

Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση  
ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων για ενήλικες με  
συμπτώματα μετατραυματικού στρες

υπό

Ευφροσύνη Βάτκαλη

Μεταπτυχιακή Εργασία

υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων απονομής  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στις «Επιστήμες της Αγωγής» του  
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

2017

© Ευφροσύνη Βάτκαλη

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	4
ABSTRACT .....	5
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	7
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ .....</b>	<b>9</b>
1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της διαταραχής.....	9
1.1.1 Η θεωρία της συναισθηματικής επεξεργασίας (emotional processing theory): Foa και Kozak (1986) .....	9
1.1.2 Η θεωρία της διπλής αναπαράστασης (dual representation theory): Brewin et al. (1996).....	11
1.1.3 Το γνωστικό μοντέλο της διαταραχής μετατραυματικού στρες (cognitive model of PTSD): Ehlers και Clark (2000) .....	12
1.2 Η διάγνωση της διαταραχής .....	13
1.3 Επικράτηση τραυματικών γεγονότων, επικράτηση της διαταραχής μετατραυματικού στρες και σχέση με το φύλο .....	17
1.4 Φυλή .....	20
1.5 Συννοσηρότητα .....	22
1.6 Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της διαταραχής .....	23
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ .....</b>	<b>26</b>
2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός και στοχοθεσία της ψυχοεκπαίδευσης .....	26
2.2 Η επικράτηση της ψυχοεκπαίδευσης .....	29
2.3 Τα οφέλη της ψυχοεκπαίδευσης .....	30
2.4 Ψυχοεκπαίδευση για το μετατραυματικό στρες .....	32
2.5 Ζητήματα στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ψυχοεκπαίδευσης στα πλαίσια του τραυματικού στρες .....	35
2.5.1.1 Το ζήτημα του ορισμού της ψυχοεκπαίδευσης .....	35
2.5.1.2 Η υπόθεση της υποβολής .....	37
2.5.1.3 Περιεχόμενο και ποιότητα των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων.....	38
2.5.2 Συμπεράσματα και κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα για την ψυχοεκπαίδευση στα πλαίσια του τραυματικού στρες .....	40
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ .....</b>	<b>44</b>
3.1 Πρωτοτυπία και χρησιμότητα της έρευνας .....	44
3.2 Σκοπός της εργασίας .....	44
3.3 Ερευνητικά ερωτήματα .....	45
3.4 Μέθοδος.....	45

3.4.1	Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση.....	45
3.4.1.2	Πλεονεκτήματα και κριτική της μεθόδου .....	47
3.4.2	Προσδιορισμός κριτηρίων εισαγωγής και αποκλεισμού μελετών .....	49
3.4.3	Βιβλιογραφική αναζήτηση .....	50
3.4.4	Αξιολόγηση του κινδύνου μεροληψίας των μελετών (risk of bias assessment) .....	51
3.4.5	Μέθοδος σύνθεσης των αποτελεσμάτων .....	51
3.4.5.1	Το μοντέλο των τυχαίων επιδράσεων (random effects model) .....	51
3.4.5.2	Ανάλυση σε υποομάδες.....	52
3.4.6	Ερμηνεία του διαγράμματος δάσους (forest plot) .....	53
3.4.7	Έλεγχος στατιστικής ετερογένειας (statistical heterogeneity) .....	54
3.4.8	Συστηματικό σφάλμα δημοσίευσης (publication bias) και το φαινόμενο της επίδρασης των μικρών μελετών (small study effects) .....	55
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....</b>		<b>58</b>
4.1	Διαδικασία επιλογής μελετών .....	58
4.2	Αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης .....	58
4.3	Αξιολόγηση του βαθμού μεροληψίας των μελετών .....	73
4.3	Συστηματικό σφάλμα δημοσίευσης και επίδραση των μικρών μελετών .....	74
4.4	Σύνθεση των αποτελεσμάτων: Επίδραση της ψυχοεκπαίδευσης στα συμπτώματα μετατραυματικού στρες .....	75
4.4.1	Κύρια ανάλυση .....	75
4.4	Ανάλυση των αρτιότερων μεθοδολογικά μελετών .....	77
4.5	Σύνοψη των κύριων ευρημάτων .....	79
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....</b>		<b>80</b>
5.1	Συνοπτική παρουσίαση των κυριότερων ευρημάτων .....	80
5.2	Σχολιασμός και εξήγηση .....	80
5.2.1	Ετερογένεια .....	80
5.2.2	Ζητήματα που αφορούν το περιεχόμενο των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων και προτάσεις για βελτίωση .....	83
5.3	Αναφορά των περιορισμών .....	87
5.3.1	Σε επίπεδο της συστηματικής ανασκόπησης .....	87
5.3.2	Σε επίπεδο μελετών .....	88
5.4	Συμπεράσματα και κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα .....	88
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ .....</b>		<b>92</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αν και η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί μια διαδεδομένη πλέον θεραπευτική προσέγγιση στο χώρο της ψυχικής υγείας, η χρήση της στα πλαίσια του τραυματικού στρες είναι περιορισμένη και τα ερευνητικά στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητά της είναι λίγα και ασαφή. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αξιολόγηση των ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης για την αντιμετώπιση/πρόληψη των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες μετά από ένα τραυματικό ή δυνητικά τραυματικό γεγονός σε ενήλικα άτομα. Διατυπώθηκε, λοιπόν, το εξής ερευνητικό ερώτημα: εάν η ψυχοεκπαίδευση είναι περισσότερο αποτελεσματική στην αντιμετώπιση/πρόληψη των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες σε ενήλικα άτομα σε σύγκριση με άλλες θεραπείες. Για τη διερεύνηση του ερευνητικού ερωτήματος χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης. Η συστηματική ανασκόπηση έλαβε χώρα στις βιβλιογραφικές βάσεις *Scopus* και *Medline* με συνδυασμούς λέξεων-κλειδιών, χωρίς περιορισμούς στη χρονολογία ή τη γλώσσα. Όσον αφορά τη μετα-ανάλυση, καθώς η ετερογένεια αναμενόταν να είναι σημαντική, προτιμήθηκε ως μοντέλο σύνθεσης των δεδομένων το μοντέλο των τυχαίων επιδράσεων και η ανάλυση έγινε σε υπο-ομάδες, ανάλογα με τη θεραπεία σύγκρισης. Τελικά, 17 μελέτες συμπεριλήφθησαν στη συστηματική ανασκόπηση και 12 στη μετα-ανάλυση. Το κυριότερο εύρημα της παρούσας εργασίας αφορά τη σύγκριση της ψυχοεκπαίδευσης με τη συνήθη θεραπεία. Από τη συστηματική ανασκόπηση προέκυψαν 7 μελέτες με 1360 συμμετέχοντες που συγκρίνουν την ψυχοεκπαίδευση με τη συνήθη θεραπεία. Δεν αναδείχθηκε κάποια ξεκάθαρη διαφορά μεταξύ αυτών των θεραπειών, εύρημα το οποίο δεν ήταν στατιστικά σημαντικό, ενώ η ετερογένεια στις περισσότερες αναλύσεις ήταν ουσιαστική. Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας υποδεικνύουν ότι η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί μια ουδέτερη θεραπεία για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, με επίδραση παρόμοια με αυτή της συνήθους θεραπείας. Προτείνεται, ωστόσο, η βελτίωση και η εκ νέου αξιολόγησή της και σε άλλους τομείς, πέραν της συμπτωματολογίας, όπως π.χ. στην ομαλοποίηση των συμπτωμάτων, καθώς εκεί ενδέχεται να είναι περισσότερο επωφελής. Τέλος, τίγονται θέματα που αφορούν τη θεωρητική πλαισίωση, το περιεχόμενο και τη στοχοθεσία της ψυχοεκπαίδευσης στα πλαίσια του τραυματικού στρες και διατυπώνονται προτάσεις για μελλοντική έρευνα σε αυτό το ερευνητικό πεδίο.

## ABSTRACT

Psychoeducation is a common mental health treatment. However, its use in the framework of traumatic stress is limited and research evidence concerning its effectiveness is scarce and inconclusive. The purpose of the current study is to assess the research evidence concerning the effectiveness of psychoeducation in the treatment/prevention of post-traumatic stress symptoms for adults who have experienced a traumatic or potentially traumatic event. Thus, the research question was whether psychoeducation is more effective in treating/preventing post-traumatic stress symptoms in adults compared to other treatments. The method of systematic review and meta-analysis was used to address the research questions. The systematic review took place in *Scopus* and *Medline* with combinations of keywords without restrictions concerning date and language of publication. As significant levels of heterogeneity were expected, a random-effects meta-analysis with subgroups was performed. 17 studies were included in the systematic review and 12 studies in the meta-analysis. The most important finding of this study refers to the comparison of psychoeducation to treatment-as-usual. The systematic review resulted in 7 studies with 1360 participants which compare psychoeducation to treatment-as-usual. There does not seem to be any clear difference between psychoeducation and treatment-as-usual, and this result is not statistically significant. Heterogeneity was substantial in most cases. According to the current study, psychoeducation is a neutral treatment for reducing post-traumatic stress symptoms, with effects similar to those of treatment-as-usual. However, its improvement and reassessment in other areas of interest, beyond symptom remission, is strongly advised, as psychoeducation might be more beneficial in other areas, such as normalization of symptoms. Finally, several issues concerning the theoretical framework, content and goal setting of psychoeducation are discussed and suggestions for future research in this field are proposed.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τον κ. Δημήτρη Μαυρίδη, Επίκουρο Καθηγητή του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για την πολύτιμη καθοδήγηση που μου προσέφερε κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Του είμαι βαθύτατα ευγνώμων, καθώς προσφέρθηκε να με βοηθήσει παρά το γεγονός ότι βρίσκεται σε εκπαιδευτική άδεια, και τις υποχρεώσεις που αυτό συνεπάγεται. Για το λόγο αυτό και δεν ήταν δυνατό να αποτελέσει μέλος της τριμελούς επιτροπής αυτής της εργασίας. Αναγνωρίζω, ωστόσο, ότι χωρίς τη συνδρομή του πιθανότατα δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση της εργασίας.

Έτσι, τον ευχαριστώ θερμά για τη συνεργασία μας, για τις γνώσεις που μου προσέφερε και τις χρήσιμες παραπομπές σε πηγές πληροφοριών, που συνεισέφεραν σημαντικά στην καλύτερη κατανόηση των ζητημάτων που ανέκυψαν κατά τη διάρκεια της μελέτης μου. Κυρίως, όμως, τον ευχαριστώ για τη στάση που κράτησε στην επικοινωνία μας, κάνοντάς με να αισθάνομαι άνετα να εκφράσω κάθε μου απορία, ακόμα και μικρής σημασίας. Αυτό ήταν πολύ σημαντικό για μένα, καθώς πρώτη φορά ήρθα σε επαφή με τη συγκεκριμένη μεθοδολογία έρευνας και οι διευκρινίσεις του ήταν καίριες και ουσιαστικές.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο την αξιολόγηση των ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης στην αντιμετώπιση/πρόληψη των συμπτωμάτων της διαταραχής μετατραυματικού στρες σε ενήλικα άτομα. Η διαταραχή μετατραυματικού στρες απέκτησε πρόσφατα οντότητα, ωστόσο οι αναφορές στις βασανιστικές επιπτώσεις της στα άτομα που τη βιώνουν είναι ήδη πολυάριθμες.

Η εργασία αναπτύσσεται σε πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται και εξηγείται σύντομα η διαταραχή μετατραυματικού στρες υπό το πρίσμα τριών πολύ γνωστών θεωριών που έχουν διατυπωθεί για αυτή, συγκεκριμένα της θεωρίας της συναισθηματικής επεξεργασίας (Foa & Kozak, 1986), της θεωρίας της διπλής αναπαράστασης (Brewin et al., 1996) και του γνωστικού μοντέλου της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Ehlers & Clark, 2000). Ακόμα, αναφέρονται τα κριτήρια διάγνωσής της, σύμφωνα με την πέμπτη έκδοση του *Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών* (American Psychological Association, 2013), και παρουσιάζονται στοιχεία για την επίδραση του φύλου, της φυλής και των παραγόντων κινδύνου, καθώς και η συννοσηρότητά της με άλλες διαταραχές.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην ψυχοεκπαίδευση. Επιχειρείται να οριστεί εννοιολογικά ο όρος και αναφέρονται στοιχεία για την επικράτησή της και τα οφέλη της. Ακόμα, παρουσιάζεται ειδικότερα η ψυχοεκπαίδευση για το μετατραυματικό στρες. Στο τέλος αυτού του κεφαλαίου συζητούνται ζητήματα που αφορούν την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας της ψυχοεκπαίδευσης στα πλαίσια του μετατραυματικού στρες, θίγοντας κυρίως τα θέματα του ορισμού της, του περιεχομένου και της ποιότητάς της, καθώς και την υπόθεση της υποβολής. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την εξαγωγή συμπερασμάτων βασισμένων στη βιβλιογραφία και τη χάραξη κατευθύνσεων για μελλοντική έρευνα σε αυτό το πεδίο.

Το τρίτο κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στην περιγραφή της μεθοδολογίας της έρευνας. Ζητήματα που διευκρινίζονται είναι η πρωτοτυπία της έρευνας, ο σκοπός της εργασίας, καθώς και τα ερευνητικά ερωτήματα. Επιπλέον, περιγράφεται αναλυτικά η μέθοδος που ακολουθήθηκε, δηλαδή ολόκληρη η διαδικασία και τα βήματα της συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης.

Τα αποτελέσματα της εργασίας παρουσιάζονται στο τέταρτο κεφάλαιο. Το κεφάλαιο αυτό περιέχει τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης, καθώς και όλα τα διαγράμματα και τα περιγραφικά στοιχεία και των τριών αναλύσεων που διεξήχθησαν, δηλαδή της κύριας και της δευτερεύουσας ανάλυσης, καθώς και της ανάλυσης των αρτιότερων μεθοδολογικά μελετών. Παρουσιάζεται, επίσης, η αξιολόγηση του βαθμού μεροληψίας των μελετών, ενώ στο τέλος επιχειρείται μια σύνοψη των κυριότερων ευρημάτων της εργασίας.

Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο λαμβάνει χώρα η συζήτηση των ευρημάτων της εργασίας με βάση τη βιβλιογραφία. Παρουσιάζονται συνοπτικά τα κυριότερα ευρήματα, ενώ ακολουθεί σχολιασμός τους, με έμφαση στο θέμα της ετερογένειας, καθώς και των ζητημάτων που εμπλέκονται στην αξιολόγηση της ψυχοεκπαίδευσης για το μετατραυματικό στρες. Ακόμα, αναφέρονται οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας σε επίπεδο συστηματικής ανασκόπησης αλλά και σε επίπεδο μελετών. Η εργασία ολοκληρώνεται με την εξαγωγή ενός συμπεράσματος για την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης για την αντιμετώπιση/πρόληψη των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες σε ενήλικα άτομα, ενώ επίσης διατυπώνονται προτάσεις για μελλοντική έρευνα στο πεδίο αυτό.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

## 1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της διαταραχής

Για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (*post-traumatic stress disorder* ή εν συντομία *PTSD*) έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες. Στη συνέχεια αναφέρονται συνοπτικά τρεις από τις γνωστότερες ψυχολογικές θεωρίες, ώστε να αποκτήσει ο αναγνώστης μια πρώτη εξοικείωση με το περιεχόμενο του όρου. Οι θεωρίες που θα αναφερθούν είναι η θεωρία της συναισθηματικής επεξεργασίας (Foa & Kozak, 1986), η θεωρία της διπλής αναπαράστασης (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996) και το γνωστικό μοντέλο της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Ehlers & Clark, 2000).

### 1.1.1 Η θεωρία της συναισθηματικής επεξεργασίας (*emotional processing theory*): Foa και Kozak (1986)

Κεντρική έννοια αυτής της θεωρίας είναι η *δομή φόβου*. Η δομή φόβου ενυπάρχει στη μνήμη και περιλαμβάνει πληροφορίες για το ερεθίσμα που προκαλεί φόβο, τις αντιδράσεις σε αυτό και το νόημα που τα ερεθίσματα και οι αντιδράσεις έχουν για το άτομο. Αργότερα, οι Foa και Kozak (1986) έκαναν τη διάκριση ανάμεσα στις *φυσιολογικές* και τις *παθολογικές* δομές φόβου, με κριτήριο τον βαθμό προσαρμοστικότητάς τους. Η παθολογική δομή φόβου περιέχει συνδέσεις μεταξύ των αναπαραστάσεων του ερεθίσματος, της απόκρισης του ατόμου και του προσωπικού νοήματος που έχουν αυτά τα δύο για το άτομο, με τρόπο, όμως, που διαστρεβλώνει την πραγματικότητα και οδηγεί σε υπερβολικές αντιδράσεις (Foa, Huppert, & Cahill, 2006). Αντίθετα, η λειτουργία της φυσιολογικής δομής φόβου είναι η προστασία απέναντι σε έναν αντικειμενικό κίνδυνο. Ως *συναισθηματική επεξεργασία* ορίζεται η αντικατάσταση των στοιχείων των παθολογικών δομών φόβου με καινούρια μάθηση που ανταγωνίζεται την προϋπάρχουσα (Foa et al., 2006).

Στη διαταραχή μετατραυματικού στρες, η δομή φόβου περιλαμβάνει τη σύνδεση ουδέτερων και βασικά ασφαλών ερεθισμάτων με την αίσθηση του κινδύνου και της ανικανότητας και με αναπαραστάσεις φυσιολογικής διέγερσης και αντιδράσεων

συμπεριφοράς (Bisson, 2009 Foa et al., 2006). Η δομή φόβου καθίσταται, λοιπόν, παθολογική και πλήττει σημαντικά την λειτουργικότητα του ατόμου. Στο γνωστικό τομέα οι αντιλήψεις σχετικά με το τραύμα αποκτούν αρνητικό χαρακτήρα. Ο κόσμος βιώνεται ως επικίνδυνος και ο εαυτός ως ανίκανος (Bisson, 2009). Οι παθολογικές δομές φόβου συνήθως επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι Foa et al. (2006) θεωρούν ότι για αυτό ευθύνεται η συμπεριφορική και γνωστική αποφυγή, που στερούν από το άτομο την ευκαιρία να διαπιστώσει ότι αυτό που φοβάται δε θα συμβεί, καθώς και οι γνωστικές προκαταλήψεις στα διάφορα στάδια της επεξεργασίας της πληροφορίας (καταγραφή, ερμηνεία και ανάκληση). Γενικά, η κατακερματισμένη τραυματική μνήμη εμποδίζει την επεξεργασία των νέων πληροφοριών (Bisson, 2009).

Δύο είναι τα απαραίτητα στοιχεία της θεραπείας, όπως προκύπτουν από τη θεωρία της συναισθηματικής επεξεργασίας. Αρχικά, απαιτείται η ενεργοποίηση της δομής φόβου και, στη συνέχεια, η ενσωμάτωση νέας πληροφορίας, μη συμβατής με τα παθολογικά στοιχεία της (Foa et al., 2006). Η διόρθωση των παθολογικών στοιχείων είναι κομβικής σημασίας. Κρίσιμο ρόλο στη θεωρία αυτή παίζει η διαδικασία της *εξοικείωσης* (habituation) μέσω της *παρατεταμένης έκθεσης* (prolonged exposure), η οποία θεωρείται ότι αλλάζει τη σχέση ανάμεσα στο ερέθισμα που προκαλεί φόβο και τις αντιδράσεις που προκαλούνται από τη μνήμη. Τεχνικές που προκύπτουν από αυτή τη θεωρία είναι η έκθεση σε πραγματικές συνθήκες στο ερέθισμα που προκαλεί φόβο σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον, ώστε να μη συμβεί το αναμενόμενο από το άτομο επιβλαβές αποτέλεσμα (*in vivo exposure*), και η εικονική έκθεση (*imaginal exposure*, Foa et al., 2006).

Έτσι, το άτομο με διαταραχή μετατραυματικού στρες μαθαίνει μέσω της εξοικείωσης να βρίσκεται σε επαφή με το ερέθισμα που προκαλεί φόβο, μέχρι να σημειωθεί μείωση στο άγχος, η οποία θα επιτρέψει την καταγραφή της νέας πληροφορίας, ότι δηλαδή το ερέθισμα αυτό δεν είναι επικίνδυνο. Αντίστοιχα, μέσω της επαναλαμβανόμενης εικονικής έκθεσης της τραυματικής μνήμης μαθαίνει να διαχωρίζει την ανάμνηση του τραύματος από την εκ νέου βίωσή του, αλλάζοντας τη συσχέτιση ανάμεσα στην τραυματική μνήμη και στο νόημα ότι αυτό το ερέθισμα σημαίνει απειλή (Foa et al., 2006). Επειδή τόσο η νέα όσο και η παλιά πληροφορία παραμένουν στη μνήμη, προτείνεται η θεραπεία να λαμβάνει χώρα σε διάφορα περιβάλλοντα, ώστε να είναι πιο πιθανό να ενεργοποιηθεί η καινούργια μάθηση (Foa et al., 2006).

### 1.1.2 Η θεωρία της διπλής αναπαράστασης (dual representation theory): Brewin et al. (1996)

Αντλώντας από τη γνωστική θεωρία, η θεωρία της διπλής αναπαράστασης πρεσβεύει την δημιουργία δύο διαφορετικών μνημονικών συστημάτων ταυτόχρονα μετά από ένα τραυματικό γεγονός μετά την πρώιμη παιδική ηλικία. Τα δύο είδη μνήμης είναι η *λεκτικά προσβάσιμη μνήμη* (verbally accessible memories) και η *προσβάσιμη μέσω της κατάστασης μνήμη* (situationally accessible memories). Ενώ η πρώτη αποτελείται από μια σειρά αυτοβιογραφικών αναμνήσεων και μπορεί εύκολα να ανακληθεί και να επεξεργαστεί, η δεύτερη παραμένει στο ασυνείδητο, έως ότου ενεργοποιηθεί αυτόματα όταν το άτομο βρεθεί σε ένα πλαίσιο (εσωτερικό ή εξωτερικό), τα χαρακτηριστικά ή το νόημα του οποίου προσομοιάζουν με εκείνα της τραυματικής κατάστασης. Όταν γίνει αυτό, το άτομο μπορεί να βιώσει όνειρα ή *flashbacks*, καθώς και μια κατάσταση φυσιολογικής διέγερσης, κατά την οποία ζει με την ίδια ένταση τα συναισθήματα που έζησε κατά τη διάρκεια του τραυματικού γεγονότος.

Οι αναπαραστάσεις που δημιουργούνται στα δύο συστήματα έχουν αρκετές ομοιότητες αλλά και διαφορές. Για παράδειγμα, η λεκτικά προσβάσιμη μνήμη τείνει να είναι πιο λεπτομερειακή και να περιλαμβάνει πληροφορίες που έχουν επεξεργαστεί γνωστικά, ενώ η προσβάσιμη μέσω της κατάστασης μνήμη περιλαμβάνει πιο πολύ αισθητηριακές πληροφορίες, που δεν έχουν επεξεργαστεί πολύ γνωστικά. Υπό το πρίσμα της θεωρίας της διπλής αναπαράστασης η διαταραχή μετατραυματικού στρες θεωρείται ένας συγκεκριμένος τύπος ανεπιτυχούς προσαρμογής στο τραύμα. Έτσι, η συναισθηματική επεξεργασία του τραύματος ορίζεται ως μια εν πολλοίς συνειδητή διεργασία, κατά την οποία χρειάζεται να ενσωματωθούν οι πληροφορίες από τη λεκτικά προσβάσιμη μνήμη στα προϋπάρχοντα σχήματα για τον κόσμο, ώστε να αποκατασταθεί η αίσθηση ασφάλειας και ελέγχου με την ανάλογη προσαρμογή των προσδοκιών του ατόμου από τον κόσμο και τον εαυτό. Η θεωρία προβλέπει τρεις πιθανές καταλήξεις της συναισθηματικής επεξεργασίας του τραύματος, την επιτυχημένη ολοκλήρωση, τη χρόνια επεξεργασία και την πρώιμη αναστολή της επεξεργασίας (Brewin et al., 1996· Brewin, 2001).

### **1.1.3 Το γνωστικό μοντέλο της διαταραχής μετατραυματικού στρες (cognitive model of PTSD): Ehlers και Clark (2000)**

Το μοντέλο αυτό επιχειρεί να εξηγήσει φαινόμενα που συμβαίνουν στο φάσμα της διαταραχής υπό το πρίσμα σχέσεων και αλληλεπιδράσεων μεταξύ της γνωστικής επεξεργασίας κατά τη διάρκεια του τραυματικού γεγονότος, της φύσης της τραυματικής μνήμης, των αξιολογήσεων των ατόμων για το τραύμα και τις συνέπειές του και των στρατηγικών που τα άτομα χρησιμοποιούν, για να ελέγξουν την αντιλαμβανόμενη απειλή. Οι παράγοντες αυτοί, ωστόσο, δε θεωρούνται αναγκαίοι και επαρκείς. Αυτό σημαίνει ότι και άλλοι παράγοντες μπορεί να ασκούν επίδραση στο μοντέλο κατά περίπτωση. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι, παραδείγματος χάρη, χαρακτηριστικά του τραυματικού γεγονότος, η προϋπάρχουσα εμπειρία τραύματος, το επίπεδο της διανοητικής ικανότητας ή οι προηγούμενες αντιλήψεις του ατόμου.

Στον πυρήνα του γνωστικού μοντέλου βρίσκονται η τραυματική μνήμη και οι αρνητικές αξιολογήσεις του τραυματικού γεγονότος και των συνεπειών του. Σύμφωνα με το μοντέλο, η διαταραχή μετατραυματικού στρες θα αναπτυχθεί στα άτομα που χαρακτηρίζονται από αυτές τις αξιολογήσεις. Οι αρνητικές αξιολογήσεις μπορεί να λάβουν τον χαρακτήρα της υπεργενίκευσης (ακόμα και φυσιολογικές δραστηριότητες θεωρούνται επικίνδυνες), της καταστροφολογίας (το άτομο πιστεύει ότι προσελκύει την καταστροφή) ή της αρνητικής κριτικής του εαυτού για τον τρόπο που ένωσε ή συμπεριφέρθηκε κατά τη διάρκεια του γεγονότος. Αυτές προωθούν την ανάπτυξη της διαταραχής μετατραυματικού στρες, καθώς η τραυματική μνήμη, μέσω των εξαιρετικά αρνητικών αξιολογήσεων, ενσταλάζει μια αίσθηση υπάρχουσας απειλής. Η απειλή μπορεί να είναι είτε εξωτερική (ο κόσμος είναι επικίνδυνος) είτε εσωτερική (ο εαυτός είναι ανίκανος ή ανάξιος). Ως αποτέλεσμα, το άτομο καταλήγει να φοβάται τις διάφορες καταστάσεις και πολλές φορές να τις αποφεύγει, υιοθετώντας μια διαστρεβλωμένη ερμηνεία των καταστάσεων. Οι αρνητικές αξιολογήσεις συντηρούν τη διαταραχή, δημιουργώντας άμεσα αρνητικά συναισθήματα και ενθαρρύνοντας μη λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης, που με τη σειρά τους μεγεθύνουν τα συμπτώματα της διαταραχής. Η ανάκληση καταλήγει να είναι προκατειλημμένη και πολλά ερεθίσματα σχετίζονται ισχυρά με συγκεκριμένες αντιδράσεις, ενώ τα άτομα πολλές φορές δεν έχουν αντιληφθεί ποια συναισθήματα και ερεθίσματα και γιατί τους ενεργοποιούν.

Το μοντέλο προσφέρει ένα θεωρητικό πλαίσιο για τους στόχους της θεραπείας, ώστε να μειωθούν τα συμπτώματα της διαταραχής. Πρώτον, η αναπλαισίωση του τραυματικού γεγονότος, διαδικασία που προάγει την αποκατάσταση της μνήμης και την επεξεργασία του γεγονότος, θεωρείται κρίσιμης σημασίας. Το γεγονός πρέπει να επεξεργαστεί στο πλαίσιο στο οποίο συνέβη και με έμφαση στα συναισθήματα, αυτό σημαίνει στο «εκεί και τότε», ώστε να πάψει να βιώνεται αποκομμένα στο «εδώ και τώρα», και να μπορέσει να ενσωματωθεί λειτουργικά στην αυτοβιογραφική μνήμη του ατόμου. Δεύτερον, είναι απαραίτητο να τροποποιηθούν οι αρνητικές αξιολογήσεις του τραύματος που περιέχουν την αίσθηση της απειλής. Τέλος, πρέπει να εγκαταλειφθούν οι μη λειτουργικές συμπεριφορές και γνωστικές στρατηγικές, ώστε να διευκολυνθεί η επεξεργασία της μνήμης, η μείωση των συμπτωμάτων, και η επαναξιολόγηση των προβληματικών αξιολογήσεων. Βασισμένο, λοιπόν, σε μεγάλο βαθμό στη γνωστική θεωρία, το μοντέλο αυτό προτείνει τεχνικές, όπως η φυσιολογικοποίηση των συμπτωμάτων, το πείραμα της καταπίεσης της σκέψης, η εκπαίδευση, η αναβίωση σε συνδυασμό με τη γνωστική αναδόμηση και η αναγνώριση των ερεθισμάτων των διεισδυτικών αναμνήσεων και συναισθημάτων.

## 1.2 Η διάγνωση της διαταραχής

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες αναγνωρίστηκε ως διαγνωστική οντότητα μόλις το 1980, όταν συμπεριλήφθηκε στην τρίτη έκδοση του *Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών* (American Psychiatric Association, 1980) στην κατηγορία των διαταραχών άγχους. Στην έκδοση αυτή ως τραύμα οριζόταν μια συγκλονιστική εμπειρία πέρα από τα συνηθισμένα όρια. Το γεγονός ότι η συμπερίληψή της έγινε μετά από εισηγήσεις ομάδων υπεράσπισης των βετεράνων του πολέμου στο Βιετνάμ σε συνεργασία με ψυχιάτρους κατά του πολέμου προκάλεσε συζητήσεις για το εάν η διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι μια ιατρική ασθένεια που όντως υπάρχει (Summerfield, 2001).

Επικρίθηκε, λοιπόν, ως ένα από τα πιο κραυγαλέα παραδείγματα του ρόλου της κοινωνίας και της πολιτικής στη διαδικασία της εφεύρεσης μιας ψυχιατρικής ασθένειας (Summerfield, 2001). Η διάγνωση της διαταραχής είχε ως αποτέλεσμα τη νομιμοποίηση της

θυματοποίησης των Αμερικανών στρατιωτών, μετατοπίζοντας την προσοχή από τις κτηνωδίες στην τραυματογενή φύση του πολέμου και καθιστώντας τους από δράστες θύματα. Η κριτική στη διαταραχή συγκεντρώνεται και γύρω από άλλα σημεία, όπως ότι καθιστά τον ανθρώπινο πόνο ένα τεχνικό πρόβλημα που γίνεται κατανοητό με τυποποιημένο τρόπο και ότι η αντικειμενοποίηση αυτή του πόνου ευτελίζει την υποκειμενική συνείδηση, ενώ παράλληλα αντανακλά τον προσανατολισμό της κοινωνίας στο έλλειμμα και τη ζημιά, παρά στην ανθεκτικότητα (Summerfield, 2001).

Σύμφωνα με την πέμπτη και πιο πρόσφατη έκδοση του *Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών* (APA, 2013), η διαταραχή μετατραυματικού στρες ανήκει στην κατηγορία των σχετικών με το τραύμα και το στρες διαταραχών και η έκθεση σε ένα τραυματικό ή αγχωτικό γεγονός αποτελεί κριτήριο για τη διάγνωσή της. Η ύπαρξη ενός *αιτιολογικού παράγοντα* για την ανάπτυξη της διαταραχής είναι αυτό που τη διαφοροποιεί σε σχέση με τις υπόλοιπες διαταραχές του εγχειριδίου. Τα κριτήρια για τη διάγνωσή της εξαρτώνται από την ηλικιακή ομάδα, έτσι υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ των ενηλίκων και των παιδιών μεγαλύτερων των 6 ετών και μεταξύ των παιδιών ηλικίας κάτω των 6 ετών.

Για τη διάγνωση της διαταραχής σε άτομα μεγαλύτερα των 6 ετών πρέπει να πληρούνται ταυτόχρονα 8 κριτήρια. Αρχικά, βασική προϋπόθεση αποτελεί η έκθεση σε κάποιο τραυματικό γεγονός/γεγονότα, που περιλαμβάνει πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική βία. Η έκθεση μπορεί να πάρει πολλές μορφές. Για παράδειγμα, μπορεί να είναι άμεση βίωση του γεγονότος, παρακολούθηση του γεγονότος ενώ συμβαίνει σε άλλους, πληροφόρηση για ένα τραυματικό γεγονός που συνέβη σε ένα μέλος της οικογένειας, καθώς και επαναλαμβανόμενη ή ακραία αλληλεπίδραση με αντίξοες λεπτομέρειες ενός τραυματικού γεγονότος. Το γεγονός ότι ο βαθμός της έκθεσης στο τραυματικό γεγονός μπορεί να ποικίλλει από τη βίωση μέχρι την απλή πληροφόρηση έχει απασχολήσει πολύ τους ερευνητές, καθώς καθιστά πραγματικά δύσκολη την αναγνώριση κοινών ψυχοβιολογικών μηχανισμών που ορίζουν την έκφραση των συμπτωμάτων (McNally, 2003).

Τα συμπτώματα της διαταραχής κατηγοριοποιούνται γύρω από τέσσερις άξονες. Για τη διάγνωση της διαταραχής απαιτείται η εκδήλωση τουλάχιστον ενός συμπτώματος *επαναβίωσης*, τουλάχιστον μίας *συμπεριφοράς αποφυγής*, τουλάχιστον δύο *αρνητικών αλλαγών στη σκέψη και τη διάθεση* και τουλάχιστον δύο *αξιοσημείωτων αλλαγών στη*

*διέγερση και την αντίδραση.* Σε κάθε περίπτωση τα συμπτώματα αυτά πρέπει να έχουν σχέση με το τραυματικό γεγονός και η έναρξή τους πρέπει να έχει ξεκινήσει απαραίτητα μετά από αυτό. Η διάρκειά τους πρέπει να είναι μεγαλύτερη του ενός μήνα και δε θα πρέπει να αποδίδονται σε κατανάλωση ουσιών, παρενέργειες φαρμακευτικής αγωγής και γενικά σε ιατρικές καταστάσεις. Τέλος, πρέπει να δυσχεραίνουν με κλινικά σημαντικό τρόπο τη λειτουργικότητα του ατόμου σε κάποιο (ή κάποιους) σημαντικό τομέα της ζωής του.

Μετά το τραυματικό γεγονός μπορεί αμέσως να εκδηλωθούν κάποια συμπτώματα αλλά να μην επαρκούν για να γίνει η διάγνωση. Συνήθως τα συμπτώματα αυτά επαρκούν για να γίνει η διάγνωση της διαταραχής οξέος στρες. Μέσα στους επόμενους μήνες μπορεί να εμφανισθούν και άλλα συμπτώματα και τότε είναι δυνατή η διάγνωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται διαταραχή μετατραυματικού στρες *με καθυστερημένη έκφραση.* Όσον αφορά στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, αυτά είναι δυνατόν να παρέλθουν φυσικά μέσα σε τρεις μήνες ή να διαρκέσουν για χρόνια. Μερικές φορές τα συμπτώματα μπορεί να ενταθούν εκ νέου, ως αποτέλεσμα διάφορων γεγονότων ζωής, όπως π.χ. ένα καινούριο τραύμα. Τα συμπτώματα που πρέπει να εκδηλώνονται για να διαγνωσθεί ένα άτομο μεγαλύτερο των 6 ετών με διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι τα ακόλουθα:

**I. Τουλάχιστον 1 σύμπτωμα επαναβίωσης σχετικά με το τραυματικό γεγονός:**

- i. Επαναλαμβανόμενες, ακούσιες, διεισδυτικές και ενοχλητικές αναμνήσεις του τραυματικού γεγονότος.
- ii. Επαναλαμβανόμενα ενοχλητικά όνειρα, το περιεχόμενο και το συναίσθημα των οποίων σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός.
- iii. Αντιδράσεις αποσύνδεσης (π.χ. flashbacks), κατά τη διάρκεια των οποίων το άτομο αισθάνεται ή συμπεριφέρεται σαν να ξαναζεί το τραυματικό γεγονός. Η πιο ακραία μορφή αυτών των αντιδράσεων είναι η ολοκληρωτική απώλεια της συνείδησης του περιβάλλοντος.
- iv. Έντονη ή παρατεταμένη ψυχολογική αναστάτωση στην έκθεση εσωτερικών ή εξωτερικών σημάτων που συμβολίζουν ή μοιάζουν με μια πτυχή του τραυματικού γεγονότος.
- v. Αξιοσημείωτες φυσιολογικές αντιδράσεις στα ανωτέρω σήματα.

- II. Τουλάχιστον 1 συμπεριφορά επίμονης αποφυγής των ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός:**
- i. Αποφυγή ή προσπάθειες αποφυγής των ενοχλητικών αναμνήσεων, σκέψεων ή συναισθημάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός.
  - ii. Αποφυγή ή προσπάθειες αποφυγής εξωτερικών ερεθισμάτων που αφυπνίζουν ενοχλητικές αναμνήσεις, σκέψεις ή συναισθήματα σχετικά με το τραυματικό γεγονός.
- III. Τουλάχιστον 2 αρνητικές αλλαγές στη σκέψη και τη διάθεση που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, που ξεκίνησαν ή επιδεινώθηκαν μετά το τραυματικό γεγονός:**
- i. Ανικανότητα ανάκλησης σημαντικών πτυχών του τραυματικού γεγονότος (εξαιτίας αποσυνδεδετικής αμνησίας και όχι λόγω χτυπημάτων στο κεφάλι, αλκοόλ ή ναρκωτικών).
  - ii. Επίμονες και υπερβολικές αρνητικές πεποιθήσεις ή προσδοκίες για τον εαυτό, τους άλλους ή τον κόσμο (π.χ. «Είμαι κακός», «Κανένας δεν είναι άξιος εμπιστοσύνης», «Ο κόσμος είναι επικίνδυνος», «Το νευρικό μου σύστημα έχει καταστραφεί μόνιμα»).
  - iii. Επίμονες, διαστρεβλωμένες σκέψεις για την αιτία ή τις συνέπειες του τραυματικού γεγονότος, που οδηγούν το άτομο να κατηγορεί τον εαυτό του ή τους άλλους.
  - iv. Επίμονη αρνητική συναισθηματική κατάσταση (π.χ. φόβος, ενοχή, ντροπή).
  - v. Αξιοσημείωτα μειωμένο ενδιαφέρον ή συμμετοχή σε σημαντικές δραστηριότητες.
  - vi. Αισθήματα αποσύνδεσης ή αποξένωσης από τους άλλους.
  - vii. Επίμονη ανικανότητα βίωσης θετικών συναισθημάτων.
- IV. Τουλάχιστον 2 αξιοσημείωτες αλλαγές στη φυσιολογική διέγερση και αντίδραση, που ξεκίνησαν ή επιδεινώθηκαν μετά το τραυματικό γεγονός:**
- i. Οξύθυμη συμπεριφορά και ξεσπάσματα θυμού (με μικρή ή καθόλου αφορμή), που εκφράζονται συνήθως ως λεκτική ή σωματική επιθετικότητα απέναντι σε ανθρώπους ή αντικείμενα.
  - ii. Απρόσεκτη ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
  - iii. Αυξημένη εγρήγορση (hypervigilance).



- iv. Υπερβολική συμπεριφορά ξαφνιάσματος (*exaggerated startle response*).
- v. Προβλήματα συγκέντρωσης.
- vi. Ενοχλήσεις ύπνου.

Ωστόσο, καθώς στην παρούσα εργασία οι περισσότερες από τις μελέτες που συμπεριλαμβάνονται είχαν ως βάση αναφοράς για τον σχεδιασμό τους την τέταρτη έκδοση του *Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών* (APA, 1994), θα αναφερθούν σύντομα τα κριτήρια διάγνωσης της διαταραχής σε σύγκριση με την πέμπτη έκδοση. Τα κριτήρια της διάρκειας και της κλινικής σημαντικότητας παραμένουν ίδια. Ωστόσο, διακρίνονται και διαφορές. Πιο συγκεκριμένα, η διαταραχή μετατραυματικού στρες ανήκε στην κατηγορία των διαταραχών άγχους και για τη διάγνωσή της απαιτούνταν συμπτώματα από τρεις κατηγορίες: επίμονη *επαναβίωση* του τραυματικού γεγονότος, επίμονη *αποφυγή* των ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός και *μούδιασμα* της απόκρισης και επίμονα συμπτώματα αυξημένης *διέγερσης*. Απαραίτητο για τη διάγνωση ήταν η ύπαρξη ενός τραυματικού γεγονότος, αφενός, και η βίωση από μέρος του ατόμου *έντονου φόβου, αβοηθησίας ή τρόμου*, το λεγόμενο *κριτήριο A2* που δέχθηκε ισχυρή κριτική. Η διεύρυνση της έννοιας του τραυματικού γεγονότος που σημειώθηκε ήδη από την τέταρτη έκδοση (π.χ. ξαφνικός και απρόσμενος θάνατος αγαπημένου προσώπου) έχει σαν αποτέλεσμα να θεωρηθούν εν δυνάμει τραυματικά πολλά γεγονότα της καθημερινής ζωής, καθιστώντας τη διαταραχή περισσότερο προσιτή στον γενικό πληθυσμό.

### **1.3 Επικράτηση τραυματικών γεγονότων, επικράτηση της διαταραχής μετατραυματικού στρες και σχέση με το φύλο**

Το τραύμα και η διαταραχή μετατραυματικού στρες, όπως επισημάνθηκε παραπάνω, αποτελούν επακόλουθα τραυματικών γεγονότων. Τα τραυματικά γεγονότα που έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία είναι πολλά και μερικά από τα συχνότερα εμφανιζόμενα είναι οι φυσικές και οι ανθρωπογενείς καταστροφές, ο βιασμός, η παιδική κακομεταχείριση, η σεξουαλική και η σωματική κακοποίηση, η εμπλοκή σε μάχη και ο πόλεμος, οι έντονα απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, τα τροχαία ατυχήματα και τα εγκαύματα, οι ληστείες και οι επιθέσεις. Ο υπολογισμός της επικράτησης των τραυματικών γεγονότων διαφέρει ανάλογα με τη μέθοδο εξακρίβωσης του γεγονότος και τον ορισμό του τραυματικού

παράγοντα που υιοθετείται κατά περίπτωση. Ως αποτέλεσμα της διεύρυνσης του ορισμού για το τι συνιστά τραυματικό γεγονός, περισσότερα περιστατικά στα πλαίσια της κοινότητας μπορούν να θεωρηθούν τραυματικά και, συνακόλουθα, παρατηρήθηκε αύξηση ως προς την επικράτηση της διαταραχής (Breslau, 2002).

Ωστόσο, δεν έχουν όλα τα γεγονότα την ίδια βαρύτητα. Για παράδειγμα, η σεξουαλική επίθεση επιφέρει από τα υψηλότερα ποσοστά μετατραυματικού στρες στα θύματα (Norris, 1992). Η πλειοψηφία των ατόμων βιώνει κάποια στιγμή στη ζωή της ένα τραυματικό γεγονός (Breslau, 2002· Frans, Rimmö, Åberg, & Fredrikson, 2005· Norris, 1992). Ωστόσο, η ύπαρξη ενός τραυματικού γεγονότος είναι αναγκαία αλλά όχι και επαρκής συνθήκη για την ανάπτυξη της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Αυτό σημαίνει ότι δεν εκδηλώνουν τη διαταραχή όλα τα άτομα που εκτέθηκαν σε ένα τραυματικό γεγονός αλλά κάποια από αυτά (Breslau, 2002· Frans et al., 2005· Perkonig, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000). Συγκεκριμένα, η διαταραχή μετατραυματικού στρες αναπτύσσεται περίπου στο 1/3 των ατόμων που εκτέθηκαν σε κάποιο τραύμα.

Σε αντιπροσωπευτικό δείγμα κοινότητας 3021 ατόμων ηλικίας 14-24 ετών στη Γερμανία, ενώ το 25,5% των ανδρών και το 17,7% των γυναικών ανέφεραν ότι έχουν βιώσει τουλάχιστον ένα τραυματικό γεγονός, λιγότερο από το 1% των ανδρών και το 2,2% των γυναικών πληρούσαν τα κριτήρια διάγνωσης για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (Perkonig et al., 2000). Αντίστοιχα, οι Frans et al. (2005) σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 1824 ανδρών και γυναικών του γενικού πληθυσμού της Σουηδίας 18-70 ετών βρήκαν ότι, αν και το 80,8% είχε βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός στη διάρκεια της ζωής τους, μόνο το 3,6% των ανδρών και το 7,4 των γυναικών εκδήλωνε τη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Όσον αφορά το ρόλο του φύλου, και στις δύο αυτές έρευνες η πιθανότητα να εκδηλώσουν και να διαγνωστούν με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες οι γυναίκες ήταν μεγαλύτερη, μέχρι και διπλάσια (Frans et al., 2005). Οι Tolin και Foa (2006) στην μετα-αναλυτική εργασία τους βρήκαν, επίσης, σχεδόν διπλάσια πιθανότητα για τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες να πληρούν τα κριτήρια της διαταραχής μετατραυματικού στρες, ανεξάρτητα από το είδος της έρευνας, τον υπό μελέτη πληθυσμό, τον τρόπο της αξιολόγησης και άλλες μεθοδολογικές μεταβλητές. Αν και οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα τη διαταραχή (Norris, 1992· Tolin & Foa, 2006), ωστόσο αναδεικνύεται με συνέπεια σε πολλές έρευνες ότι οι άνδρες είναι πιο πιθανό να βιώσουν τραυματικά γεγονότα συγκριτικά με γυναίκες (Frans et al., 2005· Perkonig et al., 2000· Stein, Walker, & Forde, 2001· Tolin & Foa, 2006). Οι διαφορές φύλου

στη διαταραχή μπορεί να οφείλονται μέχρι ένα βαθμό στην μεγαλύτερη ευαλωτότητα των γυναικών στο στρες (Frans et al., 2005).

Σχετικά με το είδος των τραυματικών γεγονότων, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να βιώσουν σεξουαλική επίθεση και οι άνδρες σωματική επίθεση (Norris, 1992). Αντίστοιχα, οι Tolin και Foa (2006) βρήκαν ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να πέσουν θύματα σεξουαλικών επιθέσεων στην ενήλικη ζωή αλλά και σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία. Αντίθετα, οι άνδρες είναι πιο πιθανό να παρακολουθήσουν τον θάνατο ή τον τραυματισμό κάποιου άλλου και να βιώσουν ατυχήματα, καταστροφές ή πυρκαγιά, μάχες ή πόλεμο, καθώς και μη σεξουαλικές επιθέσεις. Ελέγχοντας για το είδος του τραυματικού γεγονότος, βρήκαν ότι οι γυναίκες σε κάθε κατηγορία γεγονότος εκδήλωναν και πάλι σε υψηλότερη συχνότητα ή σοβαρότητα τη διαταραχή μετατραυματικού στρες ( $d=0.29$ , 95% Δ. Ε. 0.23 έως 0.34), καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι οι διαφορές φύλου στον κίνδυνο έκθεσης σε τραυματικά γεγονότα μπορούν μόνο εν μέρει να είναι υπεύθυνες για τις διαφορές φύλου στην επικράτηση της διαταραχής.

Οι Stein et al. (2000) εξετάζοντας δεδομένα από μια κοινοτική έρευνα στον Καναδά βρήκαν ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης της διαταραχής μετατραυματικού στρες μετά την έκθεση σε σοβαρό πρόσφατο τραύμα ήταν σημαντικά αυξημένος για τις γυναίκες, ακόμα και αφού εξαιρέθηκε το σεξουαλικό τραύμα, το οποίο βιώνουν συχνότερα σε σχέση με τους άνδρες. Στην έρευνα αυτή βρέθηκε ότι ο αυξημένος αυτός κίνδυνος ίσχυε σε περιπτώσεις μη σεξουαλικής επιθετικής βίας (π.χ. ληστεία) αλλά όχι σε περιπτώσεις μη επιθετικού τραύματος (π.χ. φωτιά), υποδεικνύοντας ότι το είδος του τραυματικού γεγονότος μπορεί να ευθύνεται ως ένα βαθμό για τις διαφορές φύλου στην εμφάνιση της διαταραχής. Τέλος, αξίζει να επισημανθεί ότι οι διαφορές φύλου εμφανίζονται με μεγαλύτερη συνέπεια στις επιδημιολογικές έρευνες παρά στις μελέτες με ευκαιριακά δείγματα (Tolin & Foa, 2006).

Επιχειρώντας μια σύνοψη της βιβλιογραφίας, μπορεί να ειπωθεί ότι η πιθανότητα να βιώσει ένα άτομο κάποιο τραυματικό γεγονός στη ζωή του δεν είναι μικρή, ωστόσο δε θα αναπτύξουν μετατραυματικό στρες όλοι όσοι θα βιώσουν ένα τραυματικό γεγονός (Frans et al., 2005· Perkonigg et al., 2000). Ιδιαίτερα οι άνδρες φαίνεται να είναι πιθανότερο να βιώσουν τραυματικά γεγονότα σε σχέση με τις γυναίκες (Frans et al., 2005· Stein et al., 2000· Tolin & Foa, 2006), αν και διαφαίνεται μια τάση για τις γυναίκες να εκδηλώνουν σε μεγαλύτερα ποσοστά τη διαταραχή (Frans et al., 2005· Norris, 1992· Perkonigg et al., 2000· Stein et al., 2000· Tolin & Foa, 2006). Τα ευρήματα αυτά αναδείχθηκαν τόσο σε πληθυσμό

ενηλίκων όσο και εφήβων. Τα ποσοστά επικράτησης, όμως, διαφέρουν ανάλογα με τον υπό μελέτη πληθυσμό και την περιοχή στην οποία διεξάγεται η έρευνα, γεγονός που υποδηλώνει την επιρροή των κοινωνικών παραγόντων και των χαρακτηριστικών του δείγματος. Τα συμπεράσματα αυτά είναι γενικά και μπορεί να μην ισχύουν για συγκεκριμένες πιο επιβαρυνμένες ομάδες του πληθυσμού (π.χ. βετεράνοι) ή ομάδες του πληθυσμού με συννοσηρές διαταραχές (π.χ. άτομα με διαταραχή μετατραυματικού στρες και χρήστες ουσιών).

#### 1.4 Φυλή

Η έρευνα στο πεδίο του τραύματος και του μετατραυματικού στρες δεν έχει καταλήξει σε σαφή συμπεράσματα για τον ρόλο της φυλής. Υπάρχουν έρευνες που έχουν ανιχνεύσει διαφορές μεταξύ των διάφορων εθνικών υποομάδων (Ghafoori, Barragan, Tohidian, & Palinkas, 2012; Norris, 1992; Roberts, Gilman, Breslau, Breslau, & Koenen, 2011). Ωστόσο, δεν έχει διευκρινιστεί ακόμα κατά πόσο οι διαφορές φύλου που ανιχνεύονται στην ανταπόκριση των ατόμων σε ένα τραυματικό γεγονός αντανακλούν πράγματι υπάρχουσες διαφορές ή συνιστούν το αποτέλεσμα της επίδρασης παραγόντων γνωστών για τη συνεισφορά τους έως ένα βαθμό στις διαφορές αυτές, όπως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η πολιτισμική ενσωμάτωση, η αντιλαμβανόμενη διάκριση, το στυλ απάντησης στα εργαλεία και το σφάλμα μέτρησης (Trepasso-Grullon, 2012).

Έτσι, η έρευνα έχει επισημάνει διαφορές ως προς τα είδη των τραυματικών γεγονότων που τείνουν να βιώνουν περισσότερο τα άτομα της κάθε φυλής. Για παράδειγμα, η Norris (1992) βρήκε ότι τα άτομα της λευκής φυλής ήταν πιο πιθανό σε σχέση με τα άτομα της μαύρης φυλής να βιώσουν στη διάρκεια της ζωής τους γεγονότα, όπως ληστεία, σωματική επίθεση, τραγικό θάνατο και καταστροφή, παρόλο που ανήκαν σε ανώτερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Αντίθετα, τα άτομα, και κυρίως οι άνδρες, της μαύρης φυλής ανέφεραν τα υψηλότερα ποσοστά στρες, γεγονός που ίσως αναδεικνύει την επίδραση του είδους των γεγονότων. Στον αντίποδα, οι Ghafoori et al. (2012) βρήκαν ότι τα άτομα της μαύρης φυλής και τα άτομα ισπανικής καταγωγής ανέφεραν σε μεγαλύτερο βαθμό έκθεση σε τραύμα σε σχέση με τα άτομα της λευκής φυλής, ωστόσο δεν υπήρχαν διαφορές όσον αφορά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες.

Οι Roberts et al. (2011) βρήκαν την επικράτηση της διαταραχής μετατραυματικού στρες υψηλότερη στα άτομα της μαύρης φυλής (8.7%), μικρότερη στα άτομα ισπανικής καταγωγής (7%) και της λευκής φυλής (7.4%) και ακόμα χαμηλότερη στα άτομα ασιατικής καταγωγής (4%). Στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι τα άτομα της λευκής φυλής ήταν πιο πιθανό να βιώσουν ένα οποιοδήποτε τραύμα, να μάθουν για ένα τραυματικό γεγονός κάποιου κοντινού προσώπου και να μάθουν για έναν μη αναμενόμενο θάνατο, ενώ τα άτομα ισπανικής καταγωγής και της μαύρης φυλής ήταν πιο πιθανό να βιώσουν κακομεταχείριση στην παιδική ηλικία και ενδοοικογενειακή βία. Ακόμα, τα άτομα ασιατικής καταγωγής, οι άνδρες της μαύρης φυλής και οι γυναίκες ισπανικής καταγωγής ήταν πιο πιθανό να έχουν βιώσει γεγονότα σχετικά με πόλεμο. Ανάμεσα στα άτομα που εκτέθηκαν σε τραύμα ο κίνδυνος για ανάπτυξη μετατραυματικού στρες, αφού υπήρξε προσαρμογή για τα χαρακτηριστικά της τραυματικής έκθεσης, ήταν ελαφρά αυξημένος για τα άτομα της μαύρης φυλής και χαμηλότερος για τα άτομα της ασιατικής φυλής σε σχέση με τα άτομα της λευκής φυλής. Οι εθνικές μειονότητες ήταν, επίσης, λιγότερο πιθανό να αναζητήσουν θεραπεία και στην πραγματικότητα από τα άτομα των μειονοτήτων με διαταραχή μετατραυματικού στρες λιγότεροι από τους μισούς είχαν αναζητήσει βοήθεια.

Φαίνεται, λοιπόν, ότι η διαλεύκανση της συνεισφοράς του ρόλου της φυλής στην έκφραση και διαχείριση του τραύματος και του μετατραυματικού στρες δεν είναι εύκολη υπόθεση. Δεν αναδεικνύονται πάντα τα ίδια ευρήματα σε όλες τις έρευνες, γεγονός που δυσκολεύει τη δημιουργία μιας κοινά αποδεκτής βάσης και τη χάραξη κατευθύνσεων για περαιτέρω έρευνα. Ακόμα, χρειάζεται σχολαστικότερη έρευνα για τη διευκρίνιση της υπόθεσης, εάν οι διαφορές αυτές οφείλονται σε καθαρά βιολογικούς παράγοντες ή σε παράγοντες κουλτούρας, διαβίωσης, συνηθειών και πλαισίου. Ακόμα, απαιτείται βελτίωση στο μεθοδολογικό σχεδιασμό των ερευνών, ώστε να καταγράφουν με περισσότερη εγκυρότητα και αξιοπιστία τις απαντήσεις των διάφορων μειονοτήτων. Τέλος, η κάθε μειονότητα θα πρέπει να μελετηθεί χωριστά και ο διαχωρισμός των μειονοτήτων θα πρέπει να υπερβεί τα όρια των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής.

## 1.5 Συννοσηρότητα

Σύμφωνα με την πέμπτη έκδοση του *Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών* (APA, 2013), τα άτομα με διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι πιθανότερο κατά 80% να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για τουλάχιστον μία ακόμη ψυχική διαταραχή σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Η ύπαρξη συννοσηρών ψυχιατρικών διαταραχών παράλληλα με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες αποτελεί μάλλον τον κανόνα και όχι την εξαίρεση (Brady, Killeen, Brewerton, & Lucerini, 2000). Τα ποσοστά συννοσηρότητας εμφανίζονται υψηλά, με τα 2/3 αυτών που εμφανίζουν τη διαταραχή να παρουσιάζουν ταυτόχρονα τουλάχιστον δύο ακόμα διαταραχές (Perkonig et al., 2000). Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η συζήτηση για τη συννοσηρότητα αφορά τα άτομα που βίωσαν ένα τραυματικό γεγονός και ανέπτυξαν τη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Αυτά βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για άλλες ψυχικές διαταραχές και διαταραχές κατάχρησης ουσιών. Αντίθετα, τα άτομα που εκτέθηκαν σε τραύμα αλλά δεν ανέπτυξαν συμπτώματα μετατραυματικού στρες δε βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με τα άτομα που δε βίωσαν τραύμα για την εμφάνιση άλλων ψυχικών διαταραχών (Breslau, 2002).

Ωστόσο, η σχέση ανάμεσα στο τραύμα, τη διαταραχή μετατραυματικού στρες και τις άλλες ψυχικές διαταραχές δεν είναι απλή. Η παρουσία προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής φαίνεται να προβλέπει με σημαντικό τρόπο την έκθεση σε τραυματικά γεγονότα (Perkonig et al., 2000) αλλά και την ανάπτυξη μετατραυματικού στρες, εφόσον υπάρξει έκθεση σε τραυματικό γεγονός (Brady et al., 2000). Τα τραυματικά γεγονότα και η διαταραχή μετατραυματικού στρες μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο για άλλες διαταραχές αλλά και το αντίστροφο. Η ανασκόπηση των Brady et al., (2000) ανέδειξε τις εξής διαταραχές που εμφανίζονται παράλληλα με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες: κατάθλιψη, αυτοκτονικός ιδεασμός, διαταραχές άγχους, διπολική διαταραχή, διαταραχή πανικού, κοινωνική φοβία, ψυχωτικές διαταραχές, διαταραχές πρόσληψης τροφής, σωματόμορφες διαταραχές, διαταραχές αποσύνδεσης και διαταραχή χρήσης ουσιών (Cohen, Field, Campbell, & Hien, 2013).

Οι Pietrzak et al. (2014) επιχείρησαν να αξιολογήσουν τις κυρίαρχες τυπολογίες της διαταραχής μετατραυματικού στρες σε ένα εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα 2463 Αμερικανών ενηλίκων. Αξιολόγησαν τα σχετικά με το τραύμα χαρακτηριστικά, τη ψυχιατρική συννοσηρότητα και την ποιότητα ζωής αναφορικά με την υγεία και βρήκαν 3

κυρίαρχους τύπους, τον τύπο της *Αγχώδους Επαναβίωσης*, τον *Δυσφορικό* τύπο και τον τύπο των *Υψηλών Συμπτωμάτων*. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι τρεις τύποι της διαταραχής μετατραυματικού στρες σχετίζονται με διαφορετικό τρόπο με άλλες συννοσηρές καταστάσεις, καθώς και με το ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας και την ποιότητα ζωής σχετικά με την υγεία, υποδηλώνοντας ότι ο κάθε τύπος έχει το δικό του κλινικό προφίλ. Κατά συνέπεια, μπορεί να χρειάζεται εξατομικευμένες προσεγγίσεις στην αξιολόγηση, την παρακολούθηση και στη θεραπεία.

Η ύπαρξη τόσων συννοσηρών διαταραχών παράλληλα με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες μπορεί, λοιπόν, να δυσκολέψει την αναγνώριση και την ορθή διάγνωση της διαταραχής, λόγω της επικάλυψης των συμπτωμάτων που παρατηρείται μεταξύ αυτής και κάποιων άλλων διαταραχών. Παράλληλα, δυσχεραίνει σημαντικά την αντιμετώπιση και τη θεραπεία, η οποία θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη και να απευθύνεται σε όλο το φάσμα των διαταραχών του ασθενή για να είναι αποτελεσματική. Φυσικά, από τα παραπάνω φαίνεται πρωτίστως το βαρύ ψυχολογικό φορτίο που κουβαλάει ένα άτομο που πάσχει από διαταραχή μετατραυματικού στρες και αναδεικνύεται η ανάγκη από μέρους της κοινωνίας να λάβει μέτρα, ώστε να αντιμετωπίσει αυτό το πρόβλημα δημόσιας υγείας.

## **1.6 Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της διαταραχής**

Οι παράγοντες κινδύνου και οι προστατευτικοί παράγοντες για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες μπορούν γενικά να διαιρεθούν σε τρεις κατηγορίες, ανάλογα με τον χρόνο που εκδηλώνονται: τους *προ-τραυματικούς*, τους *περι-τραυματικούς* και τους *μετα-τραυματικούς* παράγοντες (APA, 2013). Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της διαταραχής διαφέρουν ανάλογα με την έρευνα (Breslau, 2002).

Οι Brewin, Andrews και Valentine (2000) διεξήγαγαν μετα-αναλύσεις για 14 παράγοντες κινδύνου και βρήκαν μεσολαβητικές επιδράσεις διάφορων χαρακτηριστικών του δείγματος και των ερευνών. Στην έρευνά τους αναδείχθηκαν τρεις κατηγορίες παραγόντων κινδύνου. Αρχικά, παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία που συνέβη το τραυματικό γεγονός και η φυλή βρέθηκε να λειτουργούν προβλεπτικά σε μερικούς πληθυσμούς αλλά όχι σε όλους. Παράγοντες, όπως η εκπαίδευση, το ιστορικό προηγούμενων τραυμάτων και γενικά οι αντιξοότητες στην παιδική ηλικία προέβλεπαν με

περισσότερη συνέπεια την ανάπτυξη της διαταραχής αλλά παρουσίαζαν διακύμανση ανάλογα με τον υπό μελέτη πληθυσμό και τις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν. Τέλος, παράγοντες, όπως η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού, η αναφερόμενη παιδική κακοποίηση και το οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό είχαν περισσότερο ομοιόμορφη προβλεπτική επίδραση. Αν και το μέγεθος επίδρασης κάθε παράγοντα ξεχωριστά ήταν μεσαίο, ωστόσο οι περι-τραυματικοί και μετα-τραυματικοί παράγοντες, όπως η σοβαρότητα του τραύματος, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και το επιπρόσθετο άγχος ζωής είχαν κάπως ισχυρότερα μεγέθη επίδρασης σε σχέση με τους προ-τραυματικούς παράγοντες.

Όπως επισημαίνουν οι Brewin et al. (2000), τα ευρήματά τους αντανakλούν την ετερογένεια της διαταραχής σε διαφορετικά περιβάλλοντα και προειδοποιούν ενάντια στη δημιουργία ενός γενικού μοντέλου ευαλωτότητας για όλες τις περιπτώσεις ατόμων με τη διαταραχή. Υπό τον περιορισμό αυτό, θα επιχειρηθεί η παρουσίαση επιπλέον παραγόντων που έχουν βρεθεί ερευνητικά ότι συνδέονται με την ανάπτυξη της διαταραχής. Ωστόσο, οι έρευνες δεν εξετάζουν πάντα την ίδια κατηγορία γεγονότων και είναι πιθανόν ένας παράγοντας κινδύνου να μη λειτουργεί με τον ίδιο τρόπο σε άλλο πλαίσιο.

Έτσι, *ατομικά χαρακτηριστικά* όπως η ύπαρξη μη προσαρμοστικών αξιολογήσεων για τον εαυτό (Bryand & Guthrie, 2005), η ύπαρξη ιστορικού ανάπτυξης μετατραυματικού στρες σε προηγούμενο τραύμα (Breslau, Peterson, & Schultz, 2008) και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης (Dai et al., 2016 Woodward et al., 2015) αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Δημογραφικά χαρακτηριστικά, πέραν του γυναικείου φύλου και της φυλής που αναφέρθηκαν αναλυτικότερα προηγουμένως, όπως το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ο τόπος κατοικίας, ο αριθμός των τραυματικών γεγονότων στην παιδική ηλικία (Perkonigg et al., 2000) και η νεαρή ηλικία (Norris, 1992· Perkonigg et al., 2000) αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της διαταραχής. Ωστόσο, ασαφής παραμένει ο ρόλος της φυλής και του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου ως παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της διαταραχής μετατραυματικού στρες μετά από μια καταστροφή (Galea, Nandi, & Vlahov, 2005). Τέλος, η παρουσία προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής φαίνεται να προβλέπει με σημαντικό τρόπο την έκθεση σε τραυματικά γεγονότα (Perkonigg et al., 2000).

Ακόμα, *χαρακτηριστικά του τραυματικού γεγονότος*, όπως η έκταση της καταστροφής και ο βαθμός έκθεσης ενός ατόμου σε αυτήν, αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη μετατραυματικού στρες μετά από



μια καταστροφή (Galea et al., 2005). Έτσι, η επικράτηση της διαταραχής μετά από μια καταστροφή είναι μεγαλύτερη στα άμεσα θύματα (30%-40%), μικρότερη στους διασώστες (10%-20%) και ακόμα μικρότερη στον γενικό πληθυσμό (5%-10%). Όσον αφορά το είδος του τραυματικού γεγονότος, ισχυρότεροι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της διαταραχής ήταν η σεξουαλική και η σωματική επίθεση, η ληστεία και οι πολλαπλές τραυματικές εμπειρίες (Frans et al., 2005). Η δεσμευμένη πιθανότητα για την εμφάνιση της διαταραχής είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης του είδους του τραύματος, της συχνότητας και του αντίκτυπου του γεγονότος, με αυξανόμενα ποσοστά να συνδέονται με εκτεταμένη έκθεση σε τραύματα και υψηλότερη αντιλαμβανόμενη αναστάτωση (Frans et al., 2005).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

### 2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός και στοχοθεσία της ψυχοεκπαίδευσης

Η εμφάνιση της ψυχοεκπαίδευσης ήταν απόρροια του κινήματος της *Ψυχικής Υγείας στην Κοινότητα* και του προσανατολισμού στην *πρόληψη* παρά στη θεραπεία. Προέκυψε, λοιπόν, η ανάγκη για μια αμεσότερη διδακτική προσέγγιση. Για να καταστεί αυτή δυνατή, ήταν απαραίτητη, αφενός, η αύξηση του αριθμού των επαγγελματιών, και αφετέρου, η άμεση διδασκαλία του κατάλληλου ψυχολογικού περιεχομένου σε ομάδες του πληθυσμού που έχρηζαν βοήθειας, με στόχο να βοηθήσουν οι ίδιοι τον εαυτό τους (Authier, 1977). Η ψυχοεκπαίδευση έχει πλέον καθιερωθεί ως μορφή θεραπείας για τα άτομα με σχιζοφρένεια και τις οικογένειές τους, ήδη από τη δεκαετία του 1970. Ο ρόλος της είναι ζωτικής σημασίας στο πρώτο κατά Herman (1992, όπ. αναφ. στο Phoenix, 2007) στάδιο της ανάκαμψης μετά από ένα τραύμα, αυτό της *ασφάλειας και της σταθεροποίησης*, γιατί τότε αναγνωρίζονται τα σχετικά με το τραύμα προβλήματα, διαμορφώνονται οι προσδοκίες από τη μελλοντική θεραπεία και αναδεικνύεται η ανάγκη για διδασκαλία στρατηγικών αντιμετώπισης ή αλλαγής συμπεριφορών.

Η ψυχοεκπαίδευση είναι, λοιπόν, μια μέθοδος θεραπείας που ενσωματώνει ψυχοθεραπευτικά και εκπαιδευτικά στοιχεία, βασίζεται στις δυνατότητες και εστιάζει στο παρόν (Lukens & McFarlane, 2004). Προέρχεται από τη συμπεριφοριστική θεραπεία, αν και πλέον συμπεριλαμβάνει και στοιχεία της πελατοκεντρικής θεραπείας (Bäumli, Froböse, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz, 2006), ενώ μπορεί να προσφερθεί είτε ατομικά είτε ομαδικά. Συνήθως συνδυάζεται με άλλες θεωρίες και μοντέλα κλινικής πρακτικής και, σπανιότερα, μπορεί να λειτουργήσει ως αυτόνομη παρέμβαση στο πλαίσιο των ψυχικών διαταραχών. Μπορεί να προσφερθεί στα πλαίσια μίας μόνο συνεδρίας, ή να αποκτήσει τη μορφή προγράμματος και να διαρκέσει για περισσότερες συναντήσεις. Απευθύνεται σε όλα τα άτομα, ανεξάρτητα της σοβαρότητας της κατάστασής τους (Bäumli et al., 2006). Η ψυχοεκπαίδευση ανήκει στην κατηγορία των απλών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Αυτό σημαίνει ότι ως παρέμβαση δεν είναι πολύπλοκη για τον ασθενή και τον θεραπευτή, δεν προϋποθέτει ένα ισχυρά ανεπτυγμένο θεωρητικό υπόβαθρο, μπορεί να ενσωματωθεί εύκολα στο κλινικό περιβάλλον και μπορεί να πετύχει πολύ συγκεκριμένους αλλά και

περιορισμένους θεραπευτικούς στόχους, σε σχέση με πιο σύνθετες και μεγαλύτερες σε διάρκεια θεραπείες (Colom, 2011). Ως εκ τούτου, ο θεραπευτής δε χρειάζεται να είναι ειδικός σε μια τεχνική, αλλά να γνωρίζει καλά το κατά περίπτωση πεδίο και να έχει τις βασικές ικανότητες που χρειάζεται να έχουν όλοι οι θεραπευτές ανεξαρτήτως του είδους της παρέμβασης: κοινή λογική και καλές διαπροσωπικές δεξιότητες (Colom, 2011).

Πιο συγκεκριμένα, οι Bäuml και Pitschel-Walz (2003, όπ. αναφ. στο Bäuml et al., 2006) προερχόμενοι από το επιστημονικό πεδίο της σχιζοφρένειας προτείνουν τον παρακάτω ορισμό της ψυχοεκπαίδευσης:

«Ο όρος ψυχοεκπαίδευση περιλαμβάνει συστημικές διδακτικές-ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, που είναι επαρκείς για την ενημέρωση των ασθενών και των συγγενών τους σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία της, διευκολύνοντας τόσο την κατανόηση και τη διαχείριση της ασθένειας από το άτομο με προσωπικά υπεύθυνο τρόπο, όσο και την υποστήριξη των ατόμων που επηρεάζονται από τη διαταραχή στην αντιμετώπιση της» (σ. 3).

Και ενώ στην αρχή επικρίθηκε ως ένας τρόπος επιβολής της ψυχικής ασθένειας από την οπτική των γιατρών και των φαρμακευτικών εταιρειών (Bonsack, Rexhaj, & Favrod, 2015), η ψυχοεκπαίδευση τελικά έρχεται να καλύψει τις ανάγκες αλλά και το δικαίωμα του νέου προφίλ ασθενούς και της οικογένειάς του, που ζητάει πληροφορίες, ώστε να κατανοήσει πλήρως τι είναι αυτό που του συμβαίνει και να ενημερωθεί για όλες τις εναλλακτικές επιλογές όσον αφορά τη θεραπεία, ώστε να κάνει συνειδητές επιλογές (Swaminath, 2009). Πρωταρχικός της στόχος είναι η εύρεση ενός κοινού παρονομαστή μεταξύ της αντικειμενικής γνώσης που παρέχουν τα ιατρικά εγχειρίδια και του υποκειμενικού τρόπου θέασης κάθε ατόμου (Bäuml et al., 2006). Στόχοι της ψυχοεκπαίδευσης που προκύπτουν άμεσα από τον ορισμό της είναι, αφενός, η επαρκής ενημέρωση των ασθενών και η αύξηση των γνώσεών τους σχετικά με την κατάστασή τους (αιτία, συμπτώματα, πρόγνωση, θεραπεία, παρενέργειες), και αφετέρου, η παροχή συμβουλών και η διδασκαλία στρατηγικών, ώστε να διαχειριστούν με αποτελεσματικό τρόπο την ασθένειά τους. Ωστόσο, οι στόχοι της ψυχοεκπαίδευσης μπορεί να είναι διαφορετικοί κατά περίπτωση και να εστιάζουν στην πρόληψη (π.χ. υποστήριξη των υγιών συμπεριφορών), στη διευκόλυνση της θεραπείας (π.χ. αύξηση της συνέπειας στη φαρμακευτική αγωγή) ή την πρόληψη υποτροπών (Southwick, Friedman, & Krystal, 2008), καθώς και στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων.

Ένα ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα μπορεί να διδάσκει είτε γενικές συμβουλευτικές δεξιότητες, όπως π.χ. διαπροσωπικές δεξιότητες και δεξιότητες επικοινωνίας, είτε συγκεκριμένες ψυχολογικές δεξιότητες. Περιλαμβάνει μια φάση εκπαίδευσης σε δεξιότητες αντιμετώπισης, η οποία θεωρείται η κεντρική ιδέα της ψυχοεκπαίδευσης και εν πολλοίς υπεύθυνη για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αυτών (Authier, 1977). Ωστόσο, οι στόχοι που τίθενται πρέπει να είναι ρεαλιστικοί, κρατώντας στο νου ότι η ψυχοεκπαίδευση εκτελεί μια βασικού επιπέδου ψυχοθεραπευτική λειτουργία, επομένως η προσπάθεια να διδαχθούν τα άτομα πολλές δεξιότητες κατά τη διάρκεια ενός σύντομου ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος συνιστά υπερβολή (Bäumli et al., 2006). Τα ψυχοεκπαιδευτικά μοντέλα που απευθύνονται στον ασθενή μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τέσσερις προσεγγίσεις, αν και τα περισσότερα συνήθως χρησιμοποιούν στοιχεία από περισσότερες από μία (Bhattacharjee et al., 2011). Αυτές οι προσεγγίσεις είναι: *το μοντέλο της πληροφόρησης, το μοντέλο της εκπαίδευσης σε δεξιότητες, το υποστηρικτικό μοντέλο και το περιεκτικό μοντέλο.*

Η ψυχοεκπαίδευση μπορεί να λειτουργήσει αρνητικά, αν δεν προσαρμοστεί κατάλληλα για τον κάθε πελάτη ή αν δεν παρακολουθούνται τα συμπεράσματα που βγάζει ο πελάτης από την πληροφόρηση (Briere & Scott, 2014). Άλλωστε, ένα πολύ συχνό πρόβλημα, όπως επισημαίνεται από τον Colom (2011), αποτελεί το γεγονός ότι ορισμένοι επαγγελματίες δηλώνουν ότι παρέχουν ψυχοεκπαίδευση, όταν στην πραγματικότητα απλώς αναφέρονται σε βασικές πληροφορίες για την ασθένεια και σε γενικές οδηγίες για την πρόληψη και τη διαχείριση κρίσεων. Η επικοινωνία του περιεχομένου της ψυχοεκπαίδευσης θα πρέπει να γίνεται με τρόπο ενεργό, με στόχο την ενδυνάμωση και την προαγωγή της επίγνωσης, εφοδιάζοντας τον ασθενή με τα μέσα για να διαχειριστεί, να αντιμετωπίσει και να ζήσει με την κατάστασή του, καθώς και να αλλάξει στάσεις και συμπεριφορές απέναντί της (Colom, 2011). Η ψυχοεκπαίδευση προσανατολίζεται στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας (Whitworth, 2016). Μετά από κάθε συνάντηση το άτομο πρέπει να νιώθει ενθαρρυμένο και γεμάτο ελπίδα. Αλλά και τα διάφορα θέματα καλό είναι να προσεγγίζονται με τρόπο θετικό, χωρίς όμως να καταλήγουν σε ευφημισμούς, και δίχως να αποκλείονται απαραίτητα «δύσκολα» θέματα, όπως π.χ. το πένθος (Bäumli et al., 2006). Η ψυχοεκπαίδευση τελικά πρέπει να αντικαταστήσει την ενοχή με την υπευθυνότητα, την αβοηθησία με την ενεργητική φροντίδα και την άρνηση με την επίγνωση (Colom, 2011).

Η ψυχοεκπαίδευση, λοιπόν, από τη φύση της περιέχει μια διδακτική διάσταση, επομένως η παροχή της πληροφόρησης γίνεται κυρίως λεκτικά. Αυτό επιτρέπει στον θεραπευτή να προσαρμόσει τα λεγόμενά του στην εμπειρία του πελάτη, διευκολύνοντας την κατανόησή του. Ακόμα, του επιτρέπει να παρακολουθεί ευκολότερα τις αντιδράσεις του στο υλικό και να ξεκαθαρίσει τυχόν παρανοήσεις που μπορεί να προκύψουν (Briere & Scott, 2014). Πολλές ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις, όμως, περιλαμβάνουν και τη χρήση έντυπων ενημερωτικών φυλλαδίων. Αυτά θα πρέπει να περιλαμβάνουν εύκολα κατανοητές πληροφορίες. Ζητήματα που θα πρέπει να λάβει υπόψη του ο θεραπευτής πριν τη σύνταξή τους είναι η ποιότητα και η γλώσσα του υλικού, το επίπεδο αναγνωστικής ικανότητας που απαιτείται (Briere & Lanktree, 2013), η πολιτιστική καταλληλότητα των πληροφοριών ή των απεικονίσεων και ο κίνδυνος ανεπαρκούς γνωστικοσυναισθηματικής ενσωμάτωσης. Κατά ανάλογο τρόπο, η παροχή του φυλλαδίου μόνο δεν ισοδυναμεί με παροχή ψυχοεκπαίδευσης, και θα πρέπει πάντα να γίνεται στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής συζήτησης και αξιολόγησης (Briere & Scott, 2014).

## 2.2 Η επικράτηση της ψυχοεκπαίδευσης

Η ψυχοεκπαίδευση γενικά είναι μια αρκετά διαδεδομένη θεραπευτική πρακτική, αν και η χρήση της διαφέρει ανάλογα με την διαταραχή για την οποία προσφέρεται. Οι Getachew, Dimic και Priebe (2009) διεξήγαγαν έρευνα με ερωτηματολόγια στο Ηνωμένο Βασίλειο σε κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας και βρήκαν ότι το 55% (48/87 που αποκρίθηκαν) χρησιμοποιούν κάποια μορφή ψυχοεκπαίδευσης. Οι Rummel-Kluge, Kluge και Kissling (2013) διεξήγαγαν παρόμοια έρευνα σε 3 γερμανόφωνες χώρες της Ευρώπης (Γερμανία, Αυστρία, Ελβετία) για την εκτίμηση της σχετικότητας και της συχνότητας παροχής της ψυχοεκπαίδευσης σε ιδρύματα των χωρών αυτών. Η έρευνα εξέτασε τα ερωτήματα αυτά σε διάστημα 5 χρόνων, συγκεκριμένα το 2004 και το 2009, με ρυθμό απόκρισης 58%. Η προσφορά της ψυχοεκπαίδευσης αυξήθηκε στατιστικά σημαντικά ( $p=.02$ ) το 2009 (93%) σε σχέση με το 2004 (86%), κυρίως για τη σχιζοφρένεια και την κατάθλιψη.

Παρόμοια είναι και η πορεία της εκτίμησης της σχετικότητάς της, αφού η ψυχοεκπαίδευση για τους ασθενείς θεωρείται σχετική ή πολύ σχετική, και σημείωσε μια στατιστικά σημαντική αύξηση ( $p=.035$ ) από 87% το 2004 σε 93% το 2009. Και η προσφορά

ψυχοεκπαίδευσης στην οικογένεια συνεχίζει να θεωρείται σχετική ή πολύ σχετική σε ποσοστό 59%, χωρίς όμως να παρουσιάζει αύξηση. Ένα ενδιαφέρον εύρημα της συγκεκριμένης έρευνας είναι ότι για την εκτίμηση της σχετικότητας δεν ήταν καθοριστικής σημασίας η ύπαρξη αποδεικτικών στοιχείων αποτελεσματικότητας, αν και οι συγγραφείς αναγνωρίζουν την πιθανότητα τα ποσοστά να παρουσιάζονται αυξημένα για λόγους κοινωνικής αρέσκειας. Όσον αφορά τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, η ψυχοεκπαίδευση προσφέρεται σε λιγότερο από το 10% των ιδρυμάτων που απάντησαν. Μάλιστα, παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική μείωση ( $p = .02$ ) στην παροχή της από 3% το 2004 σε 0.4% το 2009.

Οι Koelkebeck, Andlauer, Jovanovic και Giacco (2015) διεξήγαγαν έρευνα με ερωτηματολόγια σε 23 χώρες της Ευρώπης για να διαπιστώσουν το είδος των θεραπειών που διατίθενται για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Η ψυχοεκπαίδευση βρέθηκε ότι προσφέρεται σε 12 χώρες (Λευκορωσία, Κροατία, Τσεχία, Φινλανδία, Γερμανία, Μάλτα, Ολλανδία, Πολωνία, Ρουμανία, Σερβία, Σλοβενία και Ελβετία), ενώ σε άλλες 5 χώρες (Αλβανία, Αζερμπαϊτζάν, Βοσνία-Ερζεγοβίνη, Ελλάδα και Ρωσία) προσφέρεται σε εξειδικευμένα κέντρα. Οι Tarrier, Liversidge και Gregg (2006) εξέτασαν τον βαθμό αποδοχής και την προτίμηση 14 διαφορετικών θεραπειών για το μετατραυματικό στρες σε δείγμα φοιτητών. Οι συμμετέχοντες στην πλειοψηφία τους δήλωσαν ότι θα αναζητούσαν (97%) ή θα σύστηναν (99%) θεραπεία παρά τον κίνδυνο στιγματισμού. Η ψυχοεκπαίδευση θεωρήθηκε ως η θεραπεία που θα προκαλούσε τη λιγότερη δυσφορία και ήταν η τρίτη στη σειρά προτίμησης θεραπεία, γεγονός που οι συγγραφείς πιστεύουν ότι ίσως φανερώνει μια γενική επιθυμία των συμμετεχόντων να μάθουν για τη διαταραχή και να αποκτήσουν μια αίσθηση ελέγχου.

### **2.3 Τα οφέλη της ψυχοεκπαίδευσης**

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θεωρούν ότι κάποιες ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις είναι σχετικά οικονομικές και εύκολες στην εφαρμογή (Donker, Griffiths, Cuijpers, & Christensen, 2009; Ruzek, 2008), για τον λόγο αυτό θεωρούνται κατάλληλες για εφαρμογή και στις αναπτυσσόμενες χώρες (Prost, Musisi, Okello, & Horman, 2013). Πιο συγκεκριμένα, θεωρούνται οικονομικές, γιατί η εκπαίδευση των επαγγελματιών που θα προσφέρουν

ψυχοεκπαίδευση έχει μικρό κόστος, ενώ, στη συνέχεια, ο κάθε επαγγελματίας μπορεί να απευθυνθεί σε μεγάλο αριθμό ασθενών (Prost et al., 2013). Ωστόσο, η έλλειψη τυποποίησης που παρατηρείται στις περισσότερες ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις αποτελεί ένα εμπόδιο στην εκπαίδευση των επαγγελματιών σε αυτές (Getachew et al., 2009). Το γεγονός ότι μπορεί να είναι σύντομες σε διάρκεια και η σχετική ευκολία με την οποία μπορούν να καταστούν διαθέσιμες σε μεγάλο αριθμό ατόμων τις καθιστά ιδανικές για εφαρμογή αμέσως μετά από μια καταστροφή (Ruzek, 2008).

Σημαντική, επίσης, κρίνεται και η δυνατότητα επέκτασης των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε αγροτικές ή απομακρυσμένες περιοχές, καθώς απαιτούν λίγη τεχνολογία, ηλεκτρονικούς πόρους και κτήρια (Prost et al., 2013). Η απομάκρυνση από το κατεξοχήν κέντρο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο στιγματισμού (Donker et al., 2009), ενώ η ευελιξία των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων μπορεί να πετύχει οικονομία χρόνου, για παράδειγμα προσφέροντας την παρέμβαση κατά τη διάρκεια της αναμονής των ασθενών για το ιατρικό ραντεβού τους (Prost et al., 2013). Για τον Colom (2011), υπάρχουν τρεις προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται για να πλαισιωθεί άρτια ένα ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα και η απουσία τους μπορεί να δυσχεράνει την εφαρμογή ενός εκ πρώτης όψης απλού ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος. Αυτές είναι οι εξής: πολιτική ανοιχτών θυρών, ομαδική προσπάθεια και θεραπευτική σχέση με θεμέλιο την εμπιστοσύνη και όχι την εξουσία.

Αλλά και από την οπτική των ασθενών η ψυχοεκπαίδευση συγκεντρώνει θετικές εκτιμήσεις. Ασθενείς με σχιζοφρένεια, όταν ρωτήθηκαν σχετικά με την ψυχοεκπαίδευση, δήλωσαν σε ποσοστό 84% ότι τους αρέσει και ότι ο κύριος λόγος για συμμετοχή στην ψυχοεκπαίδευση ήταν η προθυμία να αποκτήσουν περισσότερες πληροφορίες για την ασθένεια και να αποτρέψουν τις υποτροπές (Chądzyska & Charzyńska, 2011), ενώ περίπου οι μισοί δε θεωρούσαν ικανοποιητικό το επίπεδο των γνώσεών τους για την ασθένειά τους. Αναδεικνύεται, λοιπόν, η ανάγκη για παροχή ψυχοεκπαίδευσης. Αντίστοιχα, η Shannon (2014) διεξήγαγε ποιοτική έρευνα με ομάδες εστίασης προσφύγων από την Ασία και την Αφρική, για να αναδείξει τις συστάσεις τους προς τους θεραπευτές σχετικά με την αξιολόγηση της ψυχικής τους υγείας. Μεταξύ άλλων, αναδείχθηκε από τους συμμετέχοντες το αίτημα για παροχή ψυχοεκπαίδευσης για την ψυχική υγεία και τις επιπτώσεις του πολέμου. Κάποιοι συμμετέχοντες μάλιστα επισήμαναν ότι θα λάμβαναν πιο σοβαρά υπόψη

τους τις συμβουλές των μορφωμένων ανθρώπων (θεραπευτών) παρά των οικογενειών τους.

Η παροχή ψυχοεκπαιδευτικών συναντήσεων με θέμα την ψυχική ασθένεια σε ασθενείς με διάφορες ψυχικές ασθένειες στην Ουγκάντα έδωσε υποσχόμενα αποτελέσματα, όσον αφορά την αύξηση της συνέπειας στη φαρμακευτική αγωγή και των γνώσεων των ασθενών για τις ψυχικές ασθένειες (Prost et al., 2013). Οι Roe-Serowitz, Bedard, Pate και Hedberg (2014) εφάρμοσαν πιλοτικά ένα ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα εστιασμένο στο τραύμα και την κακοποίηση σε 320 έγκλειστες γυναίκες. Τα αποτελέσματα αν και προκαταρκτικά είναι ενθαρρυντικά, καθώς βρέθηκε σημαντική βελτίωση με μικρά μεγέθη επίδρασης ( $d = .27-.48$ ) και στις 10 υποκλίμακες του εργαλείου *Trauma Symptom Inventory*. Οι Pratt et al. (2005) εφάρμοσαν ένα ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα για ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και μετατραυματικό στρες, με στόχο την αύξηση των γνώσεων για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Τα ευρήματα της έρευνας μπορούν να θεωρηθούν μόνο υποσχόμενα, καθώς η μελέτη δεν είχε ομάδα ελέγχου, ωστόσο επετεύχθη ο στόχος που τέθηκε, δηλαδή οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους αύξησαν τις γνώσεις τους για το τραύμα και το μετατραυματικό στρες και αξιολόγησαν τις πληροφορίες ως χρήσιμες και εύκολες στην κατανόηση. Ένα σημαντικό ποσοστό τους μάλιστα θα συνιστούσε το πρόγραμμα στους φίλους του. Ωστόσο, το πρόγραμμα δεν κατάφερε να βελτιώσει την αντιλαμβανόμενη ικανότητα των ασθενών να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα της διαταραχής. Παρά ταύτα, τα περισσότερα άτομα εμφάνισαν μια αυξημένη επιθυμία να αναζητήσουν θεραπεία για το μετατραυματικό στρες, χωρίς ωστόσο να ελεγχθεί εάν αυτό έγινε και πράξη. Οι συγγραφείς τονίζουν ότι η ψυχοεκπαίδευση στη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών μπορεί να είναι χρήσιμη στο να τους αποτρέψει να συγχέουν τα συμπτώματα που σχετίζονται με το τραύμα με την ψυχική τους ασθένεια.

## **2.4 Ψυχοεκπαίδευση για το μετατραυματικό στρες**

Η ψυχοεκπαίδευση επεκτάθηκε στο πεδίο του τραυματικού στρες σχετικά πρόσφατα, στα τέλη της δεκαετίας του '90 (Bonsack et al., 2015). Η ψυχοεκπαίδευση έχει αναγνωριστεί ως ένα κοινό στοιχείο διαφορετικών αλλά εμπειρικά τεκμηριωμένων θεραπειών για το μετατραυματικό στρες (Schnyder et al., 2015; Whitworth, 2016) και παρέχεται στα αρχικά τους στάδια κυρίως, και σπανιότερα ως αυτόνομη θεραπεία. Στόχος της, λοιπόν, μπορεί να



είναι η διευκόλυνση των παρεμβάσεων και η βελτιστοποίηση της συνεργασίας των ασθενών (Schnyder et al., 2015). Έχει αναφερθεί η χρήση της τόσο ως προληπτικό μέσο όσο και ως θεραπεία αντιμετώπισης συμπτωμάτων. Έτσι, μπορεί να παρασχεθεί σε διάφορα χρονικά σημεία, όπως πριν από ένα αναμενόμενο δυνητικά τραυματικό γεγονός για τα άτομα που πρόκειται να εκτεθούν, ακριβώς μετά το τραυματικό γεγονός για όσους εκτέθηκαν σε αυτό ή και αργότερα μόνο για όσα άτομα εκδήλωσαν τελικά συμπτώματα (Creamer & O'Donnell, 2008). Αν και η ψυχοεκπαίδευση παρέχεται στην αρχή συνήθως μιας θεραπευτικής παρέμβασης, οι πελάτες μπορούν να επωφεληθούν από αυτή σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Για παράδειγμα, αργότερα στη θεραπεία, όταν θα κληθούν να επεξεργαστούν το τραυματικό υλικό, μπορεί να επωφεληθούν από επιπρόσθετη πληροφόρηση που παρέχει έναν νέο τρόπο θέασης της τραυματικής μνήμης (Briere & Scott, 2014).

Ο ρόλος της ψυχοεκπαίδευσης είναι βασικός στην αναγνώριση και ομαλοποίηση των βασανιστικών επιπτώσεων της έκθεσης σε τραύμα (Southwick et al., 2008). Στηρίζεται στην υπόθεση ότι τα άτομα θα εκλάβουν ως παρηγορητικό το γεγονός ότι τα συμπτώματά τους αποτελούν ένα συχνό επακόλουθο της έκθεσης σε ένα τραυματικό γεγονός, ότι δεν είναι οι μόνοι που τα βιώνουν και, κατά συνέπεια, δεν είναι τρελοί ή δεν πάει κάτι στραβά με εκείνους και ότι, εάν νιώσουν ότι το χρειάζονται, υπάρχουν πηγές, όπου μπορούν να στραφούν για βοήθεια (Krupnick & Green, 2008). Η υπόθεση αυτή, βέβαια, έχει στηριχθεί και εμπειρικά. Για παράδειγμα, στην έρευνα της Shannon (2014) με ομάδες εστίασης προσφύγων αναδείχθηκε από τους συμμετέχοντες η σημαντικότητα της εξομάλυνσης των συμπτωμάτων και η σημασία του να επισημανθεί ότι υπάρχει θεραπεία για τα συμπτώματα. Οι έρευνες μέχρι σήμερα, ωστόσο, δεν έχουν αξιολογήσει, εάν η ομαλοποίηση των συμπτωμάτων είναι ένας στόχος που έχει επιτευχθεί (Ruzek, 2008). Δεν έχουν γίνει δηλαδή απόπειρες για να μετρηθούν οι ερμηνείες των αντιδράσεων πριν και μετά την πληροφόρηση. Εάν αποδειχθεί ότι τελικά αυτό ισχύει, θα πρέπει να εξεταστεί εάν αυτή η ομαλοποίηση μπορεί να μειώσει και τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες στην πλειοψηφία των ατόμων (Ruzek, 2008).

Γενικότερα, η ψυχοεκπαίδευση είναι ένα χρήσιμο εργαλείο που αντιμάχεται τη φυσική τάση αποφυγής που παρατηρείται σε άτομα με μετατραυματικό στρες και ευθύνεται για την αποτυχία αναγνώρισης, αντιμετώπισης και εξάλειψης των αναμνήσεων που ενεργοποιούνται από το φόβο (Southwick et al., 2008). Η παροχή πληροφόρησης για

τις επιπτώσεις των τραυματικών γεγονότων είναι σημαντική για τα άτομα, γιατί τους προσφέρει ένα γνωστικό πλαίσιο για να εντάξουν τις εμπειρίες τους, να κατανοήσουν τα συμπτώματά τους ως φυσιολογικές αντιδράσεις, μειώνοντας την αυτοκριτική και τα πλήγματα στην αυτοεκτίμησή τους, και να αποκτήσουν μια αίσθηση ελέγχου πάνω τους, μαθαίνοντας στρατηγικές αντιμετώπισης (Phoenix, 2007). Άλλη μια φορά επισημαίνεται ότι η ψυχοεκπαίδευση δε θα πρέπει να παρέχεται αποκομμένα από μια θεραπευτική συζήτηση, διότι σε αντίθετη περίπτωση για παράδειγμα, η απλή ενημέρωση ενός ατόμου για τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες θα μπορούσε να το οδηγήσει ακούσια να μείνει με την εντύπωση ότι είναι δυσλειτουργικό. Έτσι, είναι ύψιστης σημασίας η δημιουργία μιας υποστηρικτικής σχέσης ανάμεσα στον επαγγελματία και τον πελάτη ως προαπαιτούμενο για την παροχή ψυχοεκπαίδευσης (Whitworth, 2016). Μάλιστα, πολύ συχνά τα άτομα είναι πρόθυμα να αξιοποιήσουν την ψυχοεκπαίδευση, αφού πρώτα νιώσουν ότι μπορούν να εμπιστευτούν το άτομο που θα την προσφέρει (Whitworth, 2016).

Το περιεχόμενο της ψυχοεκπαίδευσης που απευθύνεται σε πληθυσμούς που έχουν βιώσει τραύμα αποτελείται συνήθως από πληροφορίες για τη φύση και την πορεία των μετατραυματικών αντιδράσεων, για τρόπους αντιμετώπισης των ερεθισμάτων που θυμίζουν το τραύμα και στρατηγικές για τη διαχείριση των συμπτωμάτων (Schnyder et al., 2015). Τα μετα-τραυματικά συμπτώματα δεν περιορίζονται μόνο στο πλαίσιο της διαταραχής μετατραυματικού στρες αλλά μπορεί να περιλαμβάνουν περιγραφές συμπτωμάτων κατάθλιψης, θυμού, ενοχής και ντροπής. Ακόμα, μπορεί να περιλαμβάνει ενδείξεις για το πότε πρέπει να αναζητηθεί βοήθεια, καθώς και πληροφορίες για το είδος του επαγγελματία και του πλαισίου που μπορεί να τους βοηθήσει (Krupnick & Green, 2008).

Άλλα τυπικά θέματα που θίγονται από ψυχοεκπαιδευτικά υλικά για το τραύμα μπορεί να είναι: η επικράτηση του τραύματος, κοινοί μύθοι για το τραύμα, οι λόγοι για τους οποίους έδρασε ο δράστης (σε περιπτώσεις βίας, κακοποίησης, βιασμών), η επαναπλαισίωση των συμπτωμάτων ως επεξεργασία του τραύματος (δηλαδή η επίδραση του τραύματος στο μυαλό και στο σώμα), καθώς και η δημιουργία ενός σχεδίου ασφάλειας (Briere & Scott, 2014), η φροντίδα του εαυτού, η ρύθμιση του συναισθήματος, η χρήση αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης που προωθούν την ανθεκτικότητα, η αναγνώριση των συμπτωμάτων που χρειάζονται εντατικότερη θεραπεία και η εξοικείωση με τη θεωρητικό υπόβαθρο της θεραπευτικής προσέγγισης που πρόκειται να ακολουθηθεί. Δηλαδή τα άτομα χρειάζεται να γνωρίζουν τις διαδικασίες με τις οποίες θα έρθουν

αντιμέτωπα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ώστε να διαμορφώσουν ρεαλιστικές προσδοκίες για αυτή (Phoenix, 2007).

Οι Southwick et al. (2008) πιστεύουν ότι, αν και δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία μέχρι στιγμής για να γνωρίζουμε με σιγουριά, εάν η ψυχοεκπαίδευση από μόνη της είναι αποτελεσματική για την πρόληψη του μετατραυματικού στρες, ακόμη όμως και αν υποθέσουμε ότι είναι αναποτελεσματική, και πάλι θα μπορούσε να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη ή τη βελτίωση του χρόνιου μετατραυματικού στρες. Αυτό θα μπορούσε να γίνει βοηθώντας τα άτομα με τη διαταραχή, καθώς και την οικογένεια, τους φίλους και τους συναδέλφους τους αρχικά να αναγνωρίσουν τα σημάδια και τα συμπτώματα της διαταραχής, καθώς και να μάθουν πού και πώς να απευθυνθούν για βοήθεια και υποστήριξη. Χαρακτηριστικά σημειώνουν (σ. 304): *«χωρίς αναγνώριση ή συνειδητοποίηση, δε θα υπάρξει θεραπεία»* και *«η ψυχοεκπαίδευση μπορεί να σώσει τη ζωή κάποιου, όταν οδηγεί σε παραπομπή και θεραπεία»*. Έτσι, η ψυχοεκπαίδευση μπορεί να γλιτώσει αυτά τα άτομα απαλλάσσοντάς τους από ένα βαρύ ψυχολογικό φορτίο που μπορεί να κουβαλάνε μαζί τους για χρόνια. Σε κάθε περίπτωση, το περιεχόμενο, η χρονική στιγμή και ο τρόπος παροχής της ψυχοεκπαίδευσης αποτελούν κρίσιμα ζητήματα. Βασική προϋπόθεση αποτελεί η κατανόηση του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται, όσον αφορά τη γλώσσα και τις στάσεις του (Krupnick & Green, 2008). Η ψυχοεκπαίδευση πρέπει να προσαρμόζεται στην κουλτούρα και στο πλαίσιο στο οποίο απευθύνεται (Whitworth, 2016), καθώς από τη φύση της εσωκλείει μοτίβα κουλτούρας και πεποιθήσεων (Prost et al., 2013), πόσο μάλλον όταν αφορά το μετατραυματικό στρες, το οποίο εκφράζεται διαφορετικά από διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες.

## **2.5 Ζητήματα στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ψυχοεκπαίδευσης στα πλαίσια του τραυματικού στρες**

### **2.5.1.1 Το ζήτημα του ορισμού της ψυχοεκπαίδευσης**

Η δημοσίευση του άρθρου των Wessely et al. (2008) με θέμα την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης στην πρόληψη της ψυχολογικής αναστάτωσης μετά από ένα τραύμα αποτέλεσε την αφορμή για την έναρξη μιας μεγάλης συζήτησης στην επιστημονική

κοινότητα γύρω από την ψυχοεκπαίδευση για το μετατραυματικό στρες και τα ζητήματα που ανακύπτουν στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς της. Τότε, είχε ειπωθεί πως η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί μια κοινή παρέμβαση που ωστόσο δεν έχει ελεγχθεί επαρκώς (Krupnick & Green, 2008) και οι Wessely et al. (2008) παρατήρησαν ότι είναι αρκετά δύσκολο να βρει κανείς στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης στο πλαίσιο του τραυματικού στρες. Οι παρατηρήσεις αυτές ισχύουν μέχρι και σήμερα (Whitworth, 2016). Στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης αντλούνται κυρίως από μελέτες στις οποίες η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί κατά κύριο λόγο την ομάδα ελέγχου και σε μικρότερο βαθμό από μελέτες που εξετάζουν άμεσα την αποτελεσματικότητά της ως τη θεραπεία που δέχεται η ομάδα παρέμβασης. Στην πραγματικότητα, είναι πολύ λίγες οι μελέτες που εξετάζουν άμεσα την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης μετά από ένα τραύμα (Creamer & O'Donnell, 2008), ενώ υπάρχουν ακόμα λιγότερα στοιχεία για το τι συνιστά καλή ψυχοεκπαίδευση (Krupnick & Green, 2008).

Ακόμα, ο όρος ψυχοεκπαίδευση δε χρησιμοποιείται με συνέπεια (Lukens & McFarlane, 2004). Υπάρχουν περιπτώσεις, όπου επιχειρήθηκε να αντληθούν στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης από άλλες θεραπείες που το περιεχόμενό τους μοιάζει με αυτό της ψυχοεκπαίδευσης, όπως η ψυχολογική ανασκόπηση (psychological debriefing) και η θεραπεία εμβολιασμού κατά του στρες (stress inoculation therapy, Wessely et al., 2008). Ωστόσο, οι Creamer και O'Donnell (2008) προειδοποιούν ότι αυτό μπορεί να αποβεί επικίνδυνο και θεωρούν προτιμότερη την εξέταση της ψυχοεκπαίδευσης ξεχωριστά και όχι ως μέρος άλλων θεραπειών, για να είναι δυνατή η εξαγωγή ενός πιο καθαρού και αξιόπιστου συμπεράσματος σχετικά με την αποτελεσματικότητά της. Και άλλοι ερευνητές θεωρούν ότι η σύμπτυξη αυτή δεν είναι εννοιολογικά έγκυρη, αναγνωρίζοντας ότι υπάρχει ενός βαθμού επικάλυψη μεταξύ των προαναφερθέντων θεραπειών αλλά σε καμία περίπτωση δεν αποτελούν το ίδιο (Krupnick & Green, 2008). Μπορεί, λοιπόν, η ψυχοεκπαίδευση να μη λειτουργεί αποτελεσματικά στο πλαίσιο της ψυχολογικής ανασκόπησης αλλά αυτό δε σημαίνει ότι δε μπορεί να είναι βοηθητική σε άλλα πλαίσια (Kilpatrick, Coughle, & Resnick, 2008· Krupnick & Green, 2008). Έτσι, ο διαχωρισμός μεταξύ των στοιχείων των διάφορων θεραπειών που χρησιμοποιούν ψυχοεκπαίδευση αποτελεί ένα καίριο αίτημα και μια απαραίτητη προϋπόθεση για την αξιολόγησή της.

### 2.5.1.2 Η υπόθεση της υποβολής

Οι Wessely et al. (2008), που όπως αναφέρθηκε εξισώνουν την ψυχοεκπαίδευση με την ψυχολογική ανασκόπηση και τη θεραπεία εμβολιασμού κατά του στρες, προσανατολίζονται στον χαρακτηρισμό της ψυχοεκπαίδευσης ως μη αποτελεσματικής. Αν και η ανάλυση των Wessely et al. (2008) έχει δεχθεί την κριτική ότι δεν είναι αμερόληπτη, γιατί εστιάζει κυρίως στους πιθανούς περιορισμούς της ψυχοεκπαίδευσης παρά στα πιθανά οφέλη της (Kilpatrick et al., 2008), θα γίνει μια σύντομη αναφορά στην επιχειρηματολογία τους, γιατί θίγονται ενδιαφέροντα σημεία. Ξεκινώντας από τα ερωτήματα «*Πόσο πολλή πληροφορία μπορεί να δώσει κανείς;*» και «*Είναι δυνατό να ευαισθητοποιήσεις τους ανθρώπους στους κινδύνους;*», αναφέρουν περιπτώσεις, στις οποίες η παροχή πληροφοριών, επηρεάζοντας τις προσδοκίες των ατόμων-δεκτών, είχε αρνητικό αποτέλεσμα, ενισχύοντας τα συμπτώματά τους και τον φόβο ότι θα τους συμβεί αυτό για το οποίο είχαν ενημερωθεί, «*ευαισθητοποιώντας*» τους κατ' αυτόν τον τρόπο στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας. Συνεχίζοντας με το ερώτημα, «*Χρειάζονται οι περισσότεροι άνθρωποι “Πληροφορίες” για να αναρρώσουν από το τραύμα;*», που συνδέεται άρρηκτα με την απορία, «*Γιατί υποθέτουμε ότι οι άνθρωποι δε γνωρίζουν τις βασικές συναισθηματικές αντιδράσεις στις αντιξοότητες και το τραύμα;*», επισημαίνουν τα ευρήματα μιας ομάδας επιστημονικών εργασιών, σύμφωνα με τις οποίες το να απευθύνεται κανείς σε επαγγελματίες μετά το τραύμα δεν είναι κάτι που έρχεται φυσικά και οι περισσότεροι άνθρωποι δε νιώθουν ότι το χρειάζονται (Wessely et al., 2008).

Στον αντίλογο, οι Southwick et al. (2008) υποστηρίζουν ότι, ακόμα και αν ισχύει το επιχείρημα για τη μη φυσικότητα του να απευθύνεται κανείς σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αυτό δε σημαίνει ότι θα πρέπει να αποθαρρύνονται ή να αποφεύγουν τη θεραπεία άτομα τα οποία τη χρειάζονται μετά από ένα τραυματικό γεγονός. Μάλιστα, πολλές φορές η κοινωνική υποστήριξη γίνεται με λανθασμένο τρόπο και με αρνητικό αποτέλεσμα (Wortman, Silver, & Kessler, 1993, όπ. αναφ. στο Hobfoll, Walter, & Horsey, 2008). Ταυτόχρονα, θίγουν το ζήτημα της ηθικής νομιμότητας της έλλειψης ενημέρωσης των ανθρώπων για θέματα που τους αφορούν, επειδή μια μικρή μερίδα τους μπορεί να αναπτύξει προσωρινά συμπτώματα ψυχοπαθολογίας. Σε αυτή την περίπτωση αναφέρουν ότι γίνεται λόγος για μια προσωρινή αυξημένη έκφραση συμπτωμάτων, αλλά σε καμία περίπτωση δε θεωρείται επαρκής η παροχή ψυχοεκπαίδευσης για την πρόκληση της

πλήρους διαταραχής μετατραυματικού στρες (Krupnick & Green, 2008 Southwick et al., 2008). Οι Kilpatrick et al. (2008) επισημαίνουν ότι δε θα πρέπει να διαφεύγει της προσοχής ότι η έλλειψη ενημέρωσης για τα συμπτώματα μετά από ένα τραυματικό γεγονός μπορεί να αποβεί επιζήμια για τα άτομα που είναι πιο ευάλωτα στην ανάπτυξη μετατραυματικού στρες.

Οι Southwick et al. (2008) τονίζουν ωστόσο ότι είναι απαραίτητο να ερευνηθεί αυστηρά η δύναμη της υποβολής στο πλαίσιο της ψυχοεκπαίδευσης αλλά μέχρι στιγμής δεν αναγνωρίζουν την ύπαρξη ισχυρών αποδεικτικών στοιχείων εναντίον της ενημέρωσης των ανθρώπων για τις πιθανές συνέπειες της έκθεσης σε τραύμα. Μάλιστα, προτείνουν τον υπολογισμό της αναλογίας κινδύνου-οφέλους, υποστηρίζοντας ότι τα πιθανά οφέλη μπορεί να υπερτερούν σε σχέση με τους πιθανούς κινδύνους. Παρομοίως, οι Kilpatrick et al. (2008) θεωρούν ότι η υποβολή είναι μια υπόθεση που δεν έχει ελεγχθεί και δε δικαιολογείται το βάρος που της έχει δοθεί από τους Wessely et al. (2008). Άλλωστε, η ψυχοεκπαίδευση μπορεί και πρέπει να καλλιεργεί την προσδοκία φυσικής ανάρρωσης και να μειώνει την προσδοκία ανάπτυξης συμπτωμάτων (Kilpatrick et al., 2008· Krupnick & Green, 2008), για παράδειγμα τονίζοντας το γεγονός ότι οι περισσότεροι άνθρωποι που εκτίθενται σε ένα τραυματικό γεγονός δε θα αναπτύξουν μετατραυματικό στρες.

### **2.5.1.3 Περιεχόμενο και ποιότητα των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων**

Γενικότερα, η αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, μέσα στις οποίες περιλαμβάνεται και η ψυχοεκπαίδευση, εξαρτάται έως ένα βαθμό από τη φύση τους. Καθώς αποτελούν πολυπαραγοντικές παρεμβάσεις, η αποτελεσματικότητά τους είναι συνισταμένη πολλών παραγόντων, όπως η δοσολογία (ή ο βαθμός έκθεσης στο υλικό), το πρόγραμμα της παρέμβασης (ή η συχνότητα της έκθεσης στο υλικό), τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται, και φυσικά οι εκπαιδευτικοί στόχοι που τίθενται (Southwick et al., 2008). Οι Hobfoll et al. (2008) εγείρουν το ζήτημα της ποιότητας των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων, αναφέροντας ότι τα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα κυμαίνονται από πολύ απλά έως και σύνθετα και φροντισμένα, και πιστεύουν ότι τα άτομα που τα λαμβάνουν γίνονται αποδέκτες και της προσπάθειας που έδειξαν οι υπεύθυνοι για την ανάπτυξή τους επαγγελματίες για την ποιότητά τους. Έτσι, ένα πρόγραμμα ή υλικό το

οποίο είναι επιφανειακό ή έγινε με κριτήριο την εξοικονόμηση οικονομικών πόρων ή την εναρμόνιση με την εκπαίδευση του επαγγελματία που το προσφέρει δεν αναμένεται να έχει θετικό αποτέλεσμα. Αντίστοιχα, υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν την επίδραση της ποιότητας του περιεχομένου, καθώς βρέθηκε ότι, όταν το περιεχόμενο της ψυχοεκπαίδευσης βασίζεται σε πληροφορίες εμπειρικά τεκμηριωμένες, αυξάνεται η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης (Donker et al., 2009).

Ο Ruzek (2008) τονίζει ότι η αντίληψη του ρόλου της πληροφόρησης στην ανάκαμψη πρέπει να είναι πιο προσεκτική και οι μελλοντικές έρευνες πρέπει να εδράζονται στη *θεωρία*. Το είδος των πληροφοριών που θα περιλαμβάνονται πρέπει να επιλέγεται με γνώμονα τον προσδιορισμό ενός στόχου, ο οποίος είναι η θεωρητικά βασισμένη αλλαγή στη σκέψη ή τη συμπεριφορά, και το να απευθύνεται σε βασικούς μηχανισμούς αλλαγής. Οι Hobfoll et al. (2008) θεωρούν ότι είναι πιθανό να είναι αποτελεσματικά τα πιο σύνθετα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης, που διαποτίζονται από τις εμπειρικές αρχές της μοντελοποίησης, της εξάσκησης, της ανατροφοδότησης και της διαδοχικής προσέγγισης πιο σύνθετων συμπεριφορών αντιμετώπισης, με την προϋπόθεση, όμως, ότι ταιριάζουν στην οικολογία του τραύματος, τη χρονική στιγμή του γεγονότος και τη διαθεσιμότητα των πόρων που οι άνθρωποι κατέχουν. Ακόμα, επισημαίνουν ότι η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση θα πρέπει να *εξατομικεύεται*, να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες της κοινότητας για συγκεκριμένους πόρους με γνώσιο τρόπο και να προσπαθεί ξεκάθαρα και με συνέπεια να τους διαθέσει στα άτομα που τους έχουν περισσότερο ανάγκη. Τέλος, αναπόσπαστο κομμάτι της ψυχοεκπαίδευσης θα πρέπει να είναι η *διδασκαλία δεξιοτήτων*, όπως και η διασφάλιση της πρόσβασης σε πόρους, ώστε να μπορέσουν τα άτομα να κάνουν χρήση τους. Ένα άλλο είδος πληροφορίας που θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει η ψυχοεκπαίδευση, λοιπόν, πέρα από το *τι συμβαίνει* είναι πληροφορίες για το *τι να κάνει κανείς* (Ruzek, 2008).

Οι Wessely et al. (2008) στην ανάλυσή τους αναφορικά με τον ρόλο της ψυχοεκπαίδευσης για την πρόληψη του μετατραυματικού στρες καταλήγουν ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να υποστηρίζουν ότι η παροχή ψυχοεκπαίδευσης βοηθά τα άτομα μετά το τραύμα, αν και ταυτόχρονα σημειώνουν ότι τα διαθέσιμα στοιχεία δεν επαρκούν για τον χαρακτηρισμό και την εγκατάλειψη της ψυχοεκπαίδευσης ως αναποτελεσματικής. Και άλλοι συγγραφείς συμφωνούν ότι δεν μπορούμε να γνωρίζουμε με σιγουριά, εάν η ψυχοεκπαίδευση με τη μορφή λίστας συμπτωμάτων και εστίαση στην ψυχοπαθολογία επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία, ωστόσο σχολιάζουν ότι δεν είναι

θεμιτό να είμαστε αρνητικά προκατειλημμένοι. Άλλωστε, σε κάθε περίπτωση σε αυτό το επίπεδο δεν κρίνεται η αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης καθεαυτής αλλά μάλλον του περιεχομένου της (Creamer & O'Donnell, 2008).

Έτσι, αναδεικνύεται η ανάγκη αναδιατύπωσης του περιεχομένου της ψυχοεκπαίδευσης με μεγαλύτερο προσανατολισμό στην προσαρμογή και την ανθεκτικότητα και περιορισμό της παθολογικοποίησης και της δυσλειτουργικότητας (Wessely et al., 2008). Κομβικό σημείο για τον σχεδιασμό του περιεχομένου της παρέμβασης αποτελεί η μελέτη του τι γνωρίζουν ήδη και τι όχι τα άτομα, και συνεπώς τι είδους πληροφόρηση χρειάζονται (Creamer & O'Donnell, 2008). Τονίζεται, λοιπόν, η ανάγκη σχολαστικότερης εμπειρικής αξιολόγησης ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων, το περιεχόμενο των οποίων μάλιστα θα είναι περισσότερο θετικά προσανατολισμένο και δε θα εστιάζει στα συμπτώματα (Wessely et al., 2008). Η ψυχοεκπαίδευση μπορεί να υποστηρίξει την προσαρμογή, όταν μειώνει το στίγμα των αντιδράσεων στο στρες, ενθαρρύνει την κοινωνική υποστήριξη και διευκολύνει την αναζήτηση βοήθειας, όταν χρειάζεται (Krupnick & Green, 2008). Οι Hobfoll et al. (2008) πιστεύουν ότι η ψυχοεκπαίδευση είναι μια υποσχόμενη προσέγγιση, εάν αντλεί θεωρητικά από τη γνωστικο-συμπεριφοριστική βιβλιογραφία και εάν βασίζεται σε ένα οικολογικό μοντέλο, στο οποίο εξετάζονται προσεκτικά οι περιστάσεις του γεγονότος, οι ανάγκες της ομάδας-στόχου, καθώς και το επίπεδο γνώσεων των επαγγελματιών και παραεπαγγελματιών που εμπλέκονται στην παροχή βοήθειας.

### **2.5.2 Συμπεράσματα και κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα για την ψυχοεκπαίδευση στα πλαίσια του τραυματικού στρες**

Υπάρχουν πολλές τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες που εξετάζουν την ψυχοεκπαίδευση σε ενήλικους πληθυσμούς ατόμων με σχιζοφρένεια, ωστόσο είναι αισθητά λιγότερες οι αντίστοιχες έρευνες που απευθύνονται σε πληθυσμούς παιδιών ή εφήβων και ενηλίκων με άλλες ψυχικές διαταραχές. Ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις έχουν εφαρμοστεί σε διάφορα πλαίσια αλλά μόνο αυτές που αφορούν τη σχιζοφρένεια και τον καρκίνο μπορούν να χαρακτηριστούν εμπειρικά τεκμηριωμένες (Lukens & McFarlane, 2004). Η παθητική ψυχοεκπαίδευση (π.χ. φυλλάδια, ιστοσελίδες) για την κατάθλιψη και την



ψυχολογική αναστάτωση έχει δείξει αποτελεσματικότητα, αν και με μικρό ( $d=.20$ ) μέγεθος επίδρασης (Donker et al., 2009).

Το πεδίο της ψυχοεκπαίδευσης στα πλαίσια του τραυματικού στρες, όμως, είναι νέο και ακόμα υπό διαμόρφωση. Μέχρι στιγμής, δεν έχουν γίνει αρκετές μελέτες, όπως, παραδείγματος χάρη, στα επιστημονικά πεδία που αναφέρθηκαν. Έτσι, δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για να εξαχθεί ένα συμπέρασμα για την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης για το μετατραυματικό στρες (Ruzek, 2008). Οι Southwick et al. (2008) επισημαίνουν ότι, απλά και μόνο επειδή δεν έχουν διεξαχθεί άρτιες κλινικές μελέτες που να αξιολογούν την ψυχοεκπαίδευση στα πλαίσια του τραυματικού στρες, αυτό δε σημαίνει ότι η ψυχοεκπαίδευση είναι αναποτελεσματική. Άλλωστε, σημειώνουν ότι είναι πρόωρη η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς της μέχρι αυτή να οριστεί και να υλοποιηθεί πλήρως. Το γεγονός ότι κάποια είδη εκπαίδευσης αποδείχθηκαν αδρανή ή αναποτελεσματικά, δε συνεπάγεται απαραίτητα ότι και άλλες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις θα έχουν τους ίδιους περιορισμούς (Ruzek, 2008).

Αυξημένες προσπάθειες ανάπτυξης και ελέγχου ενός εύρους ψυχοεκπαιδευτικών μεθόδων μπορεί τελικά να παράγουν περισσότερο αποτελεσματικές προσεγγίσεις, ωστόσο αυτό είναι πιο πιθανό να συμβεί, εάν αυτές οι προσπάθειες καθοδηγούνται πιο προσεκτικά από άρτια διαρθρωμένες θεωρίες για την παροχή πληροφοριών μετά το τραύμα (Ruzek, 2008). Δύο καίριας σημασίας ερωτήματα, όταν αναφερόμαστε στις πληροφορίες ως μέσο αλλαγής της συμπεριφοράς και μείωσης των μετατραυματικών προβλημάτων, πρέπει να εξεταστούν. Πρώτον, αναμένεται η απλή παροχή πληροφοριών να επηρεάσει τις συμπεριφορές αντιμετώπισης, να αλλάξει τις σκέψεις και να μειώσει τα υψηλά επίπεδα φυσιολογικής διέγερσης; Δεύτερον, εάν κάποιο από αυτά μπορούσε να αλλάξει μέσω της πληροφόρησης, αναμένεται μείωση των συμπτωμάτων και βελτίωση στη λειτουργικότητα του ατόμου; (Ruzek, 2008). Χρειάζεται, λοιπόν, περισσότερη προσπάθεια στην ένταξη της ψυχοεκπαίδευσης σε ένα θεωρητικό πλαίσιο, καθώς και στον ορισμό της σε διάφορα επίπεδα, όπως εφαρμόζεται σε διάφορα πλαίσια και πληθυσμούς (Lukens & McFarlane, 2004). Κάποιος βαθμός τυποποίησης των ψυχοεκπαιδευτικών προγραμμάτων θα μπορούσε να βοηθήσει στην εκπαίδευση των επαγγελματιών σε αυτά, στην αξιολόγησή τους και στην περαιτέρω ανάπτυξή τους (Getachew et al., 2009).

Σύμφωνα με τον Ruzek (2008), η μελλοντική έρευνα πρέπει να διευκρινίσει *ποια πληροφορία, προσφερόμενη με ποιον τρόπο, σχετικά με τι και παρεχόμενη από ποιον*

μπορεί να επηρεάσει τι είδους συμπεριφορά και σκέψη και να τροποποιήσει ποια μετατραυματικά αποτελέσματα. Αυτού του είδους η έρευνα, όμως, δεν μπορεί να επικεντρωθεί μόνο στη μέτρηση της επίδρασης στα συμπτώματα καθαυτά. Θα πρέπει να εξετάσει, εάν οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις μπορούν να αλλάξουν συμπεριφορές, σκέψεις και τη διέγερση, και εάν αυτές οι αλλαγές συνδέονται με βελτίωση στα συμπτώματα και τη λειτουργικότητα. Όσον αφορά τους στόχους, δεν είναι γνωστό, εάν οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις είναι αναποτελεσματικές στην επίτευξη στόχων αλλαγής συμπεριφοράς ή εάν αυτοί οι στόχοι δεν είναι οι σωστοί, επειδή η επίτευξή τους δε συνδέεται με τη βελτίωση των συμπτωμάτων και της λειτουργικότητας.

Οι ερευνητές πάντως συγκλίνουν στο ότι η παροχή πληροφόρησης δεν αποτελεί μια ουδέτερη πράξη, ενώ τονίζουν τον ρόλο του πλαισίου και την ανάγκη αξιολόγησης μοντέλων ψυχοεκπαίδευσης, όπου η έμφαση δίνεται στις θετικές προσδοκίες και στη μάθηση παραγόντων που προωθούν την ανθεκτικότητα (Southwick et al., 2008· Wessely et al., 2008). Οι Kilpatrick et al. (2008) πιστεύουν ότι θα πρέπει η επιστημονική κοινότητα να κατανοήσει περαιτέρω και να αναγνωρίσει εκείνα τα στοιχεία που οδηγούν στην βελτίωση από όλες τις παρεμβάσεις που φαίνονται υποσχόμενες. Άλλα σημαντικά ζητήματα που πιστεύουν ότι χρήζουν περισσότερης διερεύνησης είναι η διάρκεια της παρέμβασης, ο υπό μελέτη πληθυσμός και το είδος του τραυματικού γεγονότος. Χρειάζεται περισσότερη έρευνα, ώστε να αξιολογηθεί πότε και για ποιον οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις δεν έχουν αποτέλεσμα (Kilpatrick et al., 2008· Lukens & McFarlane, 2004), ενώ είναι πολύ σημαντικό να αναλύσουμε το προφίλ αυτών που απορρίπτουν ή δε συνεχίζουν την ψυχοεκπαίδευση (Lukens & McFarlane, 2004).

Οι Creamer και O'Donnell (2008) θεωρούν ότι η έρευνα για την ψυχοεκπαίδευση θα πρέπει να συμπεριλάβει όλη τη διαδικασία της, όπως το βαθμό της πρόσληψής της από τον δέκτη, το βαθμό στον οποίο πράγματι κατανοήθηκε, εάν οδήγησε σε αλλαγές στις γνώσεις και τις στάσεις και φυσικά το περιεχόμενό της. Έτσι, για την αξιολόγησή της χρειάζεται να απαντηθούν τα εξής ερωτήματα:

Εκτέθηκαν όντως οι συμμετέχοντες στις πληροφορίες και αν όχι, γιατί; Τις κατάλαβαν; Βελτίωσε η ψυχοεκπαίδευση τις γνώσεις των συμμετεχόντων για το πώς να αναρρώσει κανείς μετά το τραύμα; Είναι η ψυχοεκπαίδευση που προωθεί την ανάρρωση περισσότερο χρήσιμη από εκείνη που εστιάζει στα συμπτώματα, όπως

υποψιαζόμαστε; Είναι πιο αποτελεσματική εάν περιλαμβάνει προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης και πότε και πώς να αναζητήσει κανείς βοήθεια; (Creamer & O'Donnell, 2008, σ. 321).

καθώς και τα ερωτήματα, όπως τίθενται από τους Southwick et al. (2008):

«Πώς ορίζουμε την ψυχοεκπαίδευση και ποια είναι τα βασικά στοιχεία της; Σε ποιο πλαίσιο [και με ποιο στόχο] είναι πιο αποτελεσματική;» (Southwick et al., 2008, σ. 307).

Πώς παρέχεται καλύτερα και από ποιον; Τι περιεχόμενο είναι καταλληλότερο για την ψυχοεκπαίδευση σχετικά με το τραυματικό στρες και πώς αυτό πρέπει να μεταβάλλεται ανάλογα με τον πληθυσμό για τον οποίο προορίζεται; Τι συμβαίνει με τη δοσολογία και το πρόγραμμα της παρέμβασης; Είναι η ψυχοεκπαίδευση περισσότερο ή λιγότερο αποτελεσματική ως προληπτικό μέτρο για άτομα που ετοιμάζονται να βιώσουν ένα τραυματικό γεγονός; Είναι αποτελεσματική ως μια παρέμβαση που βελτιώνει την ανθεκτικότητα για άτομα που έχουν ήδη αντιμετωπίσει τραυματικό στρες αλλά που δεν έχουν αναπτύξει σχετικές με το τραύμα διαταραχές; Ή είναι αποτελεσματική ως μια προσέγγιση που διευκολύνει τη θεραπεία σε επιζώντες τραύματος που πληρούν τα κριτήρια για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες; Υπάρχουν καταστάσεις, τύποι ατόμων, ή είδη εκπαιδευτικού περιεχομένου που μπορεί να έχουν αρνητική επίδραση στην ψυχολογική ευημερία; (Southwick et al., 2008, σ. 307).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ

### 3.1 Πρωτοτυπία και χρησιμότητα της έρευνας

Όπως αναφέρθηκε αναλυτικά στο θεωρητικό μέρος της εργασίας, τα μέχρι στιγμής επιστημονικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης για το μετατραυματικό στρες είναι συγκεχυμένα. Στην παρούσα έρευνα θα αναζητηθούν μέσω της συστηματικής ανασκόπησης μελέτες που αποτιμούν την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης για το μετατραυματικό στρες σε ενήλικα άτομα σε σύγκριση με άλλες θεραπείες και θα επιχειρηθεί η σύνθεση των δεδομένων τους για την εξαγωγή ενός συγκεντρωτικού αποτελέσματος για την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης. Τα αποτελέσματα της εργασίας είναι σημαντικά, γιατί μπορούν να επηρεάσουν τις αποφάσεις των ειδικών που ασχολούνται με το συγκεκριμένο θέμα, ειδικά καθώς η πλειοψηφία των ατόμων που συμμετέχει σε κάποια ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση τη θεωρεί χρήσιμη (Pratt, 2005), αναγκαία (Shannon, 2014) ή προτιμητέα σε σχέση με άλλες θεραπείες (Tarrrier et al., 2006) και, όπως αναφέρθηκε, υπάρχουν μελέτες που δίνουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Η εργασία αυτή ακόμα αναμένεται να συνεχίσει και να εμπλουτίσει τον διάλογο που ξεκίνησε το 2008 για την ψυχοεκπαίδευση στα πλαίσια του μετατραυματικού στρες, να κρίνει κατά πόσο υπήρξε βελτίωση μετά τις παρατηρήσεις που ειπώθηκαν τότε και να προβεί σε προτάσεις βασισμένες στα αποτελέσματά της.

### 3.2 Σκοπός της εργασίας

Σκοπός της εργασίας είναι η αξιολόγηση των ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την επίδραση της ψυχοεκπαίδευσης συγκριτικά με άλλες θεραπείες στα συμπτώματα μετατραυματικού στρες σε ενήλικα άτομα. Η αποτελεσματικότητα αφορά την αντιμετώπιση, εφόσον το δείγμα έχει διαγνωστεί με συμπτώματα ή την πλήρη διαταραχή μετατραυματικού στρες, ή την πρόληψη, στην περίπτωση όπου το δείγμα έχει βιώσει κάποιου είδους τραυματικό γεγονός και θεωρείται σε κίνδυνο για την ανάπτυξη συμπτωμάτων ή της πλήρους διαταραχής μετατραυματικού στρες. Σε κάθε περίπτωση

ορίζεται ως η μείωση ή η απουσία των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες σε ένα κατάλληλο εργαλείο στο χρονικό σημείο μέτρησης μετά την παρέμβαση σε σχέση με τη μέτρηση πριν την παρέμβαση.

### **3.3 Ερευνητικά ερωτήματα**

Τα ερώτημα της παρούσας εργασίας διατυπώνεται ως εξής: *«Είναι οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις περισσότερο αποτελεσματικές συγκριτικά με άλλες θεραπείες για τη μείωση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες σε ενήλικα άτομα;»*. Πιο συγκεκριμένα, το ερευνητικό ερώτημα θα εξεταστεί με αναλύσεις σε υποομάδες, ανάλογα με τη θεραπεία με την οποία συγκρίνεται η ψυχοεκπαίδευση, και με τις συνθήκες κάτω από τις οποίες εφαρμόζεται. Κάποιες έρευνες ελέγχουν την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης σε σχέση με μια εικονική συμβατική θεραπεία, ενώ άλλες χρησιμοποιούν την ψυχοεκπαίδευση ως ομάδα ελέγχου, για να ελέγξουν την αποτελεσματικότητα άλλων παρεμβάσεων (π.χ. φαρμακολογικών παρεμβάσεων).

### **3.4 Μέθοδος**

#### **3.4.1 Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση**

Για τη διερεύνηση των ερευνητικών υποθέσεων επιλέχθηκε η μέθοδος της συστηματικής ανασκόπησης (systematic review) και μετα-ανάλυσης (meta-analysis). Η μέθοδος αυτή αποτελείται από δύο φάσεις, οι οποίες, αν και διακριτές, είναι εξίσου σημαντικές, και για να είναι ολοκληρωμένη, δε θα πρέπει να διεξάγεται η μία χωρίς την άλλη (Γαλάνης, 2009), όταν το επιτρέπουν τα δεδομένα. Η συστηματική ανασκόπηση είναι μια θεωρητική διαδικασία και ορίζεται ως *η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με μία συγκεκριμένη επιστημονική υπόθεση*, με απώτερο σκοπό την επιλογή των καλύτερων από άποψη μεθοδολογίας μελετών (Γαλάνης, 2009). Ο όρος *συστηματική* αναφέρεται στο γεγονός ότι η αναζήτηση γίνεται με βάση συγκεκριμένες λέξεις-κλειδιά σε ένα εύρος πηγών, το οποίο

περιλαμβάνει ηλεκτρονικές βιβλιογραφικές βάσεις, επιστημονικά περιοδικά, διδακτορικές διατριβές, πρακτικά συνεδρίων, καθώς και βιβλιογραφικές αναφορές, για τον εντοπισμό όσο το δυνατόν περισσότερων κατάλληλων μελετών, καθώς και στο ότι ορίζονται πριν την αναζήτηση συγκεκριμένα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού των μελετών.

Η μετα-ανάλυση αποτελεί μια μαθηματική διαδικασία υπολογισμού ενός συγκεντρωτικού αποτελέσματος που συνδυάζει στατιστικά τα αποτελέσματα των μεμονωμένων ερευνών που επιλέχθηκαν από τη συστηματική ανασκόπηση (Γαλάνης, 2009). Στην πράξη, η μέθοδος αυτή αποσκοπεί στη σύνθεση και κριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων των μεμονωμένων πρωτογενών πηγών (Καράσση, 2006). Μετά τη συγκέντρωση και την επιλογή των μελετών, που γίνεται μέσω της συστηματικής ανασκόπησης, ακολουθεί η ποσοτικοποίηση του παρατηρούμενου μεγέθους επίδρασης κάθε μελέτης με έναν τυποποιημένο τρόπο και η συνένωσή τους (Field, 2003). Αυτό αναμένεται να δώσει μια πιο ακριβή εικόνα του πραγματικού μεγέθους επίδρασης.

Ο όρος *μετα-ανάλυση* πρωτοαναφέρθηκε από τον Glass (1976) και η μέθοδος χρησιμοποιήθηκε αρχικά στο χώρο της ψυχολογίας και της εκπαίδευσης, ενώ από το 1980 χρησιμοποιείται όλο και συχνότερα και ειδικά στην ιατρική. Η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση ως διαδικασία αποτελείται από διακριτά στάδια, τα οποία είναι τα εξής:

- 1) διατύπωση του ερευνητικού ερωτήματος
- 2) διαμόρφωση των κριτηρίων συμπερίληψης και αποκλεισμού των μελετών
- 3) αναζήτηση σχετικής βιβλιογραφίας
- 4) αξιολόγηση και επιλογή των μελετών
- 5) καταγραφή των δεδομένων
- 6) ανάλυση των δεδομένων
- 7) παρουσίαση των αποτελεσμάτων
- 8) ερμηνεία των αποτελεσμάτων

Ιδανικά, οι αποφάσεις για κάθε στάδιο πρέπει να λαμβάνονται όσο αυτό είναι δυνατόν εκ των προτέρων και να αναγράφονται στο ερευνητικό πρωτόκολλο, το οποίο ουσιαστικά αποτελεί ένα προσχέδιο της έρευνας, ώστε να μεγιστοποιείται η διαύγεια και η εγκυρότητα της και παράλληλα να ελαχιστοποιείται η μεροληψία αναφοράς (Moher et al., 2015). Κάθε στάδιο έχει τους δικούς τους κανόνες, και η τήρησή τους συνεισφέρει σε μεγάλο βαθμό στην αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της μετα-ανάλυσης (Τσιάρρα, Παρασκευά, Ποθάκος, Δημήτσας-Δημόπουλος, & Νικολόπουλος, 2011).

- Σαφής διατύπωση ερευνητικού ερωτήματος
- Προσδιορισμός κριτηρίων συμπερίληψης και αποκλεισμού
- Αναζήτηση και εντόπιση κατάλληλων εργασιών
- Επιλογή εργασιών
- Αποτίμηση μεθοδολογικής ποιότητας των πρωτογενών εργασιών
- Καταγραφή των δεδομένων
- Στατιστική ανάλυση των δεδομένων και παρουσίαση των αποτελεσμάτων
- Ερμηνεία των αποτελεσμάτων

*Πίνακας 1. Αρχές που διέπουν το σχεδιασμό των συστηματικών ανασκοπήσεων και μετα-αναλύσεων τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών (Καράσσα, 2006, σ. 290)*

### **3.4.1.2 Πλεονεκτήματα και κριτική της μεθόδου**

Οι κλινικές αποφάσεις πρέπει να στηρίζονται στα πιο πρόσφατα επιστημονικά ευρήματα, επομένως κάθε επαγγελματίας οφείλει να ενημερώνεται καθημερινά για τις εξελίξεις στον τομέα του. Ωστόσο, ο τεράστιος αριθμός των επιστημονικών δημοσιεύσεων, περιοδικών και αναφορών καθιστά αδύνατη την πρόσβαση του επαγγελματία στο σύνολό τους, αφενός (Ried, 2006), και αφετέρου, καθιστά εξαιρετικά δύσκολο τον εντοπισμό της γνώσης μέσα στην τεράστια ποσότητα της πληροφορίας (Glass, 1976). Η χρήση των συστηματικών ανασκοπήσεων ήταν απότοκος της κριτικής που ασκήθηκε στις αφηγηματικές ανασκοπήσεις και στα προβλήματά τους, τα οποία μπορούν να συνοψιστούν σε τέσσερις κατηγορίες: την υποκειμενικότητα στην επιλογή, την ανομοιογένεια των δεδομένων, την έλλειψη επαρκών δεδομένων και την εσφαλμένη ερμηνεία (Thacker, 1988 στο Γαλάνης, 2009).

Οι συστηματικές ανασκοπήσεις σε σύγκριση με τις αφηγηματικές ανασκοπήσεις παρέχουν μια περισσότερο αντικειμενική και αξιόπιστη θέαση της βιβλιογραφίας (Γαλάνης, 2009· Καράσσα, 2006), ενώ η μετα-ανάλυση αντίστοιχα αυξάνει την ακρίβεια του υπολογιζόμενου μεγέθους επίδρασης της παρέμβασης (Καράσσα, 2006). Επομένως, αποτελούν πολύ σημαντικά εργαλεία εκτίμησης της αποτελεσματικότητας μιας παρέμβασης με έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο, όταν εκτελούνται ορθά, με προεκτάσεις στην κλινική πρακτική. Οι συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις βοηθούν παράλληλα

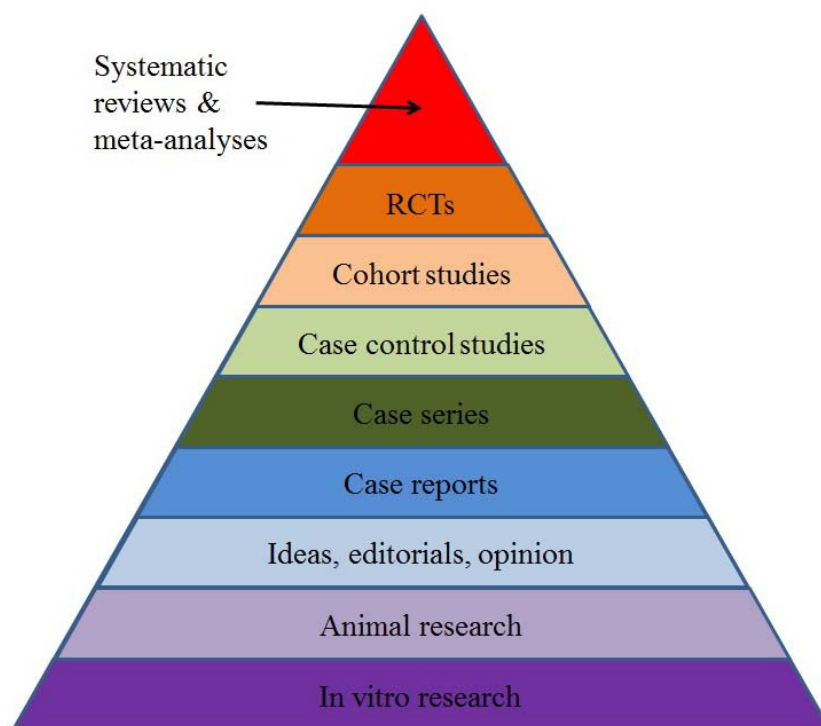
την επιστημονική κοινότητα να αποσαφηνίσει θέματα στα οποία υπάρχει αβεβαιότητα και να αναδείξει πεδία στα οποία είναι απαραίτητη περαιτέρω έρευνα (Καράσσα, 2006).

Ωστόσο, η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση έχει δεχθεί κριτική, η οποία μπορεί να συνοψιστεί στα ακόλουθα σημεία (για μια αναλυτικότερη παρουσίαση της επιχειρηματολογίας και του αντίλογου πρβλ. Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2009, κεφάλαιο 43):

- ένας αριθμός δεν μπορεί να συνοψίσει ένα ερευνητικό πεδίο
- το συστηματικό σφάλμα δημοσίευσης ακυρώνει τη μετα-ανάλυση
- ετερογένεια (mixing apples with oranges)
- όταν οι πρωτογενείς πηγές έχουν προβλήματα μεροληψίας, τότε αυτά συνοδεύουν και το αποτέλεσμα της μετα-ανάλυσης (garbage in, garbage out)
- τα κριτήρια εισαγωγής μερικές φορές αποκλείουν σημαντικές μελέτες (κριτική που συνήθως ασκείται από άτομα που νιώθουν άβολα με τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης)
- η μετα-ανάλυση μπορεί να διαφωνεί με τις τυχαιοποιημένες μελέτες
- οι μετα-αναλύσεις δεν διεξάγονται ορθά

Επομένως η μετα-ανάλυση δεν είναι πανάκεια και δεν είναι ακίνδυνη. Μάλιστα, εμφανίζονται όλο και περισσότερα στοιχεία που υποστηρίζουν ότι δε γίνεται ορθή χρήση της, και στην περίπτωση αυτή δεν ξεπερνά τους περιορισμούς μιας αφηγηματικής ανασκόπησης (Field, 2003). Ωστόσο, μια άλλη μερίδα ερευνητών, όπως οι Borenstein, Hedges, Higgins και Rothstein (2009), θεωρούν ότι η ίδια κριτική που ασκείται στην μετα-ανάλυση αφορά κάλλιστα και τις αφηγηματικές ανασκοπήσεις και επισημαίνουν ότι η κριτική επικεντρώνεται κυρίως στη διεξαγωγή της ως διαδικασία παρά στην ίδια ως μέθοδο. Επομένως, εάν μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση διεξαχθεί με υψηλές προδιαγραφές, τηρηθούν οι κανόνες και δικαιολογηθούν ορθά οι αποφάσεις, μπορεί να προσφέρει αξιόπιστα συμπεράσματα. Μάλιστα, τα συμπεράσματα της συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης τοποθετούνται στην κορυφή των επιστημονικών αποδείξεων, όπως φαίνεται στην Εικόνα 1.





Εικόνα 1. Η πυραμίδα των ερευνητικών εργασιών. Η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση βρίσκεται στην κορυφή, υποδεικνύοντας ότι τα αποτελέσματά της θεωρούνται περισσότερο αξιόπιστα από κάθε άλλο είδος μελέτης (Daniells, 2016).

### 3.4.2 Προσδιορισμός κριτηρίων εισαγωγής και αποκλεισμού μελετών

Σε κάθε συστηματική ανασκόπηση ορίζονται εκ των προτέρων κριτήρια, στη βάση των οποίων εισάγονται και απορρίπτονται οι μελέτες που ανακύπτουν από τη συστηματική αναζήτηση. Τα κριτήρια της παρούσας εργασίας αναφέρονται στη συνέχεια. Όσον αφορά το δείγμα, δεκτές έγιναν οι έρευνες που αναφέρονταν σε πληθυσμό ενηλίκων ατόμων που είχαν βιώσει ένα δυνητικά τραυματικό γεγονός (potential traumatic event, PTE) και αξιολογήθηκαν για συμπτώματα μετατραυματικού στρες. Όσον αφορά τον ερευνητικό σχεδιασμό δεκτές έγιναν οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες. Σχετικά με την παρέμβαση, δεκτές έγιναν οι έρευνες στις οποίες είτε η ομάδα παρέμβασης είτε η ομάδα ελέγχου δέχθηκε θεραπεία που χαρακτηρίζεται ως ψυχοεκπαιδευτική. Έρευνες που παρείχαν ψυχοεκπαίδευση ως μέρος κάποιας άλλης θεραπείας ή παρείχαν ψυχοεκπαίδευση σε συνδυασμό με ενεργά στοιχεία άλλων θεραπειών δεν έγιναν δεκτές, ακολουθώντας τις συστάσεις των Creamer και O'Donnell (2008), για να προκύψει μια

περισσότερο αξιόπιστη εξέταση της ψυχοεκπαίδευσης. Δεν τέθηκαν περιορισμοί ως προς το περιεχόμενο, τον τύπο, τη διάρκεια και τη δοσολογία της παρέμβασης. Επίσης, περιορισμός δεν τέθηκε ως προς τις παρεμβάσεις που θα συνιστούσαν την ομάδα ελέγχου. Το κύριο καταληκτικό σημείο της εργασίας αποτελεί η μεταβολή στα συμπτώματα μετατραυματικού στρες. Τέλος, για να συμπεριληφθούν στην μετα-ανάλυση, οι μελέτες πρέπει να αναφέρουν αριθμητικά και όχι μόνο περιγραφικά δεδομένα.

**Τα κριτήρια εισαγωγής των μελετών:**

- Οι μελέτες αναφέρονται σε ενήλικο πληθυσμό.
- Οι μελέτες αφορούν πληθυσμό που έχει βιώσει ένα δυνητικά τραυματικό γεγονός.
- Οι μελέτες είναι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές.
- Οι μελέτες χρησιμοποιούν ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση είτε στην ομάδα παρέμβασης είτε στην ομάδα ελέγχου.
- Οι μελέτες συγκρίνουν την ψυχοεκπαίδευση με οποιαδήποτε άλλη θεραπεία ή εικονικό φάρμακο.
- Οι μελέτες πρέπει να παρέχουν μετρήσεις των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες.

*Πίνακας 2. Τα κριτήρια εισαγωγής των μελετών.*

**Τα κριτήρια αποκλεισμού των μελετών:**

- Οι μελέτες αναφέρονται σε πληθυσμό παιδιών ή εφήβων.
- Οι μελέτες δεν έχουν ομάδα ελέγχου.
- Οι μελέτες χρησιμοποιούν ψυχοεκπαίδευση ως μέρος άλλης θεραπείας ή σε συνδυασμό με ενεργά στοιχεία άλλων θεραπειών.
- Οι μελέτες παρέχουν μόνο περιγραφικά δεδομένα.

*Πίνακας 3. Τα κριτήρια αποκλεισμού των μελετών.*

### **3.4.3 Βιβλιογραφική αναζήτηση**

Στη μετα-ανάλυση τη μονάδα παρατήρησης αποτελεί η μελέτη, και όχι ο συμμετέχων. Κατά αντιστοιχία, το απαιτούμενο δεδομένο από κάθε μελέτη είναι το μέγεθος επίδρασης της παρέμβασης (effect size) και όχι τα μεμονωμένα δεδομένα των συμμετεχόντων. Η αναζήτηση για κατάλληλες μελέτες πραγματοποιήθηκε στις βιβλιογραφικές βάσεις *Scopus* (<https://www.scopus.com/home.uri>) και *Medline* (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)

για δημοσιευμένες μελέτες, με εξαίρεση τις ανασκοπήσεις, και με λέξεις-κλειδιά που περιλάμβαναν τους ακόλουθους συνδυασμούς: «*psychoeducation & posttraumatic stress disorder*», «*psychoeducation & PTSD*», «*intervention & posttraumatic stress & psychoeducation*», «*intervention & posttraumatic stress disorder & psychoeducation*», «*intervention & PTSD & psychoeducation*». Οι αναζητήσεις έγιναν χωρίς περιορισμό στη χρονολογία ή τη γλώσσα και είχαν συνολικά 1153 αποτελέσματα.

### **3.4.4 Αξιολόγηση του κινδύνου μεροληψίας των μελετών (risk of bias assessment)**

Η αξιολόγηση της ποιότητας ή ορθότερα του βαθμού μεροληψίας των μελετών σε μια μετα-ανάλυση σε συνδυασμό με τη διεξαγωγή αναλύσεων ευαισθησίας συνιστώνται ως διαδικασίες ρουτίνας που πρέπει να διεξάγονται σε κάθε συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, καθώς η κακή ποιότητα των μελετών μπορεί να διαστρεβλώσει τα αποτελέσματά της (Juni, Altman, & Egger, 2001). Οι έρευνες που συμπεριλήφθηκαν στη μετα-ανάλυση αξιολογήθηκαν ως προς τον κίνδυνο μεροληψίας τους (risk of bias), σύμφωνα με το εργαλείο και τα κριτήρια που προτείνει η *Cochrane Collaboration* (Higgins, Altman, & Sterne, 2011). Συγκεκριμένα, ο κίνδυνος μεροληψίας κάθε μελέτης αξιολογείται σύμφωνα με έξι παραμέτρους. Αυτές είναι η διαδικασία τυχαιοποίησης (random sequence generation), η απόκρυψη της τυχαιοποίησης (sequence allocation), η τυφλή αποτίμηση της έκβασης (blinding), η επιλεκτική αναφορά αποτελεσμάτων (selective reporting), τα ελλιπή δεδομένα (missing data) και άλλες πηγές μεροληψίας (other sources of bias). Κάθε μελέτη χαρακτηρίζεται ως χαμηλού, υψηλού ή ασαφούς κινδύνου μεροληψίας για κάθε παράμετρο, σύμφωνα με συγκεκριμένα κριτήρια.

### **3.4.5 Μέθοδος σύνθεσης των αποτελεσμάτων**

#### **3.4.5.1 Το μοντέλο των τυχαίων επιδράσεων (random effects model)**

Καθώς το τελικό σημείο έκβασης, δηλαδή η διαφορά στα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες, είναι συνεχές (μέσος όρος και τυπική απόκλιση), υπολογίστηκε η

σταθμισμένη μέση διαφορά (standardized mean difference) μεταξύ των ομάδων θεραπείας και ελέγχου (Καράσση, 2006). Για τη σύνθεση των αποτελεσμάτων προτιμήθηκε το μοντέλο των τυχαίων επιδράσεων (random effects model, DerSimonian & Laid, 1986) έναντι του μοντέλου των σταθερών επιδράσεων (fixed effects model), καθώς αυτό θεωρείται καταλληλότερο, όταν υπάρχει ετερογένεια μεταξύ των μελετών (Nikolakorouli, Manridis, & Salanti, 2014).

Στην παρούσα εργασία οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν διέφεραν σε αρκετά χαρακτηριστικά τους και ήταν αναμενόμενο ότι θα υπάρχει ετερογένεια. Το μοντέλο των τυχαίων επιδράσεων ισοκατανέμει σε μεγαλύτερο βαθμό το βάρος των μελετών σε σχέση με το μοντέλο σταθερών επιδράσεων, αναγνωρίζοντας ότι η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης διαφέρει από μελέτη σε μελέτη και δίνοντας, αναλογικά με το μοντέλο σταθερών επιδράσεων, περισσότερο βάρος στις μικρές μελέτες. Η διαφορετικότητα αυτή οφείλεται σε διαφορές μεταξύ των χαρακτηριστικών της κάθε μελέτης (DerSimonian & Laid, 1986). Αυτό αποκαλείται στατιστική ετερογένεια (statistical heterogeneity) και, σύμφωνα με τους DerSimonian και Laid (1986), είναι ένα συχνό φαινόμενο, που δεν είναι ρεαλιστικό να αρνηθούμε την ύπαρξή του και, ως εκ τούτου, πρέπει να συνυπολογίζεται στις αναλύσεις.

Σύμφωνα με τη μέθοδό τους, υποθέτουμε ότι υπάρχει μια κατανομή των μεγεθών επίδρασης (ένας πληθυσμός μελετών) και χρησιμοποιούμε τα μεγέθη επίδρασης των μελετών που έχουμε (ένα τυχαίο δείγμα του προαναφερθέντος πληθυσμού) για να την εκτιμήσουμε. Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει στα μεγέθη επίδρασης των μεμονωμένων μελετών να ποικίλλουν, υπολογίζει την έκταση της ετερογένειας και προσδίδει μεγαλύτερη μεταβλητότητα στο σταθμισμένο μέγεθος επίδρασης, ελέγχοντας για αυτήν (DerSimonian & Laid, 1986). Στόχος αυτού του μοντέλου είναι ο υπολογισμός του εύρους τιμών που μπορεί να πάρει το σταθμισμένο μέγεθος επίδρασης.

#### **3.4.5.2 Ανάλυση σε υποομάδες**

Ακόμα, η μετα-ανάλυση παρουσιάζεται σε υποομάδες, ανάλογα με τη θεραπεία που αποτελεί την ομάδα ελέγχου. Έτσι, δημιουργήθηκαν 6 κατηγορίες: η συνήθης θεραπεία (treatment-as-usual ή usual/standard care), η αφηγηματική θεραπεία έκθεσης (narrative

exposure therapy), η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία (cognitive-behavioural treatment), η υποστηρικτική συμβουλευτική (supported counseling), η ενσυνειδητότητα (mindfulness) και η εκπαίδευση σε δεξιότητες (skills training). Στην περίπτωση που η ομάδα παρέμβασης και η ομάδα ελέγχου έλαβαν και οι δύο κάποια παρέμβαση, πέραν της ψυχοεκπαίδευσης, η παρέμβαση αυτή κωδικοποιήθηκε ως συνήθης θεραπεία, καθώς θεωρείται ότι η επίδρασή της εξουδετερώνεται, αφού προσφέρεται και στις δύο ομάδες. Εκτός από την κατηγορία της συνήθους θεραπείας, οι υπόλοιπες αποτελούνται από μία μόνο έρευνα.

### 3.4.6 Ερμηνεία του διαγράμματος δάσους (forest plot)

Τα αποτελέσματα μιας μετα-ανάλυσης δίνονται από το στατιστικό πρόγραμμα εκτός από τη μορφή πινάκων και με τη μορφή γραφήματος, που ονομάζεται «διάγραμμα δάσους» (forest plot). Το διάγραμμα αυτό είναι ένας εύκολος τρόπος, για να κατανοήσει κανείς με ευκολία και σαφήνεια τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης. Ένας πρακτικός οδηγός για την ερμηνεία του αποτελεί το άρθρο της Ried (2006). Καθώς το μετατραυματικό στρες μετράται σε συνεχή κλίμακα, η παρουσίαση και η ερμηνεία του διαγράμματος που ακολουθεί αφορά τις συνεχείς μεταβλητές.

Στην αριστερή πλευρά του διαγράμματος φαίνονται οι έρευνες που συμπεριλήφθησαν στη μετα-ανάλυση, ενώ στη δεξιά πλευρά φαίνονται η σταθμισμένη μέση διαφορά (standardized mean difference) και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95% confidence interval) για κάθε μελέτη, καθώς και το βάρος που δόθηκε σε κάθε μελέτη από το μοντέλο σύνθεσης των αποτελεσμάτων, το οποίο στην παρούσα έρευνα είναι το μοντέλο των τυχαίων επιδράσεων (random effects model). Το βάρος εξαρτάται από το μέγεθος του δείγματος και το διάστημα εμπιστοσύνης κάθε έρευνας. Όσο μεγαλύτερο το μέγεθος δείγματος και όσο μικρότερο το διάστημα εμπιστοσύνης, τόσο μεγαλύτερο βάρος δίνεται στην έρευνα. Δεξιά και κάτω φαίνεται ο συνοπτικός δείκτης της σταθμισμένης μέσης διαφοράς και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης του, ενώ στα αριστερά εμφανίζεται ο δείκτης  $I^2$  και η τιμή  $p$ , που αναφέρονται στο βαθμό ετερογένειας. Όταν υπάρχουν υποκατηγορίες, αυτοί οι δείκτες εμφανίζονται στο τέλος κάθε κατηγορίας. Ο συνοπτικός δείκτης (summary effect estimate) αναπαρίσταται γραφικά με ένα ρόμβο-διαμάντι, τα άκρα του οποίου αναπαριστούν το 95% διάστημα εμπιστοσύνης του.

Τα γκρι τετραγωνάκια αναπαριστούν την κάθε μελέτη. Όσο μεγαλύτερο είναι το τετράγωνο, τόσο μεγαλύτερο βάρος, και κατ' επέκταση δείγμα, είχε η μελέτη. Η οριζόντια γραμμή δεξιά και αριστερά από το κάθε τετράγωνο αναπαριστά το 95% διάστημα εμπιστοσύνης της κάθε μελέτης. Η κάθετη γραμμή που τέμνει το 0 είναι η γραμμή της έλλειψης επίδρασης. Δηλαδή σε αυτή τη θέση δεν υπάρχει ξεκάθαρη διαφορά ανάμεσα στις θεραπείες που συγκρίνονται. Όταν το διάστημα εμπιστοσύνης εμπεριέχει το 0, τότε το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Κατά αναλογία, το ίδιο συμβαίνει όταν τα άκρα του διαμαντιού εμπεριέχουν το 0.

### 3.4.7 Έλεγχος στατιστικής ετερογένειας (statistical heterogeneity)

Κάθε είδους μεταβλητότητα μεταξύ των μελετών που συντίθενται σε μια μετα-ανάλυση ονομάζεται *ετερογένεια* (heterogeneity), και μέχρι ένα βαθμό είναι αναπόφευκτη (Deeks, Higgins, & Altman, 2011). Σύμφωνα με τους Deeks, Higgins και Altman (2011), υπάρχουν διαφορετικά είδη ετερογένειας, όπως η *κλινική ετερογένεια* (clinical heterogeneity), όταν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων, των παρεμβάσεων και των εκβάσεων μεταξύ των μελετών, και η *μεθοδολογική ετερογένεια* (methodological heterogeneity), όταν υπάρχουν διαφορές στο σχεδιασμό των μελετών και στον κίνδυνο μεροληψίας τους. Κάποιο από τα δύο αυτά είδη ετερογένειας ή και τα δύο μπορεί να οδηγήσουν στην τρίτη κατηγορία ετερογένειας, τη *στατιστική ετερογένεια* (statistical heterogeneity)- ή καταχρηστικά απλώς ετερογένεια-, η οποία αναφέρεται σε διαφορές στα μεγέθη επίδρασης που παρατηρούνται μεταξύ των μελετών.

Ο έλεγχος της στατιστικής ετερογένειας στην παρούσα εργασία έγινε με τον δείκτη  $I^2$ , ο οποίος υπολογίζει το ποσοστό της μεταβλητότητας που οφείλεται στην ετερογένεια και όχι στο σφάλμα δειγματοληψίας (Higgins & Thompson, 2002). Δεν μετράει την ετερογένεια καθαυτή αλλά την ασυνέπεια μεταξύ των μελετών, δηλαδή το κατά πόσο αλληλεπικαλύπτονται τα διαστήματα εμπιστοσύνης τους. Οι τιμές αυτού του δείκτη κυμαίνονται μεταξύ του 0% και του 100% και, σύμφωνα με τους Deeks, Higgins και Altman (2011), πρέπει να ερμηνεύονται ως εξής: 0%-40% ως μη σημαντική ετερογένεια, 30%-60% ως μέτρια ετερογένεια, 50%-90% ως ουσιαστική ετερογένεια και 75%-100% ως σημαντική ετερογένεια. Ο δείκτης  $I^2$  εμφανίζεται στο διάγραμμα δάσους, ενώ οπτικά η εκτίμηση της

ετερογένειας μπορεί να γίνει με την εξέταση του 95% διαστήματος εμπιστοσύνης των ερευνών. Όταν αυτά αλληλεπικαλύπτονται, τότε δεν υπάρχει ετερογένεια. Η σημασία αυτού του δείκτη εξαρτάται από την έκταση και την κατεύθυνση των επιδράσεων και από την ισχύ των στοιχείων για την ετερογένεια, π.χ. η τιμή  $p$  από το τεστ  $\chi^2$  ή το διάστημα εμπιστοσύνης του δείκτη  $I^2$  (Deeks, Higgins, & Altman, 2011).

Όταν ο βαθμός της ασυνέπειας είναι σημαντικά μεγάλος, και ειδικά όταν δεν υπάρχει συνέπεια ως προς την κατεύθυνση του αποτελέσματος, τότε θα πρέπει να αποφεύγεται η μετα-ανάλυση (Deeks, Higgins, & Altman, 2011). Σε διαφορετική περίπτωση προτείνεται η διερεύνησή της. Ωστόσο, όταν ο αριθμός των μελετών είναι μικρός η αξία αυτής της διαδικασίας είναι αμφιλεγόμενη (Deeks, Higgins, & Altman, 2011). Επίσης, η ετερογένεια –κυρίως αυτή που δεν μπορεί να εξηγηθεί– μπορεί να ενσωματωθεί στην ανάλυση με την υιοθέτηση του μοντέλου των τυχαίων επιδράσεων για τη σύνθεση των δεδομένων. Ο δείκτης  $I^2$  έχει βρεθεί ότι εισάγει μεροληψία στις αναλύσεις, όταν το δείγμα των ερευνών είναι πολύ μικρό (Huedo-Medina, Sanchez-Meca, Marin-Martinez, & Botella von Hippel, 2015). Συγκεκριμένα, υπερεκτιμά την ετερογένεια όταν αυτή είναι πολύ χαμηλή και την υποεκτιμά όταν είναι πολύ σημαντική.

### **3.4.8 Συστηματικό σφάλμα δημοσίευσης (publication bias) και το φαινόμενο της επίδρασης των μικρών μελετών (small study effects)**

Το συστηματικό σφάλμα δημοσίευσης ή μεροληψία δημοσίευσης (publication bias) ή «το πρόβλημα του συρταριού με τους φακέλους» (file drawer problem), όπως έχει αποδοθεί στα ελληνικά από τον Αρχαγγελίδη (2013) ο όρος που πρωτοαναφέρθηκε από τον Rosenthal (1979), αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα στην επιστήμη και μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τα αποτελέσματα και την εγκυρότητα μιας μετα-ανάλυσης. Σύμφωνα με το φαινόμενο αυτό, μια μελέτη είναι πιθανότερο να δημοσιευτεί, όταν καταλήγει σε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Έτσι, κατά τον Rosenthal (1979), στην πιο ακραία μορφή του φαινομένου τα επιστημονικά περιοδικά είναι γεμάτα με το 5% των ερευνών με σφάλμα τύπου 1 στα αποτελέσματά τους (ανίχνευση στατιστικά σημαντικού αποτελέσματος, όταν στην πραγματικότητα δεν υφίσταται), ενώ τα συρτάρια των ερευνητών είναι γεμάτα με το 95% των ερευνών που κατέληξαν σε μη στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

Η μεροληψία δημοσίευσης αναφέρεται τόσο στην απροθυμία των ερευνητών να καταθέσουν προς δημοσίευση ένα άρθρο που κατέληξε σε μη στατιστικά αποτελέσματα όσο και στη στάση των εκδοτών, οι οποίοι προτιμούν να δημοσιεύουν άρθρα με στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται με την απόφαση για τη δημοσίευση ενός άρθρου είναι το μέγεθος δείγματος (Αρχαγγελίδης, 2013). Έχει παρατηρηθεί ότι οι έρευνες με μικρότερα μεγέθη δείγματος τείνουν να παρουσιάζουν μεγαλύτερα μεγέθη επίδρασης (Αρχαγγελίδης, 2013), επομένως έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να δημοσιευτούν. Οι πρακτικές αυτές συνακόλουθα εισάγουν μεροληψία στα αποτελέσματά μιας μετα-ανάλυσης, αφού στην ουσία αυτή στηρίζεται στις μεμονωμένες έρευνες, και κατ' επέκταση στις κλινικές αποφάσεις και πρακτικές που υιοθετούν οι επιστήμονες και οι επαγγελματίες υγείας. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η προσπάθεια υπολογισμού γενικά της μεροληψίας αναφοράς (reporting bias), στην οποία εντάσσονται τόσο η μεροληψία δημοσίευσης όσο και το φαινόμενο της επίδρασης των μικρών μελετών (Egger, Smith, Schneider, & Minder, 1997).

Στην παρούσα εργασία η πιθανότητα ύπαρξης μεροληψίας αρχικά διερευνήθηκε γραφικά με ένα διάγραμμα χωνί (funnel plot). Το διάγραμμα χωνί είναι ένα είδος διαγράμματος σκεδασμού, για τη δημιουργία του οποίου απαιτούνται τουλάχιστον 10 έρευνες (Sterne et al., 2011). Ο οριζόντιος άξονας αναπαριστά το μέγεθος επίδρασης, ενώ ο κάθετος συνήθως αναπαριστά το τυπικό σφάλμα. Το τρίγωνο που σχηματίζεται από τις διακεκομμένες γραμμές αναπαριστά το 95% διάστημα εμπιστοσύνης. Η κάθετη γραμμή αναπαριστά τη σταθμισμένη μέση διαφορά και οι κουκκίδες αναπαριστούν τις έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν στη μετα-ανάλυση. Οι μελέτες με μικρά μεγέθη δείγματος αναμένεται να εμφανίζουν λιγότερο ακριβή μεγέθη επίδρασης. Όσο περισσότερο αυξάνεται το μέγεθος δείγματος, τόσο περισσότερο ακριβές αναμένεται να είναι το μέγεθος επίδρασης και τόσο μικρότερο το τυπικό σφάλμα. Έτσι, καθώς ο κάθετος άξονας εμφανίζεται ανεστραμμένος, αναμένεται στη βάση του διαγράμματος να είναι διασκορπισμένες οι έρευνες με τη μικρότερη ακρίβεια (δηλαδή με μεγαλύτερο τυπικό σφάλμα), ενώ προς την κορυφή αναμένεται να βρίσκονται συγκεντρωμένες οι έρευνες με τη μεγαλύτερη ακρίβεια, με τέτοιο τρόπο, ώστε, όταν δεν υπάρχει μεροληψία και ετερογένεια, η εικόνα που αποτυπώνεται να μοιάζει με ένα χωνί (Sedgwick, 2013; Sterne et al., 2011; Sterne & Harbord, 2004).



Ωστόσο, το διάγραμμα χωνί δεν είναι ο πιο αξιόπιστος τρόπος εκτίμησης της ύπαρξης σφάλματος δημοσίευσης και η ερμηνεία του πολλές φορές είναι υποκειμενική (Sedgwick, 2013· Sterne et al., 2011). Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως εργαλείο διάγνωσης της ύπαρξης μεροληψίας δημοσίευσης, γιατί αυτό που στην ουσία διερευνά είναι, εάν οι μικρές μελέτες δίνουν διευρυμένα μεγέθη επίδρασης σε σχέση με τις μεγάλες (small study effects, Sterne & Harbord, 2004). Εάν ισχύει αυτό, θα φανεί μια ασυμμετρία στο διάγραμμα χωνί. Αυτή η ασυμμετρία θεωρείται ένα προσεγγιστικό μέτρο (surrogate) για το σφάλμα δημοσίευσης. Η ασυμμετρία στο διάγραμμα, όμως, μπορεί να οφείλεται και σε άλλους παράγοντες, πέραν του σφάλματος δημοσίευσης (Sterne & Harbord, 2004· Sterne et al., 2011), όπως η τύχη, η ετερογένεια, η μεροληψία αναφοράς, οι μεθοδολογικές επιλογές των ερευνητών και γενικά η φτωχή μεθοδολογική ποιότητα των ερευνών (Egger, Smith, Schneider, & Minder, 1997).

Ένας περισσότερο αξιόπιστος τρόπος διερεύνησης του φαινομένου της επίδρασης των μικρών μελετών είναι οι ποσοτικές μέθοδοι και, πιο συγκεκριμένα, οι στατιστικές μέθοδοι παλινδρόμησης. Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο μετα-παλινδρόμησης του Egger (Egger, Smith, Schneider, & Minder, 1997). Αυτό το μοντέλο εκτελεί μια σταθμισμένη παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη σταθμισμένη μέση διαφορά και ανεξάρτητη το τυπικό της σφάλμα, το οποίο εξαρτάται άμεσα από το μέγεθος της μελέτης. Σύμφωνα με τη μηδενική υπόθεση, οι μικρές μελέτες δε δίνουν διευρυμένα μεγέθη επίδρασης. Όταν η τιμή  $p \leq 0.05$ , τότε συμπεραίνουμε ότι υπάρχει επίδραση των μικρών μελετών. Το μοντέλο του Egger δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται όταν ο αριθμός των μελετών είναι σημαντικά μικρότερος από 10 (Sterne et al., 2011). Όταν η ετερογένεια είναι ουσιαστική, ο ελάχιστος αριθμός των μελετών θα πρέπει να είναι αρκετά μεγαλύτερος από 10 (Sterne et al., 2011).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 4.1 Διαδικασία επιλογής μελετών

Πραγματοποιήθηκαν αναζητήσεις μελετών στις βιβλιογραφικές βάσεις *Scopus* και *Medline*, με τους ακόλουθους συνδυασμούς λέξεων-κλειδιά: «*psychoeducation & posttraumatic stress disorder*», «*psychoeducation & PTSD*», «*intervention & posttraumatic stress & psychoeducation*», «*intervention & posttraumatic stress disorder & psychoeducation*», «*intervention & PTSD & psychoeducation*». Οι αναζητήσεις έγιναν χωρίς περιορισμό στη χρονολογία ή τη γλώσσα και είχαν συνολικά 1153 αποτελέσματα. Αφού αφαιρέθηκαν τα διπλότυπα ( $N= 807$ ), ελέγχθηκαν όλοι οι τίτλοι και οι περιλήψεις των υπόλοιπων μελετών ( $N= 348$ ). Από αυτές, 285 μελέτες απορρίφθηκαν, γιατί δεν ήταν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές. Αξιολογήθηκε το πλήρες κείμενο 62 μελετών και από αυτές 12 μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και συμπεριλαμβάνονται στη μετα-ανάλυση. Η διαδικασία, καθώς και οι λόγοι απόρριψης των μελετών, αποτυπώνονται συνοπτικά στο διάγραμμα ροής (Διάγραμμα 1).

### 4.2 Αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης

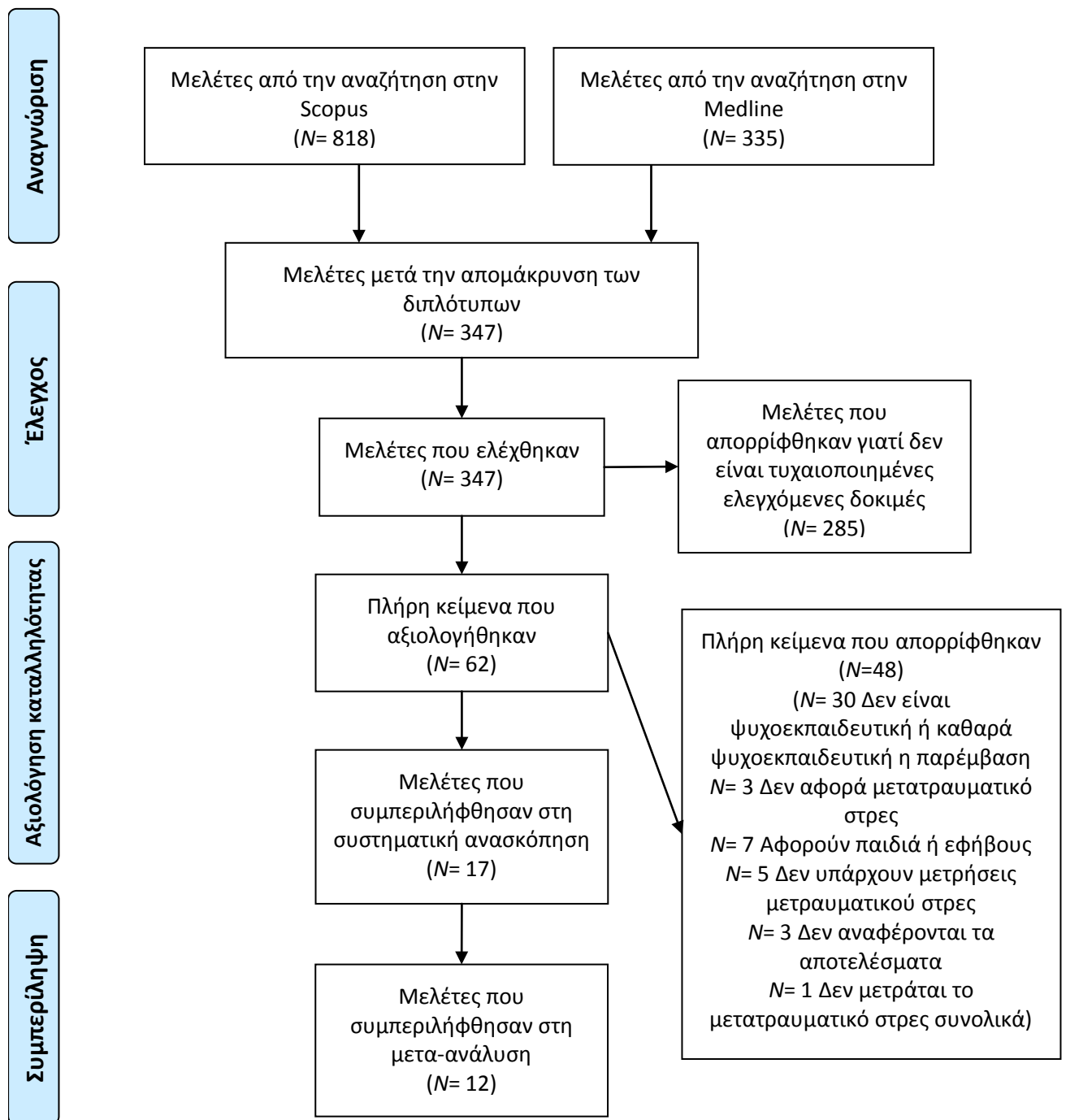
#### **Τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές ενεργητικής ψυχοεκπαίδευσης**

Μέσω της συστηματικής ανασκόπησης βρέθηκαν 8 μελέτες που αναφέρονται σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές ενεργητικής ψυχοεκπαίδευσης. Στην μελέτη των Kaslow et al. (2010) εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα (efficacy) μιας πολιτισμικά προσαρμοσμένης και στοχευμένης στην ενίσχυση ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης ( $N=45$ ) σχεδιασμένη σύμφωνα με τη θεωρία της τριαδικής επιρροής (theory of triadic influence) και με εγχειρίδιο σε σύγκριση με τη συνήθη θεραπεία ( $N=44$ ) για τη μείωση της ψυχοπαθολογίας (αυτοκτονικός ιδεασμός, κατάθλιψη, μετατραυματικό στρες, γενική ψυχολογική αναστάτωση). Η έρευνα διεξήχθη στις ΗΠΑ και το δείγμα αποτέλεσαν 89 Αфро-Αμερικανίδες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου με πρόσφατο κρούσμα συντροφικής βίας που είχαν επιχειρήσει απόπειρα αυτοκτονίας. Η ψυχοεκπαιδευτική

παρέμβαση ήταν ομαδική και περιλάμβανε 10 συναντήσεις διάρκειας 90 λεπτών, που περιλάμβαναν δομημένες συζητήσεις και δραστηριότητες. Η παρέμβαση έθιξε θέματα όπως η ασφάλεια, η εκπαίδευση για τη συντροφική βία, την αυτοκτονία και τη σχέση τους, η δημιουργία σχεδίου ασφαλείας, η μείωση ενδοπροσωπικών, κοινωνικών, περιστασιακών, πολιτισμικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου και η αύξηση των προστατευτικών παραγόντων. Αν και η παρέμβαση βρέθηκε να μειώνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τα συμπτώματα ψυχολογικής αναστάτωσης καθώς και την ένταση του αυτοκτονικού ιδεασμού, δεν παρατηρήθηκε καμία μείωση στο επίπεδο των μετατραυματικών συμπτωμάτων των γυναικών, όπως μετρήθηκαν με το εργαλείο *Davidson Trauma Scale* (DTS).

Οι Yeomans, Herbert και Yuen (2010) διεξήγαγαν έρευνα στο Μπουρουντί με δείγμα άτομα με ιστορίες πολλαπλών ακραία στενάχωρων γεγονότων ( $N=113$ ). Οι συμμετέχοντες κατανεμήθηκαν σε μία από τις ακόλουθες τρεις ομάδες: εργαστήριο συμφιλίωσης και επούλωσης του τραύματος ( $N=37$ ), εργαστήριο συμφιλίωσης και επούλωσης του τραύματος συν ψυχοεκπαίδευση για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες ( $N=38$ ) ή λίστα αναμονής ( $N=38$ ). Το ψυχοεκπαιδευτικό περιεχόμενο περιλάμβανε μια 90λεπτη παρουσίαση και συζήτηση των 17 συγκεκριμένων συμπτωμάτων της διαταραχής μετατραυματικού στρες, καθώς και προσανατολισμό στα πιθανά γεγονότα του κριτηρίου A (APA, 1994). Το περιεχόμενο αυτό ενισχύθηκε ξανά το απόγευμα και οι συμμετέχοντες μοιράστηκαν τον τρόπο με τον οποίο τα τραυματικά γεγονότα τους επηρέασαν. Η αντιμετώπιση του τραύματος έγινε υπό το πρίσμα της διδασκαλίας δεξιοτήτων χαλάρωσης, με έμφαση στη διόρθωση των σχέσεων με τα μέλη της κοινότητας. Στην παρούσα εργασία επιλέχθηκαν για την ανάλυση μόνο οι δύο πρώτες ομάδες, ώστε να είναι πιο άμεση η επίδραση της ψυχοεκπαίδευσης. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση του μετατραυματικού στρες ήταν το *Harvard Trauma Questionnaire Part IV* (HTQ) και το *Harvard Trauma Questionnaire-b* (HTQ-b), που περιλαμβάνει 14 επιπρόσθετα στοιχεία που προέκυψαν μετά την πολιτισμική επικύρωση του εργαλείου σε δείγμα προσφύγων από την Καμπότζη. Έγινε συνένωση των δύο ερωτηματολογίων και για αυτό το λόγο το δείγμα στον πίνακα με τα χαρακτηριστικά των ερευνών παρουσιάζεται μεγαλύτερο. Και οι δύο παρεμβάσεις οδήγησαν σε μείωση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες περισσότερο από τη λίστα αναμονής αλλά διαφάνηκε μια τάση για τους συμμετέχοντες στο εργαστήριο χωρίς ψυχοεκπαίδευση να βελτιώνονται περισσότερο σε σχέση με αυτούς που είχαν

εκτεθεί στο ψυχοεκπαιδευτικό υλικό. Τα ευρήματα αυτά ισχύουν και για τα δύο εργαλεία μέτρησης του μετατραυματικού στρες.



Διάγραμμα 1. Διάγραμμα ροής που αναπαριστά τη διαδικασία επιλογής μελετών για τη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The PRISMA Group, 2009).

Οι Ghafoori, Fisher, Korosteleva και Hong (2016) διεξήγαγαν πιλοτική δοκιμή για να διερευνήσουν την αποτελεσματικότητα μίας συνεδρίας ψυχοεκπαίδευσης (N=37) έναντι της λίστας αναμονής για καθυστερημένη θεραπεία (N=30) στην ψυχική υγεία, τις στάσεις στη θεραπεία και την εμπλοκή σε υπηρεσίες σε δείγμα 67 φτωχών και πολιτισμικά διαφορετικών, εκτεθειμένων σε τραύμα ενηλίκων που κατοικούν σε πόλη. Οι παρεμβάσεις ήταν ατομικές. Συγκεκριμένα η ψυχοεκπαίδευση περιλάμβανε μια 90λεπτη συζήτηση με τα ακόλουθα στοιχεία: εκπαίδευση για τις συνηθισμένες αντιδράσεις σε τραυματικά γεγονότα και των αντιδράσεων που τα άτομα μπορεί να βιώνουν στο παρόν, συζήτηση για την παρατεταμένη θεραπεία έκθεσης εστιασμένη στην ελάττωση του φόβου και στην αποφυγή, συζήτηση με το άτομο για το ξεκίνημα της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων των συγκεκριμένων κάθε φορά σχετικών με την αναζήτηση θεραπείας πολιτισμικών ή άλλων εμποδίων και αναφορά σε φορείς παροχής θεραπείας ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Η ομάδα ελέγχου βρέθηκε ανώτερη από την ομάδα παρέμβασης στις μετά- μετρήσεις όσον αφορά τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες. Το 98% όλων των συμμετεχόντων δήλωσε στο follow-up ότι η ψυχοεκπαίδευση ήταν βοηθητική. Επίσης, παρατηρήθηκε αύξηση 19.1% στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο follow-up. Τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες αξιολογήθηκαν με το εργαλείο *PTSD Checklist-Civilian Version* (PCL-C).

Οι Shipherd, Salters-Pedneault και Fordiani (2016) διεξήγαγαν έρευνα με τέσσερις ομάδες για την αντιμετώπιση των διεισδυτικών σκέψεων σε δείγμα 1.524 ενεργών στρατιωτών των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής. Οι παρεμβάσεις έγιναν με τη μορφή σύντομου εργαστηρίου και ήταν οι εξής: ψυχοεκπαίδευση για τις διεισδυτικές σκέψεις συν εκπαίδευση σε δεξιότητες βασισμένες στην αλλαγή (N= 378), ψυχοεκπαίδευση για τις διεισδυτικές σκέψεις συν εκπαίδευση σε δεξιότητες βασισμένες στην αποδοχή (N= 377), μόνο ψυχοεκπαίδευση για τις διεισδυτικές σκέψεις (N= 384) ή συνήθης εκπαίδευση (N= 385). Σκοπός της ψυχοεκπαίδευσης ήταν η εξομάλυνση των διεισδυτικών σκέψεων. Στην παρούσα εργασία αυτή η μελέτη συμπεριλήφθηκε δύο φορές με διαφορετικές συγκρίσεις. Συνενώθηκαν οι δύο πειραματικές ομάδες για να συγκριθούν με την ψυχοεκπαίδευση. Επίσης, συγκρίθηκε η ψυχοεκπαίδευση με τη συνήθη εκπαίδευση. Το μετατραυματικό στρες μετρήθηκε με το εργαλείο *PTSD Checklist-Civilian Version* (PCL-C). Τα άτομα των δύο πειραματικών ομάδων, και ειδικά της εκπαίδευσης σε δεξιότητες βασισμένες στην αποδοχή, έδειξαν μεγαλύτερη βελτίωση όσον αφορά το μετατραυματικό στρες από τα

άτομα της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης, ενώ τα άτομα της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης και της συνήθους θεραπείας δε διέφεραν σημαντικά.

Οι Als, Nadel, Cooper, Vickers και Garralda (2015) διεξήγαγαν μια πιλοτική δοκιμή για να εξετάσουν την εφικτότητα (feasibility) ενός ψυχοεκπαιδευτικού εργαλείου που υποστηρίζεται από μια τηλεφωνική κλήση (N=17) σε σύγκριση με τη συνήθη θεραπεία (N=6). Το δείγμα τους ήταν 23 γονείς παιδιών ηλικίας 4-16 ετών που είχαν εισαχθεί σε μια μονάδα παιδιατρικής εντατικής θεραπείας στο Λονδίνο. Ο σκοπός της παρέμβασης ήταν κυρίως η αξιολόγηση της εφικτότητάς της και δευτερεύοντα αποτελέσματα αποτελούσαν η βελτίωση της ψυχικής υγείας των γονέων και των παιδιών μετά το εξιτήριό τους από τη μονάδα εντατικής θεραπείας. Η παρέμβαση έγινε σε δύο φάσεις. Στην πρώτη δόθηκε το ψυχοεκπαιδευτικό υλικό μέσα σε μία εβδομάδα από την έξοδο από το νοσοκομείο και στη δεύτερη πραγματοποιήθηκε η τηλεφωνική κλήση σε διάστημα 2 εβδομάδων μετά τη λήψη του ψυχοεκπαιδευτικού εργαλείου.

Το εγχειρίδιο, που αναπτύχθηκε από επιστήμονες ψυχικής υγείας και γονείς που έζησαν την εμπειρία της παιδιατρικής μονάδας εντατικής θεραπείας, παρείχε πληροφορίες για τρεις κυρίως τομείς: τη συναισθηματική και τη συμπεριφορική ανάκαμψη και την επιστροφή στη φυσιολογική μάθηση. Η πρώτη ενότητα περιλάμβανε μια περιγραφή των συνηθισμένων συναισθηματικών αντιδράσεων των παιδιών, των αδερφών και των γονέων μετά το εξιτήριο από τη μονάδα εντατικής θεραπείας και συμβουλές για τη διαχείρισή τους, καθώς και μια σύνοψη για το πότε η ανάρρωση διακόπτεται από την ανάπτυξη της διαταραχής μετατραυματικού στρες και τα συμπτώματά της, τι θεραπείες υπάρχουν και τη λογική τους. Η δεύτερη ενότητα έδινε περισσότερο λεπτομερείς συμβουλές στους γονείς για το πώς να διαχειριστούν τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο. Η τρίτη ενότητα κάλυπτε πιθανές δυσκολίες μάθησης που προκύπτουν από την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο και παρείχε καθοδήγηση για το πώς να υποστηρίξουν οι γονείς το παιδί. Υπήρχε ακόμα μία ενότητα με μια λίστα επαφών πιθανών πηγών στήριξης και συμβουλών.

Οι ερευνητές δεν κατάφεραν να συγκεντρώσουν δεδομένα στην αρχή της θεραπείας. Σε διάστημα 5 μηνών μετά το εξιτήριο από τη μονάδα παιδιατρικής εντατικής θεραπείας οι γονείς της ομάδας παρέμβασης ανέφεραν λιγότερα συμπτώματα μετατραυματικού στρες ( $d=.4$ ) στο εργαλείο *Impact of Events Scale* (IES). Επίσης, τα παιδιά τους ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα συνολικών συναισθηματικών και συμπεριφορικών

προβλημάτων ( $d=.6$ ). Τα ευρήματα αυτά δεν τέθηκαν σε έλεγχο σημαντικότητας και ελλείπει δεδομένων στην αρχή της θεραπείας πρέπει να ερμηνευθούν με επιφύλαξη.

Οι Niles et al. (2012) διεξήγαγαν μια πιλοτική δοκιμή στην οποία σύγκριναν δύο παρεμβάσεις τηλευγείας, την ενσυνειδητότητα και την ψυχοεκπαίδευση, για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες οφειλόμενου σε στρατιωτικές μάχες. Το δείγμα αποτέλεσαν 33 άνδρες βετεράνοι των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής διαγνωσμένοι με διαταραχή μετατραυματικού στρες. Η θεραπεία διήρκησε 8 εβδομάδες. Οι δύο πρώτες συναντήσεις έγιναν δια ζώσης και οι υπόλοιπες έξι μέσω τηλεφώνου. Για τη μέτρηση του μετατραυματικού στρες χρησιμοποιήθηκαν δύο εργαλεία, το *Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)* και το *PTSD Checklist-Military Version (PCL-M)*, τα οποία συνενώθηκαν για τις αναλύσεις της εργασίας, για αυτό και το δείγμα στον πίνακα με τα χαρακτηριστικά παρουσιάζεται αυξημένο. Και στις δύο παρεμβάσεις οι συμμετέχοντες έλαβαν εγχειρίδιο. Το ψυχοεκπαιδευτικό εγχειρίδιο περιλάμβανε πληροφορίες για θέματα όπως εμπιστοσύνη, ασφάλεια και φροντίδα, συνέπειες του τραύματος, τραύμα και σχέσεις, αντιμετώπιση και επούλωση, αλλαγή και προχωρώντας μπροστά. Η θεραπεία εστίασε στην εκπαίδευση των βετεράνων για το πώς η διαταραχή μετατραυματικού στρες μπορεί να επηρεάσει τις ζωές τους. Οι συμμετέχοντες ενθαρρύνθηκαν να αναστοχαστούν σχετικά με τον τρόπο που τα συμπτώματα μπορεί να επηρεάζουν την καθημερινότητά τους και προσφέρθηκαν προτάσεις για θετική αντιμετώπιση αλλά όχι συγκεκριμένες τεχνικές. Η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση δε φάνηκε να επηρεάζει τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες, καθώς οι πριν- και οι μετά- μετρήσεις δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά και η πλειοψηφία των βετεράνων δεν έδειξε κάποια κλινικά σημαντική αλλαγή. Μερικοί βετεράνοι ωστόσο σημείωσαν μια κλινικά σημαντική χειροτέρευση των συμπτωμάτων τους. Αντίθετα, οι βετεράνοι στην ενσυνειδητότητα σημείωσαν προσωρινή βελτίωση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες. Περισσότεροι από τους μισούς σημείωσαν μια κλινικά σημαντική αλλαγή. Ωστόσο, τα συμπτώματά τους αυξήθηκαν ξανά μετά από έξι εβδομάδες.

Οι Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara και Elbert (2004) διεξήγαγαν μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή με τρεις ομάδες: μία ομάδα 4 συνεδριών αφηγηματικής θεραπείας έκθεσης ( $N= 15$ ), μία ομάδα 4 συνεδριών υποστηρικτικής συμβουλευτικής ( $N= 13$ ) και μία ομάδα μιας συνεδρίας ψυχοεκπαίδευσης ( $N= 12$ ). Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 40 Σουδανοί πρόσφυγες με διαταραχή μετατραυματικού

στρες που ζούσαν σε έναν προσφυγικό οικισμό στην Ουγκάντα. Στην παρούσα εργασία και αυτή η έρευνα συμπεριλήφθηκε δύο φορές, μία φορά συγκρίνοντας την ψυχοεκπαίδευση με τη NET και μια φορά συγκρίνοντάς τη με την υποστηρικτική συμβουλευτική. Το μετατραυματικό στρες μετρήθηκε με το εργαλείο *Post-traumatic Diagnostic Scale* (PDS). Ένα χρόνο μετά τη θεραπεία βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p= 0.02$ ) όσον αφορά το μετατραυματικό στρες. Συγκεκριμένα, 4/14 (29%) των ατόμων που δέχθηκαν αφηγηματική θεραπεία έκθεσης πληρούσαν τα κριτήρια της διαταραχής μετατραυματικού στρες ένα χρόνο μετά, σε αντίθεση με 8/10 (80%) των ατόμων που δέχθηκαν ψυχοεκπαίδευση.

### **Τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές παθητικής ψυχοεκπαίδευσης**

Οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές παθητικής ψυχοεκπαίδευσης που προέκυψαν από τη συστηματική ανασκόπηση ήταν τρεις. Στη μελέτη των Scholes, Turpin και Mason (2007) στο Ηνωμένο Βασίλειο αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα της παροχής ενός φυλλάδιου αυτοβοήθειας σε ανθρώπους με συμπτώματα διαταραχής οξέος στρες μετά από τραυματισμό ( $N= 120$ ). Η ομάδα παρέμβασης ( $N= 58$ ) έλαβε αυτό το φυλλάδιο ενώ η ομάδα ελέγχου ( $N= 62$ ) όχι. Το φυλλάδιο περιείχε πληροφορίες για τις ψυχολογικές συνέπειες του τραύματος και κυρίως περιείχε δομημένες ενεργητικές συμβουλές βασισμένες σε γνωστικο-συμπεριφοριστικές στρατηγικές. Το μετατραυματικό στρες αξιολογήθηκε με το εργαλείο *Post-traumatic Diagnostic Scale* (PDS). Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τα επίπεδα μετατραυματικού στρες μεταξύ των δύο ομάδων, ωστόσο η πλειοψηφία των ασθενών βρήκε το φυλλάδιο βοηθητικό.

Οι Turpin, Downs και Mason (2005) εξέτασαν την αποτελεσματικότητα (effectiveness) της παροχής ενός μικρού βιβλίου αυτοβοήθειας ( $N= 75$ ) μετά από οξύ τραυματισμό. Στην ομάδα ελέγχου ( $N= 67$ ) στάλθηκε απλά ένα γράμμα. Το δείγμα αποτέλεσαν 142 ασθενείς του τμήματος επειγόντων περιστατικών και ατυχημάτων στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το βιβλιαράκι περιέγραφε τις συνηθισμένες φυσιολογικές, ψυχολογικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις στον τραυματισμό με στόχο την εξομάλυνσή τους. Ακόμα, περιείχε συμβουλές σχετικά με τη μη-αποφυγή και τη συναισθηματική υποστήριξη, καθώς και πληροφορίες για την αναζήτηση περαιτέρω βοήθειας. Η παρέμβαση δε βρέθηκε να έχει επίδραση στα επίπεδα του μετατραυματικού στρες, όπως μετρήθηκαν με το εργαλείο *Post-Traumatic Diagnostic Scale* (PDS). Τα καταθλιπτικά συμπτώματα μειώθηκαν στην ομάδα



ελέγχου στη follow-up μέτρηση ( $p < 0.05$ ). Από τους 142 ασθενείς που ολοκλήρωσαν την παρέμβαση μόνο το 21% (5/24) της πειραματικής ομάδας έδειξε βελτίωση στο PDS σε σχέση με το 50% (10/20) της ομάδας ελέγχου που έδειξε βελτίωση και δεν πληρούσε πλέον τα κριτήρια της διαταραχής ( $\chi^2(1) = 4.13, p = 0.06$ ).

Οι Littleton, Grills, Kline, Schoemann και Dodd (2016) αξιολόγησαν στις ΗΠΑ την αποτελεσματικότητα του διαδραστικού ηλεκτρονικού γνωστικο-συμπεριφοριστικού προγράμματος *From Survivor to Thrive*, που διευκολύνεται από θεραπευτή. Συγκεκριμένα σύγκριναν το πλήρες πρόγραμμα ( $N = 23$ ), με μια ψυχοεκπαιδευτική ιστοσελίδα αυτοβοήθειας ( $N = 28$ ), το περιεχόμενο της οποίας αποτελούσε την πρώτη φάση του πλήρους προγράμματος, σε δείγμα 51 φοιτητριών με διαταραχή μετατραυματικού στρες οφειλόμενη σε βιασμό. Και οι δύο παρεμβάσεις οδήγησαν σε μεγάλες μειώσεις στα επίπεδα μετατραυματικού στρες (ομάδα παρέμβασης:  $d = 2.22$ , ομάδα ελέγχου:  $d = 1.10$ ), όπως μετρήθηκαν με το εργαλείο *PTSD Symptom Scale-Interview* (PSS-I), που διατηρήθηκαν για χρονικό διάστημα τριών μηνών, χωρίς στατιστική διαφορά μεταξύ τους. Οι follow-up αναλύσεις φανέρωσαν ότι το ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα ήταν ιδιαίτερα βοηθητικό για τις γυναίκες με χαμηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες πριν τη θεραπεία, ενώ το γνωστικο-συμπεριφοριστικό διαδραστικό πρόγραμμα ωφέλησε κυρίως τις γυναίκες με υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες πριν τη θεραπεία. Ωστόσο, τα αποτελέσματα πρέπει να ερμηνευτούν με επιφύλαξη, καθώς ένα σημαντικό μέρος των γυναικών του διαδραστικού προγράμματος ολοκλήρωσαν μόνο την πρώτη φάση του προγράμματος, το περιεχόμενο της οποίας είναι το ίδιο με αυτό της ψυχοεκπαιδευτικής ιστοσελίδας.

Περίπου το 75% των συμμετεχόντων που ξεκίνησαν και τις δύο παρεμβάσεις βίωσαν, επίσης, μια κλινικά σημαντική μείωση στα συμπτώματα μετατραυματικού στρες, σύμφωνα με το *Reliable Change Index* (RCI), και καμία συμμετέχουσα δεν ανέφερε κλινικά σημαντική αύξηση στα συμπτώματα μετατραυματικού στρες. Ανάμεσα στις γυναίκες που ξεκίνησαν το διαδραστικό πρόγραμμα το 80% ανέφερε αξιόπιστη μείωση στα συμπτώματα μετατραυματικού στρες από τη πριν- μέτρηση στη follow-up μέτρηση, σύμφωνα με το RCI ( $t(19) = 7.55, p < 0.001, d = 2.60$ ), το οποίο επιβεβαιώθηκε και από την ανάλυση με πρόθεση θεραπείας (intention-to-treat analysis,  $d = 1.80$ ). Παρομοίως, το 70% των γυναικών που τοποθετήθηκε στην ψυχοεκπαιδευτική ιστοσελίδα ανέφερε μια αξιόπιστη μείωση στα συμπτώματα μετατραυματικού στρες από τη πριν-μέτρηση στη follow-up μέτρηση, σύμφωνα με το RCI ( $t(20) = 8.54, p < 0.001, d = 2.26$ ). Και αυτό επιβεβαιώθηκε από την

ανάλυση με πρόθεση θεραπείας ( $d= 1.80$ ). Ακόμα, καμία συμμετέχουσα δεν ανέφερε κλινικά σημαντική αύξηση στα συμπτώματα από τη πριν- μέτρηση στο follow-up.

### **Μελέτες που δεν περιλαμβάνονται στη μετα-ανάλυση**

Οι παρακάτω μελέτες δε συμπεριλήφθησαν στη μετα-ανάλυση, καθώς δεν παρείχαν αριθμητικά δεδομένα για τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες. Περιγράφονται τα χαρακτηριστικά τους και αναφέρονται όσα σχετικά αποτελέσματα παρουσιάζονται.

Οι Miller et al. (2015) διεξήγαγαν τυχαιοποιημένη δοκιμή σε δείγμα 164 γυναικών που είχαν υποστεί βιασμό. Η παρέμβαση έλαβε χώρα στο νοσοκομείο πριν την κλινική εξέταση και ήταν βασισμένη σε ένα βίντεο 9 λεπτών που παρείχε ψυχοεκπαίδευση και μοντελοποίηση στρατηγικών αντιμετώπισης. Οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου έλαβαν τη συνήθη θεραπεία. Η ψυχική υγεία των συμμετεχουσών αξιολογήθηκε μετά από 2 εβδομάδες και μετά από 2 μήνες. Τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες αξιολογήθηκαν με το εργαλείο *Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale-Self Report* (PSS-SR). Στους 2 μήνες οι γυναίκες της παρέμβασης ανέφεραν λιγότερα συμπτώματα άγχους. Επίσης, από τις γυναίκες της παρέμβασης εκείνες που δεν είχαν ιστορικό προηγούμενης σεξουαλικής επίθεσης ανέφεραν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα μετατραυματικού στρες 2 εβδομάδες μετά την παρέμβαση σε σχέση με τις γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό σεξουαλικών επιθέσεων.

Η μελέτη των Anderson και Najavits (2014) αποτελεί τη δευτερεύουσα ανάλυση του *National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network* (NIDA CTN). Το δείγμα αποτελούσαν 353 γυναίκες με διαταραχή μετατραυματικού στρες και διαταραχή χρήσης ουσιών, οι οποίες κατανεμήθηκαν τυχαία είτε σε μερική δόση του προγράμματος *Seeking Safety* είτε στην παρέμβαση *Women's Health Education*. Οι γυναίκες κατηγοριοποιήθηκαν σε συμμετέχοντες με αναπηρίες ( $N= 20$ ) ή χωρίς αναπηρίες ( $N= 333$ ). Τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες μετρήθηκαν με το εργαλείο *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS) πριν την παρέμβαση και μία εβδομάδα, τρεις, έξι και εννέα μήνες μετά την παρέμβαση. Η παρέμβαση *Seeking Safety* αντλεί από τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, είναι προσανατολισμένη στο παρόν και προωθεί δεξιότητες αντιμετώπισης και ψυχοεκπαίδευση. Η παρέμβαση *Women's Health Education* αποτελείται από ένα ψυχοεκπαιδευτικό εγχειρίδιο που επικεντρώνεται στην προαγωγή της υγείας και

αναφέρεται στα ακόλουθα θέματα: εγκυμοσύνη, διατροφή, διαβήτης, υπέρταση και AIDS και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Οι συμμετέχουσες με αναπηρίες βίωσαν παρατεταμένες μειώσεις στα συμπτώματα μετατραυματικού στρες μετά το πρόγραμμα *Seeking Safety* αλλά όχι μετά το πρόγραμμα *Women's Health Education*. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα των συμμετεχουσών στο δεύτερο πρόγραμμα μετά από 12 μήνες ξαναβρέθηκαν στα αρχικά τους επίπεδα. Οι συμμετέχουσες χωρίς αναπηρία, όμως, διατήρησαν τις μειώσεις στα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες και στα δύο προγράμματα.

Παρόμοια είναι και η μελέτη των Cohen et al. (2013), οι οποίοι επίσης προέβησαν σε δευτερεύουσα ανάλυση της *NIDA CTN "Women and Trauma" Multisite Study*. Το δείγμα αποτέλεσαν 288 γυναίκες με διαταραχή μετατραυματικού στρες και διαταραχή χρήσης ουσιών που κατανεμήθηκαν τυχαία στην παρέμβαση *Seeking Safety* ή στην παρέμβαση *Women's Health Education*. Οι παρεμβάσεις αποτελούνταν από 12 ομαδικές συναντήσεις 90 λεπτών με συχνότητα δύο φορές ανά εβδομάδα και διάρκεια έξι εβδομάδες. Δε βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ του είδους της παρέμβασης και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες.

Οι Wijesinghe et al. (2015) διεξήγαγαν μια τυφλοποιημένη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή για άτομα που έχουν υποστεί δάγκωμα φιδιού στη Σρι Λάνκα. Οι συμμετέχοντες κατανεμήθηκαν σε τρεις ομάδες: ομάδα χωρίς παρέμβαση ( $N= 68$ ), ομάδα με παροχή ψυχολογικών πρώτων βοηθειών και ψυχοεκπαίδευσης στο εξιτήριο ( $N= 65$ ) και ομάδα με παροχή ψυχολογικών πρώτων βοηθειών και ψυχοεκπαίδευσης στο εξιτήριο καθώς και μιας σύντομης γνωστικο-συμπεριφορικής παρέμβασης ένα μήνα μετά το εξιτήριο ( $N= 69$ ). Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν έξι μήνες μετά το εξιτήριό τους όσον αφορά τα ψυχολογικά τους συμπτώματα και το επίπεδο της λειτουργικότητάς τους. Η ψυχοεκπαίδευση αφορούσε την απομυθοποίηση των κυρίαρχων πολιτισμικών πεποιθήσεων σχετικά με το δάγκωμα φιδιού που προωθούν την ανάπτυξη ενός ρόλου ασθένειας. Αν και η παρέμβαση βρέθηκε να μειώνει τα συμπτώματα άγχους, ωστόσο δε βρέθηκε καμία επίδραση στα συμπτώματα μετατραυματικού στρες και κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, 7/68 άτομα (10.3%) της πρώτης ομάδας, σε σύγκριση με 8/65 (12.3%) της δεύτερης ομάδας και 2/69 (2.9%) της τρίτης ομάδας πληρούσαν τα κριτήρια της διαταραχής μετατραυματικού στρες έξι μήνες μετά την παρέμβαση. Το εύρημα αυτό ωστόσο δεν ήταν στατιστικά σημαντικό ( $\chi^2= 2.448, p= 0.118$ ).

Οι Bichescu, Neuner, Schauer και Elbert (2007) σύγκριναν την αποτελεσματικότητα 5 συνεδριών αφηγηματικής θεραπείας έκθεσης ( $N= 9$ ) έναντι 1 συνεδρίας ψυχοεκπαίδευσης ( $N= 9$ ) σε δείγμα 18 ανθρώπων με διαταραχή μετατραυματικού στρες που είχαν υπάρξει πολιτικοί κρατούμενοι και θύματα βασανιστηρίων. Η διαταραχή μετατραυματικού στρες μετρήθηκε με το εργαλείο *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Αυτό το εργαλείο μετράει τον αριθμό των συμπτωμάτων και όχι τη συχνότητα ή τη σοβαρότητα, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες έρευνες της παρούσας εργασίας. Αυτός είναι και ο λόγος που η μελέτη αυτή δεν συμπεριλήφθηκε στη μετα-ανάλυση. Το περιεχόμενο της ψυχοεκπαίδευσης αφορούσε τη φύση και την επικράτηση των συμπτωμάτων της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Ακόμα, δόθηκε και γραπτό υλικό με σκοπό να εξηγήσει ότι τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες και οι δυσλειτουργίες είναι συχνόί απότοκοι των πολλαπλών τραυματικών γεγονότων. Η ψυχοεκπαίδευση, σε αντίθεση με την αφηγηματική θεραπεία έκθεσης, δεν οδήγησε σε μείωση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες. Έξι μήνες μετά τη θεραπεία 8/9 άτομα που έλαβαν ψυχοεκπαίδευση εμφάνιζαν ακόμη συμπτώματα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την αφηγηματική θεραπεία έκθεσης ήταν 4/9.

Από τη συστηματική ανασκόπηση προέκυψαν, επίσης, δύο ημι-πειραματικές ελεγχόμενες δοκιμές. Η πρώτη είναι η μελέτη των Oflaz, Hatipoğlu και Aydin (2008), οι οποίοι εξέτασαν στην Τουρκία την αποτελεσματικότητα (effectiveness) μιας ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης βασισμένη στην προσέγγιση του Perlaυ που περιλάμβανε επίλυση προβλημάτων ( $N= 14$ ) σε σύγκριση με μια φαρμακευτική παρέμβαση ( $N=16$ ) και με μια συνδυαστική παρέμβαση ψυχοεκπαίδευσης και φαρμακευτικής αγωγής ( $N=21$ ) για τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες σε ανθρώπους επιζώντες σεισμού ( $N=51$ ). Στην παρούσα εργασία επιλέχθηκαν για τις αναλύσεις οι δύο τελευταίες ομάδες, ώστε να είναι ξεκάθαρη η επίδραση της ψυχοεκπαίδευσης. Οι ψυχοεκπαιδευτικές συναντήσεις ήταν έξι στο σύνολο και έγιναν ατομικά. Για τη μέτρηση του μετατραυματικού στρες χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο *Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)*. Τα συμπτώματα μειώθηκαν σημαντικά περισσότερο στη συνδυαστική παρέμβαση σε σχέση με την παρέμβαση μόνο με φάρμακα, ενώ γενικά δεν βρέθηκαν διαφορές ανάμεσα στις ομάδες που δέχθηκαν μόνο ψυχοεκπαίδευση ή μόνο φαρμακευτική αγωγή.

Η δεύτερη μελέτη είναι των Rowe, Sperlich, Cameron και Seng (2014), οι οποίοι εξέτασαν την αποτελεσματικότητα μιας ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης για το τραύμα σε

δείγμα εγκύων γυναικών με ή χωρίς μετατραυματικό στρες αλλά με ιστορικό παιδικής κακομεταχείρισης ( $N= 60$ ). Την ομάδα ελέγχου ( $N= 43$ ) αποτέλεσαν γυναίκες που επιλέχτηκαν από μια προοπτική μελέτη παρατήρησης για να ταιριάζουν στα χαρακτηριστικά με τις γυναίκες της παρέμβασης ( $N= 17$ ). Η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση δομήθηκε από 10 ενότητες και μελετήθηκε από κάθε γυναίκα ξεχωριστά, καθώς περιλαμβάνει δομημένα ακουστικά στοιχεία και βιβλίο εργασιών για τις ενότητες, το οποίο μελετάει κάθε γυναίκα για να προετοιμαστεί για μια 30λεπτη τηλεφωνική συζήτηση με έναν επαγγελματία. Το μετατραυματικό στρες μετρήθηκε με το εργαλείο *National Women's Study PTSD Module*. Οι γυναίκες της πειραματικής ομάδας είχαν καλύτερα αποτελέσματα από τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου όσον αφορά το μετατραυματικό στρες ( $d=.16$ ).

Πίνακας 4. Χαρακτηριστικά των μελετών που συμπεριλήφθησαν στη μετα-ανάλυση.

Πρώτος συγγραφέας (έτος δημοσίευσης)	Χώρα	Ερευνητικός σχεδιασμός	Συμμετέχοντες	Μέγεθος δείγματος	Παρεμβάσεις	Εργαλείο μέτρησης συμπτωμάτων
<b>Littleton και συν. (2016)</b>	ΗΠΑ	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	Φοιτήτριες με μετατραυματικό στρες λόγω βιασμού	Σύνολο: 51 Ψυχοεκπαίδευση: 28 Γνωστικό-συμπεριφορικό πρόγραμμα: 23	Γνωστικό-συμπεριφορικό πρόγραμμα vs Ψυχοεκπαιδευτική ιστοσελίδα αυτοβοήθειας	<i>PTSD Symptom Scale Interview (PSS-I)</i>
<b>Ghafoori και συν. (2016)</b>	Δεν αναφέρεται	Πιλοτική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	Φτωχοί, πολιτισμικά διαφορετικοί, εκτεθειμένοι σε τραύμα ενήλικες που κατοικούν σε πόλη και βρίσκονται σε αναζήτηση υπηρεσιών υγείας σε μια κοινοτική κλινική	Σύνολο: 67 Ψυχοεκπαίδευση: 37 Λίστα αναμονής: 30	Ψυχοεκπαίδευση vs Λίστα αναμονής για καθυστερημένη θεραπεία	<i>PTSD Checklist—Civilian version (PCL—C)</i>
<b>Shipherd και συν. (2016)</b>	ΗΠΑ	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	Ενεργοί στρατιώτες του στρατού των ΗΠΑ στρατολογημένοι από το Fort Drum	Σύνολο: 1139 Ψυχοεκπαίδευση: 384 Εκπαίδευση σε δεξιότητες: 755 Σύνολο: 769 Ψυχοεκπαίδευση: 384	Ψυχοεκπαίδευση vs Εκπαίδευση σε δεξιότητες & Ψυχοεκπαίδευση vs Συνήθη θεραπεία	<i>PTSD Checklist—Civilian Version (PCL—C)</i>

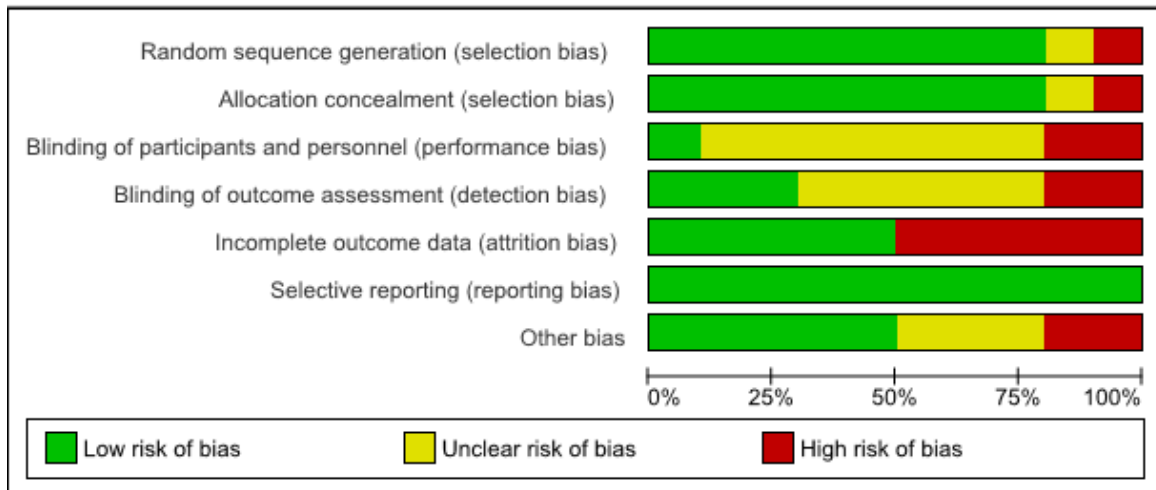
Συνήθης θεραπεία: 385						
<b>Als και συν. (2015)</b>	Ηνωμένο Βασίλειο	Πιλοτική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	Γονείς παιδιών ηλικίας 4–16 ετών που εισήχθησαν σε παιδιατρική μονάδα εντατικής θεραπείας	Σύνολο: 23 Ψυχοεκπαίδευση: 17 Συνήθης θεραπεία: 6	Ψυχοεκπαιδευτικό εργαλείο υποστηριζόμενο από τηλεφωνική κλήση vs Συνήθη θεραπεία	<i>Impact of Events Scale (IES)</i>
<b>Niles και συν. (2012)</b>	ΗΠΑ	Πιλοτική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	Άνδρες βετεράνοι με συμπτώματα μετατραυματικού στρες λόγω μάχης	Σύνολο: 51 Ψυχοεκπαίδευση: 26 Ενσυνειδητότητα: 25	Ενσυνειδητότητα vs Ψυχοεκπαίδευση	<i>Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) &amp; PTSD Checklist—Military Version (PCL-M)</i>
<b>Yeomans και συν. (2010)</b>	Μπουρουντί	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	Συμμετέχοντες με ιστορικό πολλαπλών ακραία στενάχωρων γεγονότων.	Σύνολο: 150 Εργαστήριο συμφιλίωσης με ψυχοεκπαίδευση: 76 Εργαστήριο συμφιλίωσης χωρίς ψυχοεκπαίδευση: 74	Εργαστήριο συμφιλίωσης με ψυχοεκπαίδευση vs Εργαστήριο συμφιλίωσης χωρίς ψυχοεκπαίδευση	<i>Harvard Trauma Questionnaire Part IV (HTQ) &amp; Harvard Trauma Questionnaire Part IV items #1–30 (HTQ-b)</i>
<b>Kaslow και συν. (2010)</b>	ΗΠΑ	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	Αφρο-Αμερικανίδες χαμηλού κοινωνικού-οικονομικού επιπέδου με πρόσφατο κρούσμα συντροφικής βίας και απόπειρα αυτοκτονίας	Σύνολο: 89 Ψυχοεκπαίδευση: 45 Συνήθης θεραπεία: 44	Πολιτισμικά ευαίσθητη και στοχευμένη στην ενδυνάμωση ψυχοεκπαιδευτική ομαδική	<i>Davidson Trauma Scale (DTS)</i>

					παρέμβαση (Nia) vs Συνήθη θεραπεία	
<b>Scholes και συν. (2007)</b>	Ηνωμένο Βασίλειο	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	Επιζώντες τραυματικών χτυπημάτων στο τμήμα Επειγόντων περιστατικών και Ατυχημάτων	Σύνολο: 120 Ψυχοεκπαίδευση: 58 Λίστα αναμονής: 62	Ψυχοεκπαιδευτικό φυλλάδιο αυτοβοήθειας vs Λίστα αναμονής	<i>Post-traumatic Diagnostic Scale</i>
<b>Turpin και συν. (2005)</b>	Ηνωμένο Βασίλειο	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	Ασθενείς που είχαν βιώσει τραύμα (τραυματισμός μόνο ως αποτέλεσμα τροχαίου ατυχήματος, επίθεσης ή επαγγελματικός τραυματισμός)	Σύνολο: 142 Ψυχοεκπαίδευση: 75 Εικονική θεραπεία: 67	Ψυχοεκπαιδευτικό φυλλάδιο vs Εικονική θεραπεία	<i>Post-Traumatic Diagnostic Scale (PDS)</i>
<b>Neuner και συν. (2004)</b>	Ουγκάντα	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	Σουδανοί πρόσφυγες που κατοικούν σε προσφυγικό καταυλισμό στην Ουγκάντα	Σύνολο: 27 Ψυχοεκπαίδευση: 12 Αφηγηματική θεραπεία έκθεσης: 15 Σύνολο: 25 Ψυχοεκπαίδευση: 12 Υποστηρικτική συμβουλευτική: 13	Ψυχοεκπαίδευση vs Αφηγηματική θεραπεία έκθεσης & Ψυχοεκπαίδευση vs Υποστηρικτική συμβουλευτική	<i>Post-Traumatic Diagnostic Scale (PDS)</i>



### 4.3 Αξιολόγηση του βαθμού μεροληψίας των μελετών

Ο βαθμός μεροληψίας των μελετών αξιολογήθηκε με το εργαλείο της *Cochrane Collaboration* (Higgins, Altman, & Sterne, 2011). Η αξιολόγηση παρουσιάζεται στο Γράφημα 1, ταξινομημένη σύμφωνα με κάθε παράμετρο μεροληψίας και στο Γράφημα 2, όπου παρουσιάζεται αναλυτικότερα η αξιολόγηση κάθε παραμέτρου για κάθε μελέτη.



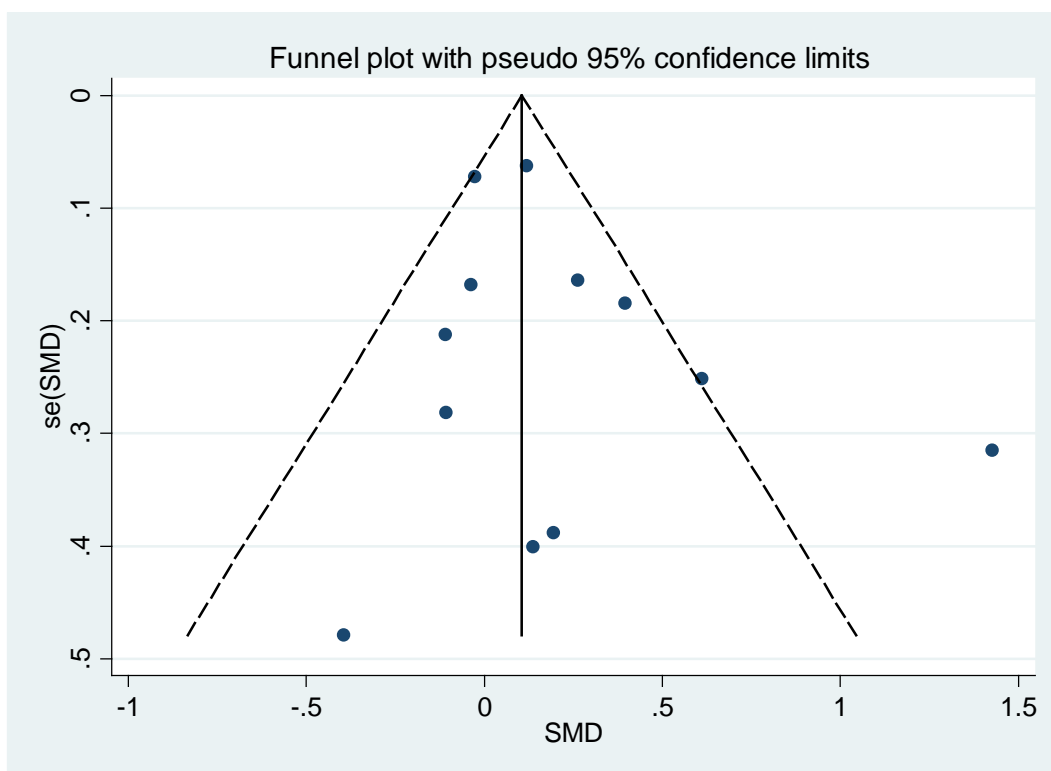
Γράφημα 1. Αξιολόγηση του βαθμού μεροληψίας των μελετών της μετα-ανάλυσης. Αξιολόγηση παραμέτρων μεροληψίας.

Μελέτη	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Als et al. 2015	+	+	-	-	+	+	+
Ghafoori et al. 2016	+	+	?	?	-	+	-
Kaslow et al. 2010	+	+	?	+	-	+	+
Littleton et al. 2016	+	+	-	?	+	+	?
Neuner et al. 2004	+	+	?	+	+	+	?
Niles et al. 2012	-	-	?	-	-	+	-
Scholtes et al. 2007	+	+	?	?	-	+	+
Shiherd et al. 2016	?	?	?	?	-	+	+
Turpin et al. 2005	+	+	?	?	+	+	?
Yeomans et al. 2010	+	+	?	?	+	+	?

Γράφημα 2. Αξιολόγηση του βαθμού μεροληψίας των μελετών της μετα-ανάλυσης. Αξιολόγηση όλων των παραμέτρων για όλες τις μελέτες.

#### 4.4 Συστηματικό σφάλμα δημοσίευσης και επίδραση των μικρών μελετών

Το συστηματικό σφάλμα δημοσίευσης και η επίδραση των μικρών μελετών αξιολογήθηκαν με το διάγραμμα χωνί (funnel plot) και το μοντέλο μετα-παλινδρόμησης του Egger (Egger, Smith, Schneider, & Minder, 1977). Παρατηρώντας το διάγραμμα χωνί (Διάγραμμα 2) διαπιστώνουμε ότι οι έρευνες είναι κατανεμημένες συμμετρικά, επομένως δεν υπάρχει ένδειξη σφάλματος δημοσίευσης. Ακόμα, δεν υπάρχει ένδειξη για την επίδραση των μικρών μελετών (small study effects). Σύμφωνα με το μοντέλο του Egger (Πίνακας 5), δεν ανιχνεύθηκε επίδραση των μικρών μελετών ( $p= 0.300$ ). Ωστόσο, ο μικρός αριθμός των μελετών της μετα-ανάλυσης δεν επαρκεί, ώστε να μπορούν να ερμηνευτούν αυτοί οι έλεγχοι με αξιοπιστία.



Διάγραμμα 2. Διάγραμμα χωνί (N= 12).

Number of studies = 12

Root MSE = 1.688

Std_Eff	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
slope	.0052693	.1138872	0.05	0.964	-.2484872	.2590258
bias	.8985453	.8227189	1.09	0.300	-.9345866	2.731677

Test of H0: no small-study effects P = 0.300

Πίνακας 5. Το τεστ του Egger για την επίδραση των μικρών μελετών (N= 12). Παλινδρόμηση της σταθμισμένης μέσης διαφοράς και του τυπικού σφάλματος της παρέμβασης.

#### 4.5 Σύνθεση των αποτελεσμάτων: Επίδραση της ψυχοεκπαίδευσης στα συμπτώματα μετατραυματικού στρες

Η ανάλυση έγινε σε υπο-ομάδες, ανάλογα με την παρέμβαση με την οποία συγκρινόταν η ψυχοεκπαίδευση. Έτσι, δημιουργήθηκαν οι κατηγορίες της συνήθους θεραπείας, της αφηγηματικής θεραπείας έκθεσης, της εκπαίδευσης σε δεξιότητες, της υποστηρικτικής συμβουλευτικής, της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας και της ενσυνειδητότητας. Τέλος, η ανάλυση επαναλαμβάνεται μόνο για τις αρτιότερες μεθοδολογικά μελέτες.

##### 4.5.1 Κύρια ανάλυση

Στην κύρια ανάλυση συμπεριλήφθηκαν 10 μεμονωμένες μελέτες. Οι δύο από αυτές (Neuner et al., 2004· Shipherd et al., 2016) συμπεριλήφθηκαν δύο φορές αλλά με διαφορετικές συγκρίσεις. Επομένως, για αυτόν το λόγο στα διαγράμματα εμφανίζονται 12 μελέτες. Όλες οι έρευνες ήταν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες.

Το μέγεθος επίδρασης ανάλογα με τις τιμές που παίρνει ερμηνεύεται ως εξής: <0.20= αμελητέο, 0.20-0.49= μικρό, 0.50-0.79= μεσαίο και >0.80= μεγάλο μέγεθος επίδρασης (Cohen, 1977). Οι τιμές αυτές αναφέρονται σε απόλυτες τιμές. Σύμφωνα με τους Deeks, Higgins και Altman (2011) οι τιμές του δείκτη  $I^2$  που κυμαίνονται μεταξύ 50%-90% πρέπει να ερμηνεύονται ως ύπαρξη ουσιαστικής ετερογένειας.

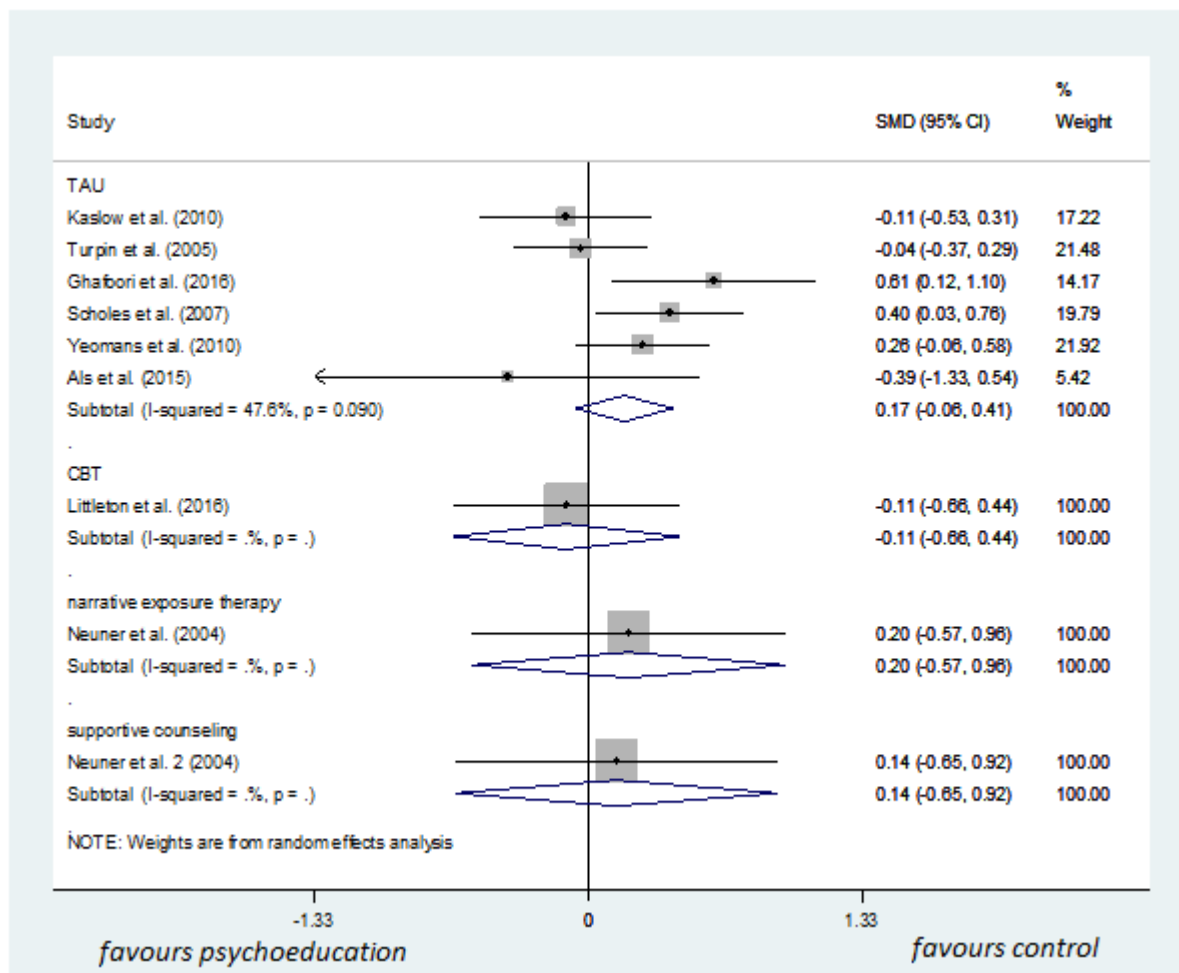
Εξετάζοντας την σταθμισμένη μέση διαφορά (standardized mean difference) ανά κατηγορία θεραπείας, παρατηρούμε ότι αυτή υπολογίζεται στο 0.12 (95% Δ. Ε. -0.07 έως 0.32,  $z= 1.24$ ,  $p= 0.214$ ), όταν η κατηγορία σύγκρισης είναι η συνήθης θεραπεία ( $N= 7$ ). Επομένως, δεν φαίνεται να υπάρχει ξεκάθαρη διαφορά μεταξύ της ψυχοεκπαίδευσης και της συνήθους θεραπείας. Η ετερογένεια στην κατηγορία της συνήθους θεραπείας είναι ουσιαστική ( $I^2= 53.7\%$ ,  $p= 0.044$ ).

Όλες οι υπόλοιπες κατηγορίες θεραπείας περιέχουν από μία μελέτη μόνο και δεν ήταν δυνατός ο υπολογισμός της ετερογένειας σε κάθε κατηγορία θεραπείας. Μόνο η ενσυνειδητότητα φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντικά αποτελεσματικότερη από την ψυχοεκπαίδευση ( $SMD= 1.43$ , 95% Δ. Ε. 0.81 έως 2.04,  $z= 4.53$ ,  $p= 0.000$ ), τιμή που αντιστοιχεί σε μεγάλο μέγεθος επίδρασης. Ωστόσο δεν πρέπει να δοθεί μεγάλη εμπιστοσύνη στα αποτελέσματα αυτής της σύγκρισης καθώς η μελέτη αυτή είναι πολύ χαμηλής ποιότητας και δεν έχει γίνει σωστά η τυχαιοποίηση.

Όσον αφορά τις υπόλοιπες θεραπείες, παρατηρώντας την τυποποιημένη μέση διαφορά αντιλαμβανόμαστε ότι η αφηγηματική θεραπεία έκθεσης ( $SMD=0.20$ , 95% Δ. Ε. -0.57 έως 0.96,  $z= 0.50$ ,  $p= 0.615$ ) φαίνεται να υπερέχει της ψυχοεκπαίδευσης με μικρό και μη στατιστικά σημαντικό μέγεθος επίδρασης. Η υποστηρικτική συμβουλευτική ( $SMD= 0.14$ , 95% Δ. Ε. -0.65 έως 0.92,  $z= 0.34$ ,  $p= 0.732$ ), η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία ( $SMD= -0.11$ , 95% Δ. Ε. -0.66 έως 0.44,  $z= 0.38$ ,  $p= 0.701$ ) και η εκπαίδευση σε δεξιότητες ( $SMD=0.12$ , 95% Δ.Ε. -0.0 έως 0.24,  $z= 1.90$ ,  $p= 0.058$ ) δεν φαίνεται να έχουν κάποια ξεκάθαρη διαφορά με την ψυχοεκπαίδευση. Και αυτά τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά.



κατηγορία σύγκρισης είναι η συνήθης θεραπεία (N= 6). Και πάλι δεν φαίνεται να υπάρχει ξεκάθαρη διαφορά μεταξύ της ψυχοεκπαίδευσης και της συνήθους θεραπείας, εύρημα το οποίο δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Η ετερογένεια εμφανίζεται μειωμένη και ερμηνεύεται ως μέτρια ( $I^2 = 47.6\%$ ,  $p = 0.090$ ). Στις υπόλοιπες τρεις κατηγορίες δεν άλλαξε κάτι, καθώς δεν προστέθηκε ούτε αφαιρέθηκε κάποια μελέτη.



Διάγραμμα 4. Επανάληψη της μετα-ανάλυσης κατά κατηγορία θεραπείας μόνο για τις αρτιότερες μεθοδολογικά μελέτες (N=9).

#### 4.5 Σύνοψη των κύριων ευρημάτων

Οι αναλύσεις κατά κατηγορία θεραπείας δεν ανέδειξαν κάποια ξεκάθαρη διαφορά μεταξύ της ψυχοεκπαίδευσης και της συνήθους θεραπείας, της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας και της υποστηρικτικής συμβουλευτικής. Μόνο η κατηγορία της συνήθους θεραπείας αποτελείται από περισσότερες από μία μελέτες. Η αφηγηματική θεραπεία έκθεσης υπερείχε της ψυχοεκπαίδευσης με μικρό μέγεθος επίδρασης. Κανένα από αυτά τα αποτελέσματα δεν ήταν στατιστικά σημαντικό. Η σύγκριση ενσυνειδητότητας και ψυχοεκπαίδευσης οδήγησε σε στατιστικά σημαντικό μεγάλο μέγεθος επίδρασης υπέρ της ενσυνειδητότητας, που ωστόσο δεν είναι αξιόπιστο λόγω της χαμηλής ποιότητας της μελέτης. Η ετερογένεια σε όλες τις αναλύσεις είναι ουσιαστική.

Στην ανάλυση των αρτιότερων μεθοδολογικά μελετών επίσης δεν φαίνεται να υπάρχει ξεκάθαρη διαφορά μεταξύ της ψυχοεκπαίδευσης και της συνήθους θεραπείας, εύρημα το οποίο δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Η ετερογένεια εμφανίζεται μειωμένη και ερμηνεύεται ως μέτρια. Τέλος, τα ευρήματα δεν φαίνεται να επηρεάζονται από το συστηματικό σφάλμα δημοσίευσης και το φαινόμενο της επίδρασης των μικρών μελετών, αν και αυτοί οι έλεγχοι δεν είναι πολύ αξιόπιστοι, λόγω του μικρού αριθμού των μελετών της μετα-ανάλυσης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 5.1 Συνοπτική παρουσίαση των κυριότερων ευρημάτων

Σκοπός της εργασίας ήταν η αξιολόγηση των ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την επίδραση της ψυχοεκπαίδευσης συγκριτικά με άλλες θεραπείες στα συμπτώματα μετατραυματικού στρες σε ενήλικα άτομα. Από τις συγκρίσεις που διεξήχθησαν αυτή που ενδιαφέρει πρωτίστως είναι η σύγκριση της ψυχοεκπαίδευσης με τη συνήθη θεραπεία (treatment-as-usual), η οποία και θα καθορίσει την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης.

Από τη συστηματική ανασκόπηση προέκυψαν 7 μελέτες με 1360 συμμετέχοντες που συγκρίνουν την ψυχοεκπαίδευση με τη συνήθη θεραπεία. Δεν αναδείχθηκε κάποια ξεκάθαρη διαφορά μεταξύ της ψυχοεκπαίδευσης και της συνήθους θεραπείας, αποτέλεσμα το οποίο επαναλήφθηκε και στην ανάλυση των αρτιότερων μεθοδολογικά μελετών. Το ίδιο μοτίβο αναδείχθηκε και στη σύγκριση μεταξύ της ψυχοεκπαίδευσης και της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας (cognitive behavioural therapy), της υποστηρικτικής συμβουλευτικής (supportive counseling) και της εκπαίδευσης σε δεξιότητες (skills training), ενώ η αφηγηματική θεραπεία έκθεσης (narrative exposure therapy) υπερείχε της ψυχοεκπαίδευσης με μικρό μέγεθος επίδρασης. Ωστόσο, οι κατηγορίες αυτές αποτελούνται από μία μελέτη η καθεμία. Κανένα από αυτά τα αποτελέσματα δεν ήταν στατιστικά σημαντικό. Η σύγκριση ενσυνειδητότητας (mindfulness) και ψυχοεκπαίδευσης οδήγησε σε στατιστικά σημαντικό μεγάλο μέγεθος επίδρασης υπέρ της ενσυνειδητότητας αλλά το αποτέλεσμα αυτό δεν είναι πολύ αξιόπιστο. Η ετερογένεια σε όλες τις αναλύσεις ήταν ουσιαστική και μειώθηκε σε μέτρια επίπεδα μόνο στην ανάλυση των αρτιότερων μεθοδολογικά μελετών.

### 5.2 Σχολιασμός και εξήγηση

#### 5.2.1 Ετερογένεια



Ήταν αναμενόμενο ήδη από την συστηματική ανασκόπηση ότι ο βαθμός της στατιστικής ετερογένειας μεταξύ των μελετών θα ήταν υψηλός, καθώς αυτές διέφεραν σε αρκετά κλινικά και μεθοδολογικά χαρακτηριστικά τους. Ενδεικτικά, κάποια από αυτά είναι: η φύση του τραυματικού γεγονότος, το δείγμα, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων του δείγματος και η συννοσηρότητα, ο σκοπός της μελέτης, η διάρκεια και το περιεχόμενο της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης, ο ομαδικός ή ατομικός χαρακτήρας της ψυχοεκπαίδευσης, καθώς και το είδος της, ενεργητική ή παθητική.

Παρατηρήθηκαν, επίσης, διαφορές στις μελέτες που σύγκριναν την ψυχοεκπαίδευση με μια άλλη θεραπεία σε σχέση με τις μελέτες που τη σύγκριναν με τη συνήθη θεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, όταν η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί την πειραματική ομάδα, τότε η ομάδα ελέγχου είναι η συνήθης θεραπεία (γενικότερος όρος που μπορεί να περιλαμβάνει, επίσης, τη λίστα αναμονής ή κάποια εικονική παρέμβαση). Αντιθέτως, όταν η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί την ομάδα ελέγχου, άρα συγκρίνεται με άλλες θεραπείες, τότε δημιουργούνται επιπλέον ζητήματα.

Για παράδειγμα, παρατηρείται συχνά η τάση η θεραπεία της πειραματικής ομάδας να υπερέχει σε όρους αριθμού συναντήσεων ή διάρκειας της συνάντησης σε σχέση με την ψυχοεκπαίδευση (Bichescu et al., 2007· Neuner et al., 2004· Shipherd et al., 2016). Ή ένα άλλο παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση των Littleton et al. (2016), όπου η σύγκριση ψυχοεκπαίδευσης και γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας δυσχεραίνεται, καθώς η πρώτη παρέμβαση είναι αυτό-μελέτης και η δεύτερη είναι διαδραστική και διευκολύνεται από θεραπευτή. Επομένως, τίθεται και το ζήτημα κατά πόσο ο σχεδιασμός αυτός επηρεάζει το αποτέλεσμα της συγκεκριμένης έρευνας και μέχρι ποιο σημείο, καθώς είναι γνωστή η σημασία της δημιουργίας μιας σχέσης εμπιστοσύνης για την παροχή της ψυχοεκπαίδευσης (Whitworth, 2016).

Ακόμα και στη μελέτη των Niles et al. (2012), όπου υπήρξε η πρόβλεψη οι δύο συγκρινόμενες παρεμβάσεις (ενσυνειδητότητα και ψυχοεκπαίδευση) να έχουν ίσο αριθμό συναντήσεων και ίση διάρκεια, αυτό δεν κατέστη δυνατό, καθώς οι συμμετέχοντες στην παρέμβαση της ενσυνειδητότητας δεν ακολούθησαν το πρωτόκολλο της έρευνας, αφιερώνοντας περισσότερο χρόνο σε δραστηριότητες ενσυνειδητότητας. Παράλληλα, οι ερευνητές αναφέρουν ότι παρά την τυχαιοποίηση, οι συμμετέχοντες αυτής της ομάδας είχαν χαμηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες σε σχέση με τους συμμετέχοντες της

ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης. Αυτοί οι παράγοντες ενδέχεται να έχουν επηρεάσει το στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα που προέκυψε υπέρ της ενσυνειδητότητας.

Επομένως, σε αυτές τις περιπτώσεις η σύγκριση της ψυχοεκπαίδευσης με τις άλλες θεραπείες δεν γίνεται επί ίσοις όροις και συνακόλουθα, δεν θεωρείται περίεργο που η θεραπεία της πειραματικής ομάδας συνήθως αποδεικνύεται αποτελεσματικότερη. Αυτό δεν σημαίνει βέβαια ότι η έλλειψη αποτελεσματικότητας της ψυχοεκπαίδευσης, όπως βρέθηκε στην παρούσα εργασία, είναι ένα πλαστό εύρημα, και σε διαφορετική περίπτωση μπορεί να αποδεικνυόταν αποτελεσματική, αλλά σε αυτό το στάδιο σημαίνει κυρίως ότι η ύπαρξη αυτών των διαφορών εμποδίζει την εξαγωγή ενός αξιόπιστου συμπεράσματος για την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης σε σύγκριση με άλλες θεραπείες. Άλλωστε, όπως επισημαίνουν οι Hobfoll et al. (2008), ο βαθμός έκθεσης είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την αξιολόγηση μιας παρέμβασης. Άρα, είναι απαραίτητο στο μέλλον να γίνουν προσπάθειες που θα επιτρέψουν μια περισσότερο δίκαιη σύγκριση μεταξύ της ψυχοεκπαίδευσης και άλλων θεραπειών και παράλληλα θα καταστήσουν δυνατή την ανίχνευση των συγκεκριμένων μεμονωμένων στοιχείων που βοηθούν ή δυσχεραίνουν την ανάρρωση μετά από ένα τραυματικό γεγονός.

Ένα ακόμα ζήτημα που τίθεται αφορά τη διάκριση μεταξύ των συγκρινόμενων θεραπειών σε μια μελέτη. Βεβαίως, η επίτευξη ενός απόλυτου βαθμού καθαρότητας και μοναδικότητας στις συγκρινόμενες θεραπείες μάλλον είναι ένα αίτημα μη ρεαλιστικό και αποκομμένο από τη θεραπευτική πραγματικότητα, καθώς σκοπός των παρεμβάσεων αυτών πρέπει να είναι πρωτίστως η βελτίωση των συμμετεχόντων. Επομένως, όταν τα επιστημονικά στοιχεία δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες ωφελούνται από ένα συνδυασμό στοιχείων διαφορετικών θεραπειών, θα ήταν ίσως ανήθικο οι ερευνητές να μην πράττουν σύμφωνα με αυτές τις ενδείξεις αλλά με γνώμονα πώς να επιτύχουν μια καθαρότερη σύγκριση μεταξύ των διάφορων θεραπειών. Εντούτοις, θα ήταν πολύ χρήσιμο να συμβεί αυτό, έστω στο βαθμό που είναι δυνατό.

Ένα παράδειγμα από την παρούσα εργασία που επιβεβαιώνει τα παραπάνω αναφέρεται στη διδασκαλία δεξιοτήτων. Γενικά, μπορεί να ειπωθεί ότι, ακόμα και ενώ γνωρίζουμε ότι ένα βασικό στοιχείο της ψυχοεκπαίδευσης είναι η εκπαίδευση σε δεξιότητες (Authier, 1977), μάλλον έχουμε ταυτίσει την ψυχοεκπαίδευση κυρίως με την παροχή πληροφοριών. Έτσι, δεν περιλαμβάνουν όλες οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις εκπαίδευση σε δεξιότητες. Η συμπερίληψη στις παρεμβάσεις δεξιοτήτων που θεωρήθηκαν

ενεργά συστατικά άλλων θεραπειών αποτέλεσε κριτήριο απόρριψης μελετών στην παρούσα εργασία, ως μη καθαρά ψυχοεκπαιδευτικές. Ωστόσο, είναι πιθανό η συμπερίληψη αυτών των μελετών να επηρέαζε το συνολικό αποτέλεσμα.

Ακόμα και εάν υποθέταμε, όμως, πως προέκυπτε ότι αυτές οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις ήταν αποτελεσματικές, στην περίπτωση αυτή θα ήταν ακόμα δυσκολότερος ο προσδιορισμός του ακριβούς στοιχείου, στο οποίο ενδεχομένως να οφείλεται η αποτελεσματικότητα αυτή. Αυτό συμβαίνει, καθώς η ψυχοεκπαίδευση χαρακτηρίζεται από ευελιξία, και έτσι, η κάθε επιστημονική ομάδα μπορεί να ενσωματώσει σε αυτήν οποιαδήποτε δεξιότητα, αντλημένη από οποιαδήποτε θεωρία. Αυτό με τη σειρά του, μπορεί να δυσχεράνει την αξιολόγηση και σύγκριση των ψυχοεκπαιδευτικών προγραμμάτων, γιατί οι δεξιότητες που μπορεί να διδαχθούν κατά πάσα πιθανότητα δε θα είναι ίδιες. Έτσι, ο ψυχοεκπαιδευτικός χαρακτήρας των παρεμβάσεων θα αλλοιωνόταν, αλλά με διαφορετικό κάθε φορά τρόπο. Βέβαια, υπάρχουν και δεξιότητες, όπως π.χ. οι δεξιότητες χαλάρωσης, οι οποίες είναι περισσότερο κοινές στα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα από άλλες.

### **5.2.2 Ζητήματα που αφορούν το περιεχόμενο των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων και προτάσεις για βελτίωση**

Φαίνεται ότι το περιεχόμενο των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων της μετα-ανάλυσης έχει σε μεγάλο βαθμό στοιχεία που αναφέρονται στη βιβλιογραφία, όπως παρουσιάστηκε στην αντίστοιχη ενότητα του θεωρητικού μέρους της εργασίας. Ωστόσο, το περιεχόμενο δεν είναι σε όλες τις περιπτώσεις ίδιο. Φαίνεται, λοιπόν, και στην πράξη ότι δεν υπάρχει πάντα συμφωνία σχετικά με το ποιο είναι το καταλληλότερο περιεχόμενο της ψυχοεκπαίδευσης για το μετατραυματικό στρες (Whitworth, 2016), και αυτό, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι το περιεχόμενο των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων δεν περιγράφεται αρκετά αναλυτικά στα άρθρα, ενδεχομένως να οδηγεί και στην έλλειψη τυποποίησης που παρατηρείται στις παρεμβάσεις αυτές (Getachew et al., 2009).

Έτσι, αυτό που είναι κοινό στην πλειοψηφία των παρεμβάσεων είναι η παροχή πληροφοριών σχετικά με το τραύμα, τη φύση και την επικράτησή του, τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες και τις συνηθισμένες αντιδράσεις των ατόμων στο

τραύμα. Μία ήταν η μελέτη στην οποία το ψυχοεκπαιδευτικό υλικό περιορίστηκε μόνο στην περιγραφή και τη συζήτηση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, σύμφωνα με το *Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών* (Yeomans et al., 2010). Από το σύνολο των μελετών, το περιεχόμενο της παρέμβασης των Shipherd et al. (2016) ήταν πιο συγκεκριμένο και αφορούσε μόνο τις διεισδυτικές σκέψεις και πώς αυτές οδηγούν σε μη προσαρμοστικές πεποιθήσεις.

Ένα άλλο βασικό θέμα το οποίο θίγουν πολλές παρεμβάσεις είναι η προσφορά συμβουλών και στρατηγικών αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και γενικά η αναφορά στην ανθεκτικότητα και η δημιουργία της προσδοκίας ότι η τωρινή κατάσταση του ατόμου μπορεί να βελτιωθεί με τη χρήση των δεξιοτήτων και συμβουλών που προτείνονται (Als et al., 2015· Kaslow et al., 2010· Littleton et al., 2016· Miller et al., 2015· Niles et al., 2012· Oflaz et al., 2008· Scholes et al., 2007· Turpin et al., 2005· Rowe et al., 2014). Φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν σημαντικό να τονίσουν αυτό το σημείο, ωστόσο ο βαθμός στον οποίο αυτό επιτυγχάνεται δεν είναι πάντα ο ίδιος. Έτσι, σε κάποιες περιπτώσεις είτε προσφέρονται οδηγίες και προτάσεις για θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης, περίπτωση που είναι η συνηθέστερη, είτε αυτές διδάσκονται άμεσα. Στη δεύτερη περίπτωση ανακύπτει και το ζήτημα της καθαρότητας της παρέμβασης που αναφέρθηκε παραπάνω.

Επίσης, υπάρχουν και παρεμβάσεις οι οποίες αναφέρονται στην ύπαρξη θεραπειών για το μετατραυματικό στρες γενικότερα ή παρουσιάζουν το σκεπτικό κάποιας συγκεκριμένης θεραπείας (Als et al., 2015· Ghafoori et al., 2016· Oflaz et al., 2008). Η ομαλοποίηση των συμπτωμάτων αναφέρθηκε ξεκάθαρα ως στόχος σε αρκετές παρεμβάσεις (Bichescu et al., 2007· Neuner et al., 2004· Shipherd et al., 2016· Turpin et al., 2005) και μπορεί εύκολα να υποθέσει κανείς ότι αποτελεί στόχο και των υπόλοιπων παρεμβάσεων, έστω και αν δεν αναφέρεται ρητά. Οι παθητικές παρεμβάσεις με φυλλάδιο περιείχαν σε αυτό λίστα με περαιτέρω πηγές υποστήριξης και βοήθειας (Als et al., 2015· Turpin et al., 2005), ενώ στην περίπτωση των ενεργητικών παρεμβάσεων μία ήταν η παρέμβαση στην οποία έγινε παραπομπή των ατόμων σε άλλους φορείς ψυχικής υγείας (Ghafoori et al., 2016).

Ενώ γνωρίζουμε ότι η παροχή φυλλαδίων, χωρίς καμία περαιτέρω αλληλεπίδραση των συμμετεχόντων με τους εδικούς, δεν είναι ο καλύτερος τρόπος παροχής της ψυχοεκπαίδευσης (Briere & Scott 2014), αυτού του είδους οι παρεμβάσεις συνεχίζονται. Τα

τελευταία χρόνια μάλιστα υποστηρίζονται από τηλεφωνικές κλήσεις, ακριβώς για να άρουν όσο είναι δυνατό τον περιορισμό της έλλειψης αλληλεπίδρασης. Πιθανότατα πρόκειται για παρεμβάσεις ανάγκης, καθώς στους ρυθμούς λειτουργίας των νοσοκομείων ίσως είναι δύσκολο να βρεθεί χώρος, χρόνος και προσωπικό για πιο εντατικές παρεμβάσεις. Αυτές οι παρεμβάσεις, ακόμα κι αν δεν μειώνουν τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες, θεωρούνται, εντούτοις, χρήσιμες από τους συμμετέχοντες (Scholes et al., 2007) και τουλάχιστον μεταδίδουν το μήνυμα ότι έχει ληφθεί μέριμνα για την ενημέρωσή τους. Βέβαια, αυτό δεν θα πρέπει να γίνει αντιληπτό ως δικαιολογία, για να μην επιχειρηθούν εντατικότερες παρεμβάσεις αλλά από τη στιγμή που οι συμμετέχοντες βρίσκουν τα φυλλάδια βοηθητικά και δεν έχει αναφερθεί κάποιο περιστατικό επιδείνωσης εξαιτίας τους καλό είναι να προσφέρονται, αφού υπάρχουν.

Ακόμα, υπήρχαν και παρεμβάσεις, όπως των Niles et al. (2012) και των Kaslow et al. (2010), στις οποίες υπήρξε η πρόβλεψη για τη δημιουργία μιας σχέσης μεταξύ των συμμετεχόντων ή του θεραπευτή και των συμμετεχόντων στα αρχικά στάδια της παρέμβασης. Ο Whitworth (2016) έχει επισημάνει ότι η δημιουργία μιας υποστηρικτικής σχέσης αποτελεί προαπαιτούμενο για την παροχή ψυχοεκπαίδευσης, ενώ τα χαρακτηριστικά της προσωποκεντρικής στάσης του συντονιστή ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος συνδέθηκαν με το θεραπευτικό αποτέλεσμα σε μια παρέμβαση για παιδιά με κοινωνικό άγχος (Brouzos, Vassilopoulos, & Baourda, 2014).

Όσον αφορά την ένταξη της ψυχοεκπαίδευσης σε ένα συνεκτικό θεωρητικό πλαίσιο, δύο ήταν οι παρεμβάσεις που λειτούργησαν υπό το πρίσμα μιας θεωρίας (Kaslow et al., 2010· Oflaz et al., 2008). Και άλλες παρεμβάσεις, όμως, δήλωναν ότι αντλούν από τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία (Scholes et al., 2007· Shipherd et al., 2016). Φαίνεται, λοιπόν, ότι η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί μια παρέμβαση που διέπεται από ευελιξία και μπορεί εύκολα να προσαρμοστεί σε θεωρητικά πλαίσια (Colom, 2011). Ωστόσο, τίθεται το ερώτημα μέχρι ποιο σημείο θεωρείται ότι μια παρέμβαση απλώς αντλεί από κάποια θεραπεία και πέρα από ποιο όριο αποκτά τον χαρακτήρα της θεραπείας από την οποία αντλεί. Χρειάζεται, λοιπόν, να συζητηθεί και να επιτευχθεί συμφωνία μεταξύ των ειδικών σχετικά με τον προσδιορισμό αυτού του ορίου, ώστε να είναι ξεκάθαρα τα όρια της κάθε θεραπείας. Μάλιστα, ιδανικά αυτό θα πρέπει να συμβεί εκ των προτέρων. Στην παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια να συμπεριληφθούν μόνο εκείνες οι μελέτες που δεν

συμπεριλαμβάνουν ενεργά στοιχεία άλλων θεραπειών, ώστε να βρίσκονται πιο κοντά σε αυτό που σήμερα αποκαλείται *ψυχοεκπαίδευση*.

Επίσης, όσον αφορά τον συνδυασμό της με άλλες θεωρίες, χρειάζεται πρώτα να διευκρινιστεί κατά πόσον η ψυχοεκπαίδευση μόνη της μπορεί να οδηγήσει τους συμμετέχοντες σε οφέλη και ποια μπορεί να είναι αυτά, και στη συνέχεια να προκύψουν συνδυασμοί της με άλλες θεωρίες, να δοκιμαστούν και να βελτιωθούν, εάν αποδειχθούν αποτελεσματικοί. Και σε αυτήν την περίπτωση, όμως, ισχύει ο ίδιος προβληματισμός, όπως και πριν. Η αποτελεσματικότητα αυτής της νέας παρέμβασης θα οφείλεται περισσότερο στην ψυχοεκπαίδευση ή στην εκάστοτε θεωρία;

Επιπρόσθετα, πέρα από την παρέμβαση των Kaslow et al., (2010) που αναφέρεται ως πολιτισμικά ευαίσθητη, σε λίγες ακόμα παρεμβάσεις, όπως των Ghafoori et al. (2016) ή των Als et al. (2015) υπήρξε η προσπάθεια προσαρμογής του υλικού ή της συζήτησης στις ανάγκες των ανθρώπων στους οποίους απευθύνονταν. Η προσαρμογή του ψυχοεκπαιδευτικού υλικού στον πολιτισμό και την κουλτούρα των ατόμων στα οποία απευθύνεται είναι ύψιστης σημασίας (Withworth, 2016), ειδικότερα όταν αναφερόμαστε στο τραύμα, το οποίο βιώνεται, εκφράζεται και νοηματοδοτείται πολύ διαφορετικά από κοινωνία σε κοινωνία. Η εξατομίκευση του υλικού αποτελεί μια σημαντική διάσταση, σύμφωνα με τους Hobfoll et al. (2008), στην παροχή της ψυχοεκπαίδευσης, που δεν πρέπει να αμελείται.

Τέλος, σύνηθες είναι το φαινόμενο κατά το οποίο οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις, πέρα από τα σχετικά με το τραύμα στοιχεία, ενσωματώνουν στοιχεία της ειδικής κατάστασης του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται, όπως π.χ. η εγκυμοσύνη (Rowe et al., 2014), η συντροφική βία (Kaslow et al., 2010), η σεξουαλική κακοποίηση (Miller et al., 2015), το δάγκωμα φιδιού (Wijesinghe et al., 2015) η επιστροφή των παιδιών στη φυσιολογική μάθηση (Als et al., 2015) ή γενικά θέματα, όπως η φροντίδα του εαυτού, η εμπιστοσύνη και η ασφάλεια, η διατροφή (Anderson & Najavits, 2014· Cohen et al., 2013· Niles et al., 2012). Η ψυχοεκπαίδευση άλλωστε είναι η κατεξοχήν θεραπευτική μέθοδος που απευθύνεται σε αυτά τα θέματα και εξορισμού μπορεί να προσαρμοστεί, ώστε να αφορά ένα μεγάλο εύρος διαφορετικών καταστάσεων.

## 5.3 Αναφορά των περιορισμών

### 5.3.1 Σε επίπεδο της συστηματικής ανασκόπησης

Η παρούσα εργασία έχει φυσικά περιορισμούς. Αρχικά, όσον αφορά τη στρατηγική αναζήτησης, η αναζήτηση έλαβε χώρα σε δύο μόνο –αν και αξιόλογες- βιβλιογραφικές βάσεις. Είναι πιθανό μια περισσότερο διευρυμένη αναζήτηση, που θα περιλάμβανε περισσότερες βιβλιογραφικές βάσεις αλλά και άλλες πηγές, όπως επιστημονικά περιοδικά που ειδικεύονται στο τραύμα και στο στρες, όπως και στην ψυχοεκπαίδευση, καθώς και αδημοσίευτη βιβλιογραφία να είχε ως αποτέλεσμα περισσότερες κατάλληλες μελέτες. Ακόμα, παρόλο που η αναζήτηση δεν περιορίστηκε στην αγγλική γλώσσα, η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών ήταν στα αγγλικά.

Ένας ακόμα περιορισμός αναφέρεται στις μεθοδολογικές επιλογές της παρούσας εργασίας και συγκεκριμένα, στην απόφαση σχετικά με το ποιες θεωρούνται καθαρά ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις και μέχρι ποιο σημείο η εισαγωγή στοιχείων από άλλες παρεμβάσεις στην ψυχοεκπαίδευση θα μπορούσε να θεωρηθεί αποδεκτή. Στην παρούσα εργασία θεωρήθηκε καλύτερο να μην συμπεριληφθούν ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις με ενεργά στοιχεία άλλων γνωστών θεραπειών, ωστόσο αυτή είναι μια επιλογή με την οποία άλλοι ερευνητές ενδεχομένως να διαφωνούν.

Τέλος, ένας άλλος περιορισμός αφορά την ετερογένεια μεταξύ των μελετών που συμπεριλήφθησαν στη μετα-ανάλυση. Ενώ η ετερογένεια αντιμετωπίστηκε με αναλύσεις σε υποομάδες και με την επιλογή του μοντέλου των τυχαίων επιδράσεων ως μοντέλο σύνθεσης των δεδομένων, είναι πιθανόν τα διαφορετικά χαρακτηριστικά των μελετών να έχουν επηρεάσει το αποτέλεσμα. Λόγω του μικρού αριθμού των μελετών δεν επιχειρήθηκαν περισσότερες αναλύσεις, ώστε να διερευνηθεί η επίδραση χαρακτηριστικών, όπως η διάρκεια ή το περιεχόμενο της ψυχοεκπαίδευσης και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων του δείγματος, που θα μπορούσαν ενδεχομένως να έχουν μεσολαβητική επίδραση. Η ετερογένεια μεταξύ των μελετών εκφράστηκε και με τον δείκτη  $I^2$ , οι τιμές του οποίου ερμηνεύτηκαν σχεδόν πάντα ως ουσιαστική ετερογένεια.

### 5.3.2 Σε επίπεδο μελετών

Ένας περιορισμός αναφέρεται στον μικρό αριθμό των μελετών που ανέκυψαν από την αναζήτηση και συμπεριλήφθησαν στη μετα-ανάλυση. Καθώς οι μελέτες είχαν σημαντικές διαφορές σχετικά με τα διάφορα χαρακτηριστικά τους, έγινε ανάλυση σε υπο-ομάδες, με αποτέλεσμα κάθε κατηγορία να απαρτίζεται από ακόμα λιγότερες μελέτες από τις κατάλληλες μελέτες στο σύνολό τους. Έτσι, μόνο η κατηγορία της συνήθους θεραπείας είχε παραπάνω από μία μελέτη αλλά ακόμα και σε αυτήν την κατηγορία ο συνολικός αριθμός των μελετών ήταν μικρός. Το μικρό δείγμα των μελετών αποτελεί, επίσης, έναν σημαντικό περιορισμό στην αξιόπιστη ερμηνεία των ελέγχων για το συστηματικό σφάλμα δημοσίευσης και της επίδρασης του φαινομένου των μικρών μελετών.

Όσον αφορά την ποιότητα των μελετών, επαναλήφθηκε η ανάλυση μόνο για τις αρτιότερες μεθοδολογικά μελέτες, δηλαδή αυτές που ο κίνδυνος μεροληψίας τους θεωρήθηκε χαμηλός ως προς τις παραμέτρους της τυχαιοποίησης και της απόκρυψης της τυχαιοποίησης. Ωστόσο, δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα η φτωχή μεθοδολογική ποιότητα κάποιων μελετών όσον αφορά τις υπόλοιπες παραμέτρους να έχει επηρεάσει τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης.

## 5.4 Συμπεράσματα και κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας βρίσκονται σε συμφωνία με προηγούμενες ανασκοπήσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης στα πλαίσια του τραυματικού στρες (Wessely et al., 2008 Whitworth, 2016), οι οποίες επισημαίνουν την ασάφεια μεταξύ των ευρημάτων των διαφορετικών μελετών. Έτσι, και στην παρούσα εργασία δεν ανιχνεύτηκε κάποια ξεκάθαρη διαφορά μεταξύ της ψυχοεκπαίδευσης και της συνήθους θεραπείας. Φαίνεται ότι η έρευνα στο χώρο της ψυχοεκπαίδευσης για το τραυματικό στρες είναι ακόμα πρόωρη (Southwick, 2008) και δεν έχει φτάσει ακόμα στο σημείο εκείνο, που να επιτρέπει την εξαγωγή ενός αξιόπιστου συμπεράσματος σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης.

Πλήθος παραγόντων εμπλέκονται σε αυτήν τη διαδικασία, οι οποίοι σχολιάστηκαν αναλυτικότερα στις προηγούμενες σελίδες, καθώς και στο θεωρητικό μέρος της εργασίας,



όπως ο ρόλος της θεωρίας και τα όρια μεταξύ των θεραπειών, η ετερογένεια των διαφορετικών παρεμβάσεων, η άνιση σύγκριση μεταξύ της ψυχοεκπαίδευσης και των άλλων θεραπειών, καθώς και μεθοδολογικά ζητήματα των συγκεκριμένων μελετών αλλά και της παρούσας εργασίας. Αλλά και θεωρητικά, είναι απαραίτητο πρώτα να υπάρξει μια γενική συμφωνία ως προς το τι συνιστά ο όρος ψυχοεκπαίδευση, καθώς δε χρησιμοποιείται πάντοτε με συνέπεια (Lukens & McFarlane, 2004 Southwick et al., 2008), γεγονός που φάνηκε και στο περιεχόμενο του ψυχοεκπαιδευτικού υλικού των παρεμβάσεων που συμπεριλήφθησαν στην παρούσα εργασία. Ακόμα σημαντικότερο, όμως, είναι να επιτευχθεί συμφωνία ως προς το τι συνιστά ο όρος καλή ψυχοεκπαίδευση (Krupnick & Green, 2008), και έπειτα να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά της. Το πεδίο της ψυχοεκπαίδευσης, λοιπόν, είναι ακόμα υπό διαμόρφωση, τόσο εννοιολογικά, όσο και από άποψη περιεχομένου.

Σε αυτό το σημείο μπορεί να ειπωθεί ότι η ψυχοεκπαίδευση φαίνεται να είναι μια ουδέτερη θεραπευτική προσέγγιση, με αποτελέσματα παρόμοια με αυτά της συνήθους θεραπείας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, θα μπορούσε να αποβεί επιζήμια, όταν εστιάζει μόνο στα συμπτώματα, ή υποσχόμενη και ωφέλιμη, όταν προσανατολίζεται στην ανθεκτικότητα. Ακόμα, αναμένεται να είναι περισσότερο αποτελεσματική, όταν συνδυάζεται με διδασκαλία δεξιοτήτων, προσφέρεται στο πλαίσιο μιας σχέσης εμπιστοσύνης και προσαρμόζεται στην κουλτούρα των ατόμων στα οποία απευθύνεται. Ωστόσο, μέχρι στιγμής όλα αυτά αποτελούν μόνο υποθέσεις ή προσδοκίες, καθώς δεν έχουν διεξαχθεί ακόμη κατάλληλες μελέτες που να επιτρέπουν τον έλεγχο τους. Είναι, όμως, σημαντικό να διερευνηθούν αυτές οι υποθέσεις, καθώς η ψυχοεκπαίδευση είναι μια οικονομική θεραπευτική μέθοδος που έχει τη δυνατότητα να απευθυνθεί σε πολλά άτομα ταυτόχρονα, επομένως ενδείκνυται για τραυματικές καταστάσεις (Ruzek, 2008).

Επίσης, ακόμα κι αν δεν μπορεί να ειπωθεί με βεβαιότητα, εάν η ψυχοεκπαίδευση είναι αποτελεσματική ή όχι στη βελτίωση των συμπτωμάτων των ατόμων, αρκετές είναι οι μελέτες που αναδεικνύουν τα οφέλη της σε άλλους τομείς, όπως η ανάγκη για έγκυρη ενημέρωση σχετικά με τη διαταραχή (Shannon, 2014), η αξιολόγησή της ως βοηθητική (Scholes et al., 2007) ή χρήσιμη και ευκόλως κατανοήσιμη από τα άτομα που τη δοκίμασαν (Pratt, 2005), η αύξηση των γνώσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τη διαταραχή (Pratt, 2005· Prost, 2013) και η αύξηση της συνέπειας στη φαρμακευτική αγωγή (Prost, 2013). Επομένως, θα ήταν άδικο να απορριφθεί ως θεραπευτική παρέμβαση, τουλάχιστον προτού

γίνουν προσπάθειες βελτίωσής της και ένταξής της σε ένα συνεκτικό θεωρητικό πλαίσιο (Ruzek, 2008). Άλλωστε, το γεγονός ότι κάποια είδη ψυχοεκπαίδευσης αποδείχθηκαν αδρανή ή αναποτελεσματικά δε συνεπάγεται απαραίτητα ότι και άλλες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις θα έχουν τους ίδιους περιορισμούς (Ruzek, 2008).

Στην περίπτωση όπου, ακόμα και τότε αποδεικνυόταν αναποτελεσματική, τότε θα έπρεπε απαραίτητως να επανεξεταστούν οι στόχοι της αλλά και να εδραιωθούν θεωρητικά, με τον τρόπο που προτείνει ο Ruzek (2008), ώστε να διαμορφωθούν ξεκάθαροι και ρεαλιστικοί στόχοι και προσδοκίες από την εφαρμογή της, βασισμένοι σε μια θεωρία για την παροχή πληροφοριών σχετικά με το τραύμα. Άλλωστε, η ψυχοεκπαίδευση ανήκει στις απλές θεραπευτικές προσεγγίσεις, σύμφωνα με τον Colom (2011), και αυτό σημαίνει ότι και οι στόχοι της είναι πιο περιορισμένοι σε σχέση με άλλες γνωστές και εμπειρικά τεκμηριωμένες θεραπείες, όπως π.χ. η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία. Επομένως, ενδέχεται να προσδοκάμε κάτι από την ψυχοεκπαίδευση, το οποίο ίσως δεν έχει τη δυνατότητα να επιτύχει.

Η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί κομμάτι άλλων θεραπειών που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές για το μετατραυματικό στρες (Schnyder et al., 2015· Whitworth, 2016), όπως π.χ. η παρατεταμένη θεραπεία έκθεσης (prolonged exposure therapy). Ο ρόλος της, λοιπόν, μπορεί να είναι χρήσιμος, όχι στη μείωση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες καθαυτών, αφού αυτός είναι ο στόχος και το αποτέλεσμα των μηχανισμών όλης της θεραπείας, αλλά σε επιμέρους στόχους, όπως π.χ. η ενημέρωση των ασθενών, η αύξηση των γνώσεών τους, η αναγνώριση και η φυσιολογικοποίηση των συμπτωμάτων. Άλλωστε, ειδικά στην τελευταία περίπτωση, ο ρόλος της ψυχοεκπαίδευσης είναι βασικός (Southwick et al., 2008). Χαρακτηριστικά οι Southwick et al. (2008) σημειώνουν: *«χωρίς αναγνώριση ή συνειδητοποίηση, δε θα υπάρξει θεραπεία»* και *«η ψυχοεκπαίδευση μπορεί να σώσει τη ζωή κάποιου, όταν οδηγεί σε παραπομπή και θεραπεία»* (σ. 304). Οι έρευνες μέχρι σήμερα, ωστόσο, δεν έχουν αξιολογήσει, εάν η ομαλοποίηση των συμπτωμάτων είναι ένας στόχος που έχει επιτευχθεί (Ruzek, 2008).

Έτσι, καθώς η ομαλοποίηση των συμπτωμάτων αναφέρεται μεταξύ των στόχων της (Phoenix, 2007· Southwick, 2008), ίσως θα ήταν πιο θεμιτό να είναι αυτός ο βασικός της στόχος και όχι η θεραπεία των συμπτωμάτων καθαυτή. Άλλωστε, υπάρχει ένα σκεπτικό πίσω από το πώς η παροχή πληροφοριών μπορεί να οδηγήσει στην ομαλοποίηση των συμπτωμάτων, κάνοντας το άτομο να συνειδητοποιήσει ότι δεν είναι τρελό και ότι τα

συμπτώματά του είναι φυσιολογικοί απότοκοι του τραύματος, ενώ δεν είναι ξεκάθαρο ακόμη, εάν η ομαλοποίηση αυτή από μόνη της αρκεί, για να βελτιώσει τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες (Ruzek, 2008).

Τέλος, η έρευνα για την ψυχοεκπαίδευση στα πλαίσια του τραυματικού στρες δεν θεωρείται ολοκληρωμένη, εάν δεν συμπεριλάβει όλη τη διαδικασία της, όπως το βαθμό της πρόσληψής της από τον δέκτη, το βαθμό στον οποίο πράγματι κατανοήθηκε, εάν οδήγησε σε αλλαγές στις γνώσεις και τις στάσεις και φυσικά το περιεχόμενό της (Creamer & O'Donnell, 2008), καθώς και το πότε και για ποιον οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις δεν έχουν αποτέλεσμα (Kilpatrick et al., 2008· Lukens & McFarlane, 2004). Μέχρι τότε, αυτό που φαίνεται να ισχύει είναι ότι η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί μια ουδέτερη παρέμβαση, που δε διαφέρει από τη συνήθη θεραπεία στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες αλλά χρήζει περαιτέρω εμπειρικής διερεύνησης, καθώς δυνητικά μπορεί να έχει οφέλη σε άλλους τομείς.

## Βιβλιογραφικές αναφορές

Οι αναφορές με αστερίσκο συμπεριλήφθηκαν στις μετα-αναλύσεις.

- \*Als, L. C., Nadel, S., Cooper, M., Vickers, B., & Garralda, M. E. (2015). A supported psychoeducational intervention to family mental health following discharge from pediatric intensive care: feasibility and pilot randomized control trial. *BMJ Open*, 5, e009581. Doi: 10.1136/bmjopen-2015-009581
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>rd</sup> ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington (DC): Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washington (DC): Author.
- Anderson, M. L., & Najavits, L. M. (2014). Does Seeking Safety Reduce PTSD Symptoms in Women Receiving Physical Disability Compensation? *Rehabilitation Psychology*, 59(3), 349-353. Doi: 10.1037/a0036869
- Αρχαγγελίδης, Θ. (2013). Το φαινόμενο της μεροληψίας δημοσίευσης στις επιστήμες υγείας: Παρουσίαση στατιστικών μεθόδων για την αντιμετώπισή του. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(3), 340-354.
- Authier, J. (1977). The psychoeducational model: definition, contemporary roots and content. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 12(1), 15-22.
- Bäumli, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), S1-S9. Doi: 10.1093/schbul/sbl017
- Bhattacharjee, D., Rai, A. K., Singh, N. K., Kumar, P., Munda, S. K., & Das, B. (2011). Psychoeducation: A measure to strengthen psychiatric treatment. *Delhi Psychiatric Journal*, 14(1), 33-39. <http://imsear.hellis.org/handle/123456789/159329>
- Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2212-2220. Doi: 10.1016/j.brat.2006.12.006
- Bisson, J. (2009). Psychological and social theories of post-traumatic stress disorder. *Psychiatry*, 8(8), 290-292. Doi: 10.1016/j.mppsy.2009.05.003

- Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015). Psychoeducation: definition, historique, interet et limites. *Annales Medico-Psychologiques*, *173*, 79–84. Doi: 10.1016/j.amp.2014.12.001
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2009). Criticisms of meta-analysis. In *Introduction to Meta-analysis* (σ.σ. 377-387). Chichester, UK: Wiley.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *61*(7), 22-32.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, *47*, 923-929. Doi: 10.1177/070674370204701003
- Breslau, N., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2008). A second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: a prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry*, *65*(4), 431-437. Doi: 10.1001/archpsyc.65.4.431
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy* *39*, 373–393. Doi: 10.1016/S0005-7967(00)00087-5
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-Analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(5), 748-766. Doi: 10.1037//0022-006X.68.5.748
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, *103*(4), 670-686. Doi: 10.1037//0033-295X.103.4.670
- Briere, J., & Scott, C. (2014). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment* (2nd ed.). DSM-5 update. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Briere, J., & Lanktree, C. B. (2013). *Integrative Treatment of Complex Trauma for Adolescents (ITCT-A) Treatment Guide* (2nd ed). Ανακτήθηκε 25/01/2017 από: <http://keck.usc.edu/adolescent-trauma-training-center/wp-content/uploads/sites/169/2016/06/ITCT-A-TreatmentGuide-2ndEdition-rev20131106.pdf>
- Brouzos, A., Vassilopoulos, S. P. & Baourda, V. C. (2014). Members' perceptions of person-centered facilitative conditions and their role in outcome in a psychoeducational group for childhood social anxiety. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. Doi: 10.1080/14779757.2014.965843

- Bryant, R. A., & Guthrie, R. M. (2005). Maladaptive appraisals as a risk factor for posttraumatic stress: A study of trainee firefighters. *Psychological Science, 16*(10), 7-49-752. Doi: 10.1111/j.1467-9280.2005.01608.x
- Γαλάνης, Π. (2009). Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 26*(6), 826-841.
- Chądzyńska, M., & Charzyńska, K. (2011). The participation of patients with schizophrenia in psychoeducation– the analyses from the patient’s perspective. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2*, 67-72.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (rev. ed). New York: Academic Press.
- Cohen, L. R., Field, C., Campbell, A. N. C., & Hien, D. A. (2013). Intimate partner violence outcomes in women with ptsd and substance use: A secondary analysis of nida clinical trials network "women and trauma" multi-site study. *Addictive Behaviors, 38*(7), 2325-2332. Doi: 10.1016/j.addbeh.2013.03.006
- Colom, F. (2011). Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. *The British Journal of Psychiatry, 198*, 338-340. Doi: 10.1192/bjp.bp.110.090209
- Creamer, M., & O’Donnell, M. (2008). The pros and cons of psychoeducation following trauma: Too early to judge? *Psychiatric, 71*(4), 319-321. Doi: 10.1521/psyc.2008.71.4.319
- Dai, W., Chen, L., Tan, H., Wang, J., Lai, Z., Kaminga, A. C. , ... Liu, A. (2016). Association between social support and recovery from post-traumatic stress disorder after flood: a 13–14 year follow-up study in Hunan, China. *BMC Public Health, 16*(1), 194-202. Doi 10.1186/s12889-016-2871-x
- Daniells, S. (2016). Meta-analysis supports inulin’s cholesterol busting potential. Ανακτήθηκε από <http://www.nutraingredients-usa.com/Research/Inulin-health-benefits-extend-to-cholesterol-reduction-Meta-analysis>
- Deeks, J. J., Higgins, J. P. T., & Altman, D. G. (2011). Analysing data and undertaking meta-analyses. In Higgins, J. P. T., & Green, S. (Eds). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration. Ανακτήθηκε από [www.handbook.cochrane.org](http://www.handbook.cochrane.org)
- DerSimonian, R., & Laird, N. (1986). Meta-analysis in clinical trials. *Controlled Clinical Trials, 7*, 177-188. Doi: 10.1016/0197-2456(86)90046-2

- Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 7(1), 79-87. Doi: 10.1186/1741-7015-7-79
- Egger, M., Smith, G.D., Schneider, M., & Minder, C. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *British Medical Journal*, 315, 629-634. Doi: 10.1136/bmj.315.7109.629
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345. Doi: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0
- Field, A. (2003). Can meta-analysis be trusted? *The Psychologist*, 16(12), 642-645.
- Foa, E., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional Processing Theory: An Update. In Rothbaum, B. O. (Ed.) *Pathological Anxiety: Emotional Processing in Etiology and Treatment* (pp. 4-24). Guilford Publications.
- Foa, E., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35. Doi: 10.1037/0033-2909.99.1.20
- Frans Ö., Rimmö, P-A, Åberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 291–299. Doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00463.x
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*, 27, 78-91, Doi: 10.1093/epirev/mxi003
- Getachew, H., Dimic, S., & Priebe, S. (2009). Is psychoeducation routinely provided in the UK? Survey of community mental health teams. *Psychiatric Bulletin*, 33, 102-103. Doi: 10.1192/pb.bp.107.018 077
- Ghafoori, B., Barragan, B., Tohidian, N., & Palinkas, L. (2012). Racial and ethnic differences in symptom severity of PTSD, GAD, and depression in trauma-exposed, urban, treatment-seeking adults. *Journal of Traumatic Stress*, 25(1), 106–110. Doi:10.1002/jts.21663
- \*Ghafoori, B., Fisher, D., Korosteleva, O., & Hong, M. (2016). A randomized, controlled pilot study of a single-session psychoeducation treatment for urban, culturally diverse, trauma-exposed adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(6), 421-430. Doi: 10.1097/NMD.0000000000000512
- Glass, G. (1976). Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educational Researcher*, 5(10), 3-8.
- Higgins J. P. T., Altman D. G, Sterne J. A. C. (2011). Assessing risk of bias in included studies. In Higgins, J. P. T., & Green, S. (Eds). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of*

*Interventions* Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration.  
Ανακτήθηκε από [www.handbook.cochrane.org](http://www.handbook.cochrane.org)

Higgins, J. P. T., & Green, S. (Eds). (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration.  
Ανακτήθηκε από [www.handbook.cochrane.org](http://www.handbook.cochrane.org)

Higgins, J. P. T., & Thompson, S. G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine*, 21, 1539-1558. Doi: 10.1002/sim.1186

Hobfoll, S. E., Walter, K. H., & Horsey, K. J. (2008). Dose and fit are vital to intervention success. *Psychiatric*, 71(4), 308-318. Doi: 10.1521/psyc.2008.71.4.308

Huedo-Medina, T. B., Sanchez-Meca, J., Marin-Martinez, F., & Botella, J. (2006). Assessing heterogeneity in meta-analysis: Q Statistic or I2 Index? *Psychological Methods*, 11(2), 193-206. Doi: 10.1037/1082-989X.11.2.193

Juni, P., Altman, D. P., & Egger, M. (2001). Systematic reviews in health care: Assessing the quality of controlled clinical trials. *British Medical Journal*, 323, 42-46. Doi: 10.1136/bmj.323.7303.42

Καράσσα, Φ. Β. (2006). Αρχές και μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας. *Ελληνική Ρευματολογία*, 17(4), 289-297. Ανακτήθηκε από [http://www.iatrikionline.gr/revmatol\\_4\\_06/01.pdf](http://www.iatrikionline.gr/revmatol_4_06/01.pdf)

\*Kaslow, N. J., Leiner, A. S., Reviere, S., Jackson, E., Bethea, K., Bhaju, J., ... Thompson, M. P. (2010). Suicidal, abused African American women's response to a culturally informed intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(4), 449-458. Doi: 10.1037/a0019692

Kilpatrick, D. G., Cogle, J. R., & Resnick, H. S. (2008). Reports of the death of Psychoeducation as a preventative treatment for posttraumatic psychological distress are exaggerated. *Psychiatric*, 71(4), 322–328. Doi:10.1521/psyc.2008.71.4.322

Koelkebeck, K., Andlauer, O., Jovanovic, N., & Giacco, D. (2015). Interventions for posttraumatic stress disorder in psychiatric practice across Europe: a trainees' perspective. *European Journal of Psychotraumatology*, 6. Doi: 10.3402/ejpt.v6.27818

Krupnick, J. L., & Green, B. L. (2008). Psychoeducation to prevent PTSD: A paucity of evidence. *Psychiatric*, 71(4), 329-331. Doi: 10.1521/psyc.2008.71.4.329



- \*Littleton, H., Grills, A. E., Kline, K. D., Schoemann, A. M., & Dodd, J. C. (2016). The From Survivor to Thriver program: RCT of an online therapist-facilitated program for rape-related PTSD. *Journal of Anxiety Disorders, 43*, 41-51. Doi: 10.1016/j.janxdis.2016.07.010
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidenced-based practice: Considerations for practice, research and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 4*(3), 205-225. Doi: 10.1093/brief-treatment/mhh019
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... PRISMA-P Group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocol (PRISMA-P) 2015 statement. *BioMed Central, 4*(1). Doi: 10.1186/2046-4053-4-1
- \*Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(4), 579-587. Doi: 10.1037/0022-006X.72.4.579
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(3), 409-418. Doi: 10.1037/0022-006X.60.3.409
- Nikolakopoulou, A., Mavridis, D., & Salanti, G. (2014). Demystifying fixed and random effects meta-analysis. *Evidence Based Mental Health, 17*, 53-57. Doi: 10.1136/eb-2014-101795
- \*Niles, B. L., Klunk-Gillis, J., Ryngala, D. J., Silberbogen, A. K., Paysnick, A., & Wolf, E. J. (2012). Comparing mindfulness and psychoeducation treatments for combat-related PTSD using a telehealth approach. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(5), 538-547. Doi: 10.1037/a0026161
- Oflaz, F., Hatipoğlu, S., & Aydin, H. (2008). Effectiveness of psychoeducation intervention on post-traumatic stress disorder and coping styles of earthquake survivors. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 677-687. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02047.x
- Phoenix, B. J. (2007). Psychoeducation for survivors of trauma. *Perspectives in Psychiatric Care, 43*(3), 123-131. Doi: 10.1111/j.1744-6163.2007.00121.x
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*, 46-59. Doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x
- Pietrzak, R. H., el-Gabalawy, R., Tsai, J., Sareen, J., Neumeister, A., & Southwick, S. M. (2014). Typologies of posttraumatic stress disorder in the U.S. adult population. *Journal of Affective Disorders 162*, 102–106, Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.024>

- Pratt, S. I., Rosenberg, S., Mueser, K. T., Brancato, J., Salyers, M., Jankowski, M. K., & Descamps, M. (2005). Evaluation of a PTSD psychoeducational program for psychiatric inpatients. *Journal of Mental Health, 14*(2), 121-127. Doi: 10.1080/09638230500066356
- Prost, E., Musisi, S., Okello, E. S., & Hopman, W. M. (2013). The role of psycho-education in improving outcome at a general hospital psychiatry clinic in Uganda. *African Journal of Psychiatry, 16*, 264-270. Doi: 10.4314/ajpsy.v16i4.35
- Ried, K. (2006). Interpreting and understanding meta-analysis graphs: A practical guide. *Australian Family Physician, 35*(8), 635-638.
- Roberts, A. L., Gilman, S. E., Breslau, J., Breslau, N., & Koenen, K. C. (2011). Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment seeking for post-traumatic stress disorder in the United States. *Psychological Medicine, 41*(1), 71–83. Doi: 10.1017/S0033291710000401
- Roe-Sepowitz, D. E., Bedard, L. E., Pate, K. N., & Hedberg, E. C. (2014). Esuba: A psychoeducation group for incarcerated survivors of abuse. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 58*(2), 190–208. Doi: 10.1177/0306624X12465410
- Rosenthal, R. (1979). The “file drawer problem” and tolerance for null results. *Psychological Bulletin, 86*(3), 638-641. Doi: 10.1037/0033-2909.86.3.638
- Rowe, H., Sperlich, M., Cameron, H., & Seng, J. (2014). A quasi-experimental outcomes analysis of a psychoeducation intervention for pregnant women with abuse-related posttraumatic stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 43*, 282-293. Doi: 10.1111/1552-6909.12312
- Rummel-Kluge, C., Kluge, M., & Kissling, W. (2013). Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: Results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC Psychiatry, 13*, 170-174. Doi: 10.1186/1471-244X-13-170
- Ruzek, J. I. (2008). Wanted: A theory of post-trauma information delivery. *Psychiatric, 71*(4), 332-338. Doi: 10.1521/psyc.2008.71.4.332
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P. R., Resich, P. A., ... Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology, 6*. Doi: 10.3402/ejpt.v6.29481
- \*Scholes, C., Turpin, G., & Mason, S. (2007). A randomized controlled trial to assess the effectiveness of providing self-help information to people with symptoms of acute stress

- disorder following a traumatic injury. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2527-2536. Doi: 10.1016/j.brat.2007.06.009
- Sedgwick, P. (2013). Meta-analyses: how to read a funnel plot. *British Medical Journal*, 346, f1342. Doi: 10.1136/bmj.f1342
- Shannon, P. J. (2014). Refugees' advice to physicians: how to ask about mental health. *Family Practice*, 31(4), 462-466. Doi: 10.1093/fampra/cmu017
- \*Shipherd, J. C., Salters-Pedneault, K., & Fordiani, J. (2016). Evaluating postdeployment training for coping with intrusive cognition: A comparison of training approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(11), 960-971. Doi: 10.1037/ccp0000136
- Southwick, S., Friedman, M., & Krystal, J. (2008). Does Psychoeducation helps prevent posttraumatic psychological distress? In reply. *Psychiatry*, 71(4), 303-307. Doi: 10.1521/psyc.2008.71.4.303
- Stein, M. B., Walker, J. R., & Forde, D. R. (2000). Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 38, 619-628. Doi: 10.1016/S0005-7967(99)00098-4
- Sterne, J. A. C., & Harbord, R. M. (2004). Funnel plots in meta-analysis. *The Stata Journal*, 4(2), 127-141.
- Sterne, J. A. C., Sutton, A. J., Ioannidis, J. P. A., Terrin, N., Jones, D. R., Lau, J., ... Higgins, J. P. T. (2011). Recommendations for examining and interpreting funnel plot asymmetry in meta-analyses of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 342, d4002. Doi: 10.1136/bmj.d4002
- Summerfield, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ*, 322, 95-98. Doi: 10.1136/bmj.322.7278.95
- Swaminath, G. (2009). Psychoeducation. *Indian Journal of Psychiatry*, 51, 171-172. Doi: 10.4103/0019-5545.55082
- Tarrier, N., Liversidge, T., & Gregg, L. (2006). The acceptability and preference for the psychological treatment of PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1643-1656. Doi: 10.1016/j.brat.2005.11.012
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992. Doi: 10.1037/0033-2909.132.6.959

- Trepasso-Grullon, E. (2012). Differences among ethnic groups in trauma type and PTSD symptom severity. *Graduate Student Journal of Psychology, 14*, 102-112.
- \*Turpin, G., Downs, M., & Mason, S. (2005). Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 187*, 76-82. Doi: 10.1192/bjp.187.1.76
- Τσιάρρα, Χ., Παρασκευά, Δ., Ποθάκος, Π., Δημήτσας-Δημόπουλος, Δ., & Νικολόπουλος, Γ. (2011). Περιγραφή της μεθοδολογίας της μετα-ανάλυσης με παράθεση παραδείγματος από το χώρο της περιοδοντολογίας. *Στοματολογία, 68*(2), 63-71.
- von Hippel, P. T. (2015). The heterogeneity statistic  $I^2$  can be biased in small meta-analyses. *BMC Medical Research Methodology, 15*(35). Doi: 10.1186/s12874-015-0024-z
- Wessely, S., Bryant, R. A., Greenberg, N., Earnshaw, M., Sharpley, J., & Hacker Hughes, J. (2008). Does Psychoeducation helps prevent posttraumatic psychological distress? *Psychiatry, 71*(4), 287-302. Doi: 10.1521/psyc.2008.71.4.287
- Whitworth, J. D. (2016). The role of psychoeducation in trauma recovery: Recommendations for content and delivery. *Journal of Evidence-Informed Social Work*. Doi: 10.1080/23761407.2016.1166852
- Wijesinghe, C. A. Williams, S. S., Kasturiratne, A., Dolawaththa, N., Wimalaratne, P., Wijewickrema, B., ... de Silva, H. J. (2015). A Randomized Controlled Trial of a Brief Intervention for Delayed Psychological Effects in Snakebite Victims. *PLOS Neglected Tropical Diseases, 9*(8), e0003989. Doi: 10.1371/journal.pntd.0003989
- Woodward, M. J., Eddinger, J., Henschel, A. V., Dodson, T. S., Tran, H. N., & Beck, J. G. (2015). Social support, posttraumatic cognitions, and PTSD: The influence of family, friends, and a close other in a interpersonal and non-interpersonal trauma group. *Journal of Anxiety Disorders, 35*, 60-67. Doi: 10.1016/j.janxdis.2015.09.002
- \*Yeomans, P. D., Forman, E. M. Herbert, J. D., & Yuen, E. (2010). A randomized trial of a reconciliation workshop with and without PTSD psychoeducation in Burundian sample. *Journal of Traumatic Stress, 23*(3), 305-312. Doi: 10.1002/jts.20531