

Περιγραφή γνωσιακής θεραπείας γυναίκας με καταθλιπτική διαταραχή, απόπειρα αυτοκτονίας και στοιχεία αγχώδους διαταραχής πανικού: μια μελέτη περίπτωσης

Αριστοτέλης Κοϊνης¹, Μαρία Καπουράλου², Αντωνία Προυντζοπούλου³,
Αικατερίνη Γαμβρούλα⁴, Μαρία Σαρίδη⁵

1. Ψυχολόγος M.A, MSc, Ph.D(c), Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας
2. Ψυχολόγος MSc, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας
3. Ειδικευόμενη Ιατρός Χειρουργικής, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας
4. Ψυχίατρος Επιμελήτρια Β', Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης
5. PhD, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή αποτελούν τις πλέον ερευνητικά κατοχυρωμένες ως προς την αποτελεσματικότητα και περισσότερο δοκιμασμένες ειδικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και της αγχώδους διαταραχής πανικού.

Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης περίπτωσης είναι να καταδείξει τα οφέλη από την εφαρμογή της γνωσιακής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή και αγχώδη διαταραχή πανικού.

Παρουσίαση περίπτωσης: Γυναίκα 62 ετών εισήχθη λόγω απόπειρας αυτοκτονίας. Έγινε χειρουργική επέμβαση, λόγω προσπάθειας να κόψει το λαιμό της με μαχαίρι και νοσηλεύτηκε στη Χειρουργική Κλινική για δυο εβδομάδες. Στο πλαίσιο της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής, έγινε παραπομπή από τους θεράποντες ιατρούς για ψυχιατρική και ψυχολογική εκτίμηση και παρακολούθηση. Αφού έγινε διαφοροδιάγνωση από τη διπολική διαταραχή, σύμφωνα με το ICD-10 (ταξινόμικό σύστημα ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς), ακολούθησε εφαρμογή γνωσιακής ψυχοθεραπείας (46 συνεδρίες) με ταυτόχρονη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.

Συμπεράσματα: Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή φάνηκε να αποτελεί κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση της καταθλιπτικής διαταραχής και της αγχώδους διαταραχής πανικού.

Λέξεις – Κλειδιά: γνωσιακή, ψυχοθεραπεία, καταθλιπτική διαταραχή, άγχος, αγωγή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αρχική σύλληψη της γνωσιακής ψυχοθεραπείας από τον Beck (1967), αφορούσε κυρίως σε μια βραχεία, εστιασμένη στο πρόβλημα, μορφή ψυχοθεραπείας για την κατάθλιψη, παρότι ο Beck σημείωσε εξαρχής τις δυνατότητες εφαρμογής της στις αγχώδεις διαταραχές. Σήμερα, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία έχει το χαρακτήρα μιας ενεργητικής, κατευθυντικής, βραχείας, δομημένης ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης με ποικίλες εφαρμογές στο σύνολο σχεδόν των ψυχικών διαταραχών (Clark & Steer 1996). Η πιο δημοφιλής από τις γνωσιακές προσεγγίσεις για την κατάθλιψη, είναι αυτή του Aaron Beck (Beck et al 1979), η οποία επεκτάθηκε ώστε να καλύψει και τη θεραπεία για τις διαταραχές προσωπικότητας και τις αγχώδεις διαταραχές.

Η κατάθλιψη, ως παθολογική οντότητα, διαταράσσει τη σκέψη, τη συμπεριφορά, αλλά και τις φυσιολογικές λειτουργίες του ατόμου. Το άτομο εμφανίζεται απαισιόδοξο, αρνητικό με έντονες ιδέες ενοχής και αναξιοσύνης, ενώ συγχρόνως παραμελεί τη προσωπική του εμφάνιση, αλλά και τις δραστηριότητές του, επαγγελματικές και κοινωνικές. Εμφανίζει ακόμη διαταραχές στον ύπνο, την πρόσληψη τροφής και του σεξουαλικού ενδιαφέροντος, ενώ πολλές φορές αιτιάται και σωματικές ενοχλήσεις. Σύμφωνα με τη θεωρία του Beck, στον καταθλιπτικό ασθενή διαταράσσεται η σκέψη τόσο στο περιεχόμενό της (καταθλιπτική τριάδα), όσο και στη λειτουργία μέσω των διεργασιών λαθών, αλλά και στη δομή της μέσω της ενεργοποίησης των καταθλιπτικών σχημάτων. Η σκέψη στο περιεχόμενό της εμφανίζει την καταθλιπτική τριάδα μέσα από την οποία ο ασθενής αντιλαμβάνεται και θεωρεί αρνητικά τον εαυτό του, τον κόσμο γύρω του και το μέλλον (Ευθυμίου 2002). Τον εαυτό του τον βλέπει ως ένα ανεπαρκές άτομο, ανάξιο, ανεπιθύμητο και ελαττωματικό σε όλους τους τομείς, κοινωνικό, διανοητικό, ψυχολογικό και ηθικό. Τον κόσμο γύρω του τον αντιμετωπίζει ως ιδιαίτερα απαιτητικό και απορριπτικό προς αυτόν, κάτι που τον απογοητεύει και του αποστερεί την πηγή άντλησης ευχαρίστησης από τον κόσμο γύρω του. Αυτό επιπρόσθετα λειτουργεί ως φαύλος κύκλος, αφού η κοινωνική του απόσυρση εκλαμβάνεται πολλές φορές και από τους γύρω του ως απόρριψη, με αποτέλεσμα να απομακρύνονται και να διευρύνεται το χάσμα μεταξύ αυτών και του ασθενούς. Τέλος, ο ασθενής έχοντας τα προηγούμενα δεδομένα, δεν μπορεί παρά να βλέπει το μέλλον του ζοφερό, χωρίς εναλλακτικές λύσεις και μάταιη την προσπάθεια για ανατροπή των δεδομένων αυτών, αλλά και την δική του επιβίωση. Η διαταραχή της λειτουργίας της σκέψης εμφανίζεται μέσω των διεργασιών λαθών και προκύπτει μέσα από την αρνητική προκατάληψη και επεξεργασία των εμπειριών.

Τα καταθλιπτογόνα σχήματα είναι αναποτελεσματικά, δυσπροσαρμοστικά και διερμηνεύουν την εμπειρία με ένα ζημιογόνο για το άτομο τρόπο. Το περιεχόμενό τους σχετίζεται συχνά με την έννοια της απώλειας, είτε φυσικής

(απώλεια αγαπημένου προσώπου), είτε συμβολικής (απώλεια αυτοεκτίμησης) ή και αθροιστικής (επαναλαμβανόμενες μικρές απώλειες). Σύμφωνα με τη θεωρία, τα σχήματα αυτά καθιστούν το άτομο «ευάλωτο» στην κατάθλιψη, ενώ ο Beck θεωρεί ότι αυτά βρίσκονται σε λανθάνουσα κατάσταση και ενεργοποιούνται στα πλαίσια ενός καταθλιπτογόνου γεγονότος. Το είδος βέβαια του γεγονότος για να είναι σε θέση να ενεργοποιήσει το καταθλιπτογόνο σχήμα πρέπει να είναι συμβατό με αυτό στο περιεχόμενό του (Beck et al 1979). Κατά τον Beck δύο από τα κυρίαρχα σχήματα είναι αυτό της κοινωνιοτροπίας (π.χ. απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου) και αυτό της αυτονομίας (π.χ. απώλεια της εργασίας). Για την αναζήτηση των παραπάνω σχημάτων χρησιμοποιείται τόσο η οριζόντια, όσο και η κάθετη διερεύνηση. Η οριζόντια διερεύνηση χαρακτηρίζεται από τη συλλογή αυτόματων σκέψεων με τη μορφή ημερολογίου, το οποίο κρατά ο ασθενής και καταγράφει συμβάντα, σκέψεις και συναισθήματα. Η κάθετη διερεύνηση στοχεύει στην αποκάλυψη των σχημάτων.

Η κατάθλιψη αποτελείται από ένα σύνολο σημείων και συμπτωμάτων, τα οποία περιγράφονται στα διαγνωστικά συστήματα International Classification of Diseases (ICD-10) και Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Η φαινομενολογική προσέγγιση της κατάθλιψης περιλαμβάνει αυτά τα σημεία και τα συμπτώματα, τα οποία οφείλονται σε διαταραχή του συναισθήματος, της ψυχοκινητικής δραστηριότητας, των γνωσιακών λειτουργιών, αλλά και των λειτουργιών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ). Αυτό που έχει σημασία για τους ανθρώπους που υποφέρουν από κατάθλιψη δεν είναι η αιτιολογία της (αν και συνήθως αναλώνονται στην άγονη αναζήτηση του "τι φταίει" άλλοτε με αυτομομφή και άλλοτε με ετερομομφή), αλλά η έγκαιρη αναγνώριση, του ότι αυτό που αισθάνονται δεν οφείλεται σε κόπωση, αναξιοσύνη ή ότι άλλο, αλλά πάσχουν από μία θεραπεύσιμη ψυχική διαταραχή (Beck 1964).

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση (ένα "στενάχωρο" συναισθήμα κατά το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας), άγχος (δυσφορία στο στήθος, ανησυχία, νευρικότητα), απελπισία και ανηδονία (δηλαδή πρότερα ευχάριστες δραστηριότητες δεν ικανοποιούν πλέον τον ασθενή), έλλειψη ενέργειας και κόπωση στην ελάχιστη προσπάθεια, καθώς και επιβράδυνση των ψυχοκινητικών λειτουργιών (αργές κινήσεις και βάδισμα, ο ασθενής δυσκολεύεται να σκεφθεί). Συνυπάρχουν διαταραγμένος ύπνος (ο ασθενής κοιμάται αργά, με διακοπές και άσχημα όνειρα και, χαρακτηριστικά ξυπνά νωρίς τα ξημερώματα με άσχημη διάθεση και αρνητικές σκέψεις), ανορεξία και άλλοτε βουλιμία ή απώλεια της σεξουαλικής διάθεσης. Δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, παραπονείται για αμνησία, ενώ πλήθος δυσάρεστων σκέψεων κατακλύζουν τον νου, ενίοτε και σκέψεις αυτοκτονίας. Παράλληλα ποικίλα σωματικά ενοχλήματα (π.χ. δυσκοιλιότητα) συμπληρώνουν την εικόνα (Beck 1976).

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η περίπτωση αναφέρεται σε γυναίκα ηλικίας 62 ετών (Ε.), η οποία εισήχθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), του νοσοκομείου, ως επείγον περιστατικό, λόγω απόπειρας αυτοκτονίας (επικείμενο να κόψει το λαιμό της με αιχμηρό αντικείμενο). Έγινε χειρουργική επέμβαση στο λαιμό της και νοσηλεύτηκε στη χειρουργική κλινική για δυο εβδομάδες. Στο πλαίσιο της διασυνδεδεμένης ψυχιατρικής, έγινε παραπομπή από τους θεράποντες ιατρούς για ψυχιατρική και ψυχολογική εκτίμηση και παρακολούθηση.

Η κα. Ε. έχει διαγνωστεί με καταθλιπτική διαταραχή τα τελευταία 20 έτη και υποστηρίζεται φαρμακευτικά. Εκκλιτικό γεγονός πυροδότησης της απόπειρας αυτοκτονίας, ήταν η ανακοίνωση από τον σύζυγό της, ότι την εγκαταλείπει. Πέραν της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, κατά την έναρξη της θεραπείας, παρουσίαζε στοιχεία παθητικής συμπεριφοράς, έντονο άγχος με ψυχοσωματικά συμπτώματα.

Ακολουθήθηκε εστιασμένη προς το σχήμα της απώλειας θεραπευτική στρατηγική και χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές επίλυσης προβλήματος, κατάτμησης στόχου, παρεμπόδισης αντίδρασης, εντοπισμού γνωσιακών παραποιήσεων, αμφισβήτησης δυσλειτουργικών σκέψεων κάθε του τόξου, αναβίωσης εμπειριών από την παιδική ηλικία και εκπαίδευσης στις δεξιότητες διεκδικητικής συμπεριφοράς, έκφρασης συναισθημάτων. Η θεραπεία ολοκληρώθηκε σε 46 συνεδρίες κατά το διάστημα 16 μηνών, οι οποίες γίνονταν σε εβδομαδιαία βάση, ήταν διάρκειας 45 λεπτών και βρισκόνταν υπό την εποπτεία έμπειρου ψυχοθεραπευτή. Μετά το πέρας των συνεδριών, πραγματοποιήθηκαν πέντε αναμνηστικές συνεδρίες (follow up), σε διάρκεια ενός έτους από τη λήξη των βασικών συνεδριών. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκαν τρεις συνεδρίες το πρώτο εξάμηνο, ανά δύο μήνες, και δύο το δεύτερο εξάμηνο, ανά τρεις μήνες. Κατά την τελευταία αναμνηστική συνεδρία, διαπιστώθηκε η διατήρηση και η γενίκευση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Η ατομική περίπτωση που περιγράφεται επιλέχθηκε, για δυο λόγους: ο πρώτος είναι ότι η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, αποτελεί ένα πλήρες σύστημα θεωρίας και πρακτικής, στο πλαίσιο της οποίας ακόμη και ένας νέος σχετικώς θεραπευτής, υπό εποπτεία, μπορεί να αντιμετωπίσει σύνθετα περιστατικά. Ο δεύτερος λόγος αφορά στο ενδιαφέρον για τις διαταραχές διάθεσης στο πλαίσιο της γνωσιακής προσέγγισης (Beck & Freeman 1990), γεγονός που καθιστά χρήσιμη την περιγραφή ατομικών περιπτώσεων προκειμένου να αναδειχθούν οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει η εφαρμογή της γνωσιακής ψυχοθεραπείας στην αντιμετώπιση των διαταραχών διάθεσης.

Ψυχιατρικό Ιστορικό

Η κα. Ε. νοσηλεύτηκε πριν 20 χρόνια, σε ηλικία 42 ετών περίπου, σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική με την έναρξη της καταθλιπτικής διαταραχής της. Ο λόγος νοσηλείας

της, ήταν η πρώτη απόπειρα αυτοκτονίας που έκανε (με λήψη φαρμακευτικών δισκίων), λόγω του πένθους που βίωνε, αλλά και του κοινωνικού στιγματισμού που υπέστη, από τις αυτοκτονίες της μητέρας και του αδελφού της. Ξεκίνησε φαρμακευτική αγωγή, χωρίς ψυχοθεραπεία για όλα αυτά τα χρόνια. Πριν 10 χρόνια έκανε την δεύτερη απόπειρα αυτοκτονίας (ανεπιτυχής), πάλι με χάπια, επειδή ο σύζυγός της, την απείλησε σε μια από τις πολλές και έντονες συγκρούσεις τους, ότι θα την εγκαταλείψει. Νοσηλεύτηκε τότε σε παθολογική κλινική γενικού νοσοκομείου για την αντιμετώπιση της φαρμακευτικής δηλητηρίασης, για δύο ημέρες.

Διάγνωση

Η ασθενής διεγνώσθη με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ) [F32.2 (ICD-10)], και στοιχεία αγχώδους διαταραχής πανικού [F41.0 (ICD-10)], καθώς τα συμπτώματα που εντοπίστηκαν είχαν την ένταση, τη συχνότητα και την καθημερινή διάρκεια ή τις επιπτώσεις στη λειτουργικότητα και την ψυχική ευεξία που απαιτούνται. Επίσης, παρατηρήθηκαν προβλήματα με την πρωταρχική ομάδα στήριξης (διατάραξη της οικογένειας από χωρισμό) και προβλήματα που σχετίζονται με το κοινωνικό της περιβάλλον (μοναξιά). Έγινε διαφοροδιάγνωση από τις διαταραχές προσωπικότητας, καθώς η απόπειρα αυτοκτονίας, έγκειται στα συμπτώματα της καταθλιπτικής διαταραχής της και στην πυροδότηση της αγχώδους διαταραχής πανικού.

Ξεκίνησε νέα φαρμακευτική αγωγή η οποία περιλάμβανε: Olanzapine (2,5mg), Carbamazepine (400mg), Sertraline hydrochloride (100mg), Diazepam (10mg). Η επιλογή της συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής από την ψυχίατρο έγινε με βάση τον τύπο της κατάθλιψης, την παρούσα κλινική της εικόνα, την αυτοκαταστροφική της συμπεριφορά, την ηλικία της ασθενούς καθώς και το προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης. Ο μηχανισμός λειτουργίας τους στοχεύει στην επαναφορά της ισορροπίας του συστήματος των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο. Η συγκεκριμένη αντικαταθλιπτική αγωγή σε συνδυασμό με αγχολυτικό και αντιψυχωσικό φάρμακο, είχε ως σκοπό να μειώσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα που σχετίζονται με το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα, όπως διαταραχή ύπνου, ελαττωμένη ενεργητικότητα, ανηδονία, επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων, ένταση, μεταβολές της συναισθηματικής διάθεσης στη διάρκεια της ημέρας, να αμβλύνει την παρορμητικότητα της σκέψης της ασθενούς για μελλοντική αυτοκαταστροφική συμπεριφορά καθώς και στη μείωση του κινδύνου υποτροπών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για τη διερεύνηση της συγκεκριμένης κλινικής περίπτωσης χρησιμοποιήθηκε ένα σταθμισμένο ερευνητικό εργαλείο. Το Ερωτηματολόγιο Ψυχοπαθολογίας [Symptom Check List -90 Revised (SCL-90-R)] αποτελεί ένα διαδεδωμένο εργαλείο εκτίμησης της γενικής ψυχοπαθολογίας

(Derogatis 1977). Είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα μέτρησης των υποκειμενικών ενοχλήσεων των ατόμων σε πολλές διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 διαπιστώσεις, που αντιπροσωπεύουν σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Το χρονικό διάστημα των 7 ημερών (τελευταία εβδομάδα) είναι ο χρόνος αναφοράς για την εκτίμηση των συμπτωμάτων. Μέγιστη βαθμολογία είναι το 360 (Μωρόγιαννης 2000). Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα ελληνικά από τους Ντώνια και συνεργάτες (1991).

Τα 90 ερωτήματα συνθέτουν 9 υποκλίμακες: Σωματοποίηση, Ιδεοψυχαναγκασμός, Διαπροσωπική Ευαισθησία, Κατάθλιψη, Άγχος, Επιθετικότητα, Φοβικό Άγχος, Παρανοειδής Ιδεασμός, Ψυχωτισμός, Διάφορα συμπτώματα (Διαταραχές του Ύπνου, Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής, Σκέψεις Θανάτου, Ενοχή) (Ντώνιας και συν 1991). Οι διαπιστώσεις κάθε κλίμακας κυμαίνονται από 6 (Παρανοειδής Ιδεασμός) έως 13 (Κατάθλιψη). Τρεις Γενικοί Δείκτες προκύπτουν από το SCL-90-R: 1) Ο Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ) που είναι ο μέσος όρος των 90 διαπιστώσεων, 2) Ο Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΘΣ) που αποτελεί τον αριθμό των διαπιστώσεων με θετική βαθμολογία (άνωτερη του μηδενός) και 3) Ο Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ) που αποτελεί το πηλίκο του ΔΘΣ/90 (μέσος όρος του ΔΘΣ) (Μωρόγιαννης 2000). Η κα. Ε, στην αρχική της αξιολόγηση, στο SCL-90-R, εμφάνισε υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, εμφάνισε ως κλινικά σημαντικές τις ακόλουθες κλίμακες: σωματοποίηση και κατάθλιψη, όπου ερμηνεύτηκε ως αποτέλεσμα της γενικότερης δυσφορίας και του άγχους από τα προβλήματα που βίωνε (Πίνακας 1).

Για τη δημοσίευση της συγκεκριμένης περίπτωσης ζητήθηκε η έγγραφη συναίνεση της ασθενούς η οποία και εδόθη και τηρήθηκε πλήρως η ανωνυμία των στοιχείων με τρόπο κατά τον οποίο δεν μπορεί να ταυτοποιηθεί το πρόσωπο που περιγράφεται.

ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ (CASE FORMULATION)- ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Υπόθεση εργασίας

Σύμφωνα με την παραπάνω διατύπωση των προβλημάτων, η υπόθεση εργασίας για τη θεραπευτική παρέμβαση, ήταν ότι οι δυσκολίες που σχετίζονται με την καταθλιπτική διαταραχή, ανάγονται σε πυρηνικά δομικά στοιχεία της προσωπικότητας της κας Ε. και συγκεκριμένα στις αρνητικές βασικές πεποιθήσεις για τον εαυτό, χωρίς την τροποποίηση των οποίων, δύσκολα θα υπήρχαν αλλαγές, στο επίπεδο των αυτόματων σκέψεων και της συμπεριφοράς.

Κατάλογος προβλημάτων

Τα προβλήματα που εντοπίστηκαν αφορούσαν στις υποτιμητικές βασικές πεποιθήσεις για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον και τις γνωσιακές και συμπεριφορικές αποφυγές. Η κα. Ε. είχε χαμηλή ανοχή στα δυσάρεστα συναισθήματα, η οποία επηρέαζε τόσο τη δυνατότητά της να καταβάλει προσπάθεια (ενδεχόμενο απώλειας), όσο και τις στενές διαπροσωπικές της σχέσεις (ενδεχόμενο απόρριψης). Οι διαπροσωπικές της σχέσεις χαρακτηρίζονταν από έλλειψη διεκδικητικότητας και παθητικότητα.

Θεραπευτικοί στόχοι

Στο βαθμό που ο θεραπευτικός σχεδιασμός ήταν εστιασμένος στα πυρηνικά σχήματα, δεν υπήρξε εξαρχής συμφωνία με την ασθενή, για τον πραγματικό στόχο της θεραπείας, που ήταν η αναδόμηση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον. Δεν έγινε θεραπευτική συμφωνία αρχικά λόγω της κακής ψυχικής κατάστασης της ασθενούς και των αντιστάσεων που προέβαλε στην θεραπεία. Οι θεραπευτικοί στόχοι που τέθηκαν στην αρχή ήταν ουσιαστικά μια περιγραφή των θετικών αποτελεσμάτων που θα επέφερε μια τέτοια αναδόμηση. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε από το θεραπευτή στη

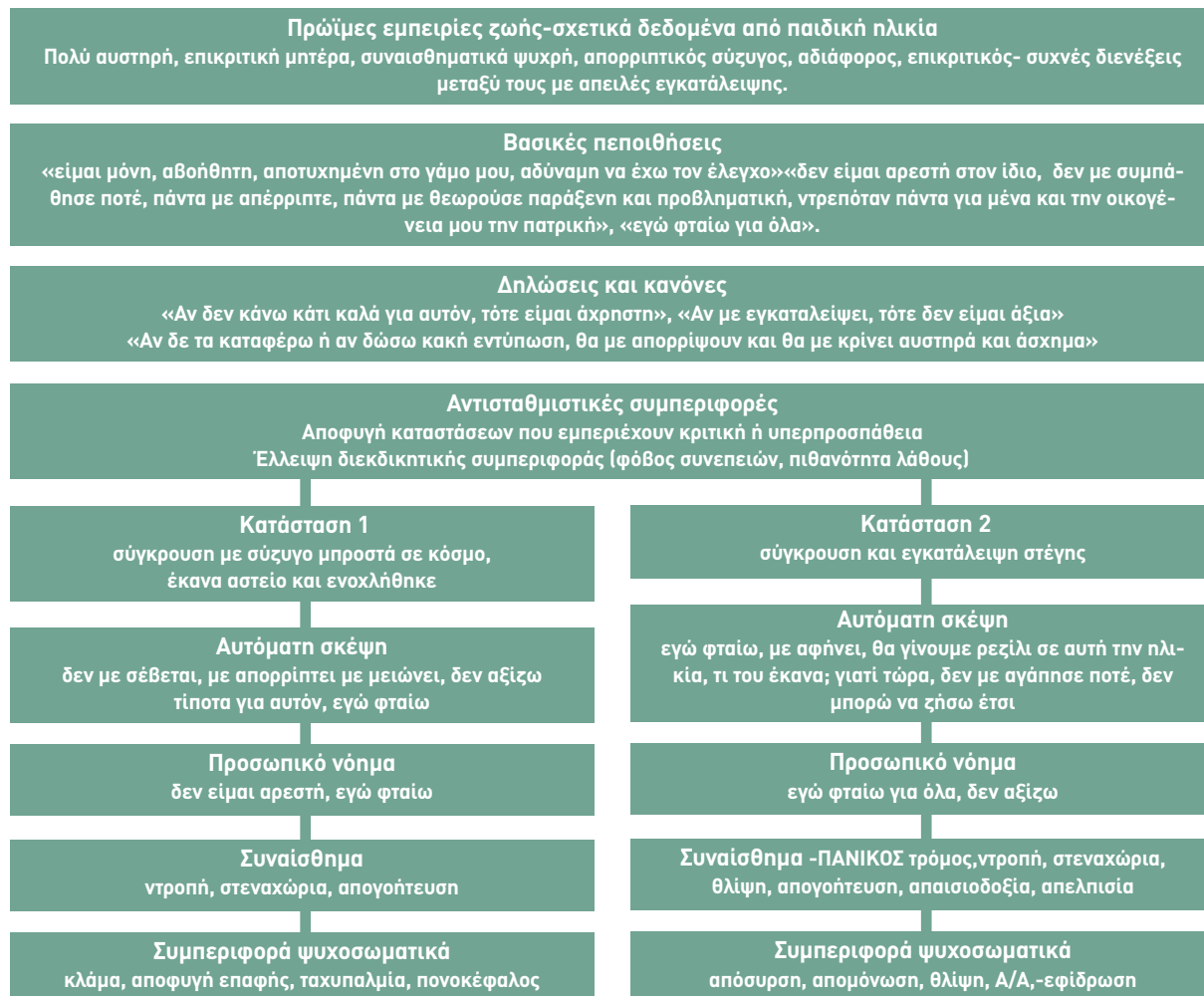
Πίνακας 1.

Τιμές της ασθενούς στις υποκλίμακες του SCL-90R κατά την έναρξη και μετά τη λήξη της θεραπείας

Υποκλίμακες	Βαθμολογία (κατά την έναρξη θεραπείας)	Βαθμολογία (μετά την λήξη της θεραπείας)
Σωματοποίηση	31	5
Ψυχαναγκαστικότητα- καταναγκαστικότητα	24	10
Διαπροσωπική ευαισθησία	19	6
Κατάθλιψη	30	7
Φοβικό άγχος	15	2
Θυμός-επιθετικότητα	16	2
Παρανοειδής ιδεασμός	12	4
Ψυχωτισμός	24	8

Πηγή: [Demogatis, 1977-Ελληνική στάθμιση: Ντώνιας, Καραστεργίου & Μάνος, 1991].

Σχήμα 1. Διάγραμμα γνωσιακής διατύπωσης του προβλήματος



διαχείριση της απώλειας (εγκατάλειψη από τον σύζυγο). Οι θεραπευτικοί στόχοι που τέθηκαν σε συνεργασία με την κα. Ε. ήταν οι ακόλουθοι:

1. Εξάλειψη καταθλιπτικών-αρνητικών σκέψεων σχετικά με εαυτό-κόσμο-μέλλον
2. Εξάλειψη σκέψεων απειλής εαυτού
3. Μείωση αγχωτικών καταστάσεων και διαχείριση των καταστάσεων πανικού
4. Εξάλειψη σωματικών συμπτωμάτων
5. Αναγνώριση, έκφραση και διαχείριση των συναισθημάτων της
6. Βελτίωση συναισθήματος- αυτοεικόνας
7. Ψυχο-εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά
8. Συμμόρφωση με φαρμακευτική αγωγή-καταλληλότητα

Θεραπευτικό πλάνο

Κύριοι άξονες του θεραπευτικού σχεδιασμού ήταν η εγκατάσταση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης και η διαμόρφωση του αιτήματος, ώστε να υπάρξουν οι προϋποθέσεις

για τη θεραπευτική προσέγγιση. Ως προς τον πρώτο άξονα, θεωρήθηκε απαραίτητο να προσφερθεί η γνωσιακή διατύπωση του προβλήματος στην κα. Ε. κατά το δυνατόν νωρίτερα, ώστε να κατανοήσει τις βασικές πεποιθήσεις από τις οποίες πηγάζουν δυσλειτουργικές σκέψεις και συμπεριφορές σε όλους τους τομείς στους οποίους ανέφερε πρόβλημα, αλλά και το μηχανισμό με τον οποίο δημιουργήθηκαν και ισχυροποιήθηκαν με το πέρασμα του χρόνου. Η διατύπωση αυτή θα γινόταν πιο περιεκτική και συγκεκριμένη κατά την πορεία της θεραπείας, αλλά κρίθηκε ότι είχε εξαιρετική σημασία, η κατασκευή ενός πρώτου μοντέλου λειτουργικών συσχετίσεων και, στο πλαίσιο αυτό, κύριο μέλημα των πρώτων συνεδριών θα ήταν η οριζόντια και κάθετη γνωσιακή διερεύνηση.

Σκοπός ήταν, από τη στιγμή που θα εντοπιζονταν οι βασικές πεποιθήσεις, να αποτελέσουν κύριο θεραπευτικό στόχο και παράλληλα να ξεκινήσει η αντιμετώπιση συγκεκριμένων δυσκολιών και ελλείψεων, καθώς ακόμη και ως προς τους στόχους που αφορούσαν σε σχετικά

αυτόνομες παρεμβάσεις, όπως η εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά και στην αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων, δεν θα μπορούσε να υπάρξει σημαντική βελτίωση, αν η θεραπεία δεν απευθυνόταν παράλληλα στις βασικές πεποιθήσεις της κας. Ε.

Σχεδιασμός παρέμβασης

Η πορεία της θεραπείας σχεδιάστηκε, ακολουθώντας το παρακάτω χρονοδιάγραμμα:

- 1-3 συνεδρία: λήψη ιστορικού, κλινική και γνωσιακή αξιολόγηση-θεραπευτικό συμβόλαιο, χορήγηση ερωτηματολογίων.
- 4-7 Εξοκείωση με τη Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία-εξοκείωση με την καταθλιπτική διαταραχή.
- 8-10: Διαχείριση και ενημέρωση για τα στάδια της απώλειας γενικά.
- 11-13: Προσδιορισμός και ιεράρχηση προβλημάτων-διατύπωση στόχων-ημερολόγια (επεξήγηση)
- 13-15: Γνωσιακή διατύπωση-ψυχοεκπαίδευση για γένεση και διατήρηση δυσλειτουργικών βασικών πεποιθήσεων.
- 16-19: Εκπαίδευση στα 4Σ (Συναίσθημα- Σκέψη- Συμπεριφορά- Σωματικά), δηλαδή μια πλήρη καταγραφή σε κλινικό και συμπεριφορικό επίπεδο. Μοντέλο διαιώνισης του φαύλου κύκλου. Εργασία για το σπίτι-Καταγραφή σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών (η τεχνική της τριπλής στήλης), με σκοπό αφ' ενός, να εκπαιδευτεί η ασθενής στη διάκριση και στη σχέση αυτών, αφ' ετέρου να ευαισθητοποιηθεί στην εξεύρεση τρόπων ελέγχου και αμφισβήτησης των δυσπροσαρμοστικών πεποιθήσεών του. Ορόσημο: Ύφεση σωματικών συμπτωμάτων-έμφαση σε εναλλακτικές σκέψεις
- 19-21: Ανιχνεύθηκαν τα διεργασιακά λάθη, όπως υπερβολή, αυθαίρετα συμπεράσματα (διάβασμα σκέψης των άλλων), προσωποποίηση, υποτίμηση θετικών, τα οποία αντιλήφθηκε καλά. Εργασία για το σπίτι-Καταγραφή σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών (η τεχνική της τριπλής στήλης).
- 22-23: Εκπαίδευση σε διεκδικητική συμπεριφορά
- 23-26: Αναβιώσεις, αμφισβήτηση αρνητικών σκέψεων, εκπαίδευση στην εκμείωση επικοινωνίας συναισθημάτων, συμπεριφορικό πείραμα με έκθεση. Ορόσημο: θετική ανταπόκριση από παιδιά της.
- 27-32: γνωσιακή αναδόμηση, εναλλακτικές σκέψεις και σταδιακή υιοθέτησή τους σε γνωσιακό επίπεδο.
- 33-35: εκπαίδευση στην επικοινωνία, συμπεριφορικό πείραμα με έκθεση στην κρίση φίλης της. Ορόσημο: η θετική ανατροφοδότηση που έλαβε με συνέπεια, αλλαγή των γνωσιών ως προς την ικανότητά της να σχετίζεται και να μην νιώθει μειονεκτικά. Νιώθει καλύτερα, δεν κάνει σκέψεις αυτοκαταστροφικές, ήρθε σε επαφή με σύζυγο και ήταν χαλαρή (έκθεση σε αγχωτική κατάσταση)
- 35-40: άρχισε να δραστηριοποιείται πάλι και να ασχολείται με κοινωνικές δραστηριότητες. Δεν νιώθει μόνη. Έκθεση εαυτού (τραύμα) χωρίς ντροπή ή σκέψεις αρνητικές για τον κόσμο. Συναισθηματικό δέσιμο με τα παι-

διά της. (έκφραση συναισθημάτων και διαχείριση).

- 41-46: εξάλειψη αρνητικών σκέψεων. Αποδρομή συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους (χρήση εναλλακτικών τρόπων σκέψης για τη ζωή της και για τον κόσμο γύρω της). Προετοιμασία για το τέλος της θεραπευτικής διαδικασίας, συζητώντας με την ασθενή για τους τρόπους με τους οποίους θα αντιμετωπίζει καταστάσεις και πως θα εφαρμόζει στην καθημερινότητα της ότι έμαθε. Η ασθενής ευχαρίστησε το θεραπευτή, ενώ ο θεραπευτής την επιβράβευσε για την προσπάθεια της και τη βελτίωση της, της εξέφρασε συναισθήματα υπερηφάνειας και συνεχούς υποστήριξης προκειμένου να εφαρμόζει όσα αποκόμισε από τη θεραπεία στην καθημερινότητα της πως ήταν περήφανος για αυτήν και πως θα τη βοηθούσε να προσαθούσε να εφαρμόζει όσα έμαθε στην καθημερινότητά της. Τέλος, η ασθενής ενημερώθηκε πως μετά το πέρας της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης θα πραγματοποιούνταν κάποιες αναμνηστικές συνεδρίες.

ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Θεραπευτική σχέση

Η θεραπευτική σχέση που αναπτύχθηκε κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, κρίθηκε ικανοποιητική και αυτό διαφαίνεται από το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Τέθηκαν οι θεμελιώδεις λειτουργίες της θεραπευτικής σχέσης όπως τήρηση των ορίων με σκοπό την διασφάλιση και την σαφήνεια της κατάλληλης διαπροσωπικής απόστασης και για τον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο, καθώς και η ασφαλής βάση σχετικά με την ενθάρρυνση της ελεύθερης έκφρασης, της ανάθεσης υπευθυνοτήτων, της σταθερότητας όσον αφορά στην εμπιστοσύνη στα κίνητρα του θεραπευτή και την ενθάρρυνση της αυτόνομης λειτουργικότητας.

Ο θεραπευτής επέδειξε συναισθηματική κατανόηση, ζεστασιά, αυθεντικότητα καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας, έτσι ώστε η ασθενής να αισθανθεί ασφαλής και να εμπιστευτεί σταδιακά τον θεραπευτή και κατά συνέπεια την θεραπευτική διαδικασία. Επίσης εδραιώθηκε ο συνεργατικός εμπειρισμός, η προσπάθεια του θεραπευτή να επιτύχει την κατανόηση και την συνεργασία του ασθενούς σε όλες τις φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας. Κατά τις πρώτες συνεδρίες παρατηρήθηκε αντίσταση από την ασθενή στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, η οποία κάμφθηκε με τον εντοπισμό των πρώτων στοιχείων που άρχισαν να στοιχειοθετούν μία αποδεκτή για την κα. Ε, θεωρία για τις δυσκολίες που αντιμετώπιζε. Η αντίσταση αυτή, ήταν απολύτως κατανοητή, καθώς είναι δύσκολο για κάθε θεραπευόμενο να κατανοήσει, πως είναι δυνατόν βαθιά ριζωμένες πεποιθήσεις, τις οποίες ο ίδιος νιώθει απολύτως ρεαλιστικές, να μην ανταποκρίνονται πλήρως ή και μερικώς στην πραγματικότητα. Επίσης η κα. Ε. εκδήλωσε αντίσταση και δυσκολία στη συμπλήρωση ημερολογίου καταγραφή σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών (η τεχνική της τριπλής στήλης), κατά τη διαδικασία της οριζόντιας διερεύνησης, καθώς σύμφωνα με τα λεγόμενά της «δεν μπορούσε να γράψει,

δεν ήξερε να γράφει σωστά και ντρεπόταν», καθώς επίσης και δυσκολία στον εντοπισμό των αρνητικών σκέψεων και τη διαφοροποίησή τους από τα συναισθήματα. Συμφωνήθηκε από κοινού να κάνει μαζί με το θεραπευτή τις καταγραφές κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.

Εμπόδια, δυσκολίες

Κάποιες δυσκολίες παρουσιάστηκαν αρχικά, ως προς την τήρηση των θεραπευτικών ορίων, όσον αφορά την έγκαιρη προσέλευση και αποχώρηση από τη θεραπεία. Οι δυσκολίες αντιμετωπίστηκαν, ύστερα από διερεύνηση του θεραπευτή μέσα από συζήτηση με την ασθενή για τους λόγους μη τήρησης του θεραπευτικού συμβολαίου, αναφορικά με την υπέρβαση των ορίων.

Θεραπευτικές παρεμβάσεις και τεχνικές

Πέραν της κάθετης (τεχνικής του κάθετου τόξου) και της οριζόντιας γνωσιακής διερεύνησης και των συνήθων τεχνικών αμφισβήτησης και τροποποίησης των δυσλειτουργικών σκέψεων (τήρηση ημερολογίου, καταγραφή σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών (η τεχνική της τριπλής στήλης), καταγραφή γεγονότων, σκέψεων, συναισθημάτων, αμφισβήτησης σκέψεων, νέο συναίσθημα- η τεχνική της πενταπλής στήλης, συμπεριφορικά πειράματα), χρησιμοποιήθηκαν και ειδικές τεχνικές για την αναδόμηση των πυρηνικών σχημάτων. Πραγματοποιήθηκε αναβίωση περιστατικών της παιδικής ηλικίας, με σκοπό τον επαναπροσδιορισμό του νοήματος των εμπειριών αυτών, από τη θέση του ενήλικου και τον έλεγχο της προσαρμοστικής αξίας των πεποιθήσεων που διαμορφώθηκαν κατά την παιδική ηλικία, βάσει των εμπειριών αυτών. Ιδιαίτερη έμφαση, δόθηκε στη σύνδεση επιμέρους καταστάσεων, σκέψεων και συμπεριφορών με τα πυρηνικά σχήματα με τη χρήση του Διαγράμματος Γνωσιακής Διατύπωσης του Προβλήματος (ΔΓΔΠ) (Σχήμα 1).

Τέλος, εφαρμόστηκαν συμπεριφοριστικές τεχνικές όπως κατάτμησης στόχου και επίλυσης προβλημάτων, ικανοποίησης, έκθεσης σε φοβικό ερέθισμα για την αντιμετώπιση της αγχώδους διαταραχής πανικού. Επίσης εφαρμόστηκαν εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, σε αναγνώριση και έκφραση (εκμείευση συναισθημάτων) και στη διεκδικητική συμπεριφορά.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η κλινική αυτή περίπτωση αντιμετωπίστηκε θεραπευτικά με φαρμακευτική αγωγή και γνωσιακή ψυχοθεραπεία παράλληλα. Η διαδικασία διαφοροδιάγνωσης από τη διπολική διαταραχή συνέβαλε στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και στην εφαρμογή κατάλληλων γνωσιακών-συμπεριφοριστικών τεχνικών. Η θεραπεία ολοκληρώθηκε σε 46 συνεδρίες και μετά το πέρας των συνεδριών, πραγματοποιήθηκαν 5 αναμνηστικές συνεδρίες. Η απόφαση για τη λήξη της θεραπείας ήταν κοινή ανάμεσα στον θεραπευτή και την θεραπευόμενη.

Με την ολοκλήρωση της θεραπείας, η κα. Ε. αισθάνεται τον εαυτό της πιο ανοιχτό συναισθηματικά, δεν είχε καθό-

λου αρνητικές και απαισιόδοξες σκέψεις και αντιμετώπιζε τις καταστάσεις με λιγότερο άγχος. Η λειτουργικότητά της στις καθημερινές της υποχρεώσεις, είχε αποκατασταθεί πλήρως, ενώ ήταν σε θέση να συνάπτει και να διατηρεί διαπροσωπικές σχέσεις σε φιλικό επίπεδο. Η αυτοεικόνα της είχε βελτιωθεί και η αυτοπεποίθησή της επίσης. Έβλεπε το μέλλον πιο αισιόδοξα και ήταν συναισθηματικά γεμάτη από τα παιδιά της. Προσπαθούσε να βάζει τα όρια της στις επαφές με το σύζυγό της και να μην επηρεάζεται αρνητικά, γεγονός που το κατάφερε ιδιαίτερα.

Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας της κας Ε., καμία κλίμακα στο SCL-90-R δεν λάμβανε κλινικά σημαντική τιμή στο κανονιστικό διάγραμμα (Πίνακας 1). Η βαθμολογία στο ψυχομετρικό εργαλείο αντανακλούσε την καλύτερη διάθεση και το χαμηλότερο γενικό άγχος της. Κατά την τελευταία αναμνηστική συνεδρία, διαπιστώθηκε η διατήρηση και η γενίκευση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Η φαρμακευτική αγωγή είχε θετική έκβαση στη θεραπεία. Μειώθηκαν τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε εύλογο χρονικό διάστημα και μπόρεσε η ασθενής να συνεργαστεί στα πλαίσια της ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης. Παρατηρήθηκε ότι κατά την έναρξη της ψυχοθεραπείας, η δράση των φαρμάκων ήταν λιγότερο θετική τα Σαββατοκύριακα από τις άλλες ημέρες της εβδομάδας, λόγω της έλλειψης δραστηριοτήτων της ασθενούς. Στην πορεία της θεραπείας η δράση της φαρμακευτικής αγωγής ήταν αποτελεσματική καθ' όλη την διάρκεια της εβδομάδας. Συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής για εννέα μήνες και επανεκτίμηση από τον ψυχίατρο της ψυχικής της κατάστασης. Τα αποτελέσματα αυτής της περιγραφικής περίπτωσης σχετικά με την καταλληλότητα της γνωσιακής συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με διάγνωση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας (Roth et al 1996, Robinson et al. 1990, Gaffan et al 1995).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε όλη τη διάρκεια των συνεδριών ευαισθητοποίησης, έγινε προσπάθεια να δει η ασθενής την προοπτική ή μια ευκαιρία να αντιμετωπίζει μόνη τις διάφορες καθημερινές καταστάσεις. Σύμφωνα με αυτή την κλινική περίπτωση και τη θετική έκβασή της, διαπιστώθηκε ότι η συμβολή της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή, αποτελούν τις κατάλληλες θεραπευτικές διαδικασίες για αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων, όπως βέβαια είναι ήδη γνωστό σχετικά με την καταλληλότητα της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας στη θεραπεία της καταθλιπτικής διαταραχής.

Αρκετές μετα-αναλύσεις εμφανίζουν τη γνωσιακή ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή ως πιο αποτελεσματικές στη θεραπεία της καταθλιπτικής διαταραχής, αλλά και στη διατήρηση του θετικού αποτελέσματος στην πορεία του χρόνου, συγκριτικά με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις (Gloaguen et al 1998, Dobson et al 1989, Wampold et al 2002). Μια πρόσφατη ελεγχό-

μενη μελέτη σε ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή, αναδεικνύει επίσης, τη συμβολή της γνωσιακής ψυχοθεραπείας στην πρόληψη των υποτροπών για ασθενείς που παρουσίασαν ύφεση με ψυχοθεραπεία, ενώ η συνέχιση της θεραπείας με μηνιαίες αναμνηστικές συνεδρίες μειώνει τον κίνδυνο υποτροπών, σε σχέση με απλή παρακολούθηση (Jarrett et al 2001). Επίσης, μια πρόσφατη ανασκόπηση σχετικά με τη διατήρηση του θετικού αποτελέσματος της συνδυαστικής θεραπείας και τον έλεγχο των υποτροπών στην πορεία του χρόνου σε καταθλιπτικούς ασθενείς, φανερώνει ότι η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί πιο εύκολη και γρήγορα αποδοτική λύση στην αρχή και στη μέση της θεραπείας, αλλά η γνωσιακή προσέγγιση υπερτερεί στον έλεγχο των υποτροπών (Paykel 2007). Τέλος, πολλές άλλες μελέτες φανερώνουν ότι ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας με γνωσιακή ψυχοθεραπεία μειώνει τις υποτροπές ακόμα και σε ασθενείς μεγαλύτερους από 60 ετών (Kupfer et al 1992, Reynolds et al 1999).

Συμβολή των Συγγραφέων

ΑΚ: συμμετείχε στη σύλλληψη και το σχεδιασμό της Μελέτης, καθώς και στη συλλογή των δεδομένων, συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. ΜΚ: συμμετείχε στο σχεδιασμό της Μελέτης και στην ανάλυση των δεδομένων. ΠΑ: συμμετείχε στο σχεδιασμό της Μελέτης. ΑΓ: συμμετείχε στο σχεδιασμό της Μελέτης, στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων. ΜΣ: συμμετείχε στη σύλλληψη και το σχεδιασμό της Μελέτης, στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Beck A.T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry* 10:561-571.

Beck A.T. (1967). Depression: *Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.

Beck A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Universities Press.

Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F. & Enemy G. (1979). *Cognitive Therapy of depression*. New York: The Guilford Press.

Clark D.A. & Steer R.A. (1996). *Empirical status of the cognitive model of anxiety and depression. Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.

Derogatis L. (1977). *The SCL-90 Manual, Scoring, Administration and Procedures for the SL-90*. Baltimore, MD: John Hopkins

University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.

Dobson K.S.(1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 414-419.

Ευθυμίου Κ. (2002). Εφαρμογή της Συμπεριφοριστικής / Γνωσιακής ψυχοθεραπείας στην Κατάθλιψη. [Online] Available at: http://www.ibrt.gr/ekpaideysi/7_katathlipsi.pdf, accessed in: 18/11/2014

Gaffan E.A., Tsaousis I. & Kemp-Wheeler S.M. (1995). Researcher allegiance and meta-analysis: the case of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry* 63:966-980.

Gloaguen V., Cottraux J., Cucherat M. & Blackburn I.M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders* 49:59-72.

Jarrett R.B., Kraft D., Doyle J., Foster B.M., Eaves G.G. & Silver P.C. (2001). Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomised clinical trial. *Archives of General Psychiatry* 58:381-388.

Kupfer D.J., Frank E., Perel J.M., Cornes C., Mallinger A.G., Thase M.E. Mc Eachran A.B. & Grochocinski V.J. (1992). Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry* 49:769-773.

Μωρόγιαννης Φ.(2000). *Διαταραχές διατροφής και ψυχοπαθολογία (Επιδημιολογική έρευνα σε μαθητές Λυκείου στο Νομό Ιωαννίνων)*. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Κλινική. Ιωάννινα: 113-120.

Ντώνιας Σ., Καραστεργίου Α. & Μάνος Ν. (1991). Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist -90- R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική* 2 : 42-48.

Paykel E.S. (2007). Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *International Journal Neuropsychopharmacology* 10:131-136.

Reynolds C.F., Frank E., Perel J.M., Imber S.D., Cornes C., Miller M.D., et al. (1999). Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 281:39-45.

Roth A. & Fonagy P. (1996). *What Works for Whom?* New York: Guilford.

Robinson L.A., Berman J.S. & Neimeyer R.A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin* 108: 30.

Wampold B.E., Minami T., Baskin T.W. & Callen T.S. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus "other therapies" for depression. *Journal of Affective Disorders* 68: 159-165.

Description of cognitive therapy to a woman with depressive disorder, suicide attempt and panic disorder anxiety elements: a case study

Aristotelis Koinis¹, Maria Kapouralou², Antonia Prountzopoulou³,
Aikaterini Gamvroula⁴, Maria Saridi⁵

1. Psychologist M.A, MSc, Ph.D(c), General Hospital of Argolida
2. Psychologist MSc, General Hospital of Argolida
3. Trainee Surgery, General Hospital of Argolida
4. Psychiatrist, Curator B', Psychiatric Hospital of Tripolis
5. PhD, Nursing Director, General Hospital of Korinthos

ABSTRACT

Introduction: Research has shown that cognitive psychotherapy combined with medication is the most research vested in efficiency and more tried-specific interventions to the treatment of depression and anxiety panic disorder.

Aim: The purpose of this case report is to demonstrate the benefits of the application of cognitive psychotherapy in patients with depressive disorder and anxiety panic disorder.

Case report: 62 years old woman was admitted for a suicide attempt. The patient underwent surgery due effort to cut her throat with a knife and was hospitalized at Surgical Clinic for two weeks. She was under observation by physicians for psychiatric and psychological assessment. She underwent cognitive psychotherapy. Treatment duration: 46 sessions. Administration of the questionnaire psychopathology SCL-90R, was given both before and after the therapy. The appropriate medication was administered.

Comment: This clinical case treated with the medication and cognitive psychotherapy. The differential diagnosis was bipolar disorder, according to the system ICD-10 classification of mental and behavioral disorders.

Conclusions: The cognitive psychotherapy combined with medication is an appropriate therapeutic approach for the treatment of depressive disorder and anxiety panic disorder.

Key words: cognitive, psychotherapy, depressive disorder, anxiety, treatment