

Θεραπεία Συμπονετικού Νου και Γνωσιακή - Συμπεριφορική Θεραπεία στη Διαταραχή μετά από Τραυματικό Στρες

Ρούσου Βασιλική - Μαρία¹, Αγγελή Κατερίνα¹

¹Ινστιτούτο Έρευνας Θεραπείας Συμπεριφοράς

Αλληλογραφία: Βασιλική-Μαρία Ρούσου, Ινστιτούτο Έρευνας Θεραπείας Συμπεριφοράς, Γλάδστωνος 10, Αθήνα, 106 77, e-mail: marivily.roussou@gmail.com

Περίληψη

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες αποτελεί μία δύσκολη και εξουθενωτική διαταραχή, καθώς το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με εικόνες, αναμνήσεις, όνειρα, αποσυνδεδετικά επεισόδια, με αποτέλεσμα ο πάσχων να αισθάνεται σα να αναβιώνει το τραυματικό γεγονός. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας ως προς την αποτελεσματικότητα των θεραπειών για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, με κύρια έμφαση στη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία και στη θεραπεία του Συμπονετικού Νου. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προέκυψαν 9 μελέτες. Τα γενικά συμπεράσματα εστιάζουν στα θετικά αποτελέσματα που επιφέρει καθεμία από τις δύο θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η θεραπεία του Συμπονετικού Νου φαίνεται να είναι αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων της ντροπής και της αρνητικής αυτοκριτικής που τείνουν να έχουν τα άτομα με διαταραχή μετά από τραυματικό στρες, ενώ φαίνεται ότι οι πάσχοντες σημειώνουν μεγαλύτερη βελτίωση όταν συνδυάζονται οι δύο προσεγγίσεις. Λόγω των περιορισμένων ερευνών στη θεραπεία του Συμπονετικού Νου, απαιτείται περαιτέρω έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Λέξεις κλειδιά: Διαταραχή μετατραυματικού στρες, ΓΣΘ για μετατραυματικό στρες, Θεραπεία Συμπονετικού Νου, Διαλογισμός αγάπης και καλοσύνης.

1. Εισαγωγή

Απρόσμενες και τραυματικές εμπειρίες μπορεί να θρυσάσουν τις ζωές των ανθρώπων και να αφήσουν σημάδια στον τρόπο με τον οποίο σκέφτονται για τον εαυτό τους και για τη ζωή τους. Το τραύμα δεν αφήνει μόνο σωματικές πληγές, αλλά και ψυχολογικές, οι οποίες μπορεί να είναι πολύ πιο επώδυνες και δυσκολότερες να γιατρευτούν [1]. Σύμφωνα με το DSM V [2] η διαταραχή προκύπτει μετά από έκθεση του ατόμου σε ακραίο τραυματικό γεγονός. Το άτομο έχει βιώσει ή ήταν μάρτυρας ή βρέθηκε αντιμέτωπο με ένα γεγονός (ή γεγονότα) στο οποίο (ή οποία) επήλθε πραγματικός θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός ή επαπειλούμενος θάνατος ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή άλλων. Το γεγονός μπορεί μάλιστα να αφορά στην πληροφόρηση του ατόμου για τον απρόσμενο ή βίαιο θάνατο, τον σωματικό τραυματισμό, την απειλή του θανάτου ή τον τραυματισμό που υπέστη κάποιο μέλος της οικογένειάς του ή άλλο κοντινό του πρόσωπο. Όπως αναφέρει η Χριστοπούλου [3], η διαταραχή μετά από τραυματικό στρες αφορά στην άμεση αντίδραση του ατόμου με έντονο φόβο, με αίσθημα αβοήθητου ή με τρόμο. Τα συμπτώματα που μπορεί να εκδηλώνει είναι η επίμονη αναβίωση του τραυματικού γεγονότος, η επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων

που σχετίζονται με το τραύμα, η καταστολή της διαθεσιμότητας για ανταπόκριση, καθώς και επίμονα συμπτώματα αυξημένης εγρήγορσης. Σύμφωνα με τους Herbert & Wetmore [1], τα είδη του τραύματος ποικίλουν. Μερικά από αυτά, όπως τα ατυχήματα στο δρόμο, ονομάζονται τραυματικά συμβάντα. Μία άλλη κατηγορία αποτελούν οι καταστροφές, οι οποίες χωρίζονται σε τρεις υποκατηγορίες, τις ανθρώπινες καταστροφές, τις φυσικές καταστροφές και τις βιαιοπραγίες, που σχετίζονται με το έγκλημα και την τρομοκρατία. Μία τελευταία κατηγορία αποτελούν τα γεγονότα ζωής στα οποία μπορεί να συμπεριλαμβάνονται το να χάσει κάποιος τη δουλειά του, ένα διαζύγιο ή το τέλος μίας μακροχρόνιας σχέσης, εγχειρίσεις, ο θάνατος ενός κοντινού προσώπου ή η αποβολή εμβρύου, καθώς και άλλα γεγονότα που μπορεί να προκαλέσουν στο άτομο έντονο φόβο και αίσθημα αβοηθητότητας.

Το γνωσιακό μοντέλο των Ehlers & Clark [4] προτείνει ότι η διαταραχή μετά από τραυματικό στρες επιμένει όταν το άτομο επεξεργάζεται την τραυματική πληροφορία με τρόπο ώστε να οδηγεί σε ένα αίσθημα απειλής στο παρόν. Αυτή η απειλή μπορεί να είναι είτε σωματική είτε ψυχολογική. Λόγω υψηλής υπερδιέγερσης τη στιγμή που συνέβη το τραύμα, η μνήμη του τραύματος μπορεί να είναι κατακεραματισμένη, να μην γίνεται αντικείμενο

ολοκληρωμένης επεξεργασίας και να ενσωματώνεται με άλλες αυτοβιογραφικές αναμνήσεις, με αποτέλεσμα να ενεργοποιείται ακούσια από ένα ευρύ φάσμα συνθηκών. Δεν υπάρχει κάποιος «κώδικας» που να λέει στο άτομο ότι το γεγονός έγινε στο παρελθόν και έτσι όταν εισέρχεται η ανάμνηση το άτομο μπορεί να τη βιώνει τόσο έντονα, που νιώθει σαν να την ξαναζει. Το επίμονο αίσθημα της τωρινής απειλής εγείρεται όχι μόνο από τη φύση της μνήμης του τραύματος, αλλά και από τις αρνητικές ερμηνείες του ατόμου κάθε φορά που επαναβιώνει το τραύμα. Μπορεί να θεωρεί ότι τρελαίνεται, ότι φταίει ο ίδιος για ό,τι του συνέβη ή ότι θα έπρεπε ήδη να το έχει ξεπεράσει. Οι απόψεις αυτές φαίνεται να συντηρούνται μέσα από ασυνείδητους γνωσιακούς και συμπεριφορικούς μηχανισμούς που έχει υιοθετήσει το άτομο, όπως την αποφυγή σκέψεων και συναισθημάτων, την αποφυγή σημείων ή καταστάσεων που του θυμίζουν το γεγονός, καταστολή των περιεσφρυγικών αναμνήσεων, μηρυκασιμός για συγκεκριμένες πτυχές του γεγονότος ή των επακόλουθών του, καθώς και άλλες αποφευκτικές και καταπραϊντικές στρατηγικές, όπως τη χρήση αλκοόλ και ουσιών. Στόχος της γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας είναι να μειώσει την αναβίωση της τραυματικής μνήμης και την ενσωμάτωσή της στην προϋπάρχουσα αυτοβιογραφική μνήμη. Ο θεραπευόμενος μαθαίνει να αναγνωρίζει τις αρνητικές εκτιμήσεις του για το γεγονός και τα επακόλουθα του γεγονότος, καθώς και να αλλάξει της αποφευκτικές στρατηγικές που εμποδίζουν την επεξεργασία της μνήμης και την επανεπεξεργασία των επακόλουθων.

Πολλά από τα άτομα που έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός έχουν έντονο αίσθημα ντροπής και ενοχής. Σύμφωνα με τους Beaumont et. al. [5] παρά το γεγονός ότι η ΓΣΘ έχει αποδειχτεί αποτελεσματική στη μείωση άλλων συμπτωμάτων της διαταραχής μετά από τραυματικό στρες, δε φαίνεται να βοηθάει σημαντικά στη μείωση των συμπτωμάτων ντροπής και ενοχής. Οι πάσχοντες μπορούν να επωφεληθούν από αυτό- καταπραϊντικές τεχνικές, από την ανάπτυξη ενσυναίσθησης, αγάπης και συμπόνιας προς τον εαυτό τους και ενίσχυσης της σχετιζόμενης λειτουργίας του εγκεφάλου, όπως αναδεικνύεται και από την έρευνα των Mascaro et. al.[6]. Θα μπορούσαν, δηλαδή, να επωφεληθούν από ένα πρόγραμμα που θα τους μάθαινε πώς να είναι πιο «ευγενικοί» με τον εαυτό τους. Μία τέτοια θεραπεία, είναι αυτή του Συμπονετικού Νου, η οποία αποτελεί μία ολοκληρωμένη μορφή θεραπείας με ρίζες από τη Βουδιστική ψυχολογία, την κοινωνική και αναπτυξιακή ψυχολογία και τη νευροεπιστήμη. Ο Gilbert [7] σε έρευνα του αναφέρει πως ο Συμπονετικός Νους μπορεί να θεωρηθεί ως μία δεξιότητα στην οποία μπορεί κάποιος να εκπαιδευτεί. Υποστηρίζει πως μελέτες δείχνουν ότι με το να εστιάζει κανείς και να εξασκείται στο Συμπονετικό Νου μπορεί να επηρεάσει την νευροφυσιολογία του και το ανοσοποιητικό του σύστημα. Η εκπαίδευση στο Συμπονετικό Νου αφορά σε συγκεκριμένες δραστηριότητες που εστιάζουν στο να αναπτύξουν συμπονετικές ιδιότητες και δεξιότητες, κυρίως εκείνες που μας ρυθμίζουν. Οι Beaumont & Martin [8] αναφέρουν πως οι βασικές αρχές του Συμπονετικού Νου είναι να ωθεί το άτομο να ενδιαφέρεται για την ευεξία του, να είναι ευαίσθητοποιημένο για τις προσωπικές του ανάγκες αλλά και τα δύσφορα συναισθημάτα του και να επεκτείνει τη ζεστασιά και την κατανόηση προς τον εαυτό του. Ο πελάτης ενθαρρύνεται να χρησιμοποιεί αυτό- καταπραϊντικές τεχνικές, ενώ ο θεραπευτής εντοπίζει τις δυνατότητες και τις θετικές ιδιότητες του θεραπευόμενου, όπως στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων, κουράγιο και πράξεις ευγένειας. Ο θεραπευόμενος καλείται να

επανεξετάσει τις θετικές αναμνήσεις. Ο συμπονετικός τρόπος σκέψης περιλαμβάνει τη διερεύνηση του πώς αιτιολογεί ο θεραπευόμενος τον κόσμο του και πώς βλέπει τους άλλους. Η συμπόνια τελικά αναπτύσσεται μέσα από την αναγνώριση του πελάτη ότι δεν ευθύνεται ο ίδιος για την παθολογία και τα συμπτώματά του. Από τη στιγμή που ο πελάτης θα σταματήσει να καταδικάζει και να κατηγορεί τον εαυτό του για τα συμπτώματα, τις σκέψεις και τα συναισθημάτα του, θα νιώσει πιο ελεύθερος να προχωρήσει στην ανάληψη ευθυνών και στο να μάθει να διαχειρίζεται τα προβλήματά του. Σύμφωνα με τον Neff [9] ο Συμπονετικός Νους αποτελεί μία υγιή μορφή αυτοπεποίθησης που μπορεί να περιγραφεί σαν ένας τρόπος να αξιολογήσει κανείς τον εαυτό του χωρίς όμως αυτή η αξιολόγηση να βασίζεται σε συγκεκριμένα αποτελέσματα, κοινωνική αποδοχή ή σε αίσθημα ανωτερότητας, όπως συμβαίνει με την αυτοεκτίμηση, η οποία συνεπάγεται θετική αξιολόγηση καθώς και την ανάγκη να είναι κάποιος ξεχωριστός. Η θεραπεία του Συμπονετικού Νου φαίνεται να είναι αποτελεσματική και σε άλλες διαταραχές. Σε έρευνα των Gilbert & Procter [10] φάνηκε η αποτελεσματικότητα της θεραπείας στην κατάθλιψη, το άγχος, την επίθεση προς τον εαυτό, αισθήματα ανωτερότητας, υποτακτικής συμπεριφοράς και ντροπής. Άτομα με χρόνιες δυσκολίες στα οποία φαίνεται να απουσιάζει το αίσθημα της ζεστασιάς και της κατανόησης προς τον εαυτό τους, παρουσιάζουν σημαντική αύξηση των παραπάνω αισθημάτων με τη θεραπεία του Συμπονετικού Νου. Οι Neff [11] και Hofmann et. al. [12] υποστηρίζουν ότι η θεραπεία του Συμπονετικού Νου συμβάλλει στη βελτίωση των επιπέδων άγχους και στη διαχείριση του θυμού και άλλων διαπροσωπικών προβλημάτων, όπως συζυγικές συγκρούσεις και συγκρούσεις σε επαγγέλματα φροντίδας. Ομοιότητες ανάμεσα στις δύο θεραπείες, τη ΓΣΘ και το Συμπονετικό Νου, εντόπισαν οι Beaumont et. al. [5]. Οι δύο θεραπείες φαίνεται να χρησιμοποιούν τις τεχνικές της αξιολόγησης και της διατύπωσης περίπτωσης καθώς και να χρησιμοποιούν το συνεργατικό μοντέλο της θεραπευτικής σχέσης. Παράλληλα, και οι δύο θεραπείες εξετάζουν το ρόλο που παίζουν η σκέψη, το συναισθημα και η συμπεριφορά και πώς το σώμα μπορεί να ανταποκρίνεται σε μία απειλή. Η μόνη διαφορά που φαίνεται να υπάρχει είναι ότι η θεραπεία του Συμπονετικού Νου μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως μία αποτελεσματική συμπληρωματική θεραπεία της ΓΣΘ, καθώς προσφέρει έναν αποτελεσματικό τρόπο για να δουλέψει ο ασθενής με τα κρίσιμα συναισθήματα της ντροπής, ενοχής και αυτό-κατηγορίας. Ο συνδυασμός αυτών των δύο θεραπειών μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη υποτροπής. Άλλες μορφές θεραπείας που είχαν πολλές βιβλιογραφικές αναφορές και που έχει φανεί ότι βοηθούν στη μείωση των συμπτωμάτων της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες είναι η EMDR και το Mindfulness. Το 1987 η Shapiro εισήγαγε τη θεραπεία EMDR αρχικά των λέξεων “Eye Movement Desensitization and Reprocessing”, που μεταφράζεται ως «Απευαισθητοποίηση και Επανεπεξεργασία μέσω Οφθαλμικών Κινήσεων». Η συγκεκριμένη θεραπεία αποτελεί μία καινοτόμο και συνθετική μορφή θεραπείας που ενσωματώνει στοιχεία από την προσωποκεντρική, ψυχοδυναμική, ΓΣΘ, διαπροσωπική, σωματική θεραπεία και την υπνοθεραπεία. Σε έρευνα της η Shapiro [13] αναφέρει πως η EMDR μπορεί να δώσει άμεσα κλινικά αποτελέσματα τα οποία μπορεί να συμπληρώσουν ή και να επεκτείνουν αποτελέσματα που έχουν επιτευχθεί από άλλες θεραπείες. Σύμφωνα με τους Wilson et. al. [14] η EMDR θεραπεία, μειώνει αποτελεσματικά τα συμπτώματα του άγχους που σχετίζονται με την ανάμνηση

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των συμπεριλαμβανόμενων ερευνών

Συγγραφείς & Χρονολογία	Χώρα διεξαγωγής	Είδος θεραπείας	Διάρκεια Παρέμβασης	Follow up	Συμμετέχοντες	Ηλικία	Σχέδιο έρευνας
Scnurr et. al., 2007	Αμερική	Παρατεταμένη έκθεση- εστιασμένη στο εδώ και τώρα	10 εβδομαδιαίες συνεδρίες των 90 λεπτών	3 και 6 μήνες	284	43- 46.5	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη
Ehlers et. al., 2004	Λονδίνο	Γνωσιακή - λίστα αναμονής		6 μήνες	20	18 - 64	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη
Galovski et. al., 2009	Αμερική	Γνωσιακή Επεξεργαστική θεραπεία- παρατεταμένη έκθεση	13ώρες μέσα σε 6 εβδομάδες	2 εβδομάδες και 9 μήνες	108	18 και άνω	Εμπειρική μελέτη
Zayfert et. al., 2005	Νεμπράσκα, Αμερική	ΓΣΘ (έκθεση & αναδόμηση)	ποικίλει	-	115	37.8	Τυχαιοποιημένη
Seidler & Wagner, 2006	Γερμανία	ΓΣΘ & EMDR			209	18 και άνω	Μετα- ανάλυση
Beaumont et. al., 2012	Αγγλία	ΓΣΘ- ΓΣΘ & Συμπονετικός Νους	12 εβδομάδες	Post therapy	32	-	Pre therapy- posttherapy/ Ποσοτική έρευνα
Thompson & Waltz, 2008	Μίσουλα, Αμερική	Συμπονετικός Νους	ερωτηματολόγια	-	210	18- 53	Ποσοτική έρευνα
Beaumont & Hollins Martin, 2013	Αγγλία	Συμπονετικός Νους & EMDR & Ερωτηματολόγια	8 συνεδρίες	9 μήνες	1	58	Μελέτη περίπτωσης
Kearney et. al., 2013	Αμερική	Διαλογισμός αγάπης και καλοσύνης	12 εβδομάδες	3 μήνες	42	53.6	Διαχρονική, Πιλοτική δοκιμή

μίας τραυματικής κατάστασης, ενώ οι Davidson & Parker [15] τονίζουν πως αποτελεί μία θεραπεία εξίσου αποτελεσματική με άλλες θεραπείες έκθεσης, όπως την έκθεση που εφαρμόζεται στη ΓΣΘ για το άγχος.

Οι Siegel et. al. [16] αναφέρουν πως ο όρος «mindfulness» σημαίνει ενσυνειδητότητα και αφορά στον απαιτητά απλό τρόπο του να συνδέεται κάποιος με όλες τις εμπειρίες που μπορεί να τον βοηθήσουν στο να μειωθεί το αίσθημα ότι υποφέρει και να θέσει τις βάσεις για θετικές προσωπικές αλλαγές. Ο Jon Kabat- Zin [17] λέει πως η ενσυνειδητότητα είναι η επίγνωση που προκύπτει από το να εστιάζουμε την προσοχή μας στο σκοπό, στο εδώ και τώρα, χωρίς να κρίνουμε την κάθε στιγμή. Η ενσυνειδητότητα μπορεί να βοηθήσει ασθενείς με χρόνιο πόνο να νιώσουν καλύτερα, αλλά και στη μείωση του άγχους στη διαταραχή μετατραυματικού στρες, όπως αναφέρουν οι Kearny et. al. [18] σε έρευνά τους.

2. Υλικό και Μέθοδοι

Για την παρούσα ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκαν οι μηχανές αναζήτησης Google Scholar, Pub Med. Συνολικά ανακτήθηκαν 9 έρευνες από το 2007 έως το 2013. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: “Cognitive Behavioural Therapy for Post Traumatic Stress Disorder”, “Compassionate Mind Training for PTSD”, “Compassionate Mind Training”, “Treatment for PTSD”, “Therapies for PTSD”. Η αρχική επιλογή των ερευνών έγινε με βάση το κατά πόσον γίνονταν αναφορά στον τίτλο ή στην περίληψη της έρευνας, σε θεραπεία για τη διαταραχή μετά από τραυματικό στρες. Εάν η έρευνα αναφερόταν σε εφηβικό ή παιδικό πληθυσμό ή εάν η θεραπεία περιελάμβανε μόνο φαρμακοθεραπεία,

τότε αποκλειόταν από την παρούσα ανασκόπηση.

3. Ευρήματα

Για την παρούσα ανασκόπηση έγινε ανάλυση 9 ερευνών με βάση την αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ και του Συμπονετικού νου στα συμπτώματα της διαταραχής του μετατραυματικού στρες. Εξετάζοντας τις έρευνες με βάση τη γεωγραφική τοποθεσία, πέντε έρευνες διεξήχθησαν στην Αμερική, τρεις στην Αγγλία και μία στη Γερμανία. Οι θεραπείες οι οποίες μελετήθηκαν παρέχονταν σε ατομική ή ομαδική μορφή. Στην πλειοψηφία των ερευνών σημαντική θέση κατέχει η θεραπεία του Συμπονετικού Νου και η ΓΣΘ, οι οποίες είτε συνδυάζονται μεταξύ τους είτε με άλλες θεραπείες (EMDR, Ενσυνειδητότητα) ή και από μόνη της η κάθε θεραπεία φαίνεται να κατέχει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες. Τα ευρήματα παρουσιάζονται συνοπτικά στον πίνακα Ι.

3.1 Αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ στη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες

Οι Schnurr et. al. [19], μελέτησαν την εστιασμένη στο εδώ και τώρα θεραπεία και την παρατεταμένη έκθεση σε 284 γυναίκες βετεράνους, ηλικίας 43 έως 46 ετών με διαταραχή μετατραυματικού στρες. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, όπου η μία ομάδα έλαβε τη θεραπεία της παρατεταμένης έκθεσης και η άλλη ομάδα την εστιασμένη στο εδώ και τώρα θεραπεία. Η παρατεταμένη έκθεση περιελάμβανε εκπαίδευση για τις αντιδράσεις στο τραύμα, εκπαίδευση σε αναπνοές, αφήγηση τραυματικών αναμνήσεων, ηχογράφηση των αφηγήσεων που γίνονταν στις

Πίνακας II: Έρευνες για την Αποτελεσματικότητα ΓΣΘ και Συμπονετικού Νου στα συμπτώματα της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες

Θεραπεία	Κατάθλιψη	Άγχος	Αυτοκτονικός ιδεασμός	Υγεία (αϋπνία)	Flashbacks	Αποφυγές	Παρεϊσφρυκτικές σκέψεις	Υπερδιέγερση	Ντροπή	Αυτοκριτική
ΓΣΘ	Schnurr et. al. 2007, Ehlers et. al. 2003 Seidler & Wagner 2006 Beaumont et. al. 2012	Schnurr et. al. 2007, Ehlers et. a. 2003 Seidler & Wagner 2006 Beaumont et. al. 2012		Galovski et. al. 2009	Zayfert et. al. 2005	Beaumont et. al. 2012	Beaumont et. al. 2012			
Συμπονετικός Νους	Beaumont et. al. 2012	Beaumont et. al. 2012 Hofmann et. al. 2011				Beaumont et. al. 2012 Thompson & Waltz 2008	Beaumont et. al. 2012	Beaumont et. al. 2012 Hofmann et. al. 2011	Beaumont & Martin 2013	Thompson & Waltz 2008 B Gilbert & Procter 2006 Beaumont & Martin 2013
Διαλογισμός αγάπης και καλοσύνης (Loving-Kindness Meditation)	Kearny et. al. 2013		Kearny et. al. 2013							Kearny et. al. 2013

συνεδρίες και άκουσμα στο σπίτι, έκθεση σε ασφαλείς καταστάσεις που ο ασθενής αποφεύγει λόγω του φόβου που προκαλεί η τραυματική ανάμνηση, συζήτηση σκέψεων και συναισθημάτων. Η εστιασμένη στο εδώ και τώρα θεραπεία, αφορά στην εστίαση στα προβλήματα που συμβαίνουν στη ζωή του ασθενούς ως εκδηλώσεις του τραύματος, παρά την εστίαση στο τραύμα αυτό καθ'αυτό. Η διάρκεια της θεραπείας ήταν 10 συνεδρίες, διάρκειας 90 λεπτών. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική μείωση των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες (κατάθλιψη, άγχος) στην ομάδα που έλαβε την παρατεταμένη έκθεση συγκριτικά με την άλλη ομάδα. Παράλληλα, η ομάδα που έλαβε την παρατεταμένη έκθεση ήταν πιθανότερο, να μην πληροί πλέον τα κριτήρια του μετατραυματικού στρες. Σύγκριση έγινε ανάμεσα στις δύο ομάδες όσον αφορά στη λήψη επιπλέον θεραπειών, όπου φάνηκε μεγαλύτερη πιθανότητα για αλλαγές στην φαρμακοθεραπεία στην εστιασμένη στο εδώ και τώρα θεραπεία. Τα ευρήματα αυτά, αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της παρατεταμένης έκθεσης για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες σε γυναίκες βετεράνους. Οι Ehlers et. al. [20], μελέτησαν ένα δείγμα 20 Καννάσιων ασθενών, που πληρούσαν τα κριτήρια διαταραχής μετατραυματικού στρες σύμφωνα με το DSM-IV. Η ηλικία τους κυμαινόταν από 18 έως 64 ετών. Οι ασθενείς αυτοί είχαν συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες, πιο συγκεκριμένα 20% των ασθενών είχε κατάθλιψη, 5% δυσθυμία, 15% μείζων κατάθλιψη, 20% αγχώδη διαταραχή και 10% οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Οι ασθενείς έλαβαν γνωσιακή θεραπεία, κατά τη διάρκεια της οποίας τροποποιούσαν τις αρνητικές εκτιμήσεις για το τραύμα και τα επακόλουθά του, γινόταν προσπάθεια μείωσης της επαναβίωσης του τραυματικού γεγονότος μέσω της επεξεργασίας των τραυματικών αναμνήσεων και της διάκρισης των καταστάσεων που υπενθυμίζουν το τραυματικό γεγονός. Τέλος, γινόταν τροποποίηση των δυ-

σλειτουργικών συμπεριφορών (π.χ. αποφυγή), συζητώντας τις αρνητικές συνέπειες αυτών των συμπεριφορών και με συμπεριφορικά πειράματα. Η γνωσιακή θεραπεία συνέβαλε σημαντικά στη μείωση των συμπτωμάτων που βίωναν οι ασθενείς, ενώ ταυτόχρονα φάνηκε από την εξάμηνη παρακολούθηση (follow up) πως τα αποτελέσματα της θεραπείας είχαν διατηρηθεί. Στην συγκεκριμένη έρευνα δε χρησιμοποιήθηκε αναβίωση του τραύματος στη φαντασία, παρόλ'αυτά, τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν ευνοϊκά όσον αφορά στη γνωσιακή αναδόμηση. Τέλος, το δείγμα συγκρίθηκε με μία ελεγχόμενη μελέτη που συνέκρινε τη γνωσιακή θεραπεία με άτομα που βρισκόταν σε λίστα αναμονής. Όπως ήταν αναμενόμενο, τα άτομα που βρισκόταν στη λίστα αναμονής δεν έδειξαν καμία βελτίωση των συμπτωμάτων της μετατραυματικής διαταραχής.

Έχει παρατηρηθεί πως ένα από τα συμπτώματα τη διαταραχής μετατραυματικού στρες είναι οι αρνητικές συνέπειες στην υγεία του ατόμου, στις οποίες παίζει σημαντικό ρόλο η δυσκολία στον ύπνο που φαίνεται να έχουν οι άνθρωποι μετά από ένα τραυματικό γεγονός. Μάλιστα, φαίνεται πως η δυσκολία στον ύπνο αποτελεί ένα από τα πιο δύσκολα και επίμονα συμπτώματα της διαταραχής. Σε έρευνά τους οι Galovski et. al. [21] συνέκριναν δύο είδη θεραπειών, τη γνωσιακή επεξεργασιακή θεραπεία (Cognitive Processing Therapy, [CPT]) με την παρατεταμένη έκθεση όσον αφορά στις ανησυχίες για θέματα υγείας και στις δυσκολίες στον ύπνο. Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν 108 γυναίκες, θύματα βιασμού. Η Γνωσιακή Επεξεργασιακή Θεραπεία είναι Γνωσιακή Θεραπεία για τη Διαταραχή του Μετά-τραυματικού στρες. Περιλαμβάνει τον προσδιορισμό των δυσλειτουργικών σκέψεων και των λάθος ερμηνειών του γεγονότος. Μέσω του Σωκρατικού διαλόγου και των εργασιών για το σπίτι, ο θεραπευόμενος μαθαίνει να παρακολουθεί, να προκαλεί και τελικά να τροποποιεί τις

δυσλειτουργικές πεποιθήσεις με εναλλακτικές σκέψεις. Τέλος, ζητείται από το θεραπευόμενο να καταγράψει λεπτομερώς την τραυματική ανάμνηση, να τη διαβάσει καθημερινά και να τη διαβάσει στο θεραπευτή. Ο θεραπευτής βοηθάει στην επεξεργασία των συναισθημάτων και στην πρόκληση των σκέψεων. Στις επόμενες συνεδρίες συνεχίζεται η γνωσιακή θεραπεία εστιασμένη στις γνωσίες για το τραυματικό συμβάν και έπειτα στην πρόκληση γενικότερων πεποιθήσεων για την ασφάλεια, την εμπιστοσύνη, τη δύναμη/ έλεγχο, την εκτίμηση και την οικειότητα.

Η παρατεταμένη έκθεση περιλαμβάνει ψυχο- εκπαίδευση για τη Διαταραχή Μετά- τραυματικού στρες, τεχνικές αναπνοών, συμπεριφορική έκθεση στο φοβικό ερέθισμα και έκθεση στη φαντασία.

Η θεραπεία γινόταν κάθε δύο εβδομάδες, ενώ ο συνολικός αριθμός των συνεδριών ήταν 13 σε διάστημα έξι μηνών. Η πρώτη συνεδρία της παρατεταμένης έκθεσης διαρκούσε μία ώρα, ενώ οι υπόλοιπες 90 λεπτά. Προστέθηκαν 30 επιπλέον λεπτά στην 4η και 5η συνεδρία της γνωσιακής επεξεργασιακής θεραπείας προκειμένου να επεξεργαστεί ο θεραπευτής τις γραπτές αφηγήσεις του τραύματος. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως και τα δύο είδη θεραπειών που χρησιμοποιήθηκαν ήταν εξίσου αποτελεσματικά στη μείωση των ανησυχιών γύρω από την υγεία αλλά και στα προβλήματα στον ύπνο. Οι συμμετέχοντες φάνηκε ότι χρησιμοποιούσαν φάρμακα για τον ύπνο πριν την έναρξη της παρατεταμένης έκθεσης, αλλά σε γενικές γραμμές φάνηκε να κάνουν λιγότερη χρήση φαρμάκων σε αυτή τη θεραπεία παρά στη γνωσιακή επεξεργασία. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η αυξημένη χρήση φαρμάκων για τον ύπνο σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα βελτίωσης του ύπνου και στις δύο θεραπείες. Μία διαφορά που φάνηκε να υπάρχει ανάμεσα στα δύο είδη θεραπειών, ήταν ότι η γνωσιακή επεξεργασία φάνηκε να υπερέχει σε μικρό βαθμό σε σχέση με την έκθεση όσον αφορά στη μείωση της ανησυχίας για θέματα υγείας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην έμφαση που δίνεται στη γνωσιακή αναδόμηση σε αυτή τη μορφή θεραπείας.

Οι Zayfert et. al. [22], ερευνήσαν τα επίπεδα ολοκλήρωσης της ΓΣΘ για τη μετατραυματική διαταραχή, θεωρώντας ως ολοκληρωμένη τη θεραπεία στην οποία ο ασθενής παραμένει μέχρι να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα. Συγκεκριμένα, η θεραπεία θεωρείται ολοκληρωμένη όταν επιτυγχάνονται οι στόχοι της θεραπείας, δηλαδή όταν οι τραυματικές αναμνήσεις δεν προκαλούσαν συναισθηματική δυσφορία ή φυσικές αντιδράσεις και όταν ο θεραπευόμενος δεν είχε πλέον εφιάλτες ή flashbacks. Χορηγήθηκαν ατομικές CBT συνεδρίες σε 115 συμμετέχοντες, που περιλάμβαναν συμπεριφορική έκθεση και έκθεση στη φαντασία, καθώς και γνωσιακή αναδόμηση. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν πως οι συμμετέχοντες που ξεκίνησαν έκθεση στη φαντασία ολοκλήρωναν τη θεραπεία τους συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που δεν έλαβαν έκθεση στη φαντασία. Αν και υπήρχαν άτομα που διέκοψαν τη θεραπεία, το 76% αυτών φάνηκε να γίνεται πριν την έκθεση στη φαντασία. Σε γενικές γραμμές, οι συμμετέχοντες που διέκοψαν τη θεραπεία φάνηκε ότι είχαν υψηλότερα ποσοστά άρνησης, υπερδιέγερσης, υψηλότερα ποσοστά διαταραχής μετατραυματικού στρες, κατάθλιψης και μειωμένης κοινωνικής λειτουργικότητας κατά την εισαγωγή νέων περιστατικών. Παρά το γεγονός ότι υπήρχαν άτομα που διέκοψαν τη θεραπεία σε αυτή την έρευνα, τα ποσοστά ολοκλήρωσης της θεραπείας ήταν καλύτερα από τα αναμενόμενα και για αυτό το λόγο τα ποσοστά διακοπής της θεραπείας θα πρέπει να θεωρούνται ως γενι-

κές εκτιμήσεις σχετικές με τις τυχαίοποιημένες μελέτες ελέγχου. Το 2006 σε μία έρευνα τους οι Seidler & Wagner [23] συνέκριναν την ΓΣΘ με την EMDR θεραπεία για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Η έρευνά τους αποτελεί μία βιβλιογραφική ανασκόπηση 7 μελετών από το 1989 έως το 2005 αναφορικά με την EMDR και την εστιασμένη στο τραύμα ΓΣΘ. Τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης συμπεριέλαβαν 209 συμμετέχοντες οι οποίοι συμπλήρωσαν όλες τις συνεδρίες. Φάνηκε πως και οι δύο θεραπείες είναι εξίσου αποτελεσματικές για ενήλικες θεραπευόμενους με μετατραυματική διαταραχή. Παρόλ'αυτά, ο αριθμός των αρχικών ερευνών που συγκρίνουν την εστιασμένη στο τραύμα ΓΣΘ με την EMDR είναι περιορισμένος και έτσι είναι δύσκολο να καταλήξουμε στο ποια από τις δύο θεραπείες είναι πιο αποτελεσματική. Τα ερωτήματα που τίθενται για περαιτέρω έρευνα αφορούν στο αν η EMDR αποτελεί ένα άλλο είδος έκθεσης, εάν οι συνθήκες θεραπείας διαφέρουν όταν ο θεραπευόμενος έχει κλειστά τα μάτια του, εάν το να εκτεθεί ένας ασθενής στο τραυματικό γεγονός αυτό τελικά αυξάνει τη συμπτωματολογία του.

3.2 Αποτελεσματικότητα του Συμπονετικού Νου στη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες

Το 2012 οι Beaumont et. al. [5] προσπάθησαν να αναδείξουν τις διαφορές της ΓΣΘ με το Συμπονετικό Νου στη θεραπεία της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Οι συμμετέχοντες ήταν 32 οι οποίοι είχαν παραπεμφθεί για ΓΣΘ θεραπεία. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, η μία ομάδα έλαβε ΓΣΘ θεραπεία μόνο, ενώ η άλλη ομάδα έλαβε ΓΣΘ και Θεραπεία στο Συμπονετικό Νου, η διάρκεια θεραπείας καθεμιάς από τις δύο ομάδες ήταν 12 εβδομάδες. Παράλληλα, οι θεραπευόμενοι συμπλήρωσαν πριν και μετά τη θεραπεία τους τρία ερωτηματολόγια, το "The hospital Anxiety and Depression" (Snaith & Zigmond, 1994), το "The Impact of Events Scale- Revised" (Horowitz et. al., 1979; Weiss & Marmar, 1996) και το "Self- Compassion Scale (SCS)- Short form" (Raes et. al., 2010). Από τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας φάνηκε πως τόσο η ομάδα που έλαβε μόνο ΓΣΘ όσο και η ομάδα που έλαβε το συνδυασμό ΓΣΘ με Συμπονετικό Νου, τα συμπτώματα της διαταραχής μειώθηκαν σημαντικά. Συγκεκριμένα, φάνηκε να μειώνονται αρκετά τα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, αποφευκτικές συμπεριφορές, παρειασθητικές σκέψεις και υπερ- διέγερση. Παράλληλα, οι συμμετέχοντες και των δύο καταστάσεων φάνηκε να βιώνουν σημαντική αύξηση της συμπόνιας προς τον εαυτό. Οι διαφορές ανάμεσα στις δύο καταστάσεις αφορούν στο αίσθημα της συμπόνιας προς τον εαυτό που φάνηκε να είναι υψηλότερο μετά τη θεραπεία στην ομάδα που έλαβε τις δύο θεραπείες μαζί. Η ίδια ομάδα έδειξε και χαμηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης μετά τη θεραπεία, με μόνη εξαίρεση το σύμπτωμα της υπερδιέγερσης που ήταν υψηλότερο πριν τη θεραπεία της ομάδας που έλαβε μόνο ΓΣΘ. Συμπερασματικά, η έρευνα αυτή συνηγορεί υπέρ του Συμπονετικού Νου ως ένα είδος αποτελεσματικής θεραπείας που μπορεί να βοηθήσει στη μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής μετατραυματικού στρες και στην αύξηση του αισθήματος της ζεστασιάς και της φροντίδας προς τον εαυτό.

Οι Thompson & Waltz [24] εξέτασαν τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο Συμπονετικό Νου και τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες. Οι συμμετέχοντες της έρευνας ήταν 210 φοιτητές ψυχολογίας, ηλικίας 18 έως 53 ετών, οι οποίοι συμπλήρωσαν μία σειρά ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια που κλήθηκαν να συμπληρώσουν ήταν τα SCS ("Self- Compassion Scale",

Πίνακας III: Έρευνες για την αποτελεσματικότητα της EMDR και Mindfulness στη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες.

Θεραπείες	Κατάθλιψη	Άγχος	Αυτοκτονικός ιδεασμός	Υγεία (Αϋπνία)	Ντροπή	Αυτοκριτική
EMDR	Seidler & Wagner, 2006	Seidler & Wagner, 2006 Wilson et. al. 1995 Shapiro, 2002	-	-	Beaumont & Martin, 2013	Beaumont & Martin, 2013
Mindfulness	Kearny et. al., 2012	Kearny et. al., 2012 Kabat-Zinn, 1982	-	Kabat-Zinn, 1982	-	-

Neff, 2003), ερωτηματολόγιο σχετικά με τη συμπίνα προς τον εαυτό και το PDS (“Posttraumatic Stress Diagnostic Scale”, Foa, Cashman, Jaycox, & Perry, 1997), ερωτηματολόγιο σχετικά με τη διάγνωση του μετατραυματικού στρες. Τα αποτελέσματα από την ανάλυση των ερωτηματολογίων έδειξαν πως μόνο το σύμπτωμα της αποφυγής συνδέεται με τη συμπίνα προς τον εαυτό. Αυτό σημαίνει πως η αποφυγή, δηλαδή η τακτική του ατόμου να αποφεύγει καταστάσεις που του φέρνουν σκέψεις, συναισθήματα και αισθήσεις που το δυσκολεύουν, αποτελεί μία τακτική που διατηρεί τα συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής. Αντίθετα, ο συμπονετικός νους είναι άμεσα συνδεδεμένος με μεγαλύτερη προθυμία να έρθει σε επαφή με τις δύσκολες σκέψεις και συναισθήματα και με μικρότερη ανάγκη να αποφύγει τις οδυνηρές εμπειρίες, κάτι που αναδεικνύει την αποτελεσματικότητα της θεωρίας του συμπονετικού νου.

Το 2013 έγιναν δύο έρευνες που αφορούν στο Συμπονετικό Νου και στο Διαλογισμό Αγάπης και Καλοσύνης (Loving- Kindness Meditation) σχετικά με τα συμπτώματα της διαταραχής του μετατραυματικού στρες. Η πρώτη έρευνα που αφορά στο Διαλογισμό Αγάπης και Καλοσύνης, πραγματοποιήθηκε από τους Kearny et. al. [25], είναι μία πιλοτική δοκιμή στην οποία εξετάστηκε ο διαλογισμός αγάπης και καλοσύνης. Οι συμμετέχοντες ήταν 42 βετεράνοι με διαταραχή μετατραυματικού στρες. Αρχικά οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια, ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών, “PTSD Symptom Scale Interview (PSS-I, Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993)”, “Patient- Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS, Fries & Krishnan, 2009)”, “Compassionate Love Scale” (Sprecher, 2005) και “The Five Facet Mindfulness Questionnaire” (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006). Στη συνέχεια, οι θεραπευόμενοι συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα διαλογισμού για 12 εβδομάδες, στο οποίο χωρίζονταν σε ομάδες των 12- 15 ατόμων. Το πρόγραμμα περιελάμβανε 10 λεπτά ασκήσεων αναπνοών εστιασμένων στην ενσυναίσθηση, 20 λεπτά οδηγιών, 30 λεπτά πρακτικής διαλογισμού αγάπης και καλοσύνης, 15 λεπτά ομαδικής συζήτησης και έληγε με 15 λεπτά διαλογισμού. Κάθε θεραπευόμενος έπαιρνε ένα CD διαλογισμού και ασκήσεις για το σπίτι. Αυξημένα ποσοστά συμπίνας προς τον εαυτό, αυξημένες δεξιότητες ενσυναίσθησης καθώς και μειωμένα συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής παρατηρήθηκαν στην παρακολούθηση της θεραπείας που έγινε μετά από 3 μήνες. Φαίνεται πως ο διαλογισμός αγάπης και καλοσύνης ήταν βοηθητικός για τους βετεράνους με διαταραχή μετατραυματικού

στρες. Αυτού του είδους ο διαλογισμός αποτελεί μία άλλη μορφή εκπαίδευσης στην αποδοχή και την ενσυναίσθηση, που φαίνεται να είναι βοηθητική στη μείωση των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες.

Η δεύτερη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2013 από τους Beaumont & Hollins Martin [8] στην Αγγλία και αποτελεί μία μελέτη περίπτωσης. Η μελέτη περίπτωσης αφορά στον Τομ ο οποίος είχε παραπεμφθεί για θεραπεία σχετιζόμενη με τραύμα μετά από ένα αυτοκινητιστικό ατύχημα που έγινε πριν από 18 μήνες και είχε τραυματίσει το χέρι του, με αποτέλεσμα να μη μπορεί να υπογράψει το όνομά του. Δεδομένου ότι είχε κάνει πολλές ιατρικές εξετάσεις οι οποίες έδειχναν ότι δεν υπήρχε πρόβλημα στο χέρι του, παραπέμφθηκε για ψυχοθεραπεία. Αρχικά, ο Τομ έλαβε ΓΣ θεραπεία σε συνδυασμό με το Συμπονετικό Νου, αλλά μετά από 4 συνεδρίες δήλωσε πως δυσκολευόταν ιδιαίτερα με τα συμπεριφοριστικά πειράματα, έτσι αποφασίστηκε πως η EMDR θεραπεία σε συνδυασμό με το Συμπονετικό Νου θα ήταν πιο αποτελεσματικές. Εκτός από το πρόβλημα στο χέρι, ο Τομ παρουσίαζε παρεισφορητικές ιδέες, δυσκολία στη συγκέντρωση, διαταραχή στον ύπνο, εφιάλτες, σκέψεις «αν γινόταν αυτό...», ήταν επικριτικός προς τον εαυτό του, ευσυγκίνητος, ματαιωτικός, ντροπιασμένος και θυμωμένος που παρουσίαζε αυτό το πρόβλημα. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν πως η EMDR θεραπεία σε συνδυασμό με το Συμπονετικό Νου ήταν αποτελεσματική για τη θεραπεία του Τομ. Συγκεκριμένα, κατάφερε να υπογράψει πλέον το όνομα του χωρίς να βιώνει έντονο άγχος ή ντροπή, ανυψώθηκε η διάθεσή του, μειώθηκε η αυτοκριτική του και οι τεχνικές του Συμπονετικού Νου όπως οι συμπονετικές εικόνες, η συμπονετική συγγραφή γράμματος και οι ασκήσεις αναπνοής στα πλαίσια της ενσυναίσθησης, φάνηκε να βοηθούν ιδιαίτερα στο αίσθημα ντροπής και κριτικής προς τον εαυτό του. Όλα αυτά συνηγούνται υπέρ του Συμπονετικού Νου ως μίας θεραπείας ιδιαίτερα αποτελεσματικής όσον αφορά στο τραύμα.

Στον Πίνακα II αναφέρονται τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες και οι έρευνες στις οποίες αναφέρεται η αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ και του Συμπονετικού Νου.

4. Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ και του Συμπονετικού Νου στη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Η θεραπεία στο Συμπονετικό Νου προέρχεται από τη Βουδιστική ψυχολογία και έχει επιρροές από την κοινωνική και αναπτυξιακή ψυχολογία, κα-

θώς και από τη νευροψυχολογία. Βασίζεται στην ανάπτυξη μίας θεραπείας για τις ψυχικές διαταραχές που θα βοηθήσει το άτομο να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί το μυαλό του, παρά στο να εστιάσει σε ένα συγκεκριμένο μοντέλο ή σε μία συγκεκριμένη διαδικασία [5]. Η θεραπεία αυτή αποτελεί κομμάτι των θεραπειών τρίτου κύματος, που προτείνει ότι οι συμπονετικές προσεγγίσεις μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να δημιουργήσει αισθήματα καθησυχασμού, συμπόνιας, αγάπης και ευγένειας προς τον εαυτό του [4]. Τα άτομα με διαταραχή μετατραυματικού στρες τείνουν να έχουν αυξημένο αίσθημα ντροπής και ενοχής και φαίνεται πως καταπραυντικές μορφές θεραπείας, όπως η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης, συμπόνια προς τον εαυτό και αγάπη και καλοσύνη προς τον εαυτό τους, είναι βοηθητικές [27]. Τα αποτελέσματα της έρευνας υποδεικνύουν ότι, στις έρευνες που χρησιμοποιήθηκε ο Συμπονετικός Νους ως θεραπεία για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, οι συμμετέχοντες βίωσαν μείωση των συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης, αποφυγών, υπερδιέγερσης, παρεισφρητικών εικόνων. Παράλληλα, φάνηκε και το αυξημένο ποσοστό συμπόνιας προς τον εαυτό και ενσυναίσθησης έπειτα από τη χρήση μεθόδων Συμπονετικού Νου. Παρά το ότι υπάρχει περιορισμένος αριθμός ερευνών για την αξία αυτής της προσέγγισης, απαιτείται περισσότερη και εκτενέστερη έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητά της [26].

Η ΓΣΘ αποτελεί μία αποδεδειγμένη μορφή θεραπείας για τη διαταραχή, καθώς συμβάλλει στη μείωση των συμπτωμάτων της. Πιο συγκεκριμένα, η ΓΣΘ συμβάλλει αποτελεσματικά στη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους, της κατάθλιψης, δυσκολίες στον ύπνο και την κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Ο Leahy [27] αναφέρει πως μία αδυναμία της συγκεκριμένης θεραπείας είναι ότι παρά το γεγονός ότι τα άτομα αναφέρουν πως κατανοούν τη λογική της, δε φαίνεται να σημειώνουν πως νιώθουν καλύτερα. Η μελέτη των ερευνών που συγκεντρώθηκαν στην παρούσα επισκόπηση μπορεί να μας οδηγήσει στην υπόθεση ότι προκειμένου το άτομο να νιώσει καλύτερα, μπορεί να επωφεληθεί από την ανάπτυξη του Συμπονετικού Νου σε συνδυασμό με την αναγνώριση του συστήματος ρύθμισης των συναισθημάτων τους. Ίσως να είναι πιο αποτελεσματικό για τη θεραπεία της διαταραχής στρες μετά από τραύμα, να μάθει το άτομο να αναγνωρίζει τον τρόπο που σκέφτεται, να προκαλέσει τα συναισθήματά του και να αποκτήσει τελικά μία πιο «ευγενική» στάση προς τον εαυτό του. Ο συνδυασμός των δύο θεραπειών φαίνεται να έχει αποτελεσματικότητα στη μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής στρες μετά από τραύμα. Μέσα από την αναζήτηση θεραπειών για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, αναδείχθηκε η σημασία της EMDR θεραπείας. Αν και αποτελεί μία νέα μορφή θεραπείας που αναπτύχθηκε από τη Shapiro το 1987 και υπάρχει αρκετή διαμάχη γύρω από τη συνεισφορά της κίνησης των ματιών στη θεραπεία, φαίνεται πως η αποτελεσματικότητά της θεραπείας είναι σημαντική και χρησιμοποιείται συχνά σε θεραπευόμενους με διαταραχή μετατραυματικού στρες [28]. Η EMDR θεραπεία φαίνεται να είναι αποτελεσματική στη μείωση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους μετά από ένα τραυματικό γεγονός. Παρόλ'αυτά, αποτελέσματα ερευνών δείχνουν πως τόσο η EMDR όσο και η ΓΣΘ είναι εξίσου αποτελεσματικές στη μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής και οι διαφορές που μπορεί να εμφανίζονται δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Τέλος, είναι σημαντική η συνεισφορά της ενσυναϊστικότητας

(mindfulness) ως θεραπείας στη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Σύμφωνα με τον Siegel [16] η ενσυναϊστικότητα, αποτελεί έναν τρόπο που μπορεί να βοηθήσει κάποιον να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει αναπόφευκτα δύσκολες καταστάσεις στη ζωή, όχι μόνο σε υπαρκτά ζητήματα, αλλά και σε θέματα ψυχικής υγείας, στον αυτοκτονικό ιδεασμό, χρόνια κατάθλιψη, ψυχωτικές παραισθήσεις. Η χρήση μεθόδων ενσυναίσθησης φαίνεται να επιφέρει βελτίωση στα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες, όπως στα καταθλιπτικά συμπτώματα, στις αποφυγές και στον χρόνιο πόνο. Μέσα από την έρευνα των Kearny et al. [18] φαίνεται ότι η ενσυναϊστικότητα βοηθάει στη μείωση των επιπέδων άγχους όταν αποτελεί ένα συνακόλουθο θεραπείας που ήδη παρακολουθούν οι συμμετέχοντες.

Η έρευνα πάνω στη θεραπεία του Συμπονετικού Νου, καθώς και των άλλων θεραπειών για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, βρίσκεται ακόμη σε αρχικά στάδια και ο αριθμός των διαθέσιμων ερευνών είναι περιορισμένος. Περαιτέρω έρευνα είναι αναγκαία σχετικά με την αποτελεσματικότητα του Συμπονετικού Νου στη διαταραχή μετατραυματικού στρες, αλλά και στην αποτελεσματικότητά του σε συνδυασμό με άλλες μορφές θεραπείας όπως τη ΓΣΘ. Παράλληλα, μελλοντικές έρευνες θα ήταν χρήσιμο να εστιάσουν στην αποτελεσματικότητα των θεραπειών σε διαφορετικές μορφές τραύματος (π.χ. βιασμός, δυστύχημα, θάνατος αγαπημένου προσώπου, τρομοκρατική ενέργεια, τραύμα μετά από παραμονή σε μονάδα εντατικής θεραπείας), καθώς και στην αποτελεσματικότητα των θεραπειών σε διαφορετικό πληθυσμό (βετεράνους, πρόσφυγες, γυναίκες-άνδρες).

Στον πίνακα III αναφέρονται συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες και οι έρευνες στις οποίες αναφέρεται η αποτελεσματικότητά της EMDR και του Mindfulness.

Compassionate Mind Training and Cognitive Behavioural Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder.

Roussou, V. M.¹, Aggeli, K.¹

¹Institute of Behaviour Research and Therapy

Correspondence: Vasiliki- Maria Roussou, Institute of Behaviour Research and Therapy, Gladstonos 10, Athens, 106 77, Greece, E-mail: marivily.roussou@gmail.com

Abstract

Post-traumatic stress disorder is a difficult and debilitating disorder, as the patient has to deal with repeated and unwanted pictures, memories, dreams, flashbacks and it feels as if s/he is reliving the traumatic event. Many people recover in few weeks or months, but for other people the symptoms can last for years. For these people social and occupational functioning are often severely impaired. The purpose of the present review is to investigate the efficacy of the available treatment approaches, with emphasis in Cognitive Behavioural Therapy (CBT) and Compassionate Mind Training (CMT). The literature review came up with 9 articles in total. The general conclusions were focused on the positive outcomes of each approach.

Compassionate Mind Training seems to be effective, in the reduction of symptoms of anxiety, depression, avoidance, hyperarousal and intrusive thoughts. Its efficacy can also be seen in the reduction of feelings of shame, guilt, self-blame and negative self-criticism, which are core in people with PTSD. CBT is an evidence based therapy and is highly effective in treating people with PTSD, as it helps in the reduction of symptoms of anxiety, depression, sleep impairment and social function. However, the results of the present study showed that CBT does not help people with PTSD in being self-compassionate, or empathic. It is suggested that greater improvement in the symptoms of PTSD is provided, when the two therapies are combined. The person that is suffering from a trauma, needs to learn to recognize the way s/he thinks, to challenge his or her feelings and to eventually adopt a “kinder” attitude towards him/her self, by learning to be self-compassionate, self-soothing, kind to self and safe. The efficacy and efficiency of two other therapies, EMDR and Mindfulness, is discussed in this study, as both of these therapies seem to play an important role in the reduction of symptoms of PTSD. Due to limited data in the efficacy of Compassionate Mind Training, further research is suggested for the efficacy of the therapeutic approach.

Key words: Post-traumatic stress disorder, CBT for Post-traumatic stress disorder, Compassionate Mind Training, Love and Kindness Meditation.

Βιβλιογραφία

- Herbert C., Wetmore A. Overcoming traumatic stress. A self help guide using CBT. London: Robinson, . p. 3-224.
- Dilip V. Jeste et. al. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition. Washington DC: Americal Psychiatric Association, 2013. P. 271-280.
- Χριστοπούλου Α. Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος, 2008. Σελ. 150- 153.
- Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behav Research and Therapy. 2000; 38: 319- 345.
- Beaumont E., Gaplin A., Jenkins P. ‘Being kinder to myself’: A prospective comparative study, exploring post- trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either Cognitive Behaviour Therapy or Cognitive Behaviour Therapy and Compassionate Mind Training. Counsel Psychol Review. 2012 Mar; 27 (1): 31- 43.
- Mascaro J. S., Rilling J. K., Negi L. T., Raison C. L. Compassion meditation enhances empathic accuracy and related neural activity. Oxford Uni Press. 2013; 8: 48- 55.
- Gilbert P. Introducing compassion- focused therapy. Advances in psych treat. 2009; 15: 199-208.
- Beaumont E., Hollins Martin C. J. Using Compassionate Mind Training as a Resource in EMDR: A Case Study. J of EMDR Practice and Research. 2013; 7 (4): 186-199.
- Neff K. D., Kirkpatrick K. L., Rude S. S. Self- compassion and adaptive psychological functioning. J of Research in Person. 2007; 41: 139- 154.
- Gilbert P., Procter S. Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self- Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. Clin. Psychol. Psychoth. 2006; 13: 353- 379.
- Neff K. D. Self- Compassion, Self- Esteem, and Well- Being. Soc and Person Psychol Compass. 2011; 5/1: 1- 12.
- Hofmann S. G., Grossman P., Hinton D. E. Loving- Kindness and Compassion Meditation: Potential for Psychological Interventions. Clin Psychol Rev. 2011 Nov; 31 (7): 1126- 1132.
- Shapiro F. EMDR 12 Years after Its Introduction: Past and Future Research. J of Clinic Psychol. 2002; 58 (1): 1- 22.
- Wilson S. A., Becker L. A., Tinker R. H. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment for Psychologically Traumatized Individuals. J of Consult and Clinic Psychol. 1995; 63 (6): 928- 937.
- Davidson P. R., Parker K. C. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): A Meta- Analysis. J of Consult and Clinic Psychol. 2001; 69 (2): 305- 316.
- Siegel R. D., Germer C. K., Fulton P. R. Mindfulness and Psychotherapy. New York: The Guilford Press, 2005. p. 3- 54.
- Kabat- Zinn J. An Outpatient Program in Behavioral Medicine for Chronic Pain Patients Based on the Practice of Mindfulness Meditation: Theoretical Considerations and Preliminary Results. Gen Hospital Psych. 1982; 4: 33- 47.
- Kearny D. J., McDermott K., Malte C., Martinez M., Simpson T. L. Association of Participation in a Mindfulness Program With Measures of PTSD, Depression and Quality of Life in a Veteran Sample. J of Clin Psychol. 2012; 68 (1): 101- 116.
- Schnurr P. P., Friedman M. J., Engel C. C., Foa E. B., Shea M. T., Chow B. K., Resick P. A., Thurston V., Orsillo S. M., Haug R., Turner C., Bernardy N. Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Women. A Randomized Conrolled Trial. American Med Assoc. 2007; 297 (8): 820- 830.
- Ehlers A., Clark D. M., Hackmann A., McManus F., Fennell M. Cognitive therapy for post- traumatic stress disorder: development and evaluation. Behav Research and Therapy. 2005; 43: 413- 431
- Galovski T. E., Monson C., Bruce S. E., Resick P. A. Does Cognitive- Behavioral Therapy for PTSD Improve Perceived Health and Sleep Impairment J Trauma Stress. 2009 June; 22 (3): 197- 204.
- Zayfert C., DeViva J., Becker C., Pike J. L., Gillock K. L., Hayes S. A. Exposure Utilization and Completion of Cognitive Behavioral Therapy for PTSD in a “Real World” Clinical Practice. J of Traum Stress. 2005 Dec; 18 (6): 637- 645.
- Seidler G. H., Wagner F. E. Comparing the efficacy of EMDR and trauma- focused cognitive- behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta- analytic study. Psychol Med. 2006; 36: 1515- 1522.
- Thompson B. L., Waltz J. Self- Compassion and PTSD Symptom Severity. J of Traum Stress. 2008 Dec; 21 (6): 556- 558.
- Kearney D. J., Malte C. A., McManus C., Martinez M. E., Felleman B., Simpson T. L. Loving- Kindness Meditation for Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Study. J of Traum Stress. 2013 Aug; 26: 426- 434.
- Mayhew S., Gilbert P. Compassionate mind training with people who hear malevolent voices. A case series report. Clin Psych and Psycho. 2008; 15: 113- 38.
- Leahy R. Overcoming resistance in cognitive therapy. New York: Guilford Press, 2001.
- Jonsson A., Segesten K. Guilt, shame and need for a container: A study for post- traumatic stress among ambulance personnel. Acc Emerg Nurs. 2004; 12 (4): 215- 223.