factors), στους οποίους συγκαταλέγονται η ενσυναίσθηση και η θεραπευτική σχέση. Επιπλέον, εν προκειμένω, οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις μοιράζονται κοινούς παράγοντες που επικεντρώνονται στο να βοηθήσουν τους θεραπευόμενους να διαχειριστούν το τραυματικό γεγονός. Για παράδειγμα, η έκθεση δεν προάγει μόνο την εξοικείωση αλλά δευτερογενώς παρέχει την ευκαιρία στον θεραπευόμενο να σκεφτεί προηγούμενες παρερμηνείες σε σχέση με το τραυματικό γεγονός. Παρομοίως, η γνωσιακή αναδόμηση έμμεσα προάγει την έκθεση.

Ένα άλλο κείμενο που αφορά τη θεραπεία της ΔΜΣ στους επιβιώσαντες από σεξουαλική κακοποίηση, είναι πως ο αριθμός των ατόμων που εμφανίζει ΔΜΣ μετά από παιδική κακοποίηση υποαντιπροσωπεύεται στις μελέτες [29]. Συνεπώς, οι υπάρχουσες μετανalύσεις στην αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τη ΔΜΣ βασίζονται κυρίως σε μελέτες που περιλαμβάνουν επιβιώσαντες με έναρξη της τραυματικής εμπειρίας στην ενήλικη ζωή (adult-onset trauma). Επομένως, μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ομοφωνία (consensus) στη βιβλιογραφία για το κατά πόσο οι τεκμηριωμένες παρεμβάσεις που αναπτύχθηκαν για τη ΔΜΣ μετά από τραύμα στην ενήλικη ζωή, θα μπορούσαν να είναι εξίσου εφαρμόσιμες σε ενήλικες επιβιώσαντες παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης ή αν απαιτούνται ειδικά σχεδιασμένες παρεμβάσεις γι' αυτήν την ομάδα επιβιωσάντων [30]. Πιο συγκεκριμένα, παραμένει ασαφές εάν τα αποτελέσματα κάποιων ερευνών [31] σε σχέση με την υπεροχή των εστιασμένων στο τραύμα παρεμβάσεων (trauma focused interventions) έναντι των μη εστιασμένων στο τραύμα παρεμβάσεων (non trauma focused interventions),

θα μπορούσαν να έχουν ισχύ και για τους επιβιώσαντες από παιδική σεξουαλική κακοποίηση. Η αμφιβολία αυτή προκύπτει, καθώς υπάρχουν εκτεταμένες ενδείξεις, ότι οι επιβιώσαντες της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης τείνουν να εμφανίζουν μεγάλη πολυπλοκότητα συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένων των δυσκολιών στη ρύθμιση του συναισθήματος, στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην παρορμητική ή/και στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, υψηλό βαθμό αποσύνδεσης, προβλήματα σχετιζόμενα με ουσίες ή σωματικά συμπτώματα [32]. Τα αποτελέσματα, βέβαια, πρόσφατης μετανάλυσης [33] δεν υποστηρίζουν την ιδέα ότι τα υψηλά επίπεδα πολυπλοκότητας των συμπτωμάτων σε αυτόν τον πληθυσμό θα μπορούσαν να είναι αντένδειξη για τη χρήση εστιασμένων στο τραύμα παρεμβάσεων.

Το εύρημα των Foa και συνεργατών [21] ότι η προσθήκη της γνωσιακής αναδόμησης δε βελτιώνει περαιτέρω το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε σύγκριση με τη συνθήκη της απλής παρατεταμένης έκθεσης συνάδει με το εύρημα προηγούμενης μελέτης των Rauponic και Ost [34]. Ωστόσο, πολλοί κλινικοί διστάζουν να χρησιμοποιήσουν τη θεραπεία έκθεσης (exposure therapy), ιδιαίτερα σε πληθυσμούς που έχουν υποστεί κακοποίηση στην παιδική ηλικία, επειδή ανησυχούν για δυσμενείς συνέπειες της έκθεσης και ειδικότερα για τη δυσκολία των θεραπευόμενων να διαχειριστούν τα συναισθήματα που αναδύονται από την επεξεργασία του τραύματος [30]. Μερικοί κλινικοί τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο σταθεροποιητικές θεραπείες (stabilizing treatments) [35].

Σε μερικές έρευνες, βέβαια, η παρατεταμένη έκθεση φαίνεται να συσχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά διακοπής της θεραπείας σε σύγκριση με τις άλλες ενεργές θεραπείες [20]. Αυτό μπορεί να σχετίζεται με δυο παράγοντες: Πρώτον, η σύγκριση ανάμεσα στους επιβιώσαντες από χρόνια παιδική κακοποίηση και στους επιβιώσαντες από τραυματική εμπειρία με έναρξη στην ενήλικη ζωή, αποκαλύπτει, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ότι οι επιβιώσαντες από παιδική κακοποίηση ενδεχομένως να έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στη ρύθμιση του συναισθήματος, στη διαχείριση του θυμού, στην αυτό-αντίληψη και στη διαπροσωπική λειτουργικότητα [32]. Δεύτερον, η κριτική που άλλοι ερευνητές ασκούν στην παρατεταμένη έκθεση αφορά στο ότι περιορίζεται στην απόσβεση του φόβου και δεν καλύπτει άλλα συναισθήματα, όπως ο θυμός, η ενοχή, η ντροπή, η αηδία, η αυτοπεριφρόνηση [24].

Εξαιτίας των παραπάνω ελλείψεων κέρδισαν έδαφος τεχνικές που εστιάζουν στο τραύμα με τέτοιο τρόπο ώστε να μη μειώνουν μόνο τις αντιδράσεις φόβου, αλλά να επεξεργάζονται επιπλέον τις σχετιζόμενες με το τραύμα γνωσίες και σχήματα [36]. Σε μελέτη παρουσίας περιστατικών (case series) των Raabe και συνεργατών [37], για παράδειγμα, μελετήθηκε η τεχνική της αλλαγής εικόνων (Imagery Rescripting) σαν αυτόνομη θεραπεία για τη ΔΜΣ. Οι συμμετέχοντες (6 γυναίκες και 2 άντρες) ήταν ασθενείς με ΔΜΣ σχετιζόμενη με παιδική κακοποίηση. Έλαβαν 16 συνεδρίες σε διάστημα 8 εβδομάδων. Κάθε συνεδρία αποτελούνταν από 3 φάσεις. Στην 1η φάση ο θεραπευόμενος καλούνταν να κλείσει τα μάτια και να φανταστεί μια τραυματική εμπειρία όσο πιο ζωντανά μπορούσε από τη σκοπιά του παιδιού. Όταν πυροδοτούταν δυνατά συναισθήματα που σχετιζόνταν με το τραύμα, η φάση 1 σταματούσε. Στη φάση 2 ο θεραπευόμενος καλούνταν να μπει στην εικόνα σαν ενήλικας που έβλεπε την κατάσταση. Ο θεραπευόμενος καλούνταν να παρέμβει στην εικόνα σαν ενήλικας και να κάνει οτιδήποτε πίστευε πως ήταν αναγκαίο. Η φάση 2 σταματούσε, όταν ο ενήλικας ήταν ικανοποιημένος με τις παρεμβάσεις του. Στη φάση 3 ο θεραπευόμενος καλούνταν να φανταστεί ξανά

τη σκηνή σαν παιδί και να βιώσει την παρέμβαση του ενήλικα από την πλευρά του παιδιού, και εάν ήταν απαραίτητο, να ζητήσει από τον ενήλικα επιπρόσθετες παρεμβάσεις. Η αλλαγή της εικόνας σταματούσε, όταν το παιδί ήταν ικανοποιημένο με τις παρεμβάσεις. Μετά τη λήξη της θεραπείας 50% των συμμετεχόντων δεν πληρούσε πλέον τα κριτήρια για ΔΜΣ και αυτό το ποσοστό αυξήθηκε στο 75% στη διαχρονική μέτρηση των 3 μηνών.

Η παραπάνω τεχνική της τροποποίησης εικόνων θεωρείται ότι αλλάζει το νόημα της αρχικής τραυματικής ανάμνησης, καθοδηγώντας μέσα από τη φαντασία το θεραπευόμενο να βιώσει εκείνο ακριβώς που χρειαζόταν στην τραυματική κατάσταση και να καλύψει αυτές τις ανάγκες στη φαντασία. Με όρους θεωριών μάθησης, αυτό μπορεί να θεωρηθεί ως επαναξιολόγηση του ανεξάρτητου ερεθίσματος (US reevaluation), η οποία οδηγεί στην αλλαγή του δικτύου φόβου (fear network) στη μνήμη, και, συνεπώς, στην αλλαγή των πληροφοριών για τα ερεθίσματα και τις αντιδράσεις φόβου αλλά και για το νόημα που δίνει ο θεραπευόμενος σε αυτά [36].

### β) Περιορισμοί

Παρά τα ενθαρρυντικά ευρήματα, σοβαρές μεθοδολογικές ελλείψεις περιορίζουν την εμπέδωση των συμπερασμάτων. Πρώτα απ' όλα στις περισσότερες μελέτες η αυτοκτονικότητα και η κατάχρηση/εξάρτηση ουσιών τίθενται ως κριτήρια αποκλεισμού. Ίσως θα ήταν προτιμότερο οι μελλοντικές έρευνες, αντί να αποκλείουν ασθενείς με αυτοκτονικές τάσεις, να προσπαθούν να εντάξουν στα θεραπευτικά πρωτόκολλα επείγουσες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση επικίνδυνων ή αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών που είναι αρκετά συνηθισμένες σε ασθενείς με ΔΜΣ. Επιπλέον, εφόσον οι περισσότερες έρευνες συχνά αποκλείουν ασθενείς με συνυπάρχουσες καταστάσεις, όπως η κατάχρηση ουσιών, προκύπτει η ανάγκη οι εκάστοτε ερευνητές να δηλώνουν ξεκάθαρα τον πληθυσμό στον οποίο θα μπορούσαν να γενικευτούν τα αποτελέσματα της έρευνας τους.

Αξίζει ακόμη να σημειωθεί ότι καμία από τις μελέτες δεν αφορά στη θεραπεία της ΔΜΣ με συνοδό ψυχωτική συμπτωματολογία παρότι υπάρχουν ενδείξεις από σχετικές έρευνες ότι η ΔΜΣ κάποιες φορές συνυπάρχει με ψυχωτική συμπτωματολογία [38].

Ένας άλλος περιορισμός αφορά στη φύση του τραύματος. Στις έρευνες κάποιες φορές δε γίνεται διάκριση ανάμεσα στα διαφορετικά είδη τραύματος. Παραδείγματος χάριν, η σωματική και η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία, στην ενήλικη ζωή ή τόσο στην παιδική ηλικία όσο και στην ενήλικη ζωή αναφέρονται συχνά κάτω από το γενικότερο τίτλο «διαπροσωπικό τραύμα». Επιπλέον, ελάχιστες μελέτες αναφέρονται σε ένα ολοκληρωμένο ιστορικό του τραύματος και αυτή η παράλειψη καθίσταται προβληματική δεδομένου ότι γνωρίζουμε πως το ιστορικό προηγούμενης τραυματικής εμπειρίας ή πολλαπλών τραυματικών εμπειριών επηρεάζουν τη σοβαρότητα ή ακόμα και την ευόδωση της ΔΜΣ, αλλά και την απόκριση του ατόμου στο υποκείμενο τραυματικό γεγονός [39].

Επιπρόσθετες μεθοδολογικές αδυναμίες αποτελούν σε κάποιες μελέτες το μικρό μέγεθος του δείγματος και η απουσία ανεξάρτητων αξιολογητών στις επαναξιολογήσεις [18], η ταυτόχρονη λήψη ψυχοτρόπων φαρμάκων [11], όπως επίσης και η έλλειψη εκτεταμένων διαχρονικών μετρήσεων στην έρευνα των Jung & Steil [24].

### γ) Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η αναταξινόμηση της ΔΜΣ στο DSM 5 και η ένταξη στα τυπικά συμπτώματα της διαταραχής του νέου διαγνωστικού κριτηρίου

«αρνητικές αλλαγές σε γνώσεις που σχετίζονται με το τραύμα και τη διάθεση» καθιστούν αναγκαία την προσοχή των κλινικών και των μελετητών στην τροποποίηση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων για τη ΔΜΣ προκειμένου να λαμβάνουν υπόψη, πέρα από τις μετα-τραυματικές γνώσεις, και το αρνητικό συναίσθημα. Υπάρχουν ενδείξεις από μελέτες [40] ότι το υψηλό αρνητικό συναίσθημα μπορεί να ανακόψει τη γνωσιακή επεξεργασία, να καταλήξει σε στενή επικέντρωση αρνητικών ερεθισμάτων, αυξημένο μηρυκασμό αρνητικών αυτοβιογραφικών αναμνήσεων, άκαμπτη συντήρηση των αρχικών πληροφοριών, δυσκολία στην αναγνώριση αντιφάσεων, συναισθηματική λογική (emotional reasoning) και παρερμηνεία ουδέτερων ή αμφίσημων γεγονότων ως αρνητικών. Επομένως, τα θεραπευτικά μοντέλα για τη ΔΜΣ θα πρέπει να ενσωματώσουν παρεμβάσεις για το αρνητικό συναίσθημα.

Ένα άλλο μείζον θέμα που αφορά στη μελλοντική έρευνα έχει να κάνει με τον ορισμό των κριτηρίων επιτυχούς έκβασης της θεραπείας. Κάποιες φορές οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν βελτίωση ορισμένων μετατραυματικών συμπτωμάτων, αλλά ορισμένα υπολειμματικά συμπτώματα είναι πιθανό να παραμένουν. Και αυτό είναι σοβαρό, δεδομένου ότι πρόσφατες μελέτες παρέχουν ενδείξεις ότι οι υποκλινικές εκδηλώσεις της ΔΜΣ σχετίζονται με σοβαρή έκπτωση της επαγγελματικής και της κοινωνικής λειτουργικότητας καθώς επίσης και με απόπειρες αυτοκτονίας [41,42].

Επιπλέον, η ΔΜΣ συχνά αποτελεί χρόνια και ανθεκτική διαταραχή, επομένως οι μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να παρέχουν διαχρονικές μετρήσεις σε βάθος χρόνου και να διερευνούν τους πιθανούς μηχανισμούς που μεσολαβούν μεταξύ διαφορετικών τύπων θεραπείας τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά το πέρας της θεραπείας.

Βασιζόμενες στην έρευνα των Scher και συνεργατών [26], οι μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εξετάσουν τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις που σχετίζονται με το τραύμα, ως ένα πιθανό μηχανισμό δια μέσου του οποίου διατηρούνται τα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Άλλες μεταβλητές, που σχετίζονται με το τραύμα, θα πρέπει, επίσης, να λαμβάνονται υπόψη. Τέτοιες μεταβλητές είναι: ο τύπος του τραύματος, ο αριθμός των τραυματικών συμβάντων, η συχνότητα και η χρονιότητα του τραύματος.

---

## Cognitive behavioral interventions for Posttraumatic Stress Disorder in adult survivors of sexual abuse

Kotrotsou Eirini<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Psychologist, Private practice

Correspondence: Eirini Kotrotsou, Dimosthenous 34, Kallithea  
E- mail: e\_kotr@yahoo.gr, tel.: 6976334929

### Abstract

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is a mental health disorder that sometimes occurs in the aftermath of situations that involve some type of violence or physical harm, or alternatively, situations that contain an imminent threat of violence or harm. The essential feature of PTSD is the development of characteristic symptoms following exposure



to one or more traumatic events. The clinical presentation of PTSD varies. In some individuals fear-based re-experiencing, emotional and behavioral symptoms may predominate. In others, anhedonic or dysphoric mood states and negative cognitions may be most distressing. In some other individuals arousals and reactive-externalizing symptoms are prominent, while in others, dissociative symptoms predominate. Finally some individuals exhibit combinations of symptom patterns. In diagnostic features of PTSD it is emphasized that the disorder may be especially severe or long-lasting when the stressor is interpersonal and intentional (e.g., sexual violence). Indeed, many studies suggest that the lifetime prevalence of PTSD for women who have been sexually assaulted is 50%. The aim of this review is to investigate the effectiveness of the most common CBT interventions for adult survivors of sexual abuse suffering from PTSD. Only randomized controlled trials were included that were published in PubMed from 2001 until now. Results suggest that CBT interventions are successful in reducing PTSD symptoms following sexual abuse. Furthermore CBT is an effective treatment for both acute and chronic PTSD. In most studies active treatments were efficacious and superior to control groups. Treatment gains were maintained at follow-up. Although prolonged exposure and cognitive restructuring are both efficacious interventions, results suggest that the combination of prolonged exposure and cognitive restructuring was not superior to either individual treatment. In some studies the superiority of CBT condition disappeared at last available follow up and no differences were found among the therapeutic conditions. Several limitations that affect the generalizability are discussed as well as suggestions for future research are offered.

Key words: posttraumatic stress disorder, sexual abuse, cognitive behavioral therapy, exposure therapy, EMDR.

## Βιβλιογραφία

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: 2013.
- [2] Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Post traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1995; 52:1048-1060.
- [3] Kessler RC, Berglund P, Delmer O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 2005; 62 (6):593-602.
- [4] Kessler RC & Ustun TB. *The WHO World Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press, 2008: 1-580.
- [5] Chen LP, Murad MH, Paras MI, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, Elamin MB, Seime RJ, Shinozaki G, Prokop KJ, Ziraqzadeh A. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 2010; 85(7):618-29.
- [6] Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 2005; 162:214-227.
- [7] Kar N. Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2011; 7: 167-181.
- [8] Foa EB, Hearst DE, Dancu CV, Hembree E, Jaycox LH. Prolonged exposure (PE) manual. Medical college of Pennsylvania, Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, 1994 (Unpublished manuscript).
- [9] Meichenbaum, D. Stress Inoculation Training: A preventative and treatment approach. In PM. Lehrer, RL. Woolfolk & WS Sime (Eds) *Principles and Practice of Stress Management* (3rd Edition). Guilford Press, 2007.
- [10] Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC. An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *Journal of Traumatic Stress*, 2006; 19(1):29-43.
- [11] Krakow B, Hollifield M, Johnston L, Koss M, Schrader R, Warner TD, Tandberg D, Lauriello J, McBride I, Cutchen L, Cheng D, Emmons S, Germain A, Melendrez D, Sandoval D, Prince H. Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder. A randomized controlled trial. *JAMA*, 2001; 286:537-545.
- [12] Shapiro F. Efficacy of eye-movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 1989; 2 (2): 199-223.
- [13] Nezu, A.M., Nezu, C.M., & Perri, M.G. Problem solving therapy for depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989; 57:408-413.
- [14] Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, Jaycox LH, Meadows EA, Street GP. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999; 67 :194-200.
- [15] Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, Murdock TB. Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991; 59:715-723.
- [16] Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D. & Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 1991; 48 (12):1060-1064.
- [17] Tarrrier N, Pilgrim H, Sommerfield C, Faragher B, Reynolds M, Graham E, Barrowclough C. A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999; 67: 13-18.
- [18] Lee C, Gavriel H, Drummond P, Richards J, Greenwald R. Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 2002; 58 (9):1071-1089.
- [19] Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. A comparison of cognitive processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002; 70 (4):867-879.
- [20] McDonagh A, McHugo G, Sengupta A, Demment CC, Schnurr PP, Friedman M, Ford J, Mueser K, Fournier D, Descamps M. Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005; 73(3):515-524.
- [21] Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch S, Riggs DS. Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005; 73(5):953-964.
- [22] Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 1986; 99, 20-35.
- [23] Bohus M, Dyer AS, Priebe K, Kruger A, Kleindienst N, Schmahl C, Niedtfeld I, Steil R. Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2013; 82(4):221-33.
- [24] Jung K, Steil R. A randomized controlled trial on cognitive restructuring and imagery modification to reduce the feeling of being contaminated in adult survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2013; 82(4) : 213-20
- [25] Bass JK, Annan J, McIvor Murray S, Kaysen D, Griffiths S, Cetinoglu T, Wachter K, Murray LK, Bolton PA. Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. *New England Journal of Medicine*, 2013; 368(23):2182-91
- [26] Scher CD, Suvak MK, Resick PA. Trauma cognitions are related to symptoms up to 10 years after Cognitive Behavioral Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 2017; 9(6):750-757.
- [27] Belleville G, Dube-Frenette M, Rousseau A. Efficacy of Imagery Rehearsal Therapy and Cognitive Behavioral Therapy in Sexual Assault Victims with Posttraumatic Stress Disorder : A Randomized Controlled Trial. *Journal of Traumatic Stress*, 2018; 31 (4):1-11.
- [28] Parcesepe AM, Martin SL, Pollock MD, Garcia-Moreno C. The effectiveness of mental health interventions for adult female survivors of sexual assault: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 2015; 25:15-25.
- [29] Spinazzola J, Blaustein M, van der Kolk BA. Posttraumatic stress disorder

treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? Journal of Traumatic Stress, 2005;18, 425-436.

[30] van Minnen A, Harned MS, Zoellner L, Mills K. Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. European Journal of Psychotraumatology, 2012;3, 18805.

[31] Bisson JL, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. British Journal of Psychiatry, 2007;190, 97-104.

[32] Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, Bryant RA, Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. European Journal of Psychotraumatology, 2013;4, 20706.

[33] Ehrling T, Welboren R, Morina N, Witcherts J, Freitag J, Emmelkamp P. Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. Clinical Psychology Review, 2014;34, 645-657.

[34] Paunovic N, Ost L. Cognitive behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. Behaviour Research and Therapy, 2001; 39:1183-1197.

[35] Dorrepaal E, Thomaes K, Smit J, Veltman D, Hoogendoorn A, van Balkom A. Treatment compliance and effectiveness in complex PTSD patients with co-morbid personality disorder undergoing stabilizing cognitive behavioral group treatment: a preliminary study. European Journal of Psychotraumatology, 2013, 4.

[36] Arntz A. Imagery rescripting as a therapeutic technique: review of clinical trials, basic studies, and research agenda. Journal of Experimental Psychopathology, 2012, 3(2), 189-208.

[37] Raabe S, Ehrling T, Marquenie L, Olff M, Kindt M. Imagery Rescripting as stand-alone treatment for post-traumatic stress disorder related to childhood abuse. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2015; 48:170-176.

[38] Hamner MB, Frueh B, Ulmer HG, Huber MG., Twomey TJ, Tyson C, Arana GW. Psychotic features in chronic posttraumatic stress disorder and schizophrenia: comparative severity. Journal of Nervous and Mental Disease, 2000; 188:217-221.

[39] Bremner JD, Southwick SM, Johnson DR, Yehuda R, Charney DS. Childhood physical abuse and combat related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. American Journal of Psychiatry, 1993; 150:235-239.

[40] Brown WJ, Dewey D, Bunnell BE, Boyd SJ, Wilkerson AK, Mitchell MA, Bruce SE. A critical review of negative affect and the application of CBT for PTSD. Trauma, Violence & Abuse, 2018; 19(2):176-194.

[41] Zlotnick C, Franklin L, Zimmerman M. Does "subthreshold" posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? Comprehensive Psychiatry, 2002; 43: 413-419.

[42] Marshall RD, Galea S, Kilpatrick D. Psychiatric consequences of September 11(letter). JAMA, 2002; 288:2683-2684.

ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ: 12/11/2015 - ΕΓΙΝΕ ΑΠΟΔΕΚΤΗ: 08/10/2018