

# Οι εμπειρικά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις στα πλαίσια της γνωσιακής συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας στους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Το παράδειγμα προώθησης ενός προγράμματος αποκατάστασης στην Ελλάδα

Ρακιτζή Σταυρούλα<sup>1</sup>, Γεωργιά Πολυξένη<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dipl.- Psychologin, με επάρκεια στη γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία (EABCT) -Ιδιωτικό γραφείο

<sup>2</sup> Διευθύντρια στο ψυχιατρικό τμήμα ενηλίκων του ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς Αθηνών, Μεσογείων 154 11527 Αθήνα

Αλληλογραφία: Ρακιτζή Σταυρούλα, Ιλισίων 34 15771 Αθήνα, e-mail: srakitzi@gmail.com, τηλ. 210 3824669

## Περίληψη

Η Σχιζοφρένεια αποτελεί μία σοβαρή χρόνια ψυχική διαταραχή. Ο συνδυασμός εμπειρικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων-βιολογικές παρεμβάσεις σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία-αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για όλους τους κλινικούς ψυχιάτρους και κλινικούς ψυχολόγους. Οι βιολογικές παρεμβάσεις αποτελούν τη βάση της περιθάλψης ασθενών με σχιζοφρένεια για τη διαχείριση των θετικών, των αρνητικών συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπής. Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία για τη σχιζοφρένεια αναπτύχθηκε ως προσθήκη στις καθιερωμένες πρακτικές. Ο παραπάνω συνδυασμός παρεμβάσεων εστιάζει σε συγκεκριμένους θεραπευτικούς στόχους. Η σημασία της αύξησης κινήτρου των ασθενών θα αναδειχθεί μέσα από την ανασκόπηση, ως βασική προϋπόθεση για την πραγματοποίηση μιας θεραπείας. Θα παρουσιαστούν οι εμπειρικά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις: Η πρόωμη παρέμβαση στην ψύχωση, οι παρεμβάσεις στην οξεία φάση, η ψυχοεκπαίδευση μετά την οξεία φάση, η ατομική γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία στα επίμονα θετικά και αρνητικά συμπτώματα, η συμπεριφοριστική θεραπεία της οικογένειας και διάφορα προγράμματα αποκατάστασης. Η μεταγνωσιακή διαδικασία στους ασθενείς με σχιζοφρένεια αποτελεί τα τελευταία χρόνια αντικείμενο παρέμβασης στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση. Στη συνέχεια, θα οριστεί η έννοια της αποκατάστασης (Recovery), η οποία αποτελεί και τελικό στόχο των παρεμβάσεων. Θα γίνει σύντομη αναφορά στο ομαδικό γνωσιακό συμπεριφοριστικό πρόγραμμα IPT (Integrated Psychological Therapy), στην εμπειρία από την εφαρμογή του στην Ελλάδα και την εκπαίδευση σε αυτό. Τέλος, η ανασκόπηση οδηγεί στα εξής συμπεράσματα: Οι ποικιλία των παρεμβάσεων στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι δεδομένη. Η ψυχοθεραπεία αυξάνει την εναισθησία στη νόσο, κάτι το οποίο έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Τέλος, προτείνεται η εφαρμογή του συνδυασμού των παρεμβάσεων και η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας του.

Λέξεις κλειδιά: σχιζοφρένεια, γνωσιακή-συμπεριφοριστική αποκατάσταση, IPT

## Εισαγωγή

Η επιλογή εμπειρικά τεκμηριωμένων βιολογικών και ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στην ψυχική υγεία, πρέπει να αποτελεί βασική προτεραιότητα για κάθε ειδικό ψυχικής υγείας. Τα κριτήρια για μία εμπειρικά τεκμηριωμένη ψυχοθεραπεία είναι τα εξής [1]: Η απόδειξη για την αποτελεσματικότητα σε αυστηρά ελεγχόμενες συνθήκες και κάτω από συνθήκες κλινικής πράξης, η αξιολόγηση του σκοπού της θεραπείας και η ύπαρξη εγχειριδίου για την ψυχοθεραπεία.

Οι βιολογικές παρεμβάσεις αποτελούν τη βασική θεραπεία στους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Η γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία αποτελεί μία θεραπεία εκλογής για τους ασθενείς αυτούς και μία καθιερωμένη θεραπευτική επιλογή στην πλειονότητα των ευρωπαϊκών χωρών και στις ΗΠΑ. Το βρετανικό εθνικό ίδρυμα για την ορθή κλινική πρακτική περιέλαβε τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία, ως συνιστώμενη θεραπεία για τη σχιζοφρένεια [2].

Παρακάτω, θα παρουσιαστούν αρχικά οι θεραπευτικοί στόχοι

στην ψυχοθεραπεία της σχιζοφρένειας. Στη συνέχεια, θα γίνει μία ανασκόπηση των παρεμβάσεων στα πλαίσια της γνωσιακής συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας και των προγραμμάτων αποκατάστασης. Η ύπαρξη εμπειρικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων στους ασθενείς αυτής της διαγνωστικής κατηγορίας, αποτελεί σήμερα μία πραγματικότητα για όλους. Θα παρουσιαστούν οι εξής παρεμβάσεις: Η πρόωπη παρέμβαση στην ψύχωση, οι παρεμβάσεις στην οξεία φάση, η ψυχοεκπαίδευση μετά την οξεία φάση, η ατομική γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία στα επίμονα θετικά και αρνητικά συμπτώματα, η συμπεριφοριστική θεραπεία της οικογένειας και διάφορα προγράμματα αποκατάστασης. Η μεταγνωσιακή διαδικασία στους ασθενείς με σχιζοφρένεια αποτελεί τα τελευταία χρόνια αντικείμενο παρέμβασης στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση. Στη συνέχεια, θα οριστεί η έννοια της αποκατάστασης (Recovery), η οποία αποτελεί και τον τελικό στόχο όλων των παρεμβάσεων. Θα γίνει μία σύντομη αναφορά στην αραριωτική θεραπεία IPT (Integrated Psychological Program) και την εκπαίδευση σε αυτή. Τέλος, ακολουθεί η συζήτηση των δεδομένων της ανασκόπησης.

## **2. Οι θεραπευτικοί στόχοι στα πλαίσια της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας στους ασθενείς με σχιζοφρένεια**

### *2.1. Εισαγωγή*

Ο βασικός στόχος του συνδυασμού φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, είναι οι ασθενείς να έρθουν αντιμέτωποι με τη διαταραχή τους, να κάνουν μία νέα επανεκκίνηση στη ζωή τους, να απαλλαχθούν από το στίγμα και να προσπαθήσουν να χτίσουν μία θετική εικόνα για τον εαυτό τους. Οι ειδικοί ψυχικής υγείας από την άλλη μεριά, οφείλουν να δημιουργήσουν το κατάλληλο πλαίσιο, προκειμένου να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι [3].

### *2.2. Η σημασία της αύξησης κινήτρου στους ασθενείς με σχιζοφρένεια*

Οι επτά φάσεις του μοντέλου αυτοδιαχείρισης στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία είναι οι εξής: 1. Εισαγωγική φάση: δημιουργία κατάλληλων συνθηκών, 2. Διαμόρφωση κινήτρων για αλλαγή, 3. Ανάλυση της συμπεριφοράς και το λειτουργικό μοντέλο συσχετίσεων, 4. Συμφωνία για τους θεραπευτικούς στόχους, 5. Σχεδιασμός, επιλογή και εφαρμογή ειδικών μεθόδων, 6. Έλεγχος της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής προόδου, 7. Τελική φάση: μεγιστοποίηση και ολοκλήρωση της θεραπείας [4, 5]. Η δεύτερη φάση, η διαμόρφωση κινήτρων για αλλαγή, αποτελεί μία ιδιαίτερα σημαντική φάση, η οποία αυξάνει τις πιθανότητες για τη συμμετοχή των ασθενών σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης και αποασυλοποίησης.

Το μειωμένο κίνητρο των ασθενών αυτών αποτελεί ένα βασικό πυρήνα της κλινικής τους εικόνας και βασικό θεραπευτικό στόχο στο συνδυασμό φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας [6]. Η εφαρμογή της παρέμβασης, η εκπαίδευση των θεραπευτών, ο τύπος του προγράμματος αποκατάστασης και το εσωτερικό κίνητρο των ασθενών για την οικειοθελή συμμετοχή τους στη θεραπεία, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν θετικά το αποτέλεσμα της θεραπείας. Ειδικότερα, η εκπαίδευση των θεραπευτών έχει θετική επίδραση, τόσο στο αποτέλεσμα της θεραπείας όσο και στην αύξηση κινήτρου των ασθενών για την οικειοθελή συμμετοχή τους στο πρόγραμμα αποκατάστασης [7, 8]. Η αύξηση κινήτρου αποτελεί μία μεμονωμένη παρέμβαση, η

οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί, ως μία διαδικασία επίλυσης προβλημάτων. Η διαδικασία αυτή, οδηγεί στην εφαρμογή ενός συνδυασμού εναλλακτικών λύσεων, οι οποίες συσχετίζονται με την αύξηση κινήτρου στους ασθενείς και την κινητοποίηση της οικογένειας. Η παρέμβαση αυτή οδηγεί στη συνολική αύξηση του κινήτρου και τη συμμετοχή των ασθενών με σχιζοφρένεια σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης και αποασυλοποίησης [9].

### *2.3. Οι θεραπευτικοί στόχοι: τα θετικά συμπτώματα, τα αρνητικά συμπτώματα, ο νευρογνωστικός και ο κοινωνικογνωστικός τομέας*

Τα θετικά και τα αρνητικά συμπτώματα αποτελούν πρώτη προτεραιότητα για τους κλινικούς ψυχιάτρους και ψυχολόγους. Έτσι, εξασφαλίζεται η ανακούφιση στους ασθενείς όσο το δυνατόν γρηγορότερα και μειώνεται ο κίνδυνος της αυτοκτονικότητας.

Ο νευρογνωστικός τομέας περιλαμβάνει όλους τους τομείς μάθησης, κατανόησης και γνώσης του κόσμου: προσοχή, αντίληψη, μνήμη, γλωσσική επεξεργασία, οπτικοακουστική ικανότητα και εκτελεστικές λειτουργίες. Η έρευνα έχει αναδείξει επτά κατηγορίες/μεταβλητές του νευρογνωστικού τομέα, οι οποίες παρουσιάζουν ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον και αποτελούν και στόχους στην παρέμβαση με τους ασθενείς με σχιζοφρένεια:

Η προσοχή/αγρύπνηση, η ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών, η μνήμη εργασίας, η προφορική μνήμη, η οπτική μνήμη, οι εκτελεστικές λειτουργίες και ο κοινωνικογνωστικός τομέας, ο οποίος θα αναλυθεί παρακάτω [10].

Τα νευρογνωστικά ελλείμματα αποτελούν ένα κύριο χαρακτηριστικό στη σχιζοφρένεια, είναι ανεξάρτητα από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας και από τις παρενέργειες των φαρμάκων. Τα γνωσιακά ελλείμματα συσχετίζονται στενά με τα αρνητικά και αποδιοργανωτικά συμπτώματα (π.χ. αβουλία, απάθεια, ανηδονία, αλογία), ενώ δεν παρουσιάζουν καμία συσχέτιση με τα θετικά συμπτώματα. Οι νευρογνωστικές λειτουργίες συσχετίζονται στενά με τη λειτουργικότητα του ατόμου στη ζωή, όπως για παράδειγμα, η λειτουργικότητα στον επαγγελματικό και τον κοινωνικό τομέα και η ικανότητα του να αναλαμβάνει κοινωνικούς ρόλους. Η επιστημονική κοινότητα έχει στη διάθεσή της αρκετά ψυχομετρικά εργαλεία για την αξιολόγηση των νευρογνωστικών λειτουργιών [10].

Ο κοινωνικογνωστικός τομέας αναφέρεται σε όλες τις πνευματικές διεργασίες, οι οποίες πραγματοποιούνται στα πλαίσια των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων. Πρόκειται για την ικανότητα του ατόμου να φτιάχνει αναπαραστάσεις των σχέσεων, ανάμεσα στο ίδιο και τους άλλους και να χρησιμοποιεί αυτές τις αναπαραστάσεις ως οδηγό για την κοινωνική του συμπεριφορά. Οι διεργασίες στον κοινωνικογνωστικό τομέα περιλαμβάνουν την αντίληψη, την ερμηνεία, τη γενίκευση των αντιδράσεων σε συναισθήματα και στους σκοπούς των άλλων. Έτσι, το άτομο κατανοεί καλύτερα τις σχέσεις και αλληλεπιδρά πιο αποτελεσματικά με τους άλλους ανθρώπους. Οι βασικές κατηγορίες του κοινωνικογνωστικού τομέα θα παρουσιαστούν παρακάτω [10].

Η επεξεργασία του συναισθήματος αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται και να χρησιμοποιεί το συναίσθημα, προκειμένου να προσαρμοστεί καλύτερα στην καθημερινότητα του. Ένα γνωστό μοντέλο της επεξεργασίας του συναισθήματος, είναι η συναισθηματική νοημοσύνη, η οποία περιγράφεται ως ένα σύνολο από δεξιότητες, οι οποίες συνδυάζουν συναισθήματα και γνώσεις. Το μοντέλο περιλαμβάνει τέσσερις παράγοντες: Αναγνώριση, διευκόλυνση, κατανόηση και διαχείριση των συναισθημάτων. Η αντίληψη συναισθημάτων, η οποία ανήκει στη κατη-

γορία «αναγνώριση των συναισθημάτων», έχει μελετηθεί ευρέως. Η κοινωνική αντίληψη αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αξιολογεί κοινωνικά ενδείξεις από τις πληροφορίες της κατάστασης και λεκτικά στοιχεία, όπως η αναγνώριση ρόλων, κανόνων και στόχων, τα οποία χαρακτηρίζουν τις κοινωνικές καταστάσεις και καθοδηγούν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Η κοινωνική γνώση αναφέρεται στην αναγνώριση των ρόλων, κανόνων και στόχων, τα οποία χαρακτηρίζουν τις κοινωνικές καταστάσεις και καθοδηγούν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Η απόδοση αιτιών αναφέρεται στο πώς τα άτομα εξηγούν τις αιτίες για τα θετικά και αρνητικά γεγονότα στη ζωή τους. Η θεωρία του νου, τέλος, εστιάζει στην ικανότητα του ατόμου να κατανοήσει λαθεμένες αντιλήψεις, σκοπούς, χιούμορ, μεταφορές και ειρωνεία [10]. Οι γνωσιακές δυσλειτουργίες είναι προγνωστικοί παράγοντες για την αυτοφροντίδα, την κοινωνική λειτουργικότητα και τις δεξιότητες για την επαγγελματική αποκατάσταση και την αυτόνομη διαβίωση. Αυτά τα ελλείμματα μπορούν να προγνώσουν καλύτερα την κοινωνική λειτουργικότητα και τα θετικά συμπτώματα. Η προσοχή και η αγρύπνηση συσχετίζεται με την κοινωνική λειτουργικότητα, η προφορική μνήμη με την αποκατάσταση στο κοινωνικό, στον επαγγελματικό τομέα και στην αυτόνομη διαβίωση, οι εκτελεστικές λειτουργίες με την αυτόνομη διαβίωση και η ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών με την επαγγελματική αποκατάσταση [11].

Οι έρευνες [12] ανέδειξαν μία συσχέτιση, ανάμεσα στο νευρογνωστικό και τον κοινωνικογνωστικό τομέα, καθώς και στη σχέση ανάμεσα στον κοινωνικό τομέα και την κοινωνική λειτουργικότητα. Διάφοροι τομείς του νευρογνωστικού τομέα, όπως η οπτική επεξεργασία πληροφοριών, η προφορική μνήμη αναγνώρισης, η οπτική προσοχή και οι εκτελεστικές λειτουργίες, συσχετίζονται με την αντίληψη του συναισθήματος και την κοινωνική αντίληψη. Η κοινωνική αντίληψη, συσχετίζεται με διάφορες πλευρές της κοινωνικής λειτουργικότητας, όπως: η επίλυση διαπροσωπικών προβλημάτων, η κοινωνική συμπεριφορά και η κοινωνική λειτουργικότητα. Ο νευρογνωστικός και ο κοινωνικογνωστικός τομέας μπορούν επομένως να λειτουργήσουν ως προγνωστικοί παράγοντες ή διαμεσολαβητές της λειτουργικότητας κάτω από διαφορετικές συνθήκες [11].

Συμπερασματικά, τα νευρογνωστικά ελλείμματα αποτελούν ένα κύριο πρόβλημα στους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Εμφανίζονται στην αρχή της νόσου, παραμένουν κατά τη διάρκεια όλης της ζωής του ατόμου και συσχετίζονται με τη λειτουργικότητα του στην καθημερινότητα. Τα ελλείμματα στον κοινωνικογνωστικό τομέα συσχετίζονται με τη διεκδικητική συμπεριφορά και την κοινωνική λειτουργικότητα. Ο κοινωνικογνωστικός τομέας είναι ανεξάρτητος από το νευρογνωστικό τομέα, συσχετίζεται άμεσα με τη λειτουργικότητα του ατόμου σε διάφορους τομείς και μεσολαβεί στη σχέση ανάμεσα στο νευρογνωστικό τομέα και τη λειτουργικότητα στην καθημερινότητα του ατόμου [10].

### **3. Οι εμπειρικά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις στους ασθενείς με σχιζοφρένεια**

#### *3.1. Η πρόωμη παρέμβαση στην ψύχωση*

Η πρόωμη παρέμβαση στην ψύχωση έχει κερδίσει το παγκόσμιο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια ([www.iepa.org.au](http://www.iepa.org.au)) [13-17]. Η παρέμβαση αυτή αποτελεί μία δευτερογενή πρόληψη και εστιάζεται σε τρία στάδια. Το πρώτο επίπεδο εστιάζει στην πρόδρομη φάση, το δεύτερο στην αντιμετώπιση του πρώτου οξέος ψυχωσικού επεισοδίου και το τρίτο στάδιο εστιάζει στην κριτική περίοδο

των πέντε ετών μετά το πρώτο οξύ ψυχωσικό επεισόδιο. Αξίζει να σημειωθεί ότι, το 30-40% των ατόμων με ένα πρώτο οξύ ψυχωσικό επεισόδιο παρουσιάζει σχιζοφρένεια [13]. Τα νευρογνωστικά και κοινωνικογνωστικά ελλείμματα, καθώς και τα μεταγνωσιακά ελλείμματα, έχουν καταγραφεί σε ασθενείς με πρώτο οξύ ψυχωσικό επεισόδιο [18, 19]. Ακόμα και πολύ πρόσφατες έρευνες, αναδεικνύουν συνολικά τη σημασία των παρεμβάσεων στα πρώιμα στάδια της ψύχωσης [20-22].

Ο συνδυασμός εμπειρικά τεκμηριωμένων βιολογικών παρεμβάσεων και παρεμβάσεων στα πλαίσια της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας σε όλα τα παραπάνω στάδια, αποσκοπεί στην ύφεση των συμπτωμάτων, στη γενικότερη αποκατάσταση του ατόμου και στην καθυστέρηση της εξέλιξης της διαταραχής. Η ψυχοεκπαίδευση στο άτομο και την οικογένεια του, η αντιμετώπιση των θετικών συμπτωμάτων και της συννοσηρότητας, όπως του άγχους και της κατάθλιψης, οι παρεμβάσεις στην οικογένεια και η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες, αποτελούν τις βασικές προσεγγίσεις της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας στην πρόωμη παρέμβαση στην ψύχωση. Η πρόληψη υποτροπής θα πρέπει, τέλος, να αποτελεί ένα πολύ βασικό στόχο. Ο παραπάνω συνδυασμός παρεμβάσεων, είναι αποτελεσματικότερος σε σχέση με παρεμβάσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν μόνο τη φαρμακοθεραπεία, όσον αφορά στη βελτίωση των συμπτωμάτων και της λειτουργικότητας καθώς και τις μελλοντικές υποτροπές [13, 14, 20].

#### *3.2. Παρεμβάσεις στην οξεία φάση*

Οι βιολογικές παρεμβάσεις αποτελούν τη βασική θεραπευτική προσέγγιση στην οξεία φάση. Οι τελευταίες μπορούν να συνδυαστούν μετά από κάποιες μέρες, με παρεμβάσεις γνωσιακής συμπεριφοριστικής προσέγγισης, οι οποίες ενισχύουν θετικά την αποκατάσταση. Η ψυχοεκπαίδευση στους ασθενείς και τις οικογένειές τους, η αντιμετώπιση των θετικών συμπτωμάτων και της συννοσηρότητας, όπως του άγχους και της κατάθλιψης, η ενίσχυση της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και οι πρώτες παρεμβάσεις στη γνωσιακή αναδόμηση κάποιων διαστρεβλώσεων, αποτελούν τις παρεμβάσεις στην οξεία φάση [13, 14, 23, 24]. Η πρόληψη υποτροπής, τέλος, θα πρέπει να αποτελεί ένα σημαντικό θεραπευτικό στόχο στην παραπάνω πολυπαραγοντική αντιμετώπιση ενός οξέος ψυχωσικού επεισοδίου [24].

Ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και παρεμβάσεων της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής προσέγγισης, θα πρέπει να συνεχιστεί και μετά το οξύ ψυχωσικό επεισόδιο, με πιο δομημένες και εκτεταμένες παρεμβάσεις (ατομικά ή ομαδικά προγράμματα), προκειμένου το θεραπευτικό αποτέλεσμα να διατηρηθεί και να βελτιωθεί.

#### *3.3. Η ψυχοεκπαίδευση μετά την οξεία φάση*

Η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί μία δομημένη παρέμβαση, η οποία μπορεί να εφαρμοστεί τόσο στους ασθενείς (ατομικό ή ομαδικό επίπεδο), όσο και στις οικογένειές τους και να ολοκληρωθεί σε μερικές συνεδρίες. Η θεραπευτική αυτή παρέμβαση περιλαμβάνει την παρουσίαση του μοντέλου στρες ευλωπότητας, των βιολογικών μοντέλων, των συμπτωμάτων και της σημασίας των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Ο στόχος είναι η αύξηση της εναισθησίας και η βελτίωση της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή [25, 26].

### 3.4. Η ατομική γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία στα επίμονα θετικά και αρνητικά συμπτώματα

Η ατομική γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία προσφέρει στους ασθενείς με σχιζοφρένεια ένα ατομικό δομημένο πρόγραμμα, μέσα από το οποίο εστιάζει κανείς αρχικά στη διαχείριση του άγχους, της κατάθλιψης και της αυτοκτονικότητας, στη βελτίωση των αρνητικών συμπτωμάτων και στη συνέχεια στη βελτίωση των θετικών συμπτωμάτων.

Τα αρνητικά συμπτώματα βελτιώνονται με το σταδιακό και μακροπρόθεσμο πρόγραμμα δημιουργίας ευχάριστων δραστηριοτήτων, ενώ τα θετικά συμπτώματα με τη σταδιακή και μακροπρόθεσμη αναδόμηση του παραλήρηματος, καθώς και την καλύτερη διαχείριση των ψευδαισθήσεων. Το παραπάνω πρόγραμμα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό στους ασθενείς με ανθεκτική σχιζοφρένεια [27].

Οι βιολογικές παρεμβάσεις, σε συνδυασμό με τις παρεμβάσεις της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής προσέγγισης, οδηγούν στην αποκατάσταση των ασθενών σε βιολογικό επίπεδο, με την κατάλληλη ισορροπία των νευροδιαβιβαστών και σε ψυχολογικό επίπεδο, με την καλύτερη διαχείριση των ψυχωσικών συμπτωμάτων (παραλήρημα και ψευδαισθήσεις) [28]. Το μοντέλο του Beck αποτελεί μία δομημένη και αποτελεσματική στρατηγική στην αντιμετώπιση αυτών [29]. Η αποτελεσματικότητα της γνωσιακής συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας στα θετικά συμπτώματα έχει αναδειχθεί σε πολλές έρευνες [30-37]. Η γνωσιακή συμπεριφοριστική προσέγγιση εκπαιδεύει τους ασθενείς να διαχειρίζονται καλύτερα τις ψευδαισθήσεις και να αναδομήσουν τις πεποιθήσεις τους, σε σχέση με τις ψευδαισθήσεις, κάτι το οποίο οδηγεί σε μείωση του άγχους. Η ψυχοθεραπεία αυτή δεν μειώνει, από την άλλη πλευρά, τη συχνότητα των ψευδαισθήσεων [35, 36].

Οι παραπάνω παρεμβάσεις οδηγούν στην αποστιγματοποίηση και στη σταδιακή μείωση της αίσθησης της παντοδυναμίας των ψευδαισθήσεων, οι οποίες αντιμετωπίζονται ως ένα σύμπτωμα άγχους. Τα άτομα με παραλήρημα παρουσιάζουν μεγάλα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης. Η παρανοϊκή σκέψη αποτελεί μία προέκταση αρνητικών πεποιθήσεων για το ίδιο το άτομο, το οποίο αναγνωρίζει την ευλωπότητα του [38]. Οι παρεμβάσεις δεύτερης γενιάς της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας στο παραλήρημα, στοχεύουν στη καλύτερη διαχείριση της γενικευμένης ανησυχίας, στις διαταραχές ύπνου, καθώς και στην αναδόμηση των αυθάρκτων συμπερασμάτων. Οι τρεις τελευταίοι παράγοντες αποτελούν συνέπειες της παρανοϊκής σκέψης [34].

### 3.5. Η συμπεριφοριστική θεραπεία της οικογένειας

Οι οικογένειες, των οποίων ένα μέλος πάσχει από σχιζοφρένεια και καλούνται να το υποστηρίξουν, διακρίνονται από τα εξής χαρακτηριστικά [39]:

- Έλλειψη κατανόησης της νόσου και των επιπτώσεων της.
- Έλλειψη δεξιοτήτων για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της οξείας φάσης και των χρόνιων συμπτωμάτων της νόσου.
- Δυσκολίες στην έκφραση αρνητικών και θετικών συμπτωμάτων απέναντι στον ασθενή.
- Δυσκολίες στην αποτελεσματική διαχείριση των κρίσεων.
- Στίγμα και οι συνέπειές του.

Οι συνεδρίες πραγματοποιούνται με την οικογένεια και σε κάποιες από αυτές συμμετέχει και ο ασθενής. Οι βασικοί στόχοι είναι, η εκπαίδευση στην επικοινωνία και στην ενεργητική ακρόαση, στις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, στην αναγνώριση

των δυσκολιών της διαταραχής, στη διαχείριση του στρες και στην πρόληψη υποτροπών. Οι οικογένειες με υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα (επικριτική στάση, υπερεμπλοκή), το οποίο οδηγεί πολλές φορές σε υποτροπές, μπορούν να ωφεληθούν ιδιαίτερα από αυτή την παρέμβαση. Η αποτελεσματικότητα της συμπεριφοριστικής θεραπείας οικογένειας έχει τεκμηριωθεί [40-43].

### 3.6. Θεραπευτικά προγράμματα, με σκοπό τη βελτίωση των διαφορών λειτουργιών

Η επιστημονική κοινότητα έχει στη διάθεση της μία πληθώρα προγραμμάτων αποκατάστασης. Τα προγράμματα αυτά στοχεύουν μεμονωμένα, είτε στη βελτίωση των νευρογνωστικών λειτουργιών [44], όπως για παράδειγμα οι θεραπείες Cogpack και CT (Compensatory Cognitive Training) [45], είτε στη βελτίωση των κοινωνικογνωστικών λειτουργιών [46], όπως για παράδειγμα η θεραπεία TAR (Training of Affect Recognition) και SCIT (Social Cognition and Interaction Training) [46].

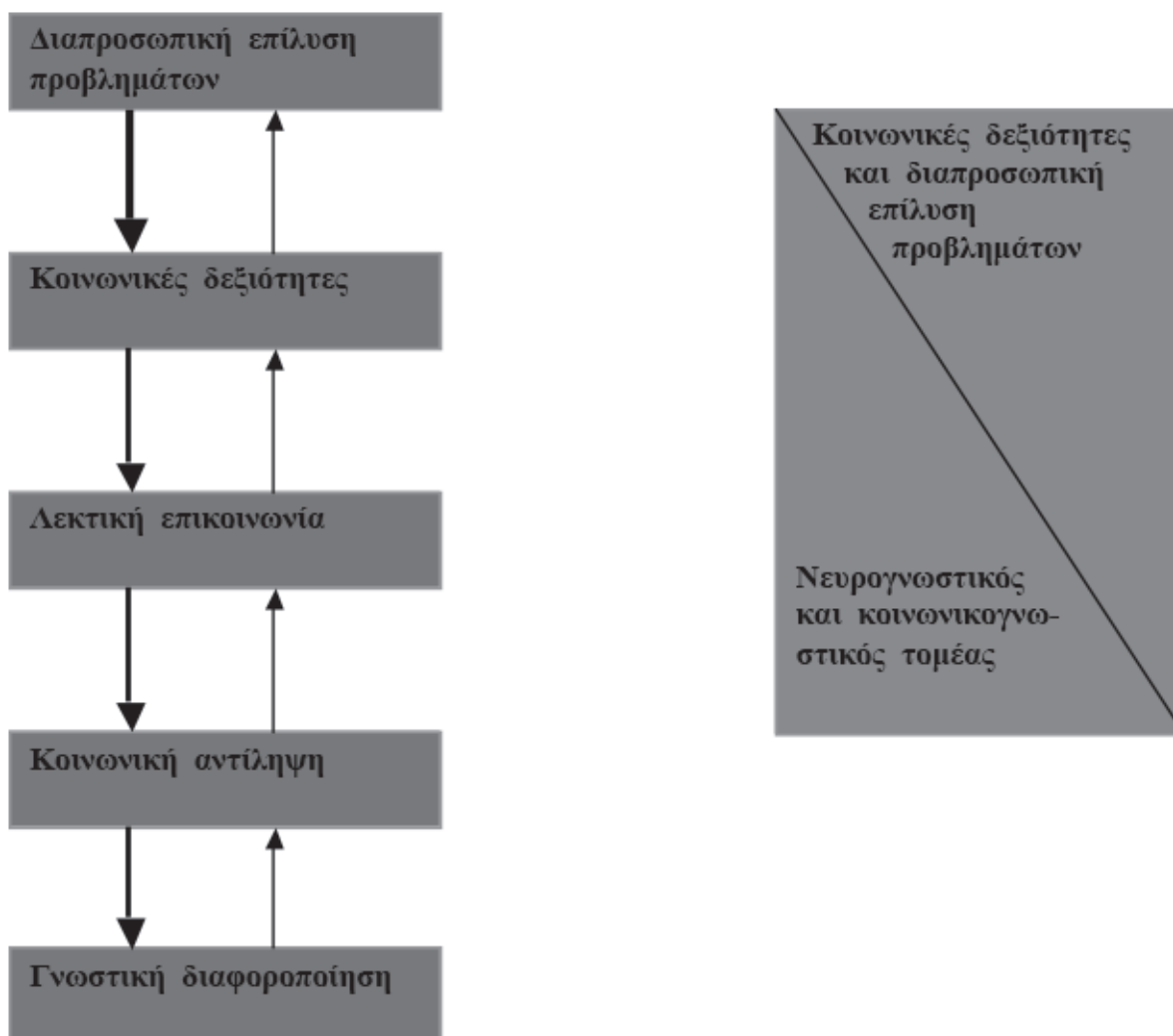
### 3.7. Τα απαρτιωτικά προγράμματα αποκατάστασης για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια

Τα απαρτιωτικά προγράμματα στοχεύουν στη βελτίωση των νευρογνωστικών και κοινωνικογνωστικών λειτουργιών, των κοινωνικών δεξιοτήτων και των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, όπως η θεραπεία IPT (Integrated Psychological Therapy), η INT (Integrated Neurocognitive Therapy), η CET (Cognitive Enhancement Therapy), η NET (Neurocognitive Enhancement Therapy) και το πρόγραμμα NEAR (Neuropsychological Educational Approach to Cognitive Remediation) [47]. Τα απαρτιωτικά προγράμματα βελτιώνουν σημαντικά, όχι μόνο τις γνωστικές λειτουργίες, αλλά και τους τομείς της ψυχοπαθολογίας και της κοινωνικής λειτουργικότητας [47].

Η συμμετοχή των ασθενών σε ένα απαρτιωτικό πρόγραμμα αποκατάστασης, οδηγεί στη βελτίωση πολλών λειτουργιών συγχρόνως και είναι προτιμότερη και αποτελεσματικότερη, σε σύγκριση με τη συμμετοχή των ασθενών σε προγράμματα, τα οποία βελτιώνουν μόνο τις νευρογνωστικές ή μόνο τις κοινωνικογνωστικές λειτουργίες ή μόνο τις κοινωνικές δεξιότητες.

### 4. Η μεταγνωσιακή διαδικασία στους ασθενείς με σχιζοφρένεια

Η ατομική παρέμβαση στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, μπορεί να ενισχύσει τη διαδικασία αποκατάστασης ενεργοποιώντας τη μεταγνωσιακή διαδικασία. Η τελευταία αναφέρεται στη σκέψη, την οποία κάνει το άτομο για τις σκέψεις του, δηλαδή στην επώρση που έχει ο τρόπος σκέψης του στο ίδιο. Ένα χαρακτηριστικό της μεταγνωσιακής διαδικασίας είναι η λεγόμενη αυτό-ανακλαστικότητα, η οποία σχετίζεται με τις γνωσιακές και συναισθηματικές εμπειρίες, όπως η χρησιμοποίηση γνώσεων για την επίλυση των κοινωνικών διλημμάτων. Η αυτό-ανακλαστικότητα εμπεριέχει εννέα βήματα: 1. Η συνειδητοποίηση του ατόμου, ότι κατέχει νοητικές λειτουργίες, 2. Η αναγνώριση, ότι οι σκέψεις είναι προϊόν δικό του. 3. Η ικανότητα να διακρίνει γνωσιακές λειτουργίες, όπως η μνήμη, το όνειρο και η επιθυμία. 4. Η ικανότητα του ατόμου να διακρίνει ανάμεσα σε συναισθηματικές καταστάσεις ή συναισθήματα. 5. Τα άτομα αναγνωρίζουν, ότι οι ιδέες για τον εαυτό τους και τον κόσμο μπορεί να είναι εσφαλμένες. 6. Η αναγνώριση, ότι οι προσδοκίες, οι σκέψεις και οι επιθυμίες, μπορεί να έχουν περιορισμένη επίδραση στην πραγματικότητα. 7. Η αναγνώριση ότι, η συμπεριφορά επηρεάζεται από γνωσιακούς και συναισθηματικούς παράγοντες και από τις κοινωνικές σχέσεις.



Εικόνα 1: Σχηματική αναπαράσταση της απαριθμητικής θεραπείας IPT (Integrated Psychological Therapy)

8. Η περιγραφή της συνολικής τους νοητικής κατάστασης και των διαπροσωπικών διαδικασιών στις οποίες εμπλέκονται. 9. Η ικανότητα των ατόμων να εντάξουν σε ένα συνθετικό μοντέλο τις λειτουργίες σε συναισθηματικό και γνωσιακό επίπεδο [48].

Η ενεργοποίηση της παραπάνω διαδικασίας, μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς με σχιζοφρένεια σε καλύτερη εναισθησία και αυτογνωσία. Αυτό μπορεί να αυξήσει σταδιακά την αίσθηση του ελέγχου στη διαταραχή και στη ζωή τους.

##### 5. Η αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας στους ασθενείς με σχιζοφρένεια

Η αποτελεσματικότητα της γνωσιακής συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας στη σχιζοφρένεια έχει τεκμηριωθεί συστηματικά μέχρι σήμερα [30-37, 49-53] και η αξιολόγησή της συνεχίζεται. Η γνωσιακή συμπεριφοριστική προσέγγιση θεωρείται μία αποτελεσματική μέθοδος για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας και έχει θετική επίδραση σε διάφορους τομείς. Ο μέσος όρος του μεγέθους επίδρασης της (effect size) στα θετικά συμπτώματα είναι  $ES=0,37$ . Η θεραπεία αυτή είναι αποτελεσματικότερη στην αντιμετώπιση των θετικών συμπτωμάτων σε οξεία ψυχωσικά επεισόδια, σε σύγκριση με την αντιμετώπιση των θετικών συμπτωμάτων σε χρόνιους σχιζοφρενείς [32]. Παλιότερες έρευνες, ανέδειξαν

μεγαλύτερο μέγεθος επίδρασης της γνωσιακής συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας στα θετικά συμπτώματα [50, 53], οι οποίες όμως παρουσίαζαν κάποια μεθοδολογικά μειονεκτήματα [32]. Η αποτελεσματικότητα της στα θετικά συμπτώματα έχει τεκμηριωθεί επαρκώς [30, 32, 34, 35-37]. Η γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία έχει θετική επίδραση και σε άλλους τομείς και συγκεκριμένα: στην αρνητική συμπτωματολογία ( $ES=0,43$ ), στη λειτουργικότητα ( $ES=0,37$ ), στη διάθεση ( $ES=0,36$ ) και στην κοινωνική φοβία ( $ES=0,35$ ). Η προσέγγιση αυτή δεν βελτίωσε καθόλου την έλλειψη ελπίδας. Η έρευνα ανέδειξε παράλληλα και τις παρακάτω συσχετίσεις: υπήρξε συσχέτιση ανάμεσα στη βελτίωση των θετικών συμπτωμάτων και στη χειροτέρευση της διάθεσης, στη βελτίωση των αρνητικών συμπτωμάτων και στη βελτίωση της λειτουργικότητας και τέλος, μία συσχέτιση ανάμεσα στη βελτίωση της λειτουργικότητας και στη βελτίωση της διάθεσης. Δεν υπάρχει καμία διαφορά στο μέγεθος επίδρασης ανάμεσα στην ατομική και την ομαδική γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία [32].

Η εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες, η γνωσιακή αποκατάσταση, η συμπεριφοριστική θεραπεία οικογένειας και η ατομική θεραπεία γνωσιακής συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας για τα επίμονα θετικά συμπτώματα, θεωρούνται οι πιο αποτελεσματικές

ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια σε συνδυασμό με τις βιολογικές παρεμβάσεις [51].

Οι μελλοντικές έρευνες για την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπειών θα πρέπει να στηρίζονται σε πιο σύνθετα μοντέλα, τα οποία λαμβάνουν υπόψη, τα χαρακτηριστικά των ασθενών, τη δομή και τη μεθοδολογία της έρευνας, καθώς και τις ειδικές και τις μη ειδικές μεταβλητές, οι οποίες έχουν επίδραση στην έρευνα [33].

## 6. Η διαδικασία της αποκατάστασης (Recovery)

Η βελτίωση των νευρογνωστικών και κοινωνικογνωστικών λειτουργιών, των κοινωνικών δεξιοτήτων, των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων, συμβάλλουν συνολικά στην αποκατάσταση των ασθενών με σχιζοφρένεια. Οι παρεμβάσεις στις παραπάνω κατηγορίες οδηγούν στη βελτίωση της λειτουργικότητας τους.

Υπάρχουν τρεις οπτικές γωνίες στη λειτουργικότητα στη σχιζοφρένεια: η λειτουργική χωρητικότητα, η λειτουργική επίδοση και το αποτέλεσμα. Η χωρητικότητα αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στην καθημερινότητα του σε συγκεκριμένες διεργασίες, όπως να κάνει μία συζήτηση, να προετοιμάσει το γεύμα, να πάρει μέσα μεταφοράς. Είναι σταθερή κατά τη διάρκεια του χρόνου. Η λειτουργική επίδοση, αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται σε δραστηριότητες του ατόμου, όπως αυτές περιγράφηκαν πιο πάνω. Η ικανότητα του ατόμου μπορεί να αλλάξει με το πέρασμα του χρόνου και ειδικότερα μετά από ένα οξύ ψυχωσικό επεισόδιο.

Το λειτουργικό αποτέλεσμα είναι το αποτέλεσμα της δυνατότητας και ικανότητας του ατόμου και αξιολογείται με το επίπεδο επίτευξης στόχων στις κοινωνικές δραστηριότητες και την αυτόνομη διαβίωση. Η λειτουργική χωρητικότητα επηρεάζεται από τις γνωσιακές λειτουργίες, ενώ η επίδοση και το αποτέλεσμα επηρεάζονται περισσότερο από περιβαλλοντικούς παράγοντες [11]. Η αποκατάσταση, ως έννοια μέσα από την οπτική γωνία των μη ειδικών, θεωρείται μία ολιστική προσέγγιση της προσαρμογής του ατόμου στη διαταραχή, δίνοντας ένα νέο νόημα στη ζωή του, το οποίο περιέχει ελπίδα, κίνητρο, προσωπική ευθύνη και νέους στόχους στα νέα δεδομένα της ζωής. Η έννοια της αποκατάστασης δίνει τη δυνατότητα στο άτομο και την οικογένεια του, να έχουν τον έλεγχο στη ζωή τους και να συμμετέχουν ενεργά στη θεραπεία. Οι ειδικοί ψυχικής υγείας από τη πλευρά τους εστιάζουν, όχι μόνο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων, αλλά και στην ενεργοποίηση των δυνατών-υγιών στοιχείων του ατόμου, τα οποία μπορούν να συμβάλλουν στην καλύτερη αποκατάσταση του. Η διαδικασία αυτή είναι δυναμική και πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του ατόμου [54].

## 7. Το αραρωτικό θεραπευτικό πρόγραμμα IPT (Integrated Psychological Program). Η ελληνική εμπειρία με αυτό

Η θεραπεία IPT αποτελεί ένα διεθνώς αναγνωρισμένο ομαδικό γνωσιακό-συμπεριφοριστικό πρόγραμμα, το οποίο είναι εμπειρικά τεκμηριωμένο [55-57]. Αποτελείται από πέντε υποπρογράμματα:

Το ψυχιατρικό τμήμα ενηλίκων του ΓΝΑ «Γ.Γεννηματάς», φιλοξένησε την πρώτη έρευνα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας IPT σε ελληνικό πληθυσμό [9, 58], τα αποτελέσματα της οποίας δημοσιεύτηκαν [59]. Η εμπειρία της προώθησης και εφαρμογής ενός προγράμματος αποκατάστασης, ανέδειξε τη σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας ανάμεσα σε έναν εκπαιδευτικό και έναν κλινικό φορέα. Ένα ψυχιατρικό τμήμα ενηλίκων

ενός γενικού νοσοκομείου, προσφέρει πλούσιο υλικό για την εφαρμογή ενός προγράμματος αποκατάστασης για ασθενείς με σχιζοφρένεια. Η αρχική εκούσια ή ακούσια νοσηλεία, οδηγείται σταδιακά στη συμμετοχή των ασθενών σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης. Αυτός ο παράγοντας συμβάλλει στη βελτίωση της συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες και της εμπιστοσύνης των ασθενών με το πλαίσιο ενός γενικού νοσοκομείου [58].

Υπάρχει μία στενή διαχρονική συνεργασία των εκπαιδευτών της ελληνικής μορφής του IPT με τους δημιουργούς του προγράμματος στην πανεπιστημιακή ψυχιατρική κλινική της Βέρνης στην Ελβετία. Η συνεργασία αποσκοπεί στην προώθηση και την εφαρμογή της θεραπείας IPT σε ελληνικό πληθυσμό και την εκπαίδευση ψυχολόγων και ψυχιάτρων. Το πρώτο πρόγραμμα μετακπαίδευσης στη θεραπεία IPT, διοργανώθηκε και ολοκληρώθηκε από το Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς και την Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς στην Αθήνα, με εκπαιδευτές τους κ. Ευθυμίου, κ. Ρακιτζή και κ. Γεωργιά. Το πρόγραμμα διαρκεί ένα έτος (150 ώρες). Στο πρώτο μέρος (30 ώρες) προσφέρεται κατάρτιση στο θεωρητικό υπόβαθρο του προγράμματος και ευαισθητοποίηση στα υποπρογράμματα αποκατάστασης γνωσιακών ελλειμμάτων. Στο δεύτερο μέρος (120 ώρες) συνεχίζεται η ευαισθητοποίηση στα υποπρογράμματα αποκατάστασης των γνωσιακών και κοινωνικών ελλειμμάτων και προσφέρεται εποπτεία στους εκπαιδευόμενους στην εφαρμογή του προγράμματος (<http://cbt.edu.gr/erg/node/168>) [58].

Η μετακπαίδευση στη θεραπεία IPT προσφέρεται κάθε χρόνο για ψυχολόγους και ψυχιάτρους, οι οποίοι εκπαιδεύονται ή εκπαιδεύτηκαν στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία [58].

## 8. Συζήτηση

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μία σοβαρή χρόνια ψυχική διαταραχή, η οποία οδηγεί σε σημαντικές δυσλειτουργίες. Οι ειδικοί ψυχικής υγείας έχουν πλέον στη διάθεσή τους αποτελεσματικά εργαλεία, με τα οποία μπορούν να συμβάλλουν στην αποκατάσταση και αποασυλοποίηση των ασθενών με σχιζοφρένεια. Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία ενισχύει και συμπληρώνει θετικά τις βιολογικές παρεμβάσεις.

Η συμμετοχή των ασθενών με σχιζοφρένεια σε ένα πολυπαράγοντικό θεραπευτικό πλαίσιο, προϋποθέτει την αύξηση του εσωτερικού τους κινήτρου. Η τελευταία μπορεί να αντιμετωπιστεί ως μία μεμονωμένη θεραπευτική παρέμβαση, η οποία προηγείται οποιασδήποτε ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης και στην οποία, η οικογένεια κινητοποιείται παράλληλα. Ο συνδυασμός των παρεμβάσεων εστιάζεται σε συγκεκριμένους θεραπευτικούς στόχους, δηλαδή στα θετικά και αρνητικά συμπτώματα, στα νευρογνωστικά και κοινωνικογνωστικά ελλείμματα, στις κοινωνικές δεξιότητες και στην επίλυση προβλημάτων. Οι παραπάνω στόχοι συμβάλλουν στη γενικότερη βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών.

Οι παρεμβάσεις στην πρώιμη ψύχωση, αποσκοπούν στην ύφεση των συμπτωμάτων και στην καθυστέρηση της εξέλιξης της διαταραχής. Η θεραπεία στο πρώτο οξύ ψυχωσικό επεισόδιο οδηγεί στην ύφεση των συμπτωμάτων και περιλαμβάνει την ψυχοεκπαίδευση, την αντιμετώπιση της συννοσηρότητας και τη σταδιακή αναδόμηση των διαστρεβλωμένων πεποιθήσεων. Η ψυχοθεραπεία σε ένα πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο, προϋποθέτει προσεκτικό θεραπευτικό σχεδιασμό και θα πρέπει να συνεχιστεί μελλοντικά με πιο δομημένες και εκτεταμένες παρεμβάσεις. Η ατομική γνω-

σιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία εκπαιδεύει τους ασθενείς στην καλύτερη διαχείριση των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων. Ειδικότερα, όσον αφορά τα θετικά συμπτώματα, οι ασθενείς αναδομούν σταδιακά την αίσθηση της παντοδυναμίας των ψευδαισθήσεων και διαχειρίζονται καλύτερα, τόσο τις παραιοϊκές σκέψεις όσο και τις συνέπειες από αυτές. Η συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία της οικογένειας αποσκοπεί στη μείωση του υψηλού εκφραζόμενου συναισθήματος και στη γενικότερη εκπαίδευση της οικογένειας στη διαχείριση της νόσου. Τα τελευταία χρόνια έχουν προταθεί και παρεμβάσεις σε μεταγνώσιακό επίπεδο, με σκοπό την καλύτερη εναισθησία και αυτογνωσία. Τέλος, υπάρχουν δομημένα προγράμματα αποκατάστασης, όπως η απαρτιωτική θεραπεία IPT, τα οποία οδηγούν στη γενικότερη αποκατάσταση των ασθενών με σχιζοφρένεια.

Ένα πολυπαραγοντικό θεραπευτικό πλαίσιο αυξάνει την εναισθησία. Η μειωμένη εναισθησία συσχετίζεται με αρνητικές πεποιθήσεις για τα φάρμακα, με κακή συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες, με συχνότερες νοσηλείες και με άσχημη λειτουργικότητα. Η αυξημένη εναισθησία μπορεί βραχυπρόθεσμα να οδηγήσει σε κατάθλιψη, έλλειψη ελπίδας, κακή αυτοπεποίθηση, κακή ποιότητα ζωής και αυτοκτονικό ιδεασμό [60, 61].

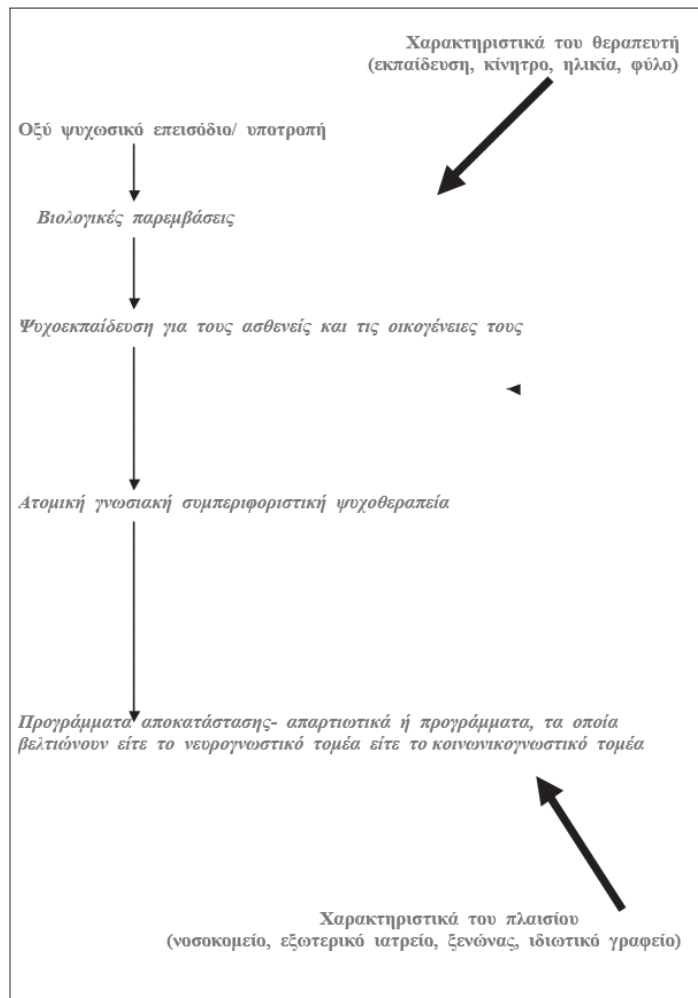
Ένα πολυπαραγοντικό θεραπευτικό πλαίσιο οφείλει να αυξήσει την εναισθησία των ασθενών με σχιζοφρένεια. Η μακροχρόνια θεραπευτική παρέμβαση καλείται να αντιμετωπίσει τις πιθανές παρενέργειες της αυξημένης εναισθησίας και να βοηθήσει τους ασθενείς να κάνουν μία νέα επανεκκίνηση στη ζωή τους.

Το αυξημένο κίνητρο των ειδικών ψυχικής υγείας, καθώς και η μετεκπαίδευσή τους σε εμπειρικά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις, αποτελούν τις βασικές προϋποθέσεις για τη σωστή εφαρμογή αυτών. Η παραπάνω ανασκόπηση ανέδειξε την ποικιλία των παρεμβάσεων στα πλαίσια της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής προσέγγισης. Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της στους ασθενείς με σχιζοφρένεια συνεχίζεται και προσφέρει ανά τακτά χρονικά διαστήματα νέα ερευνητικά δεδομένα.

Ο συνδυασμός των εμπειρικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων δεν έχει εφαρμοστεί σε συστηματική βάση, όπως παρουσιάζεται στην εικόνα II. Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας του θα αποτελούσε μία πρόκληση για την επιστημονική κοινότητα. Παράλληλα, θα μπορούσε να διερευνηθεί η επίδραση των χαρακτηριστικών των θεραπειών, του πλαισίου και η μακροχρόνια πορεία των ασθενών στα πλαίσια αυτού του συνδυασμού παρεμβάσεων (εικόνα II). Έτσι, μπορούμε να ενισχύσουμε ακόμα περισσότερο τη διαδικασία της αποκατάστασης.

Η συνεργασία ενός επιστημονικού-εκπαιδευτικού φορέα, όπως η Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών και η Ελληνική Εταιρεία Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς με ένα κλινικό πλαίσιο, όπως για παράδειγμα το ψυχιατρικό τμήμα ενηλίκων του νοσοκομείου «Γ.Γεννηματάς» στην Αθήνα, θα μπορούσε να προσφέρει τη δυνατότητα για έρευνα, όπως αυτή προτείνεται και στην εικόνα II. Το Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς διαθέτει τμήμα θεραπείας ενηλίκων, στο οποίο μπορεί να εφαρμοστεί μελλοντικά το παραπάνω μοντέλο συνδυασμού των εμπειρικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων για ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Τέλος, ευχόμαστε το ελληνικό περιοδικό Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Έρευνας και Θεραπείας, να αποτελέσει ένα πλαίσιο γόνιμου διαλόγου για τις δυνατότητες αυτής της ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης.



**Εικόνα II:** Η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας του συνδυασμού εμπειρικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια

## The evidence-based interventions in the context of cognitive behavioural psychotherapy for patients with schizophrenia

Stavroula Rakitzi<sup>1</sup>, Polyxeni Georgila<sup>2</sup>

Private Practice, Diplompsychologin, Cognitive behaviorale Psychotherapy (EABCT)

<sup>2</sup>Psychiatrist M. D., Director of the adult psychiatric department of the General Hospital G. Gennimatas in Athens Greece

Correspondence: Stavroula Rakitzi, Ilision 34, 15771 Athens., Greece  
E-mail: srakitzi@gmail.com, tel.: 210 3824669

### Abstract

Schizophrenia is a severe chronic mental disorder. The combination of evidenced-based interventions-biological interventions in combination with psychotherapy-is the treatment of choice for all clinical psychiatrists and clinical psychologists. An evidenced-based psychotherapy should meet the following cri-

teria: The evidence for efficacy and effectiveness, the evaluation of the purpose and the existence of a manual of the psychotherapy. The biological interventions present the main therapy for patients with schizophrenia, in order to treat positive, negative symptoms and to prevent relapse. Cognitive-behavioural therapy has a proven role as an adjunct to biological interventions. The above combination of interventions focus on specific therapeutic goals: positive symptoms, negative symptoms, neurocognitive deficits and social cognitive deficits. The importance of increasing motivation for patients, who participate in a therapy, will be discussed. The evidenced based interventions in the context of cognitive-behavioural therapy will be presented: The early intervention in psychosis, interventions in the acute phase, psycho education after the acute phase, the individual cognitive-behavioural psychotherapy to persistent positive and negative symptoms, the behavioural family therapy and various rehabilitation programs and the intervention, which focus on the activation of the metacognitive process. The concept of recovery, which is also the final target of interventions, will be defined. The Integrated Psychological Therapy will be briefly presented as an example of a rehabilitation program for schizophrenia patients, which is well accepted in Greece. Furthermore, psychologists and psychiatrists, who are trained in cognitive behavioural psychotherapy, have the opportunity to accomplish a special training to IPT in Athens (<http://cbt.edu.gr/erg/node/168>). Our review leads to the following conclusions: The variety of interventions in cognitive-behavioural psychotherapy for patients with schizophrenia is given. Psychologists and psychiatrists should have the appropriate motivation to be trained in various therapies and to implement them. Cognitive-behavioural psychotherapy increases the insight to the disease, which has advantages and disadvantages. Poor insight in schizophrenia leads to poor compliance, frequent hospitalizations and poor functional outcome. Increased insight leads short term to depression, hopelessness, poor self-confidence, poor quality of life and suicidality. It is more than obvious, that increased insight should be targeted. Cognitive behavioural psychotherapy contributes to the coping of the short term disadvantages of increased insight. Finally, the implementation of a combination of the above evidenced-based interventions and the research of its effectiveness and efficacy will be proposed and discussed.

Key words: eSchizophrenia, cognitive-behavioural rehabilitation, IPT

## Βιβλιογραφία

- [1] Roder V, Müller D. Psychotherapie der Schizophrenie. *Spec Psych*. 2008; 1:26-28.
- [2] National Institute of Clinical Excellence: Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. (2014). NICE. (Available from <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14382/66534/66534.pdf>).
- [3] Pribe S, Dimic S, Wildgrube C, Jankovic J, Cushing A, McCabe R. Good communication in psychiatry. A conceptual review. *Europ Psych*. 2011; 26(7):403-407.
- [4] Kanfer PH, Reinecker H, Schmelzer D. Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer, 1996.
- [5] Καλαντζή-Αζίζι Α, Αγγελή Κ, Ευσταθίου Γ. Αυτογνωσία και αυτοδιαχείριση. Γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα, 2002.
- [6] Velligan DI, Kern RS, Gold JM. Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. *Schizophr Bull*. 2006; 32(3):474-485.
- [7] Medalia A, Richardson R. What predicts a good response to cognitive remediation interventions? *Schizophr Bull*. 2005; 31(4):942-953.
- [8] Medalia A, Choi J. Motivational Enhancements in Schizophrenia. In Roder V & Medalia A eds. *Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients. Basic Concepts and Treatment*. Basel: Karger, 2010:158-172.
- [9] Rakitsi S, Georgila P, Efthimiou K. Die Bedeutung der Motivation für den Therapieerfolg am Beispiel der IPT-Pilotstudie an einer griechischen Stichprobe. Oral presentation at Internationales Schizophrenie-Symposium, 15-16 April, 2010. Bern, Abstracts Book, pp 60.
- [10] Kern RS, Horan WP. Definition and measurement of Neurocognition and Social Cognition. In Roder V & Medalia A eds. *Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients. Basic Concepts and Treatment*. Basel: Karger, 2010:1-22.
- [11] Brekke JS, Nakagami E. The relevance of Neurocognition and Social Cognition for outcome and recovery in schizophrenia. In Roder V & Medalia A eds. *Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients. Basic Concepts and Treatment*. Basel: Karger, 2010:23-36.
- [12] Green MF, Nuechterlein KH. Should Schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? *Schizophr Bull*. 1999; 25(2):309-318.
- [13] McGorry PD, Killackey E, Jung A. Early intervention in psychosis. Concepts, evidence and future directions. *World Psych*. 2008; 7:148-156.
- [14] Killackey E, Jung A. Effectiveness of early intervention in psychosis. *Curr Opin Psych*. 2007; 20:121-125.
- [15] Κόλλιας ΚΘ, Χαβάκη-Κονταξάκη ΜΙ, Κονταξάκης ΒΠ. Προδρομική ψυχωσική συνδρομή. *Ψυχιατρική*. 2006; 17(1):25-42.
- [16] McGorry PD, Jackson HJ. The recognition and management of early psychosis. A preventive approach. Cambridge: University Press, 1999.
- [17] Κονταξάκης ΒΠ, Κόλλιας ΚΘ, Χαβάκη-Κονταξάκη ΜΙ. Πρώιμες ψυχωσικές εκδηλώσεις. Σημεία, συμπτώματα και παρεμβάσεις. Αθήνα: Βήτα, 2008.
- [18] Bliksted V, Fagerlund B, Weed E, Frith C, Videbech P. Social cognition and neurocognitive deficits in first episode schizophrenia. *Schizophr Res*. 2014; 153(1):9-17.
- [19] Vohs JL, Lysaker PH, Francis MM, Hamm J, Buck KO, Olesek K, Outcalt J, Dimaggio G, Leonhardt B, Liffick E, Mehdivoun N, Breier A. Metacognition, social cognition and symptoms in patients with first episode and prolonged psychoses. *Schizophr Res*. 2014; 153 (1):54-59.
- [20] Bechdolf A, Müller H, Stützer H, Wagner M, Maier W, Lautenschlager M, Heinz A, De Millas W, Janssens B, Gaebels W, Michel TM, Schneiders F, Lambert M, Naber D, Brunes M, Krüger-zgürdals S, Wobrock T, Riedel M, Klosterkötter J. Rationale and Baseline Characteristics of PREVENT: A Second-Generation Intervention Trial in Subjects At-Risk (Prodromal) of Developing First-Episode Psychosis Evaluating Cognitive Behavior Therapy, Arripiprazole, and Placebo for the Prevention of Psychosis. *Schizophr Bull*. 2011; 37 (Suppl. 2):111-121.
- [21] Von Reventlow HG, zgürdal SK, Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Heinz A, Patterson P, Heinimaa M, Dingemans P, French P, Birchwood M, Salokangas RUR, Linzen D, Morrison A, Klosterkötter J, Juckel G. Pathways to care in subjects at high risk for psychotic disorders. A European perspective. *Schizophr Res*. 2014; 152(2):400-407.
- [22] Fragkas D, Rey-Mellas A, Moreno C, Castro-Farneles J, Graell M, Otero S, Gonzalez-Pinto A, Moreno D, Baeza I, Cengoitabenga MM, Arango C, Parellada M. Duration of untreated psychosis predicts functional and clinical outcome in children and adolescents with first-episode psychosis: A 2-year longitudinal study. *Schizophr Res*. 2014; 152(1):130-138.
- [23] Lewis S, Tarrrier N, Haddock G, Bental R, Kinderman P, Kingdon D, Sidle R, Drake R, Everitt J, Leadley K, Benn A, Grazebrook K, Haley C, Akhtar S, Davies L, Palmer S, Faragher B, Dunn G. Randomised controlled trial of cognitive-behavioral therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *Br J Psychiatry*. 2002; 181:91-97.
- [24] Alvarez-Jimenez M, Parker AG, McGorry, PD, Gleeson, JF. Preventing the Second Episode: A Systematic Review and Meta-analysis of Psychosocial and Pharmacological Trials in First-Episode psychosis. *Schizophr Bull*. 2011; 37(3):619-630.
- [25] Roder V, Zorn P, Andres K, Pfammatter M, Brenner HD. *Praxishandbuch der verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter*. Bern: Huber, 2002.
- [26] Bäuml J, Frobose T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G. Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia



- and their families. *Schizophr Bull.* 2006; 32 (Suppl. 1):1-9.
- [27] Lincoln T. *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie.* Göttingen: Hogrefe, 2006.
- [28] Van der Gaag, M. A Neuropsychiatric model of biological and psychological processes in the remission of delusions and auditory Hallucinations. *Schizophr Bull.* 2006; 32 (Suppl. 1):113-122.
- [29] Beck AT, Rector NA, Stolar N, Grant P. *Schizophrenia. Cognitive theory, research and therapy.* New York: The Guilford Press, 2009.
- [30] Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2005; 77:1-9.
- [31] Turkington D, Dudley R, Warman DM, Beck AT. *Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia: A Review.* Focus. 2006; IV (2):223-233.
- [32] Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models and methodological rigor. *Schizophr Bull.* 2008; 34:523-537.
- [33] Wykes T, Spaulding, WD. Thinking about the future Cognitive Remediation Therapy-What works and could we do better? *Schizophr Bull.* 2011; 37 (Suppl. 2):80-90.
- [34] Freeman, D. Improving cognitive treatment for delusions. *Schizophr Res.* 2011; 132:135-139.
- [35] Waters, F. Multidisciplinary Approaches to Understanding Auditory Hallucinations in Schizophrenia and Nonschizophrenia Populations: The International Consortium on Hallucination Research. *Schizophr Bull.* 2012; 38(4):693-694.
- [36] Sommer IEC, Slotema C, Daskalakis ZJ, Derks EM, Blom JD, Van der Gaag M. The Treatment of Hallucinations in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophr Bull.* 2012; 38 (4):704-712.
- [37] Gottlieb JD, Harper K, Romeo DL, Penn DL, Mueser KT, Chiko BP. Web-based cognitive-behavioral therapy for auditory hallucinations in persons with psychosis: A pilot study. *Schizophr Res.* 2013; 145(1):82-87.
- [38] Freeman D, Dunn G, Fowler D, Bebbington P, Kuipers E, Emsley E, Jolley S, Garety P. Current Paranoid Thinking in Patients With Delusions: The Presence of Cognitive-Affective Biases. *Schizophr Bull.* 2013; 39(6):1281-1287.
- [39] Falloon IRH, Boyd C, McGill C. *Family care of schizophrenia.* New York: Guilford, 1984.
- [40] Οικονόμου ΜΠ. Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Στο: Χριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΠ, Οικονόμου ΜΠ Επιμ. Προληπτική ψυχιατρική. Αθήνα: Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, 2000:181-186.
- [41] Οικονόμου ΜΠ, Χριστοδούλου ΓΝ. Οικογένεια και πρόληψη. Στο: Χριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΠ & Οικονόμου ΜΠ. Επιμ. Προληπτική ψυχιατρική. Αθήνα: Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, 2000:55-60.
- [42] Οικονόμου ΜΠ, Δασκαλοπούλου Ε, Κόλλιας Κ, Πάλλη Α & Παπαϊωάννου Α. Ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα σε συγγενείς από την Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-Αιγινήτειο νοσοκομείο. Στο: Χριστοδούλου ΓΝ, Τομαράς Βλ, Οικονόμου ΜΠ Επιμ. Από το Ψυχιατρείο στην κοινότητα. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 2002:109-114.
- [43] Μαδιανός Μ. Η μηλιά κάτω από το μήλο. Άτομο και οικογένεια στην κοινοτική ψυχοθεραπεία της ψύχωσης. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1999.
- [44] Kurtz MM, Sartory G. Treatment approaches with a special focus on neurocognition: overview and empirical results. In Roder V & Medalia A eds. *Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients. Basic Concepts and Treatment.* Basel: Karger, 2010:37-49.
- [45] Twamley EW, Zurhellen CH, Vella L. Compensatory Cognitive Training. In Roder V & Medalia A eds. *Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients. Basic Concepts and Treatment.* Basel: Karger, 2010:50-60.
- [46] Wolfgang W, Combs DS, Frommann N, Penn DL. Treatment approaches with a special focus on Social Cognition: Overview and empirical results. In Roder V & Medalia A eds. *Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients. Basic Concepts and Treatment.* Basel: Karger, 2010:61-78.
- [47] Roder V, Hulka L, Medalia A. Combined treatment approaches: Overview and empirical results. In Roder V & Medalia A eds. *Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients. Basic Concepts and Treatment.* Basel: Karger, 2010:85-103.
- [48] Lysaker PH, Beck KD, Carcione A, Procacci M, Salavatore G, Nicolo G, Dimaggio G. Addressing metacognitive capacity for self reflection in the psychotherapy for schizophrenia. A conceptual model of the key tasks and processes. *Psychol Psychoth: Th Res Prac.* 2010; 00: 1-13.
- [49] Wunderlich U, Wiedemann G, Buchkremer G. Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam? Eine Metaanalyse. *Verhaltenstherapie.* 1996; 6:4-13.
- [50] Rector NA, Beck AT. Cognitive Behavioral Therapy for schizophrenia: An empirical Review. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2001; 189:278-287.
- [51] Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions from Meta-analyses. *Schizophr Bull.* 2006; 32 (Suppl. 1):64-80.
- [52] Rector NA, Nicholson RA, Carpenter BN. Role of psychosocial treatment in management of schizophrenia: a metaanalytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull.* 1998; 24:569-587.
- [53] Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D. Cognitive Therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophr Res.* 2001; 48:335-342.
- [54] Amering M. Recovery and Sozialpsychiatrie. *Spec Psych.* 2011; 4:12-14
- [55] Roder V, Brenner H.D, Kienzle N. Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten. IPT. Beltz:Weinheim, 2002.
- [56] Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Ευθυμίου Κ. Το απαισιωτικό ψυχολογικό θεραπευτικό πρόγραμμα για τη σχιζοφρένεια (I. P. T. ). Αθήνα: Scientific Publications, 2007.
- [57] Roder V, Müller DR, Schmidt S. Effectiveness of Integrated Psychological Therapy for Schizophrenia Patients. A Research update. *Schizophr Bull.* 2011; 37(2):71-79.
- [58] Ρακιτζή Σ, Γεωργιά Π, Ευθυμίου Κ. Παρέμβαση στη σχιζοφρένεια. Αθήνα: ΙΕΘΣ, 2016.
- [59] Rakitzis S, Georgila P, Efthimiou K, Mueller D. Efficacy and feasibility of the Integrated Psychological Therapy for outpatients with schizophrenia in Greece: Final results of a RCT. *Psych Res.* 2016;242:137-143.
- [60] Pijnenborg GHM, Van Donkersgoed JM, David AS, Aleman A. Changes in insight during treatment for psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res.* 2013; 144:109-117.

ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ: 15/01/2014 - ΕΓΙΝΕ ΑΠΟΔΕΚΤΗ: 23/07/2014