

Γνωσιακές
Συμπεριφοριστικές
ς Παρεμβάσεις
Χαμηλής
Έντασης:
Βιβλιογραφική
ανασκόπηση



Εταιρεία Γνωσιακών
Συμπεριφοριστικών Σπουδών

Σπουδάστρια: **Σοφία Νικολαΐδη**
Επόπτρια: **Έλλη Κουβαράκη**

Χαμηλής έντασης
Γνωσιακή
συμπεριφοριστική
θεραπεία (ΓΣΘ ΧΕ- low
intensity cognitive
behavioral therapy-LI
CBT)

Έχει συνδεθεί με την προσέγγιση της Βηματικής περίθαλψης (Stepped care approach) στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η χαμηλή ένταση αναφέρεται στον περιορισμένο χρόνο που παρέχεται από τον ειδικό, με έναν οικονομικά αποδοτικό τρόπο (π.χ. ΓΣΘ σε ομαδικό πλαίσιο).

Η Βηματική περίθαλψη είναι ένα σύστημα παροχής και παρακολούθησης των θεραπειών ψυχικής υγείας, όπου παρέχεται αρχικά η πιο αποτελεσματική και λιγότερο εντατική και οικονομικά αποδοτικότερη θεραπεία

Χαμηλής έντασης» Γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία

Σε σύγκριση με τις παραδοσιακές υπηρεσίες, οι ΧΕ ΓΣΘ παρεμβάσεις αυξάνουν (Bennett-Levy και συν., 2010):



Την πρόσβαση ή/και την ταχύτητα και αμεσότητα πρόσβασης στη θεραπεία



Το συνολικό αριθμό των ατόμων που μπορούν να έχουν πρόσβαση σε εμπειρικά τεκμηριωμένες θεραπείες



Την ευελιξία της παροχής των παρεμβάσεων, την ανταπόκριση και τη χωρητικότητα

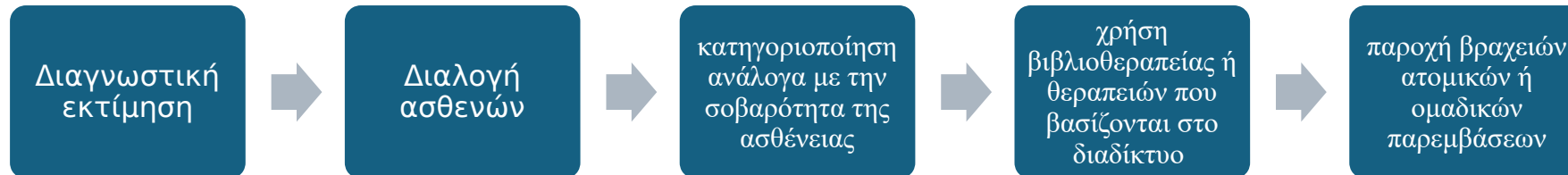


Τις επιλογές που έχουν οι ασθενείς



Την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών με χαμηλό κόστος

Περιλαμβάνουν:



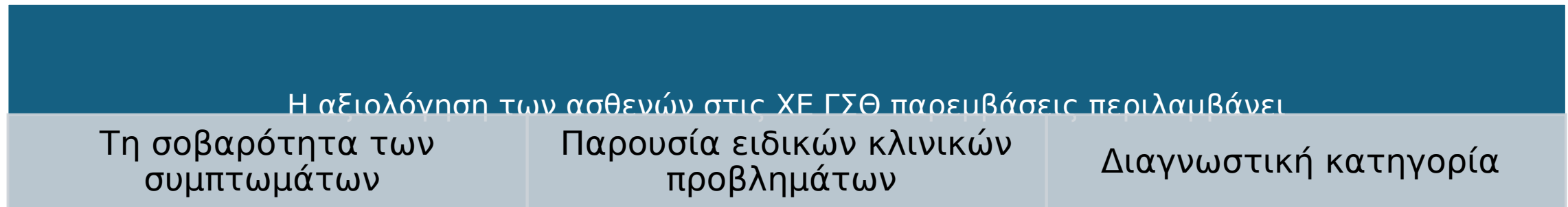
Διαφορές ανάμεσα σε ΧΕ και ΥΕ ΓΣΘ παρεμβάσεις

	Χαμηλής έντασης ΓΣΘ παρεμβάσεις	Υψηλής έντασης ΓΣΘ παρεμβάσεις
Ποιος εφαρμόζει την παρέμβαση;	Συνήθως παρέχεται από ειδικά εκπαιδευμένους μη ειδικούς ψυχικής υγείας. Δεν είναι απαραίτητη η παρουσία εκπαιδευμένου θεραπευτή π.χ. μέσω καθοδηγητικών βιβλίων αυτοβοήθειας, τεχνολογικά προγράμματα όπως εφαρμογές στο κινητό κ.λπ.	Η παρέμβαση παρέχεται συνήθως από ειδικά καταρτισμένους ειδικούς ψυχικής υγείας π.χ. από ΓΣΘ θεραπευτές.
Για ποιους είναι κατάλληλη;	Χρησιμοποιείται ευρέως για την αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης σε όλο το ηλικιακό εύρος και σε διαταραχές συμπεριφοράς σε παιδιά (π.χ. Bennett et al., 2019; Cuijpers et al., 2010). Τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν τη χρήση αυτών των παρεμβάσεων ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της διαταραχής (Bower et al., 2013; Karyotaki et al. 2018), ωστόσο τυπικά δεν επιλέγεται σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου.	Συνήθως χρησιμοποιείται ευρέως για διαταραχές όπου θα ήταν κατάλληλη μια μακροχρόνια τυπική ΓΣΘ.
Τι είδους παρέμβαση;	Οι παρεμβάσεις βασίζονται στις γενικές αρχές της ΓΣΘ ώστε να μάθουν τα άτομα συγκεκριμένες τεχνικές (για παράδειγμα σταδιακής έκθεσης, γνωσιακής αναδόμησης, επίλυσης προβλημάτων) με στόχο την μείωση του στρες και τη βελτίωση της λειτουργικότητας. Το διάβασμα και οι ασκήσεις για το σπίτι είναι κομβικής σημασίας.	Πρόκειται για μια πλήρη ΓΣΘ που περιλαμβάνει την παροχή υλικού και ασκήσεων μεταξύ των συνεδριών.
Πού/πώς – παρέχεται;	Όταν παρέχεται καθοδήγηση, για την υποστήριξη των υλικών αυτοβοήθειας αυτό γίνεται μέσω τηλεφώνου, πρόσωπο με πρόσωπο, μέσω βίντεοκλήσης, ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, ανταλλαγής μηνυμάτων κειμένου (sms) ή διαδικτύου.	Συνήθως παρέχεται διά ζώσης (πρόσωπο με πρόσωπο ή μέσω βίντεοκλήσης, ηλεκτρονικής πλατφορμας).
Papworth & Marrinan (2013)		

Διαφορές ανάμεσα σε ΧΕ και ΥΕ ΓΣΘ παρεμβάσεις

	Χαμηλής έντασης ΓΣΘ παρεμβάσεις	Υψηλής έντασης ΓΣΘ παρεμβάσεις
Πότε παρέχεται;	Συνήθως παρέχεται ως πρώτη θεραπευτική παρέμβαση.	Μπορεί να είναι η πρώτη θεραπευτική παρέμβαση ή σε χώρες όπου εφαρμόζεται η βηματική περίθαλψη να παρέχεται μετά από ανεπαρκή ανταπόκριση στην πρώτη θεραπευτική παρέμβαση και/ή όταν η ΥΕ είναι απαραίτητη λόγω πολυπλοκότητας, όπως π.χ. η αυτοκτονικότητα,
Γιατί παρέχεται;	Γιατί αποτελεί την λιγότερο επιβαρυντική παρέμβαση σε συστημικό επίπεδο, καθώς καθιστά δυνατή την διαχείριση υψηλού όγκου περιστατικών σε μικρότερο χρονικό διάστημα με γρήγορη εναλλαγή και άρα αντιμετώπιση της ζήτησης. Συνεπώς είναι οικονομικά και κλινικά αποδοτική.	Για τη βελτίωση του όρου κόστους-αποτελεσματικότητας με την παροχή της κατάλληλης παρέμβασης
Πώς παρέχεται;	Χρησιμοποιούνται βιβλία αυτοβοήθειας ή παρεμβάσεις βασισμένες σε τεχνολογικά μέσα.	Υποστηρίζεται η χρήση υλικών και ασκήσεων μεταξύ των συνεδριών.
Ποια η χρονική διάρκεια της θεραπείας;	Κάθε παρέμβαση συνήθως περιλαμβάνει έξι ή λιγότερες ώρες συνδιαλλαγής, που συχνά κατατμίζονται σε συνεδρίες των 20-30 λεπτών.	Μακρόχρονη διάρκεια παρέμβασης. Συνήθως κάθε συνεδρία έχει διάρκεια 45-60'.
Papworth & Marrinan (2013)	Παραπομπή για ΥΕ ΓΣΘ	Παραπομπή σε εξειδικευμένη υπηρεσία

Αξιολόγηση στις ΧΕ ΓΣΘ παρεμβάσεις



Υπάρχουν πολλές μέθοδοι για την αξιολόγηση των ασθενών στις ΧΕ ΓΣΘ παρεμβάσεις, Μπορεί να γίνει μέσω διαδικτύου (e-based αξιολογήσεις), μέσω τηλεφώνου ή δια ζώσης.



Τα βασικά χαρακτηριστικά της αξιολόγησης ανεξαρτήτως του μέσου που αυτή πραγματοποιείται είναι:

- η εγκαθίδρυση θεραπευτικής σχέσης,
- η περιορισμένη χρονική διάρκεια (30'-40'),
- η εστίαση στο «εδώ» και «τώρα»,
- η νοηματοδότηση των δυσκολιών
(η κατανόηση των λόγων που νιώθουν έτσι),
- ο συνεργατικός εμπειρισμός,
- η χρήση κλινικών μετρήσεων,
- η αξιολόγηση της επικινδυνότητας και
- η χρήση ενός υποστηρικτικού, κινητοποιητικού και ενθαρρυντικού τόνου ώστε να ενισχυθεί το άτομο να λάβει τις απαραίτητες για αυτόν υπηρεσίες

Προκλήσεις στην αξιολογητική διαδικασία

Περιορισμένος χρόνος για την εγκαθίδρυση της θεραπευτικής σχέσης και την κατανόηση των δυσκολιών του εξεταζόμενου.

Συλλογή των μετρήσεων από συνεδρία σε συνεδρία για διαφορετικούς λόγους π.χ. προσωπικές αγκυλώσεις του θεραπευτή, αλλά και σχετική απροθυμία του θεραπευόμενου.

Δύσκολία στην Αξιολόγηση της επικινδυνότητας

Υπό αυτό το πρίσμα έχουν αναπτυχθεί αλγόριθμοι βηματικής περίθαλψης για το άγχος και την κατάθλιψη στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Το μοντέλο βηματικής περίθαλψης (stepped care): Το παράδειγμα της κατάθλιψης (βασισμένο στις κατευθυντήριες οδηγίες του NICE)

Βήμα	Τοποθεσία	Υπηρεσία	Παρέμβαση	Ανταποκρινόμενες καταστάσεις	Πιθανή έκβαση
Βήμα 1	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Γενικός ιατρός	Ιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή Νοσηλεύτης/τρια	Αναγνώριση και αξιολόγηση συμπτωμάτων, ψυχο-εκπαίδευση βασισμένη στη ΓΣΘ, παρακολούθηση	Ήπια, αυτό-περιοριζόμενη	Ο ασθενής ανακάμπτει ή περνάει σε επόμενο βήμα
Βήμα 2	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Ομάδα ψυχικής υγείας	ΧΕ ΓΣ θεραπευτής	ΧΕ ΓΣΘ, που περιλαμβάνει καθοδηγούμενη ΓΣΘ, μέσα αυτοβοήθειας, ΓΣΘ μέσω τεχνολογικών μέσων	Ήπια προς μέτρια	Ο ασθενής ανακάμπτει ή περνάει σε επόμενο βήμα
Βήμα 3	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Ομάδα ψυχικής υγείας	ΥΕ ΓΣ θεραπευτής	ΥΕ ΓΣΘ	Μέτρια προς σοβαρή	Ο ασθενής ανακάμπτει ή περνάει σε επόμενο βήμα
Βήμα 4	Ειδικοί ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων των κοινοτικών μονάδων ψυχικής υγείας και των ομάδων παρέμβασης στην κρίση	διασυνδετική ομάδα		Μέτρια προς σοβαρή	Ο ασθενής ανακάμπτει ή περνάει σε επόμενο βήμα
Βήμα 5	Ενδονοσοκομειακή φροντίδα, ομάδες παρέμβασης στην κρίση		Θεραπεία η οποία συνήθως ενσωματώνει ΓΣΘ	Ανθεκτική στη θεραπεία, υποτροπιάζουσα, μη τυπική ή κατάθλιψη με ψυχωσικά στοιχεία και προπτώσεις	

Δομή και Τεχνικής ΧΕ ΓΣ παρεμβάσεων για ήπια προς μέτρια κατάθλιψη και άγχος

Κατάθλιψη

Στάδιο 1: Εμπλοκή	Στάδιο 2: Συμπεριφορικές στρατηγικές	Στάδιο 3. Γνωσιακές στρατηγικές	Στάδιο 4. Διατήρηση ευημερίας
Ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας	Αντιμετώπιση μειωμένης δραστηριότητας	Αντιμετώπιση ιδεομηρυκασμού	Πρόληψη υποτροπής
Ολοκλήρωση αξιολόγησης	Αντιμετώπιση απουσίας διαπροσωπικής επαφής	Αντιμετώπιση συγκεκριμένων αυτόματων αρνητικών σκέψεων	Διατήρηση ευημερίας και ανάκαμψη (recovery)
Αξιολόγηση παραγόντων διατήρησης	Αντιμετώπιση υπερεμπλοκής σε μη αποδοτικές δραστηριότητες	Αντιμετώπιση εσωτερικευμένης νοητικής διαδικασίας επίλυσης προβλημάτων	
Θέσπιση στόχων	Μετατόπιση της σημασίας στην αναγνώριση των προβλημάτων αντί της ενεργητικής επίλυσης αυτών	Αντιμετώπιση των γνωσιών για τον εαυτό, τους άλλους και τον κόσμο γενικότερα	

Δομή και Τεχνικής ΧΕ ΓΣ παρεμβάσεων για ήπια προς μέτρια κατάθλιψη και άγχος

Άγχος

Στάδιο 1: Εμπλοκή	Στάδιο 2: Ψυχοεκπαίδευση	Στάδιο 3: Γνωσιακές Τεχνικές για την αντιμετώπιση ΑΑΣ, προσδοκιών και πεποιθήσεων	Στάδιο 4: Στρατηγικές για την αποκλιμάκωση των σωματικών συμπτωμάτων
Ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας	Φυσιολογία, τρόπος λειτουργίας και παράγοντες διατήρησης άγχους	Χρήση Ημερολογίου Άγχους	
Ολοκλήρωση αξιολόγησης	Ο ρόλος των συμπεριφορών ασφαλείας / και των αποφυγών		
Αξιολόγηση παραγόντων διατήρησης	Διαδικασία πρόβλεψης καταστάσεων		=
Θέσπιση στόχων			

Hughes, Herron & Young (2014); Titov, Andrews & McEvoy (2010)

Υλικό Αυτοβοήθειας

Μια πρόσφατη μετα ανάλυση (Gellatly et al., 2007) έχει επιβεβαιώσει τη συνολική αποτελεσματικότητα των υλικών αυτοβοήθειας με βάση τη ΓΣ Θεραπεία

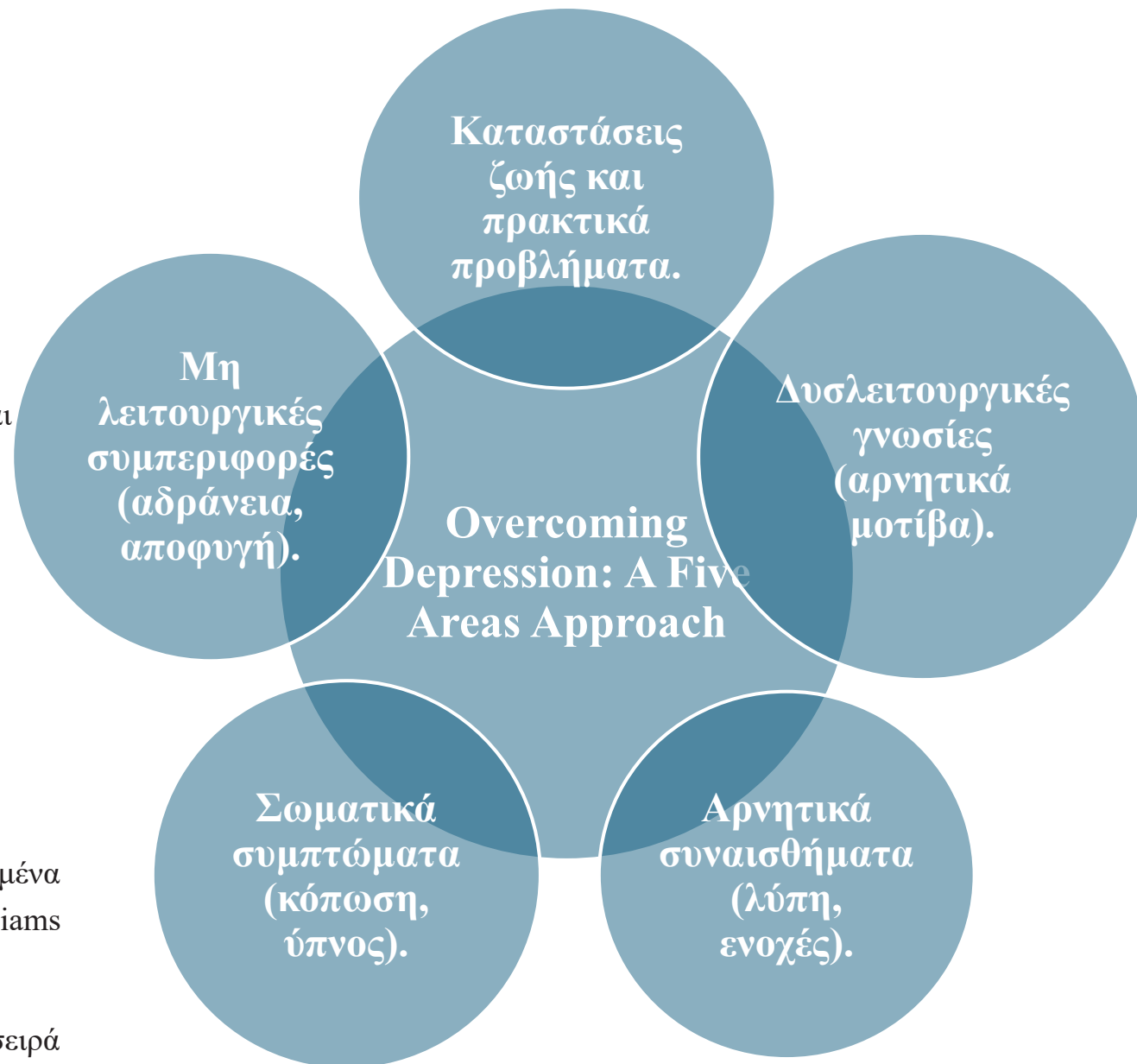
Μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα όταν παρέχονται ως καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια, με καθοδήγηση/υποστήριξη από κάποιον ειδικό

Το «Overcoming Depression: A Five Areas Approach» (Williams, 2001) είναι μια δομημένη θεραπεία αυτοβοήθειας για την κατάθλιψη.

-  η Χρήση Αντικαταθλιπτικής αγωγής,
-  η Πρακτική Επίλυση Προβλημάτων,
-  η Διεκδικητικότητα,
-  η Αντιμετώπιση Προβλημάτων Ύπνου κ.α.

Τα εγχειρίδια είναι απαλλαγμένα από εξειδικευμένη ορολογία και σχεδιασμένα για εύκολη ανάγνωση, καθιστώντας τα προσβάσιμα σε ένα ευρύ κοινό (Williams & Whitfield, 2001).

Η Williams (2013) χρησιμοποιεί την ίδια μορφή που παρουσιάζει σε μια σειρά βιβλίων αυτοβοήθειας για όσους υποφέρουν από άγχος «Overcoming Anxiety, Stress and Panic: A Five Areas Approach».



Αποτελεσματικότητα ΧΕ ΓΣΘ

Αναζητήθηκαν όλες οι συστηματικές αναλύσεις και οι μετα-αναλύσεις στην αγγλική γλώσσα

Ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων: Google Scholar, PubMed

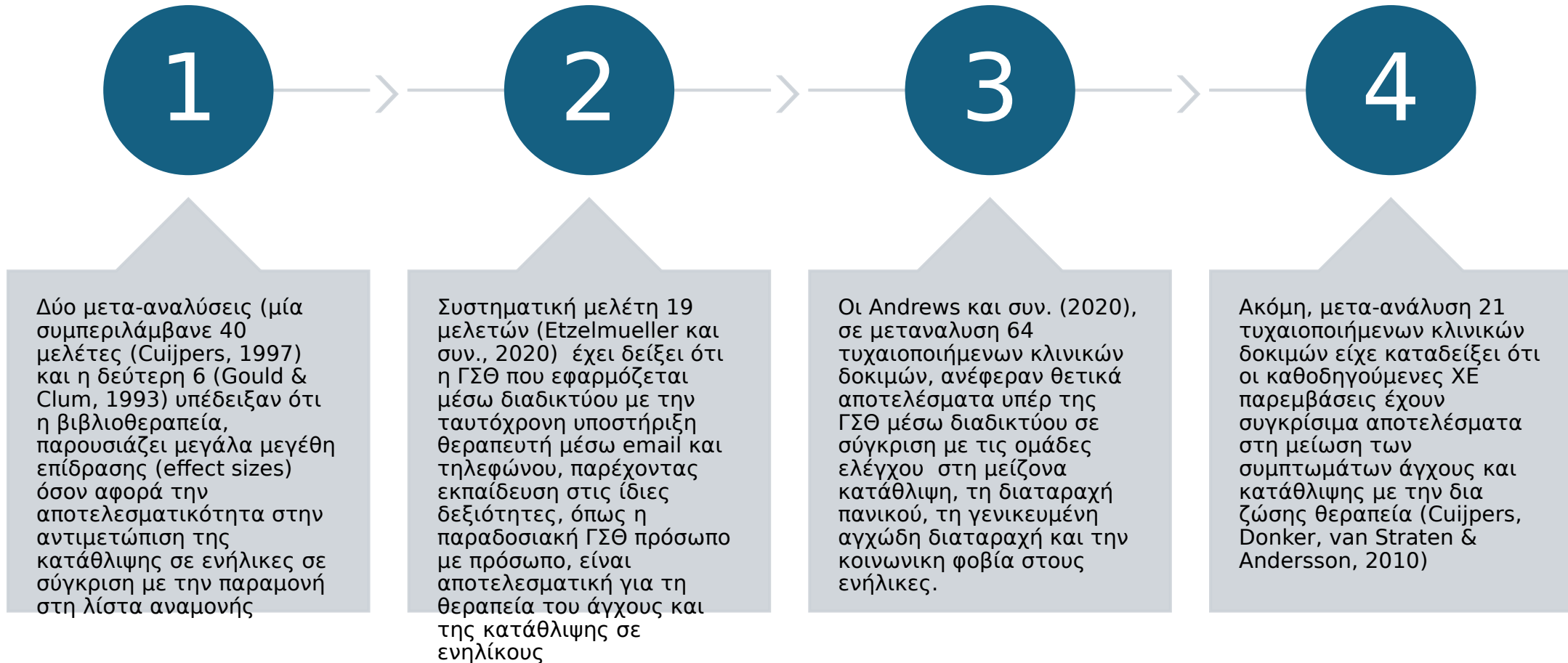
Χρονική περίοδος: Ιούνιος 2021 – Σεπτέμβριος 2023

Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν:

- ((low intensity CBT[Title/Abstract]) AND (depression[Title/Abstract]))
- ((low intensity CBT[Title/Abstract]) AND (anxiety[Title/Abstract]))
- ((low intensity CBT[Title/Abstract]) AND (eating disorders[Title/Abstract]))
- ((low intensity CBT[Title/Abstract]) AND (systematic review[Title/Abstract]))
- ((low intensity CBT[Title/Abstract]) AND (meta-analysis[Title/Abstract]))
- ((low intensity CBT[Title/Abstract]) AND (psychosis[Title/Abstract]))

Από τα 47 άρθρα που επιλέχθηκαν μετά από τον έλεγχο των περιλήψεων, 7 φάνηκε να πληρούν τα κριτήρια επιλογής

Κατάθλιψη και άγχος



¹Η ομάδα ελέγχου ήταν συνήθως η παραμονή στη λίστα αναμονής στην οποία δεν υπήρχε καμία προσδοκία ότι η καθυστέρηση πριν από τη θεραπεία θα επηρέαζε θετικά. Κανένα δεν περιλάμβανε εικονικό φάρμακο.

Ψύχωση

Στη μελέτη (Hazell, Hayward, Cavanagh & Strauss, 2016) εισήχθησαν 10 κλινικές δοκιμές.

Οι χαμηλής έντασης CBTρ παρεμβάσεις, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, οδηγούν σε λιγότερα συμπτώματα ψύχωσης τόσο μετά την παρέμβαση όσο και στην επαναξιολόγηση.

Τα αποτελέσματα μετά την παρέμβαση στην ψύχωση ήταν ανεξάρτητα από τη μορφή παρέμβασης (ομαδική ή ατομική) ή διάρκεια θεραπείας (αριθμός ωρών επικοινωνίας και συνεδριών))

Τα ευρήματα μεταξύ των ομάδων για δευτερεύοντες δείκτες (κατάθλιψη, άγχος και λειτουργικότητα) δεν βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικά μετά την παρέμβαση, αλλά έγιναν σημαντικά κατά την επαναξιολόγηση για την κατάθλιψη και τη λειτουργικότητα (αλλά όχι για το άγχος).

Διαταραχές πρόσληψης τροφής

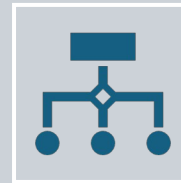


Έχει διεξαχθεί μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση σχετικά με τη χρήση ΧΕ παρεμβάσεων για τη θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής (Davey και συν., 2023).

Σε σύγκριση με τις θεραπείες ΥΕ, οι ΧΕ παρεμβάσεις ήταν ισοδύναμες στη μείωση της ψυχοπαθολογίας των διαταραχών πρόσληψης τροφής, ελαφρώς πιο αποτελεσματικές στη βελτίωση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Σε > 12 follow up πιο αποτελεσματικές οι ΧΕ στη μείωση ψυχοπαθολογίας. Σε βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα follow up οι παρεμβάσεις ΥΕ και ΧΕ δεν είχαν διαφορές στην άμβλυνση των προσδιοριστιών σοβαρότητας κατά DSM. Συνολικά υψηλότερη επίδραση υπέρ των θεραπειών υψηλής έντασης σε σύγκριση με τις παρεμβάσεις ΧΕ στην επίτευξη ύφεσης και αποκατάστασης. Αυτό σημαίνει ότι η παροχή θεραπειών υψηλής έντασης αυξάνει τις πιθανότητες ύφεσης ή/και ανάρρωσης κατά περίπου 30%.

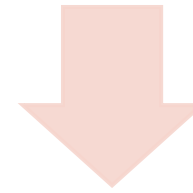


Στη μελέτη περιλήφθηκαν 33 έρευνες που σύγκριναν παρεμβάσεις ΧΕ (CBT, DBT, FBT, ACT, CFT) έναντι παρεμβάσεων ΥΕ (group CBT, individual CBT, IPT, FBT, ICAT), μη ειδικών παρεμβάσεων για διαταραχές πρόσληψης τροφής (self-esteem unguided self-help, perfectionism guided self-help, mindfulness-based CBT guided self-help for depression), ή την παραμονή στη λίστα αναμονής.



Οι ΧΕ παρεμβάσεις ήταν ανώτερες από τις μη ειδικές για διαταραχές πρόσληψης τροφής παρεμβάσεις και από τη συνθήκη ελέγχου (παραμονή στη λίστα αναμονής) ως προς τους 3 προαναφερθέντες δείκτες.

Συμπεράσματα



Βιβλιογραφία

Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ*. 2005;330 (7495):839-842. doi:10.1136/bmj.330.7495.839

Haaga DAF. Introduction to the special section on stepped care models in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(4):547-548. doi:10.1037//0022-006X.68.4.547

Lovell K, Richards D. Multiple access points and levels of entry (MAPLE): ensuring choice, accessibility, and equity for CBT services. *Behav Cogn Psychother*. 2000;28(4):379-391. doi:10.1017/S135246580000406X

Richards D, Suckling R. Improving access to psychological therapy: the Doncaster demonstration site organisational model. *Clin Psychol Forum*. 2008;(181):9-16

Richards D, Suckling R. Improving access to psychological therapies: phase IV prospective cohort study. *Br J Clin Psychol*. 2009;48(Pt 4):377-396. doi:10.1348/014466509X405178

National Institute for Health and Care Excellence. Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care. NICE Clinical Guideline [CG123]. Published 2011. Accessed October 9, 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>

Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23(4):318-327. doi:10.3109/09540261.2011.606803

Scottish Government. Primary Care Mental Health Models in Scotland. Published 2022. Accessed November 19, 2023. <https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2022/01/primary-care-mental-health-models-scotland/documents/primary-care-mental-health-models-scotland/primary-care-mental-health-models-scotland/govscot%3Adocument/primary-care-mental-health-models-scotland.pdf>

Bennett-Levy J, Richards DA, Farrand P, et al. Low intensity CBT interventions: a revolution in mental health care. In: Bennett-Levy J, Richards DA, Farrand P, et al, eds. *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: Oxford University Press; 2010:3-18

Marks IM. *Living with Fear*. 2nd ed. London: McGraw Hill; 2001.

Padesky CA, Greenberger D. *Clinician's Guide to Mind Over Mood*. New York: Guilford Press; 1995.

Greenberger D, Padesky CA. *Mind Over Mood: A cognitive therapy treatment manual for client*. New York: Guilford Press; 1995.

Greenberger D, Padesky CA. *Mind Over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think*. New York: Guilford Press; 1995.

Marks IM, Hallam RS, Connolly J, Philpott R. *Nursing in Behavioural Psychotherapy: An Advanced Clinical Role for Nurses*, RCN Research Series. London: Royal College of Nursing; 1977.

Marks IM. *Psychiatric Nurse Therapists in Primary Care: The Expansion of Advanced Clinical Roles in Nursing*, RCN Research Series. London: Royal College of Nursing; 1985.

Marks IM, Cavanagh K, Gega L. *Hands-on Help: Computer-aided Psychotherapy*, Maudsley Monograph No. 49. London: Psychology Press; 2007.

Wootton BM. Remote cognitive–behavior therapy for obsessive–compulsive symptoms: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016;43:103-113. doi:10.1016/j.cpr.2015.10.001

Shafran R, Myles-Hooton P, Bennett S, Öst LG. The concept and definition of low intensity cognitive behaviour therapy. *Behav Res Ther*. 2021;138:103803. doi:10.1016/j.brat.2021.103803

Farrand P, Ritterband L, Bennett-Levy J. Introducing and supporting guided CBT - Overview. In: Bennett-Levy J, Richards DA, Farrand P, et al, eds. *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: Oxford University Press; 2010:87-88.

Proudfoot J, Nicholas J. Monitoring and evaluation in low intensity CBT interventions. In: Bennett-Levy J, Richards DA, Farrand P, et al, eds. *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: Oxford University Press; 2010:97-104.

Βιβλιογραφία

- McEvoy P, Landwehr E, Percy C, Campbell B. A Clinician's Guide to Low Intensity Psychological Interventions (LIPIs) for Anxiety and Depression. Western Australian Primary Health Alliance. Published 2021. Accessed November 19, 2019. https://www.wapha.org.au/wp-content/uploads/2021/06/210308_WAPHA_LIPI-Clinical-Manual.pdf
- Dalton H, Read D, Handley T, Perkins D. Low intensity mental health services: A rapid review – January 2017. Centre for Rural & Remote Mental Health; 2017.
- Fursland A, Erceg-Hurn D, Byrne SM, McEvoy PM. A single session assessment and psychoeducational intervention for eating disorders: impact on treatment waitlists and eating disorder symptoms. *Int J Eat Disord*. 2018;51(12):1373-1377. doi:10.1002/eat.22967
- National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder. NICE Guideline [NG116]. Published 2018. Accessed from www.nice.org.uk/guidance/ng116
- Richards D, Whyte M. Reach Out: National Programme Student Materials to Support the Delivery of Training for Practitioners Delivering Low Intensity Interventions. London: Rethink; 2008.
- Farrand P, Williams C. Low intensity CBT assessment: in person or by phone. In: Bennett-Levy J, Richards DA, Farrand P, et al, eds. *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: Oxford University Press; 2010:89-96
- White J. The STEPS model: a high volume, multi-level, multi-purpose approach to address common mental health problems. In: Bennett-Levy J, Richards DA, Farrand P, et al, eds. *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: Oxford University Press; 2010:35-53.
- National Collaborating Centre for Mental Health. *The Improving Access to Psychological Therapies Manual*. Published 2018.
- Papworth M, Marrinan T, eds. *Low Intensity Cognitive Behaviour Therapy: A Practitioner's Guide*. 2nd ed. London, UK: SAGE Publications Ltd; 2013.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. *The Treatment and Management of Depression in Adults with Chronic Physical Health Problems (Partial Update of CG23)*. CG91. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
- Lau MA, Farrand P, Willett B. Key low intensity CBT interventions in depression and anxiety - Overview. In: Bennett-Levy J, Richards DA, Farrand P, et al, eds. *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: Oxford University Press; 2010:137-140.
- Hopko D, Lejuez C, Lepage J, Hopko S, McNeil D. A brief behavioral activation treatment for depression; a randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behav Modif*. 2003;27(4):458-469.
- Richards DA. Behavioural activation. In: Bennett-Levy J, Richards DA, Farrand P, et al, eds. *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: Oxford University Press; 2010:141-150.
- Mynors-Wallis L, Lau MA. Problem solving as a low intensity intervention. In: Bennett-Levy J, Richards DA, Farrand P, et al, eds. *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: Oxford University Press; 2010:151-158.
- COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700-1712. doi:10.1016/S0140-6736(21)02143-7
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.;2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Titov N, Andrews G, McEvoy P. Using low intensity interventions in the treatment of anxiety disorders. In: Bennett-Levy J, Richards DA, Farrand P, et al, eds. *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: Oxford University Press; 2010:169-176.
- Jorm AF. Mental Health Literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000;177: 396–401.

Βιβλιογραφία

Williams CJ, Whitfield G. Written and computer-based self-help treatments for depression. Br Med Bulln. 2001;57: 133–144.

Richards A, Barkham M, Cahill J, Richards D, Williams C, et al. PHASE: A Randomised Controlled Trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care. Br J Gen Pract. 2003;53(495): 764–770.

Williams C, Wilson P, Morrison J, McMahon A, Andrew W, Allan L, et al. Guided Self-Help Cognitive Behavioural Therapy for Depression in Primary Care: A Randomised Controlled Trial. Andersson G, editor. PLoS ONE. 2013;8(1):e52735.

Williams C. Overcoming Anxiety, Stress and Panic: A Five Areas Approach . CRC Press; 2012 [cited 2024 Sep 1]. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781444163155>

Hughes C, Herron S, Young J. CBT for mild to moderate depression and anxiety: a guide to low-intensity interventions. Maidenhead, Berkshire, England: McGraw-Hill Education Press : Open University Press; 2014.

Overholser JC. Cognitive-behavioral treatment of depression: a three-stage model to guide treatment planning. Cogn Behav Pract. 2003;10(3):231-239.

Delgadillo J. Guided self-help in a brave new world. Br J Psychiatry. 2018;212(2):65-66. doi:10.1192/bjp.2017.17.

Cuijpers P. Bibliotherapy in unipolar depression: a meta-analysis. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1997;28(2):139-147. doi:10.1016/s0005-7916(97)00005-0.

Gould RA, Clum GA. A meta-analysis of self-help treatment approaches. Clin Psychol Rev. 1993;13(2):169-186. doi:10.1016/0272-7358(93)90039-o.

Etzelmüller A, Vis C, Karyotaki E, et al. Effects of internet-based cognitive behavioral therapy in routine care for adults in treatment for depression and anxiety: systematic review and meta-analysis. J Med Internet Res. 2020;22(8):e18100. doi:10.2196/18100.

Andrews G, Basu A, Cuijpers P, et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: an updated meta-analysis. J Anxiety Disord. 2018;55:70-78. doi:10.1016/j.janxdis.2018.01.001.

Cuijpers P, Donker T, van Straten A, Li J, Andersson G. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. Psychol Med. 2010;40(12):1943-1957. doi:10.1017/S0033291710000772.

Hazell CM, Hayward M, Cavanagh K, Strauss C. A systematic review and meta-analysis of low intensity CBT for psychosis. Clin Psychol Rev. 2016;45:183-192. doi:10.1016/j.cpr.2016.03.004

Davey E, Bennett SD, Bryant-Waugh R, et al. Low intensity psychological interventions for the treatment of feeding and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. J Eat Disord. 2023;11(1):56. Published 2023 Apr 4. doi:10.1186/s40337-023-00775-2

Sijbrandij M, Kleiboer A, Farooq S. Editorial: Low-Intensity Interventions for Psychiatric Disorders. Front Psychiatry. 2020 Nov 25;11:619871. doi: 10.3389/fpsy.2020.619871.

Boyd L, Baker E, Reilly J. Impact of a progressive stepped care approach in an improving access to psychological therapies service: An observational study. PLoS One.