

Πρόλογος

ΑΥΤΟ ΤΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας σε νέους με κατάθλιψη γεννήθηκε από την ανάγκη χρήσης ενός τέτοιου εγχειριδίου σε μια ερευνητική μελέτη: την κλινική δοκιμή IMPACT (Goodyer κ.ά., 2011). Η εν λόγω μελέτη έδωσε την ευκαιρία σε μια ομάδα έμπειρων ψυχοθεραπευτών παιδιών και εφήβων να σκεφτούν διεξοδικά τη φύση της κλινικής συμμετοχής σε μια ερευνητική μελέτη πάνω στη θεραπεία ορισμένου χρόνου για την εφηβική κατάθλιψη, υπό τις απαιτητικές συνθήκες της τυχαίας κατανομής στις τρεις μεθόδους θεραπείας που εξετάστηκαν. Οι εργασίες για το θεραπευτικό αυτό μοντέλο αποδείχθηκαν ενδιαφέρουσες αλλά και απαιτητικές. Δεσμευτήκαμε ότι το εγχειρίδιό μας θα βασίζεται σε καθιερωμένα μοντέλα εβδομαδιαίας ψυχοθεραπείας, με παράλληλη θεραπευτική εργασία με γονείς και διασύνδεση με το ευρύτερο δίκτυο. Δύο από εμάς είχαν πάρει μέρος σε μια προηγούμενη μελέτη με επικεφαλής την Judith Trowell (Trowell κ.ά., 2007), και αυτό εμπλούτισε σημαντικά την προσέγγισή μας από διάφορες απόψεις. Συγκεκριμένα, ήμασταν πεπεισμένοι για την ανάγκη ουσιαστικής κλινικής εποπτείας για τους θεραπευτές, έχοντας επίγνωση του ότι οι ψυχοθεραπευτές θα ήταν αντιμέτωποι με σημαντικό βαθμό άγχους. Το να λαμβάνει κάποιος μέρος σε μια σημαντική ερευνητική μελέτη η οποία απαιτούσε την ηχογράφηση των συνεδριών και τη συνεχή συμμετοχή μιας ερευνητικής ομάδας, τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και κινδύνου των ασθενών που παραπέμφθηκαν για θεραπεία ως μέρος της δοκιμής, ο χρονικά περιορισμένος χαρακτήρας της θεραπείας — όλοι αυτοί οι παράγοντες αναπόφευκτα αποτελούσαν πηγές άγχους για τους θεραπευτές. Αυτό που πιστεύαμε ότι ίσως θα εξέπληττε μερικούς ήταν ότι το μοντέλο μας δίνει έμφαση στα φαινόμενα μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης ως το κεντρικό θεραπευτικό εργαλείο, παρά τον περιορισμένο χρόνο που είναι διαθέσιμος για την εργασία.

Πώς πήγαν εντέλει όλα; Το άγχος των θεραπευτών σχετικά με τη βραχυπρόθεση φύση της παρέμβασης μετριάστηκε όταν έγινε σαφές ότι χτίζουμε πάνω σε μια καλά εμπεδωμένη παράδοση εβδομαδιαίας ψυχαναλυτικής εργασίας. Πράγματι, το ουσιαστικό θεωρητικό υπόβαθρο που περιγράψαμε για να υποστηρίξουμε

το μοντέλο έγινε αποδεκτό με ευχαρίστηση. Ωστόσο, πολλοί αισθάνθηκαν ότι ήταν λιγότερο έμπειροι είτε στην εργασία με τέτοιες σοβαρές περιπτώσεις είτε στην ειδική παθολογία της κατάθλιψης είτε στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, αποτελούμενη στην πλειονότητά της από μεγαλύτερους εφήβους. Οι περισσότεροι αμφέβαλλαν για το πώς να χειριστούν κλινικά το χρονικό όριο.

Οι ασθενείς, φυσικά, διέφεραν σημαντικά ως προς το υπόβαθρό τους, και το κλινικό πλαίσιο και η σύνθεση των ομάδων παρουσίαζαν σημαντικές αποκλίσεις ανά το Ηνωμένο Βασίλειο. Στις πόλεις εκπροσωπήθηκε ένα ευρύ φάσμα εθνοτήτων και, σε αδρές γραμμές, οι οικογένειες με δύο γονείς συχνά ανήκαν σε κάποια μειονότητα. Οι διαγενεακές ψυχολογικές δυσκολίες ήταν συχνό φαινόμενο και οι οικογενειακές συγκρούσεις ήταν πανταχού παρούσες. Όπως αναμενόταν, τους νέους συχνά τους απασχολούσαν θέματα σχετικά με τον αποχωρισμό από την οικογένεια, το ζήτημα των αβέβαιων και μεταβαλλόμενων ταυτοτήτων, καθώς και οι σχέσεις με τους συνομηλικούς τους. Πολλοί είχαν βιώσει επανειλημμένες ή πρόσφατες απώλειες, και η ανάγκη για έναν χώρο που θα τους επέτρεπε να πενήθρουν σημαντικές οικογενειακές φιγούρες ήταν στο επίκεντρο της εργασίας. Οι απαιτήσεις της εφηβείας όσον αφορά την εξατομίκευση, την αυξημένη προσωπική ευθύνη και την ακαδημαϊκή επίδοση δέσποζαν. Τα ανεπίλυτα οιδιπόδεια ζητήματα περιέπλεκαν την εφηβική σεξουαλική εξερεύνηση, μερικές φορές οδηγώντας σε πρόωμη σεξουαλική δραστηριότητα και άλλες φορές σε απόσυρση και απομόνωση. Όπως υποδεικνύουν οι ψυχαναλυτικές θεωρίες της κατάθλιψης, τα προβλήματα με τον θυμό και την επιθετικότητα ήταν συχνά.

Στο εξής, η εργασία αυτή είναι δυνατόν να αξιοποιηθεί με διάφορους τρόπους. Οι ψυχοθεραπευτές παιδιού επιβεβαίωσαν ότι μπορούν πράγματι να παρέμβουν επιτυχώς σε εφήβους με σοβαρή κατάθλιψη, συμπεριλαμβανομένων όσων αυτοτραυματίζονται ή διατρέχουν κίνδυνο αυτοκτονίας. Ασφαλώς, το μοντέλο εργασίας ορισμένου χρόνου αναμένεται να είναι ωφέλιμο και σε άλλες ομάδες ασθενών. Πράγματι, πολλοί από τους συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν τουλάχιστον μία επιπλέον διάγνωση, και οι περισσότεροι από αυτούς αντιμετώπιζαν δυσκολίες με βαθιά άγχη. Είτε διεξαχθούν στο μέλλον ερευνητικές μελέτες της κλίμακας της IMPACT είτε όχι, υπάρχει αρκετός χώρος για να δοκιμαστεί το μοντέλο με συστηματικό τρόπο στα παιδιά και τους εφήβους που παρακολουθούνται σε κλινικές ψυχικής υγείας.

Αυτό που είχαν να μας πουν οι νέοι για την εμπειρία τους από τη θεραπεία ορισμένου χρόνου ήταν γόνιμο. Για παράδειγμα, ένα αγόρι 15 ετών, του οποίου η κατάθλιψη τον είχε εμποδίσει να πηγαίνει στο σχολείο ή να διατηρεί σχέσεις με συνομηλικούς για πολλούς μήνες, τέσσερις εβδομάδες πριν από την τελευταία του συνεδρία, αναφέροντας ότι αισθάνεται πολύ καλύτερα και ότι μπορεί πλέον να πηγαίνει στο σχολείο σε καθημερινή βάση, σχολίασε: «Όλοι πιστεύουν ότι

είμαι πάλι στα φυσιολογικά μου και δεν συνειδητοποιούν ότι τα πράγματα είναι ακόμη δύσκολα για μένα. Έχουν ήδη ξεχάσει πώς ήταν ο περασμένος χρόνος. Θέλουν απλώς να επιστρέψω στις εξετάσεις και σ' όλα αυτά. Να επιστρέψω εκεί που ήμουν πριν». Όταν η θεραπεύτρια τον ρώτησε πώς αισθανόταν για το τέλος των συνεδριών και έκανε νύξη στον φόβο που πιθανώς να είχε ότι εκείνη θα τον ξεχάσει και ότι θα μείνει ο ίδιος χωρίς ανάμνηση της εργασίας που έκαναν μαζί, αυτός κούνησε το κεφάλι. Δύο εβδομάδες αργότερα, επέστρεψε σε αυτό το θέμα, όντας πλέον σε θέση να μιλήσει άμεσα για το τέλος της θεραπείας: «Δεν ξέρω πώς θα νιώσω όταν τελειώσει. Φαντάζομαι ότι ίσως να μην το παρατηρήσω για λίγο, αλλά έπειτα ίσως μου λείψει να έρχομαι εδώ». Τότε συζήτησαν για το πώς μια συνάντηση επανεκτίμησης λίγους μήνες αργότερα θα μπορούσε να τον ωφελήσει.

Εάν σταδιακά γίνει εφικτή μια ευρεία υιοθέτηση της STPP σε ολόκληρο το Ηνωμένο Βασίλειο, θα ενισχυθεί η πιθανότητα να συμπεριληφθεί η STPP στο πρόγραμμα Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies (CYP-IAPT, «Βελτιώνοντας την Πρόσβαση σε Ψυχολογικές Θεραπείες για Παιδιά και Νέους»). Αυτή η ευκαιρία να εδραιώσουμε την ψυχαναλυτική σκέψη και πρακτική στις δημόσιες κλινικές και στις εθελοντικές οργανώσεις για νέους είναι πράγματι πολύτιμη. Η ανάγκη για τακτική εργασία με τους γονείς πάνω στις οικογενειακές σχέσεις είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο, δεδομένης της αυξανόμενης απροθυμίας των κλινικών να παρέχουν *θεραπεία* για γονείς. Η STPP αποτελεί μια πρόκληση γι' αυτή την κουλτούρα που, αφενός, προσβύει την ανάγκη κατανόησης του παιδιού ή του εφήβου, αφετέρου όμως παρέχει στους γονείς μορφές εκπαίδευσης οι οποίες σπάνια λαμβάνουν υπόψη τις συναισθηματικές και αναπτυξιακές πολυπλοκότητες της οικογενειακής ζωής, συμπεριλαμβανομένων των ασυνειδητων χαρακτηριστικών της σχέσης γονέα-παιδιού.

Στο ευρύτερο διεθνές πλαίσιο, η δυνατότητα να συνδεθεί η συμβολή της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας παιδιού με την αποτελεσματικότητα των δομών της δημόσιας υγείας μπορεί να αποτελέσει πηγή αισιοδοξίας για τους ψυχοθεραπευτές παιδιού. Είναι ενθαρρυντικό να διαπιστώνουμε ότι υπάρχει ενεργό ενδιαφέρον για την STPP τόσο στην Ευρώπη όσο και στις Ηνωμένες Πολιτείες, και η έκδοση αυτή πρόκειται πιθανότατα να το ενισχύσει. Μέσω της διεθνούς συνεργασίας υπάρχει ενδεχομένως η δυνατότητα να επεκταθεί και να ενισχυθεί η πολύ σημαντική βάση επιστημονικής τεκμηρίωσης, αντλώντας στοιχεία τόσο από την έρευνα όσο και από την κλινική πρακτική. Ελπίζουμε ότι αυτό το βιβλίο θα παρακινήσει, θα εμπνεύσει και θα προκαλέσει διάλογο και πειραματισμό.

Εισαγωγή

Η ΒΡΑΧΕΙΑ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (SHORT-TERM PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY, STPP) για εφήβους είναι ένα μοντέλο ψυχαναλυτικής θεραπείας που περιλαμβάνει 28 συνεδρίες ατομικής ψυχοθεραπείας με εφήβους ή νεαρά άτομα και 7 συνεδρίες με τους γονείς ή τους φροντιστές τους, υποστηριζόμενες από εποπτεία. Ως θεραπεία για νεαρά άτομα με ήπια ή σοβαρή κατάθλιψη, έχει τις ρίζες της στις ψυχαναλυτικές αρχές και πρακτικές και προέρχεται από μια μακρά παράδοση εφαρμογής ψυχαναλυτικών μοντέλων ορισμένου χρόνου σε εφήβους στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η αποτελεσματικότητά της σε αυτή την ομάδα έχει διερευνηθεί εμπειρικά σε τρεις θεμελιώδεις τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, δύο από τις οποίες βρίσκονται ακόμη σε εξέλιξη. Οι ατομικές συνεδρίες STPP με το νεαρό άτομο παρέχονται από έναν επαγγελματία με βασική κλινική εκπαίδευση στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία με παιδιά και εφήβους (ο οποίος θα αναφέρεται στο εξής ως *ψυχοθεραπευτής παιδιών ή θεραπευτής*). Η εργασία με τους γονείς παρέχεται από διαφορετικό επαγγελματία, που μπορεί να είναι ψυχοθεραπευτής παιδιών ή άλλος συνάδελφος η εργασία του οποίου να διέπεται από γνώση του ψυχαναλυτικού μοντέλου. Η εποπτεία παρέχεται από έμπειρο συνάδελφο.

Σε αντίθεση με πολλές ψυχολογικές θεραπείες για καταθλιπτικούς νέους, η STPP έχει σχεδιαστεί για εκείνους των οποίων η κατάθλιψη είναι σοβαρή και για περιπτώσεις στις οποίες η κλινική εικόνα περιπλέκεται από διαγενεακές δυσκολίες, όπως την ψυχική ασθένεια ενός γονέα, ή σύνθετα προβλήματα που προκύπτουν από πολλαπλές απώλειες, πρώιμο τραύμα, σοβαρές αναπτυξιακές δυσκολίες ή άλλους παράγοντες που θέτουν σε κίνδυνο την υγιή ανάπτυξη. Οι ψυχοθεραπευτές παιδιών είναι σε θέση να εργαστούν με τέτοιες περίπλοκες δυσκολίες λόγω του βάθους και του εύρους της εκπαίδευσής τους, της προσωπικής τους εμπειρίας από τη δική τους ψυχανάλυση και της στενής ψυχαναλυτικής εποπτείας. Η STPP, όπως και η μακροχρόνια ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, εστιάζει στη σχέση μεταβίβασης με τον νεαρό ασθενή, συμπεριλαμβανομένης της αντιμεταβίβασης από πλευράς θεραπευτή, η οποία διευκολύνει την κατανόηση του ασυνείδητου άγχους και της ασυνείδητης φαντασίωσης.¹ Στόχος της είναι να προσφέρει στο νεαρό άτομο τη δυνατότητα

1 (Σ.τ.Ε.) Στο πρωτότυπο «phantasy», ως *ασυνείδητη* φαντασίωση, σε αντίστιξη με τη *συνειδητή* φαντασίωση

να εγκαταλείψει τα ριζωμένα μοτίβα συναισθηματικής συσχέτισης που επέτρεψαν στην κατάθλιψη να εγκατασταθεί. Σε αντίθεση με την ψυχοθεραπεία ανοιχτού τύπου, η STPP χρησιμοποιεί το χρονικό όριο για να φέρει στην επιφάνεια ζητήματα που σχετίζονται με την απώλεια, τα οποία θεωρούνται κεντρικά στην ανάπτυξη και τη συντήρηση της κατάθλιψης.

Ένα νεαρό άτομο στο οποίο προσφέρεται η επιλογή της STPP, όπως και άλλες ψυχολογικές θεραπείες, κατά πάσα πιθανότητα δεν γνωρίζει τι ακριβώς να περιμένει (Midgley κ.ά., 2014), αλλά έχει μπροστά του μια ευκαιρία: να σκεφτεί τα συναισθήματά του με έναν θεραπευτή που δίνει όλη του την προσοχή, που έχει ενσυναίσθηση και είναι ικανός τόσο να διευκολύνει την έκφραση ισχυρών συναισθημάτων όσο και να τα αντέξει, ιδίως όταν τα συναισθήματα που εκφράζονται είναι αρνητικά, επίπονα ή εχθρικά προς τον θεραπευτή. Αυτό είναι ζωτικής σημασίας για τους νέους με σοβαρή κατάθλιψη, καθώς συχνά αισθάνονται θυμό με τον εαυτό τους και τους γύρω τους (Midgley κ.ά., 2015) και βιώνουν βαθιά ενοχή εξαιτίας αυτών των συναισθημάτων. Για μερικούς είναι δύσκολο να γνωρίζουν τι αισθάνονται, και εδώ είναι ουσιαστικής σημασίας η ικανότητα του ψυχοθεραπευτή παιδιών να εργάζεται με το ασυνείδητο συναίσθημα και την ασυνείδητη φαντασίωση, να διευκολύνει την επικοινωνία με ένα «κλειστό» ή σιωπηλό νεαρό άτομο, ή να κατανοεί το παιχνίδι και τα σχέδια ενός νεαρότερου εφήβου.

Η εργασία με γονείς στην STPP, όπως και η άμεση κλινική εργασία με το νεαρό άτομο, βασίζεται σε ψυχαναλυτικές αρχές. Στοχεύει στην υποστήριξη της θεραπείας του νεαρού ατόμου διευκολύνοντας την κατανόηση του γονέα ή του φροντιστή σε σχέση με το παιδί και τις δυσκολίες του, και το καταφέρνει μέσω μιας ευαίσθητης διαδικασίας στην οποία παρακολουθούνται οι επώδυνες εμπειρίες των γονέων που πιθανώς προκαλούνται από την κατάθλιψη του παιδιού τους. Οι γονείς, είτε ως ζευγάρια είτε ως μονογονείς είτε ως ζεύγος με θετούς γονείς (πατριός ή μητριά), μπορεί να ανησυχούν βαθιά εξαιτίας της κατάθλιψης του έφηβου παιδιού τους και του εύρους των συμπεριφορών που τη συνοδεύουν. Σε ορισμένους θα ξυπνήσουν δυσκολίες από τα δικά τους εφηβικά χρόνια: άλλοι θα βιώσουν την ευθραυστότητα της δικής τους ψυχικής υγείας, ή αυτής ενός γονέα ή αδελφού, ή πρότερες εμπειρίες απώλειας ή τραύματος. Μπορεί να υπάρχουν έντονες ανησυχίες σχετικά με τα αυτοκτονικά συναισθήματα ή τον σκόπιμο αυτοτραυματισμό του νεαρού ατόμου, και ορισμένοι γονείς μπορεί να τρέφουν ενοχικές ανησυχίες

(«fantasy»). Κατά τη Susan Isaacs, η ιδιαίτερη αυτή ορθογραφία (*ph-*) υιοθετήθηκε από τους μεταφραστές των έργων του Freud στα αγγλικά για να υποδηλώσει την ψυχαναλυτική σημαντικότητα της έννοιας της ασυνείδητης φαντασίωσης και να τη διαφοροποιήσει από την καθημερινή, λαϊκή χρήση του όρου «φαντασίωση/φαντασία», που αναφέρεται σε συνειδητές ονειροπολήσεις, μυθιστορήματα κ.ο.κ. Βλ. S. Isaacs (1948), «The nature and function of phantasy», *International Journal of Psychoanalysis* 29: 73–97. Η διαφοροποίηση θα συζητηθεί παρακάτω (Κεφάλαιο 1).

πως κάποια πτυχή της γονεϊκής φροντίδας τους ίσως να ευθύνεται γι' αυτό. Για πολλούς, είναι εξαιρετικά χρήσιμη η ευκαιρία να μοιραστούν τέτοιες ανησυχίες με έναν θεραπευτή (τον ψυχοθεραπευτή γονέων) που είναι σε θέση να επικεντρωθεί στις δυσκολίες του έφηβου παιδιού και στον αντίκτυπό τους στους γονείς και την οικογένεια, αναδεικνύοντας παράλληλα τα λεπτά σημεία της ανταπόκρισης των γονέων. Για ορισμένους, που μπορεί να παλεύουν με οξύ άγχος σχετικά με τη θεραπεία του παιδιού τους, ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή γονέων ως σημείου επαφής και διασύνδεσης μεταξύ του θεραπευτή του νεαρού ατόμου και των γονέων, αλλά και ως ενδεχόμενης πηγής κατανόησης της φύσης της θεραπείας και της σημασίας της για το νεαρό άτομο, είναι επίσης καίριος. Για τους φροντιστές των παιδιών που τελούν υπό την πρόνοια του κράτους² ή για τους θετούς γονείς, όλα αυτά τα άγχη είναι παρόντα, αλλά πιθανώς να εμπλέκονται επιπρόσθετες ανησυχίες, όπως η πίεση να αντισταθμίσουν τις δυσκολίες που προϋπήρχαν στη ζωή των νεαρών ατόμων πριν περιέλθουν στη φροντίδα τους (όπως κακοποίηση ή παραμέληση), καθώς και τα υψηλά επίπεδα τραύματος στα πρώτα στάδια της ζωής τους. Ο ψυχοθεραπευτής γονέων μπορεί επίσης να διαδραματίσει ιδιαίτερο ρόλο σε σχέση με το ευρύτερο δίκτυο φροντίδας του νεαρού ατόμου.

Διέποντας τόσο την άμεση κλινική εργασία με το νεαρό άτομο στην STPP όσο και την εργασία με τους γονείς, η ψυχαναλυτική εποπτεία διαδραματίζει έναν ρόλο-κλειδί: υποστηρίζει τους θεραπευτές παιδιού και γονέων να κατανοήσουν την κλινική εικόνα και παρέχει έναν ασφαλή χώρο όπου οι εμπειρίες αντιμεταβίβασης μπορούν να γίνουν αντικείμενο επεξεργασίας και ερμηνείας. Η συχνότητα της εποπτείας ποικίλλει ανάλογα με την εμπειρία του ψυχοθεραπευτή στην STPP και με το τι είναι εφικτό στο πλαίσιο της συνήθους κλινικής πρακτικής. Για τους θεραπευτές στα πρώτα βήματα της καριέρας τους ή αυτούς που ξεκινούν τώρα να εφαρμόζουν την STPP, είναι ιδανικό να έχουν την ευκαιρία να παρουσιάζουν μια κλινική περίπτωση ανά δεκαπενθήμερο· για άλλους, κρίνεται κατάλληλη η εποπτεία μικρότερης συχνότητας ή η εποπτεία από ομοτίμους. Οι ψυχοθεραπευτές παιδιών είναι, φυσικά, εκπαιδευμένοι στην εργασία με ισχυρές ασυνείδητες προβολές που προέρχονται από τους νεαρούς ασθενείς τους ή από τις οικογένειές τους, καθώς και στην κατανόηση συναισθηματικών αντιδράσεων και ενίοτε δυσάρεστων συνειρμών που οι ίδιοι βιώνουν μέσα στην κλινική συνάντηση. Η αξία της εποπτείας έγκειται εν μέρει στην ευκαιρία που παρέχει να διερευνηθούν τέτοιες πολύπλοκες και δυσάρεστες δυναμικές με έναν έμπειρο συνάδελφο, ο οποίος δεν εμπλέκεται στην άμεση θεραπευτική εργασία

2 (Σ.τ.Ε.) Στο πρωτότυπο «children “looked after” by the state». Ο όρος αναφέρεται στη φιλοξενία παιδιών είτε σε δημόσιες δομές είτε σε οικίες ανάδοχων γονέων (στο βιβλίο απαντάται ως «foster care») για ποικίλα χρονικά διαστήματα.

με τον ασθενή. Στο πλαίσιο της STPP για νέους με σοβαρή κατάθλιψη, η εποπτεία είναι ιδιαίτερα σημαντική στο να βοηθήσει να εμπεριεχθούν τα ισχυρά συναισθήματα που προκαλούνται από τη φύση της εργασίας, κυρίως ο αντίκτυπος των πρώιμων σχεσιακών και άλλων τραυμάτων και η σύνδεσή τους με άγχη επιβίωσης στις περιπτώσεις όπου υπάρχει ενεργή αυτοκτονικότητα.

Το μοντέλο STPP διάρκειας 28 εβδομάδων, ενώ είναι «βραχύ» σε σύγκριση με μακροπρόθεσμα ή ανοιχτού τύπου ψυχαναλυτικά μοντέλα, καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος ενός ακαδημαϊκού έτους και σπάνια θεωρείται «βραχύ» από τα ίδια τα νεαρά άτομα ή μέσα στο πλαίσιο των οικονομικά πιεσμένων δημόσιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπου τείνουν να κυριαρχούν βραχύτερες (ή «σύντομες») θεραπείες. Είναι, πράγματι, επαρκώς μεγάλο σε διάρκεια ούτως ώστε να δώσει στον νεαρό ασθενή μια ουσιαστική εμπειρία —μια στέρεη και βαθιά θεραπευτική σχέση με τον ψυχοθεραπευτή— και να επιτρέψει την αίσθηση μιας αρχής, μέσης και τέλους. Μέσα σε μια τέτοια δομή, η θεραπεία μπορεί να αναπτυχθεί αλλά και να εμβαθύνει, καθώς και να επεξεργαστεί ζητήματα γύρω από την απώλεια λαμβάνοντας υπόψη το χρονικό όριο (Molnos, 1995).

Πριν προχωρήσουμε στη λεπτομερή περιγραφή της STPP για νέους με κατάθλιψη, θα περιγράψουμε πρώτα εν συντομία τη φύση και τον επιπολασμό της κατάθλιψης σε αυτή την ηλικιακή ομάδα και θα ερευνήσουμε το φάσμα των σχετιζόμενων διαθέσιμων θεραπειών. Έπειτα, θα περιγράψουμε την ανάπτυξη του μοντέλου της STPP και τη χρήση του σε τρεις εμπειρικές μελέτες, και θα παρουσιάσουμε μια επισκόπηση του εγχειριδίου.

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Μελέτες έχουν δείξει ότι περίπου το 2,8% των παιδιών ηλικίας κάτω των 13 ετών και το 5,6% αυτών μεταξύ 13 και 18 ετών πάσχουν από κάποιο είδος καταθλιπτικής διαταραχής (Costello, Erkanli & Angold, 2006), με την κατάθλιψη να είναι δύο φορές πιο συχνή στα κορίτσια απ' ό,τι στα αγόρια μετά τα 13 έτη (Birmaher κ.ά., 2007). Μέχρι πρότινος, ωστόσο, εθεωρείτο ότι τα νεαρά άτομα δεν εμφάνιζαν κλινική κατάθλιψη με τον τρόπο που την εμφανίζουν οι ενήλικες, και ότι οι μεταβολές της διάθεσης και η ευερεθιστότητα που παρατηρούνται στους εφήβους ήταν απλώς μέρος της διαδικασίας φυσιολογικής ανάπτυξης, της «αναταραχής»³ της εφηβείας. Μόλις το 1980 επεκτάθηκε η διάγνωση των καταθλιπτικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους, με τη δημοσίευση της τρίτης έκδοσης του *Διαγνωστικού*

3 (Σ.τ.Μ.) Στο πρωτότυπο «storm and stress». Αναφέρεται στη συναισθηματική αναταραχή. Αυτή η φράση χρησιμοποιήθηκε από τον ψυχολόγο G. Stanley Hall για να περιγράψει την εφηβεία ως μια περίοδο μετάβασης από την πρωτόγονη στην πολιτισμένη φύση του ανθρώπου.

και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / DSM*), μετά από μια σειρά μελετών στη δεκαετία του 1970 (π.χ. Weinberg, Rutman, Sullivan, Penick & Dietz, 1973) οι οποίες άρχισαν να καθιερώνουν την άποψη ότι η κλινική κατάθλιψη των νέων δεν είναι ταυτόσημη με τις φυσιολογικές εντάσεις της εφηβείας, αλλά επίσης διαφοροποιείται από την κατάθλιψη στους ενήλικες.

Σύμφωνα με την πρόσφατη, πέμπτη έκδοση του *DSM* (APA, 2013), η διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στους νέους εξαρτάται από την ύπαρξη σημαδιών που υποδηλώνουν μια διάχυτη στροφή προς τη θλίψη, την ευερεθιστότητα, την απώλεια ενδιαφέροντος ή την απώλεια ευχαρίστησης για διάστημα τουλάχιστον δύο εβδομάδων. Για να θεωρηθούν επαρκή για τη διάγνωση, τα συμπτώματα αυτά πρέπει να διαφέρουν αρκετά από το πώς είναι συνήθως το νεαρό άτομο και να παρεμποδίζουν σημαντικά τη ζωή του. Άλλα συμπτώματα που θεωρούνται δυναμικά μέρος μιας διάγνωσης μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής περιλαμβάνουν τα εξής: απώλεια όρεξης, δυσκολία στον ύπνο (ή να ξυπνήσουν), μειωμένη ενέργεια, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ανεπαρκή συγκέντρωση, κοινωνική απόσυρση και αίσθηση απελπισίας. Σε σοβαρές περιπτώσεις, μπορεί επίσης να υπάρχουν έντονες ενοχικές ιδέες και αυτοκτονικός ιδεασμός. Σε αντίθεση με τους ενήλικες, η ευερεθιστότητα σημειώνεται επίσης ως σημαντικό σύμπτωμα της κατάθλιψης στους νέους, ενώ επιπλέον έχουν αναγνωριστεί ορισμένες διαφορές στον τρόπο εμφάνισης της κατάθλιψης στα παιδιά σε αντίθεση με τους μεγαλύτερους εφήβους. Σε όλες τις περιπτώσεις, ωστόσο, η μείζον κατάθλιψη είναι πιθανό να έχει σημαντική επίδραση στη ζωή του νεαρού ατόμου, με τα ποικίλα, διαφορετικά στοιχεία να αλληλεπιδρούν συχνά με τέτοιο τρόπο ώστε η βιωμένη εμπειρία του παιδιού ή του εφήβου να είναι αυτή της απελπισίας και της αβοηθησίας (Midgley κ.ά., 2015).

Επίσης, όλο και περισσότερο αναγνωρίζεται ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που πάσχουν από κατάθλιψη είναι πιθανό να αντιμετωπίζουν μια σειρά άλλων δυσκολιών, με τα επίπεδα συννοσηρότητας να κυμαίνονται μεταξύ 50% και 80% (Birmaher κ.ά., 2007). Οι καταθλιπτικοί έφηβοι είναι πιθανό να υποφέρουν από κάποια μορφή αγχώδους διαταραχής, αλλά μπορεί επίσης να παρουσιάζουν διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς, κατάχρηση ουσιών, διατροφικές δυσκολίες ή αναδυόμενη διαταραχή προσωπικότητας. Η κατάθλιψη οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο αυτοτραυματισμού και αυτοκτονίας (ειδικά στα αγόρια), με μία μελέτη να υποδεικνύει ότι το 7% των εφήβων που παρουσίασαν καταθλιπτική διαταραχή κατέληξαν στην αυτοκτονία ως νεαροί ενήλικες (Weissman κ.ά., 1999). Παρόλο που υπάρχουν σχετικά υψηλά ποσοστά ανάκαμψης από καταθλιπτικά επεισόδια (τα οποία διαρκούν κατά μέσο όρο μεταξύ επτά και εννέα μηνών στους νέους), υπάρχει επίσης ένα πολύ υψηλό επίπεδο υποτροπής, με το 70% των νέων που

βιώνουν κατάθλιψη να έχουν ένα περαιτέρω επεισόδιο κατάθλιψης εντός πέντε ετών (Richmond & Rosen, 2005). Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της κατάθλιψης στην εφηβεία είναι επίσης ανησυχητικές, με αυξημένο κίνδυνο αυτοτραυματισμού, αυτοκτονίας, κατάθλιψης, σωματικής ασθένειας, κατάχρησης ουσιών και διαπροσωπικών προβλημάτων κατά την ενήλικη ζωή (Weissman κ.ά., 1999).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Δεδομένων των υψηλών ποσοστών κατάθλιψης μεταξύ των νέων, η ανεύρεση αποτελεσματικών θεραπειών αποτελεί σαφώς προτεραιότητα. Από την ανασκόπηση της υπάρχουσας βάσης επιστημονικής τεκμηρίωσης, το Εθνικό Ινστιτούτο για τη Βέλτιστη Υγεία και Φροντίδα (National Institute for Health and Care Excellence / NICE) του Ηνωμένου Βασιλείου εξέδωσε το 2015 επικαιροποιημένες οδηγίες σχετικά με τη θεραπεία της κατάθλιψης σε παιδιά και νέους (NICE, 2015). Σε αυτές συνιστάται μια διαβαθμισμένη προσέγγιση στη φροντίδα των ασθενών, αναγνωρίζοντας τις διαφορετικές ανάγκες των νέων ανάλογα με τη φύση της κατάθλιψής τους και τις προσωπικές τους συνθήκες. Οι κατευθυντήριες γραμμές υποδεικνύουν ότι, όπου είναι δυνατόν, οι νέοι θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στη θεραπεία σε εξωτερικές κλινικές ή σε κοινοτικές δομές, ενώ πρέπει πάντα να διεξάγεται προσεκτική αξιολόγηση, η οποία να συμπεριλαμβάνει πιθανά θέματα ψυχικής υγείας των γονέων. Προτείνουν επίσης την παροχή ψυχοεκπαίδευσης στους νέους σχετικά με την υγιεινή του ύπνου, τα οφέλη της τακτικής άσκησης και την ισορροπημένη διατροφή. Στις περιπτώσεις ήπιας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, μπορεί να κριθεί κατάλληλη μια περίοδος «άγρυπνης αναμονής»⁴ ή κάποια μορφή μη κατευθυντικής υποστηρικτικής θεραπείας ή ομαδικής γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας. Στις περιπτώσεις μέτριας ή σοβαρής κατάθλιψης, η φλουοξετίνη είναι ο μόνος τύπος αντικαταθλιπτικού φαρμάκου που συνιστάται σε κάθε περίπτωση, ενδείκνυται να προσφέρεται μόνο παράλληλα με κάποια μορφή ψυχολογικής θεραπείας. Όταν το νεαρό άτομο δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία, συνιστάται προσεκτική αναθεώρηση από τη διεπιστημονική ομάδα. Όσον αφορά τους συγκεκριμένους τύπους ψυχοθεραπείας που προτείνονται, ειδικά στις περιπτώσεις μέτριας ή σοβαρής κατάθλιψης η οποία δεν ανταποκρίνεται σε σύντομες παρεμβάσεις, οι οδηγίες του NICE προτείνουν να ληφθούν υπόψη ως επιλογές η ατομική γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, η διαπροσωπική θεραπεία, η συστημική οικογενειακή θεραπεία και η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία παιδιού.

⁴ (Σ.τ.Μ.) Στο πρωτότυπο «watchful waiting». Ο όρος προέρχεται από την ιατρική πρακτική και αναφέρεται σε περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν επιχειρείται καμία παρέμβαση, αλλά ο ασθενής και η πορεία του παρακολουθούνται ενεργά.

Υπάρχουν ορισμένοι τομείς για τους οποίους οι οδηγίες υποδεικνύουν ότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα. Σχετικά λίγες μελέτες έχουν αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα των θεραπειών ως προς τη μεσοπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη αποφυγή υποτροπής, παρά το γεγονός ότι επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν σχετικά υψηλά ποσοστά υποτροπής σε νέους με κατάθλιψη. Υπάρχουν επίσης συνεχιζόμενες αντιπαραθέσεις σχετικά με τη χρήση φαρμάκων από νεαρά άτομα, συμπεριλαμβανομένων των ανησυχιών για υψηλότερα επίπεδα αυτοκτονίας, όπως αποτυπώνονται σε ορισμένες μελέτες: επιπλέον, υπάρχουν μεικτά ευρήματα όσον αφορά τα σχετικά πλεονεκτήματα των αυτόνομων θεραπειών συγκριτικά με συνδυασμένες θεραπείες (όπου συνδυάζονται φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία). Επιπροσθέτως, οι Fonagy κ.ά. (2014) σημειώνουν καίρια πως «το γεγονός ότι, γενικά, το 40–50% των θεραπευομένων σε κλινικές δοκιμές τόσο φαρμακευτικών όσο και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων δεν ανταποκρίνονται και συνεχίζουν να παρουσιάζουν κατάθλιψη, δείχνει πως είναι αναγκαίο να συνεχίσουμε να αναπτύσσουμε πιο αποτελεσματικά μοντέλα θεραπείας και ότι, μέχρι τότε, πρέπει να προσφέρεται μια σειρά εναλλακτικών προσεγγίσεων» (σελ. 118). Η ανάγκη για βελτίωση και ευρύτερη διάθεση θεραπειών υψηλής ποιότητας που να είναι αποδεκτές από τους νέους αλλά και αποτελεσματικές για παιδιά και εφήβους με σοβαρή κατάθλιψη —όχι μόνο βραχυπρόθεσμα, αλλά επίσης μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα— παραμένει πρωταρχικής σημασίας.

Η STPP ΚΑΙ Η ΔΟΚΙΜΗ IMPACT

Η STPP αναπτύχθηκε από μια μακροχρόνια δέσμευση των ψυχοθεραπευτών παιδιού να παρέχουν ψυχαναλυτική θεραπεία ορισμένου χρόνου σε νεαρά άτομα. Από τις αρχές του αιώνα, αυτή η παράδοση έχει συγκλίνει με τη δέσμευση να δοκιμαστεί η κλινική αποτελεσματικότητα μιας τέτοιας προσέγγισης μέσω εμπειρικών μελετών. Η STPP εξελίχθηκε, έτσι, από ένα μοντέλο ψυχοθεραπείας παιδιών και εφήβων διάρκειας 30 συνεδριών που δοκιμάστηκε σε δύο τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές: η μία με παιδιά που είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά (Trowell κ.ά., 2002), η άλλη με παιδιά και νεαρούς εφήβους με κατάθλιψη (Trowell κ.ά., 2007) (όπου έγινε σύγκριση με μοντέλα ομαδικής και οικογενειακής θεραπείας, αντίστοιχα). Η τελευταία απέδειξε όχι μόνο την αποτελεσματικότητα της STPP μέχρι το τέλος της θεραπείας, αλλά και τη συνεχιζόμενη επίδρασή της (ή *επίδραση της λήθης*)⁵ έως και τον επαναληπτικό έλεγχο έξι μήνες μετά το πέρας

5 (Σ.τ.Ε.) Στο πρωτότυπο «*sleeper effect*». Ο όρος αποδίδεται στους Αμερικανούς ψυχολόγους Carl Iver Hovland και Walter Weiss. Στην ψυχολογία, ο όρος αναφέρεται στην αυξημένη πειστικότητα ενός μηνύματος με την πάροδο του χρόνου και ενώ έχει υπάρξει προσωρινή μη έκθεση στο μήνυμα. Εδώ ο όρος χρησιμοποιείται μεταφορικά για να υποδηλώσει τη συνεχιζόμενη επίδραση της θεραπείας μετά το πέρας αυτής.

της θεραπείας, θέτοντας έτσι τη βάση για τη χρηματοδότηση μιας πολύ μεγαλύτερης κλίμακας κλινικής δοκιμής της STPP: της δοκιμής IMPACT (Improving Mood with Psychoanalytic and Cognitive Therapies, «Βελτιώνοντας τη Διάθεση με Ψυχαναλυτικές και Γνωσιακές Θεραπείες»). Η δοκιμή IMPACT βασίστηκε επίσης στην κλινική δοκιμή ADAPT (Adolescent Depression Antidepressant and Psychotherapy Trial, «Δοκιμή για την Αντικαταθλιπτική Αγωγή και την Ψυχοθεραπεία στην Εφηβική Κατάθλιψη»), η οποία συνέκρινε τη συνδυασμένη παροχή γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας και αντικαταθλιπτικής αγωγής με την αποκλειστική χρήση φαρμακευτικής αγωγής για τη θεραπεία νέων με κατάθλιψη (Dubicka κ.ά., 2008), θέτοντας έτσι ένα σημαντικό προηγούμενο για την αξιολόγηση ψυχολογικών θεραπειών σε καταθλιπτικούς νέους.

Η δοκιμή IMPACT (Goodyer κ.ά., 2011), με τη συμμετοχή 540 ασθενών, είναι η μεγαλύτερη μέχρι σήμερα τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή που σχετίζεται με την ψυχοθεραπεία παιδιών και εφήβων, καλύπτοντας τρεις περιοχές του Ηνωμένου Βασιλείου: το Βόρειο Λονδίνο, την Ανατολική Αγγλία και τη Βορειοδυτική Αγγλία. Οι έφηβοι και οι νέοι που συμμετείχαν, ηλικίας από 11 έως 17 ετών, κατανεμήθηκαν τυχαία σε τρεις διαφορετικές θεραπευτικές μεθόδους —STPP, γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία ή εξειδικευμένη κλινική φροντίδα— και παρακολούθηθηκαν σε τακτά διαστήματα, συμπεριλαμβανομένου του τέλους της θεραπείας και του επαναληπτικού ελέγχου στις 86 εβδομάδες μετά την αρχική παραπομπή τους. Τα εμπειρικά ευρήματα της δοκιμής δεν ήταν διαθέσιμα κατά τη συγγραφή του εγχειριδίου.

ΤΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ: Η STPP ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

Αυτό το βιβλίο είναι ένα περιγραφικό εγχειρίδιο θεραπείας: μια πλήρης περιγραφή του τι είναι η STPP, ποιο είναι το θεωρητικό της πλαίσιο και πώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε τυπικές κλινικές υπηρεσίες για νέους. Ενώ μια παλαιότερη έκδοση αυτού του εγχειριδίου χρησιμοποιήθηκε στη δοκιμή IMPACT, το τρέχον εγχειρίδιο έχει γραφτεί για χρήση στην κοινή κλινική πρακτική από ψυχοθεραπευτές παιδιών που συνήθως εργάζονται σε διεπιστημονικές ομάδες. Η STPP μπορεί να προσφερθεί και σε άλλα περιβάλλοντα, όπως στην ιδιωτική πρακτική, σε εθελοντικές μη κυβερνητικές οργανώσεις ή στην εκπαίδευση, υπό την προϋπόθεση ότι τα θέματα που αφορούν τον κίνδυνο και τη διαχείριση του περιστατικού παρακολουθούνται στενά.

Ενώ το ακρωνύμιο STPP έχει χρησιμοποιηθεί και για άλλα μοντέλα θεραπείας, ιδιαίτερα για τη βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία σε ενήλικες, το χρησιμοποιούμε εδώ για το μοντέλο βραχείας ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας που περιγράφουμε. Ομοίως, χρησιμοποιούμε σε όλη την έκταση του βιβλίου τον όρο

ψυχαναλυτική για να περιγράψουμε αυτή τη μορφή θεραπείας, θεωρώντας τον πιο ακριβή από τον όρο *ψυχοδυναμική* και αναφερόμενοι σε μια συγκεκριμένη μορφή θεραπείας (αυτή που ασκείται στο Ηνωμένο Βασίλειο από μέλη της Εταιρείας Ψυχοθεραπευτών Παιδιού — Association of Child Psychotherapists, ACP) εντός της ευρύτερης σχολής της *ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας* ή των *ψυχοδυναμικών ψυχοθεραπειών*. Όπως είναι κοινή πρακτική στην ψυχαναλυτική βιβλιογραφία, διακρίνουμε μεταξύ ασυνείδητης και συνειδητής φαντασίωσης.

Το Κεφάλαιο 1 προσφέρει μια επισκόπηση των διαφορετικών ψυχαναλυτικών θεωριών και μοντέλων της εφηβικής κατάθλιψης. Η STPP δεν βασίζεται σε ένα μόνο ψυχαναλυτικό θεωρητικό μοντέλο κατάθλιψης, αλλά σε μια σειρά ψυχαναλυτικών θεωριών συνδυασμένων με θεωρίες παιδικής ανάπτυξης⁶: ως εκ τούτου, το κεφάλαιο έχει στόχο να αναδείξει το εύρος των απόψεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην κατανόηση των νεαρών ατόμων με μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη. Το Κεφάλαιο 2 περιγράφει την ψυχαναλυτική εργασία με παιδιά και νέους: πρώτα παρουσιάζονται οι βασικές αρχές και τεχνικές της και στη συνέχεια τα δεδομένα της επιστημονικής τεκμηρίωσης σε σχέση με την ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία γενικά και την STPP ειδικότερα. Το Κεφάλαιο 3 εισάγει το μοντέλο της STPP αυτό καθαυτό, μαζί με μια περιγραφή της σχέσης της STPP με τη διαχείριση του κλινικού περιστατικού και την από κοινού εργασία στο πλαίσιο μιας διεπιστημονικής κλινικής. Στη συνέχεια, περιγράφονται οι συνήθεις διαδικασίες παραπομπής για STPP εντός της διεπιστημονικής ομάδας. Το Κεφάλαιο 4 σκιαγραφεί τα στάδια της STPP, χρησιμοποιώντας μια ανασύνθεση κλινικής περίπτωσης⁶ για να απεικονίσει τις βασικές αρχές της εργασίας στην STPP και κοινά θέματα και ζητήματα που προκύπτουν σε κάθε στάδιο. Στο Κεφάλαιο 5 περιγράφεται η ψυχαναλυτική εργασία με γονείς, χρησιμοποιώντας την ίδια ανασύνθεση περίπτωσης μαζί με άλλες κλινικές βινιέτες, και το Κεφάλαιο 6 επικεντρώνεται στην εποπτεία στο πλαίσιο της STPP. Ενώ το Κεφάλαιο 4 στοχεύει στην απεικόνιση των βασικών αρχών της STPP παρακολουθώντας μια συγκεκριμένη ανασύνθεση περίπτωσης, και ως εκ τούτου διατρέχει ίσως τον κίνδυνο εξιδανίκευσης της διαδικασίας, το Κεφάλαιο 7 περιγράφει κοινές δυσκολίες που προκύπτουν κατά τη συνήθη πρακτική της STPP, συμπεριλαμβανομένων προβλημάτων μη προσέλευσης και πρόωρου τερματισμού της θεραπείας, καθώς και ιδιαίτερα ζητήματα γύρω από την ψυχιατρική διασύνδεση και τη διαχείριση κινδύνου. Αυτές οι δυσκολίες απεικονίζονται με βινιέτες που περιγράφουν τη διαδικασία της άμεσης θεραπείας με το νεαρό άτομο και την παράλληλη εργασία με γονείς, αμφότερες υποστηριζόμενες από εποπτεία.

6 (Σ.τ.Μ.) Στο πρωτότυπο «composite case». Αναφέρεται στη σύνθεση μίας περίπτωσης η οποία αποτελείται από περιστατικά και γεγονότα πολλών διαφορετικών κλινικών περιπτώσεων και λειτουργεί ως παράδειγμα.

Όλες οι βινιέτες και οι κλινικές περιπτώσεις που περιγράφονται σε αυτό το βιβλίο αποτελούν ανασυνθέσεις κλινικών περιπτώσεων, βασισμένες σε ένα ευρύ φάσμα κλινικής εμπειρίας με νέους που πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη, μέσω άμεσης κλινικής εργασίας και εποπτείας, και έτσι όπως καταγράφηκαν από τις εποπτικές διαδικασίες της δοκιμής IMPACT. Η αναθεώρηση της προηγούμενης εκδοχής αυτού του εγχειριδίου, που χρησιμοποιήθηκε στην κλινική δοκιμή, άντλησε στοιχεία και από τις εμπειρίες του μεγάλου αριθμού ψυχοθεραπευτών οι οποίοι το χρησιμοποίησαν στην άμεση κλινική εργασία ή εποπτεία ως μέρος της μελέτης.

Εν κατακλείδι, αξίζει να σημειωθεί ότι η εμπειρία των ψυχοθεραπευτών παιδιού που συμμετείχαν στη δοκιμή IMPACT —εκείνων της ομάδας εργασίας που ετοίμασαν το εγχειρίδιο, των θεραπευτών των νεαρών ατόμων και των γονέων τους, καθώς και των εποπτών— ήταν ότι η ανάπτυξη και δοκιμή του μοντέλου STPP αποδείχθηκε κλινικά πολύτιμη και εμπλούτισε την επαγγελματική τους πρακτική. Ένωσε θεραπευτές που εργάζονται σε ποικίλα κλινικά περιβάλλοντα, με ένα ευρύ φάσμα θεωρητικών πλαισίων και με διαφορετικά επίπεδα εμπειρίας, με τρόπο ο οποίος ενίσχυσε την από μέρους τους κατανόηση της τεχνικής και την πεποίθησή τους για την αξία της εργασίας τους με τον αυξανόμενο πληθυσμό των νέων που αντιμετωπίζουν δυσκολίες.