

# Η αποτελεσματικότητα του Απαρτιωτικού Ψυχολογικού Θεραπευτικού Προγράμματος για τη Σχιζοφρένεια (Ι.Ρ.Τ.)

*4<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών  
Ελληνική Εταιρεία Έρευνας της Συμπεριφοράς*

Γιάννης Χρυσόπουλος, Κέντρο Ημέρας «Ανέλιξη», Ξένιος Ζεϋς, ΑμΚΕ  
Κωνσταντίνος Ευθυμίου, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

# Εισαγωγή

---

- ▶ **Στόχος:** Η εν λόγω ανασκόπηση αποπειράται να αποδελτιώσει τα κύρια συμπεράσματα που εξάγονται από τη διεθνή βιβλιογραφία για την αποτελεσματικότητα του «Απαρτιωτικού Ψυχολογικού Θεραπευτικού Προγράμματος για τη Σχιζοφρένεια» (Integrated Psychological Therapy – I.P.T.), να δώσει κατευθύνσεις για μελλοντική ερευνητική δραστηριότητα, αλλά και να εξετάσει τη βιωσιμότητα του προγράμματος στα διάφορα πλαίσια εφαρμογής του
  
  - ▶ **Δομή παρουσίασης:**
    - Εισαγωγή
    - Αποτελέσματα Μετα-αναλύσεων
    - Συμπεράσματα
    - Μελλοντικές Κατευθύνσεις
    - Βιωσιμότητα Προγράμματος σε καθημερινά κλινικά πλαίσια
- 



# Εισαγωγή

---

Το I.P.T. αναπτύχθηκε πριν περίπου 35 χρόνια, στην Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική της Βέρνης, από τους H.D Brenner και V. Roder

- ▶ Από το 1980, όπου δημοσιεύτηκε η πρώτη μελέτη αποτελεσματικότητας του έως σήμερα, έχει αξιολογηθεί από ένα μεγάλο σώμα ερευνών, σε 14 διαφορετικές χώρες, ενώ έχουν δημοσιευτεί 4 μετα-αναλύσεις της αποτελεσματικότητας του
- ▶ Η πρώτη δημοσιεύτηκε στο γερμανικό περιοδικό Der Nervenarzt, το 2005, κι περιλάμβανε 28 έρευνες (Mueller, et al., 2005)
- ▶ Το 2006 οι Roder, Mueller, Mueser & Brenner, δημοσιεύουν στο Schizophrenia Bulletin, την δεύτερη μετα-ανάλυση του προγράμματος, συμπεριλαμβάνοντας στοιχεία από 30 έρευνες (Roder, et al., 2006)
- ▶ Το 2011 δημοσιεύεται στο ίδιο περιοδικό, από τους Roder, Mueller & Schmidt, η πιο πρόσφατη μετα-ανάλυση του IPT (Roder, et al., 2011), στην οποία περιλαμβάνονται 36 έρευνες. 15 έρευνες από αυτές αναλύονται περαιτέρω το 2012, από τους Mueller, Schmidt & Roder, προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα του προγράμματος σε σχέση με την ηλικία των ασθενών (Mueller, et. al. 2012).

Η παρούσα ανασκόπηση βασίζεται κυρίως στην μετα-ανάλυση του 2011, αποδελτιώνει τα πορίσματα και των άλλων μετα-αναλύσεων, καθώς και ορισμένα από τα πορίσματα πιο πρόσφατων δημοσιεύσεων

---



# Εισαγωγή

---

- ▶ Στις 36 προαναφερθείσες έρευνες το συνολικό δείγμα ανέρχεται στους 1575 ασθενείς διαγνωσμένους με Σχιζοφρένεια
- ▶ Σε αυτές το I.P.T συγκρίθηκε με τη συνήθη θεραπεία (TAU – Treatment As Usual), και με εικονική θεραπεία (PA – Placebo-Attention)
- ▶ Στην ανάλυση των αποτελεσμάτων συμπεριλήφθηκαν κατά μέσο όρο 19,8 μεταβλητές ανά έρευνα.
- ▶ Οι μεταβλητές διαχωρίστηκαν σε **άμεσης** επίδρασης (proximal outcomes), στις οποίες περιλαμβάνονται οι τομείς που στοχεύουν άμεσα τα υποπρογράμματα του IPT, όπως ο νευρογνωστικός τομέας, ο κοινωνικογνωστικός τομέας και η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, και σε **έμμεσης** επίδρασης (distal outcomes), στις οποίες συμπεριλήφθηκαν οι μεταβλητές εκείνες που είναι έμμεσα συνδεόμενες, όπως η θετική και αρνητική συμπτωματολογία.

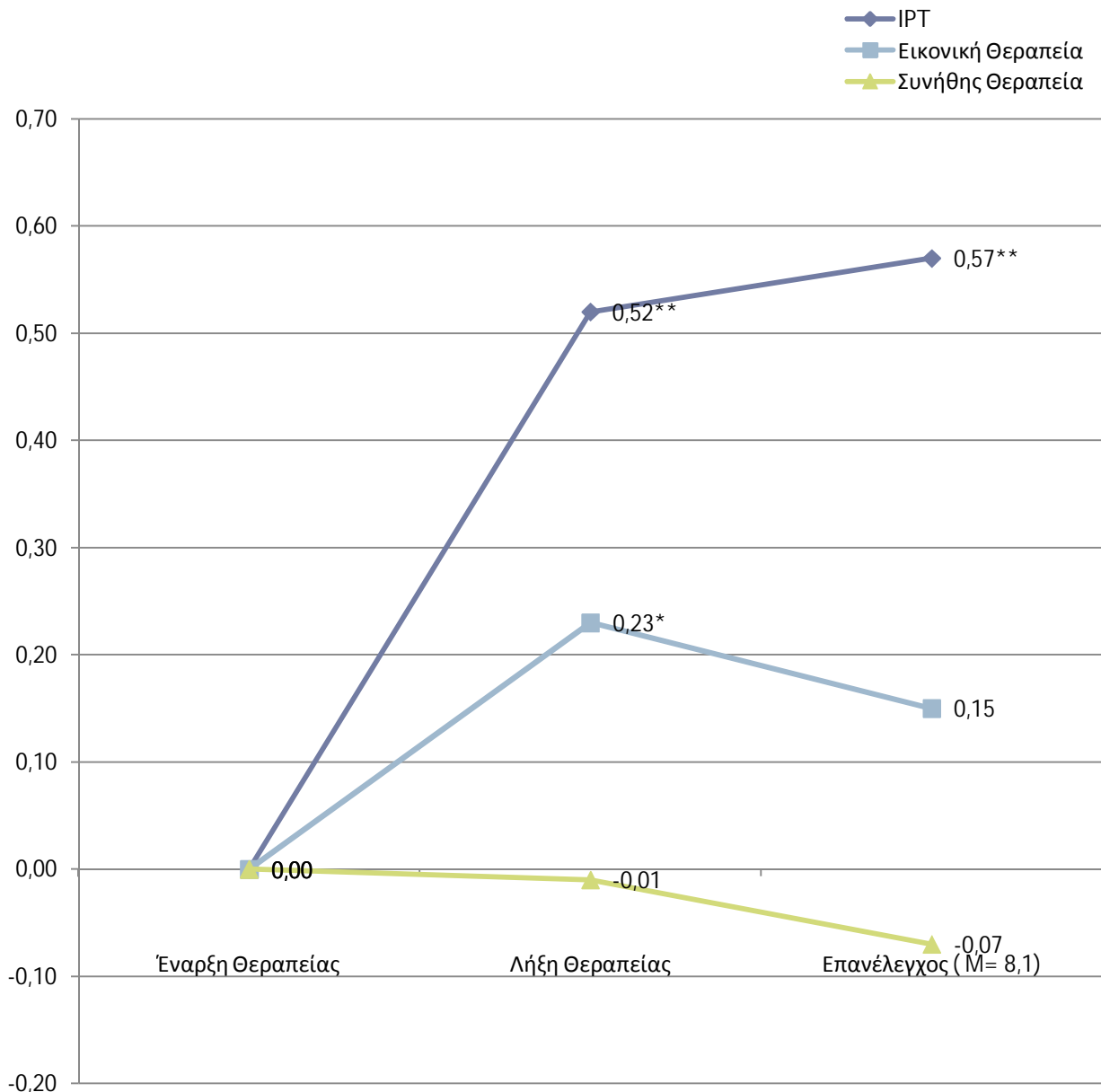


# Αποτελέσματα

	IPT					Εικονική Θεραπεία					Συνήθης Θεραπεία				
	K	ESw	95% CI	Z	Qw	K	ESw	95% CI	Z	Qw	K	ESw	95% CI	Z	Qw
<b>Συνολικό Μέγεθος Επίδρασης (Μ όλων των μεταβλητών)</b>															
Λήξη Θεραπείας	34	0,52	0,42-0,62	10,24**	13,8	10	0,23	0,03-0,42	2,27*	1,8	16	-0,01	-0,18-0,17	0,06	12
Επανάλεγχος (follow-up: M=8,1)	8	0,57	0,39-0,74	6,23**	6,27	2	0,15	-0,31-0,62	0,65	0	3	-0,07	-0,52-0,38	0,30	1,9
<b>Τομείς λειτουργικότητας και συμπτωματολογία</b>															
Γνωστικό πεδίο (M)	29	0,53	0,43-0,64	9,91**	22,9	10	0,17	-0,02-0,37	1,73	4,1	13	0,04	-0,15-0,24	0,42	8,4
Νευρογνωστικός	27	0,52	0,41-0,63	9,48**	11,9	10	0,16	-0,03-0,36	1,64	0,3	12	0,30	-0,17-0,23	0,31	1,5
Κοινωνικογνωστικός	15	0,70	0,54-0,87	8,29**	32,8	5	0,31	0,01-0,61	2,04*	2,1	8	2,09	-0,30-0,17	0,56	3,3
Ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα	24	0,42	0,31-0,54	7,11**	13,6	4	0,27	-0,01-0,56	1,90	1,4	12	1,35	-0,20-0,21	0,04	3,7
Ψυχοπαθολογία	27	0,52	0,42-0,63	9,61**	20,2	7	0,33	0,11-0,55	2,94**	1,2	12	1,22	-0,18-0,23	0,27	24
Θετικά συμπτώματα	21	0,45	0,32-0,57	7,03**	9,93	6	0,30	0,07-0,53	2,56**	1,9	11	1,93	-0,01-0,45	1,91	4,3
Αρνητικά συμπτώματα	11	0,42	0,25-0,59	4,93**	11,8	4	0,25	-0,02-0,51	1,80	2,3	4	2,27	-0,28-0,55	0,65	2,1

Σημ: K=αριθμός ερευνών, Esw=υπολογιζόμενο μέγεθος επίδρασης στο εσωτερικό των ομάδων (within group), 95% CI= 95% διάστημα εμπιστοσύνης, Z= στατιστική σημαντικότητα στο εσωτερικό των ομάδων, Qw= στατιστική ομοιογένεια,, \* = P<.05, \*\*P<.01

**Βρέθηκε ένα μεγάλο και σημαντικό μέγεθος επίδρασης (ES) στη συνολική αποτελεσματικότητα μετά τη θεραπεία, αλλά και κατά τον επανέλεγχο**



## Συνολική Επίδραση

Το συνολικό ES του IPT, σε σύγκριση με τις δύο συνθήκες έλεγχου, ήταν σημαντικά υψηλότερο, τόσο κατά τη λήξη της θεραπείας, όσο και κατά τον επανέλεγχο.

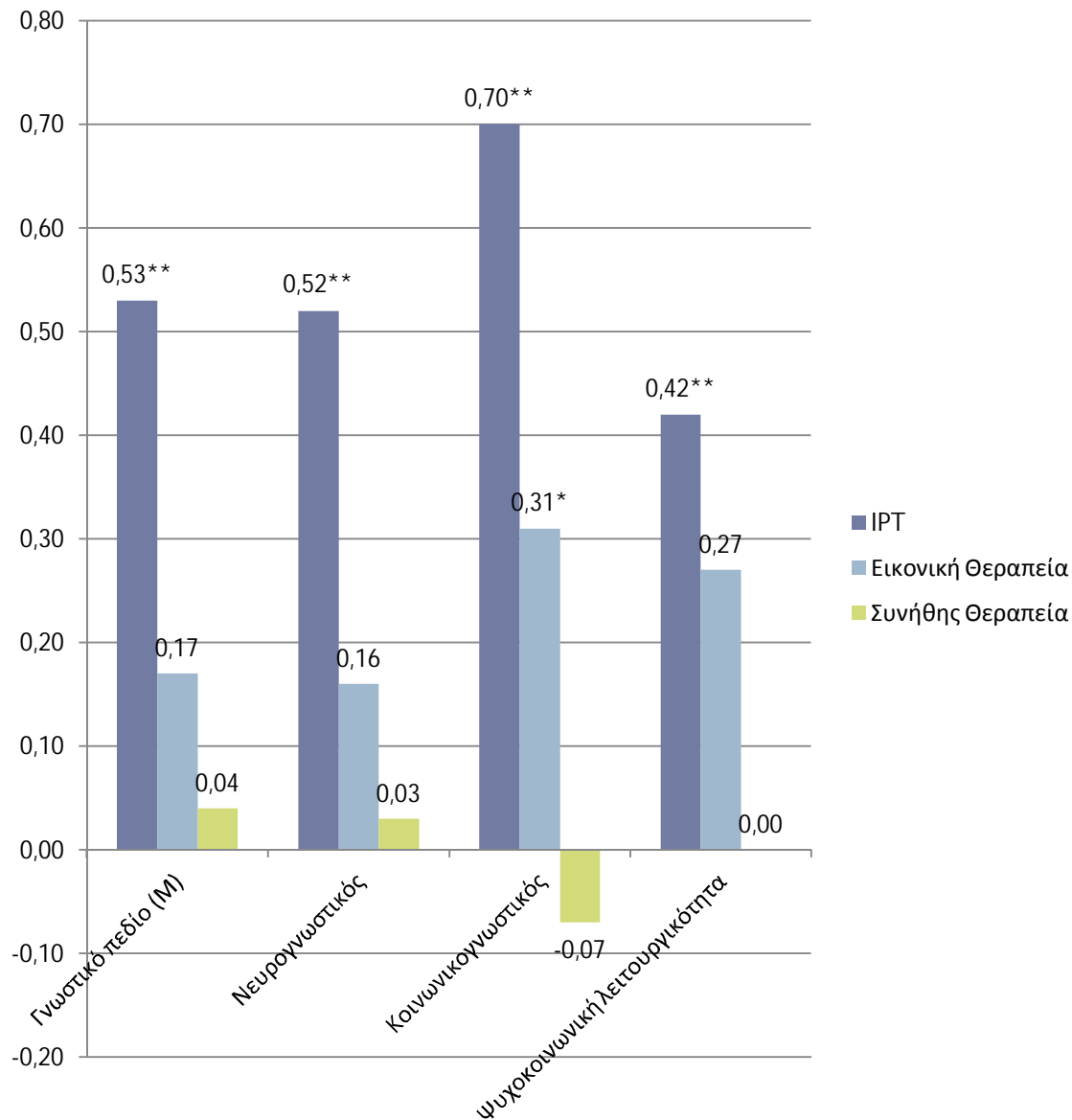
Από τις δύο συνθήκες ελέγχου, μόνο αυτή της εικονικής θεραπείας έδωσε σημαντικά αποτελέσματα, κατά τη λήξη της θεραπείας. Κατά τον επανέλεγχο, καμία από τις δύο

## Επίδραση ανά τομείς - #1

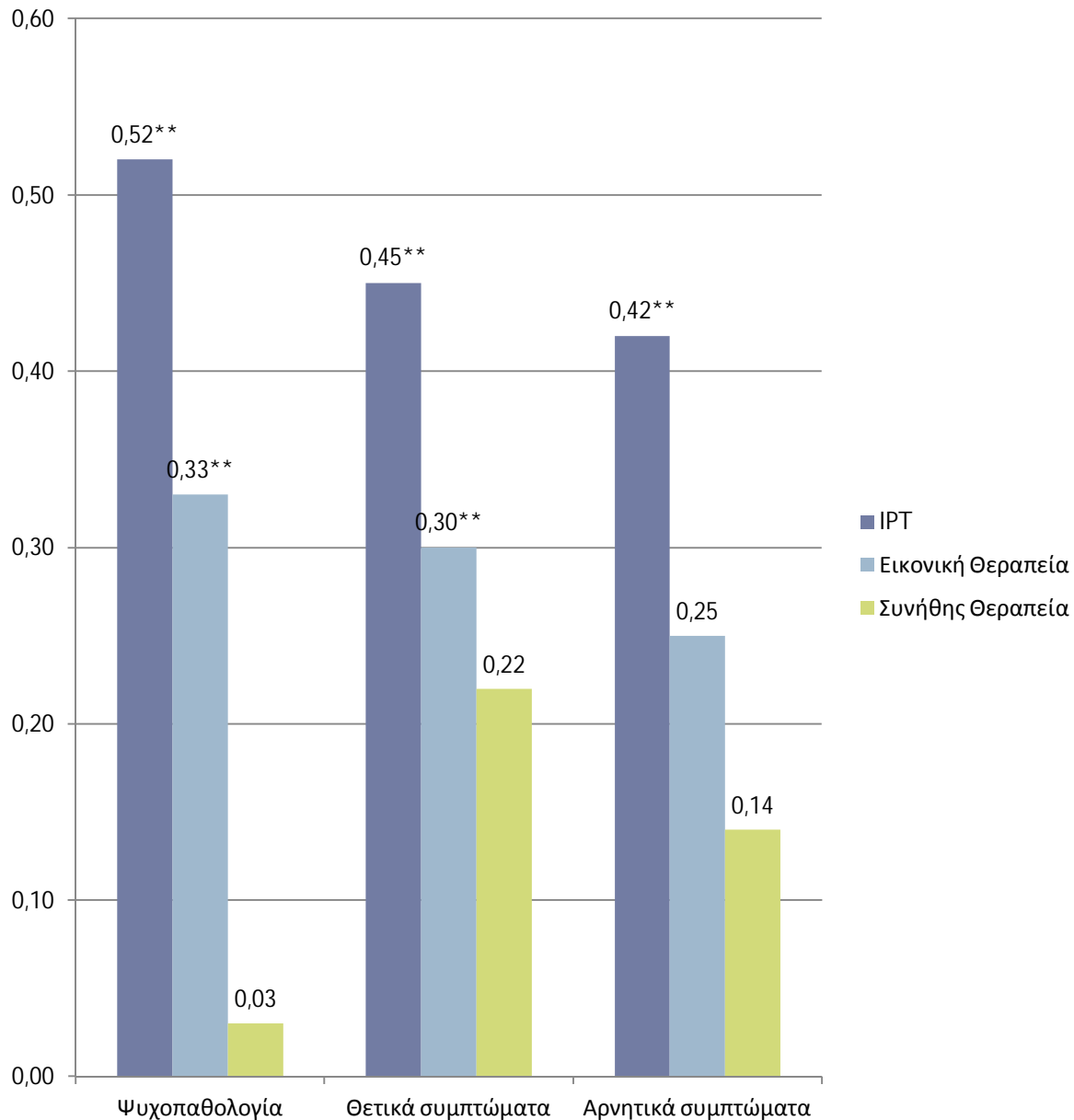
Το IPT έδειξε να επιδρά σε όλους τους άμεσους τομείς με μεγαλύτερη επίδραση στον κοινωνικογνωστικό, έπειτα στον νευρογνωστικό και τέλος στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα

Όλα τα μεγέθη επίδρασης βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικά, για  $P < .01$

Στον κοινωνικογνωστικό τομέα έδειξε πως επιδρά σημαντικά και η εικονική θεραπεία, για  $P < .05$



## Επίδραση ανά τομείς - #2



Αναφορικά με τους έμμεσους τομείς, το IPT έδωσε στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα σε όλους.

Αντίστοιχα, από τις 2 συνθήκες ελέγχου, μόνο η εικονική θεραπεία έδειξε να επιδρά σημαντικά στη γενική ψυχοπαθολογία και στη θετική συμπτωματολογία, όχι όμως και στην αρνητική.



## Επίδραση ανά τομείς - #3

---

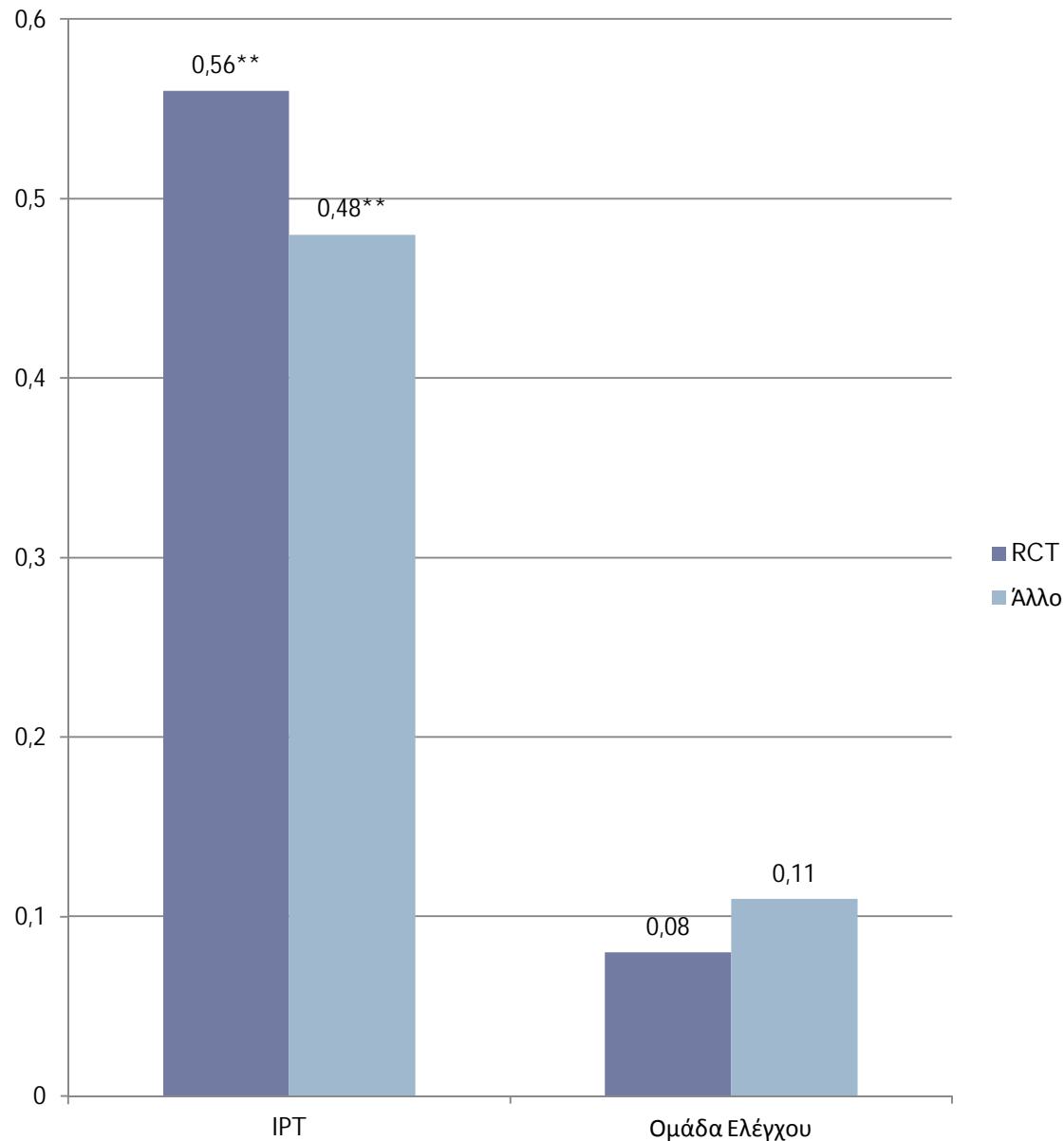
- ▶ Η μικρή επίδραση της εικονικής θεραπείας είναι αναμενόμενη σύμφωνα και με άλλες μετα-αναλύσεις (Roder et al., 2010)
- ▶ Παρά τα σημαντικά αποτελέσματα σε όλους τους τομείς, όταν συγκρίθηκε το IPT με τις δύο συνθήκες ελέγχου, στατιστικά σημαντική διαφορά υπέρ του παρέμεινε μονάχα στον νευρογνωστικό τομέα, στον κοινωνικογνωστικό και στη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, αλλά όχι στη θετική και αρνητική συμπτωματολογία (Roder, et al., 2011)

**Συμπερασματικά, το IPT δείχνει σημαντική βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη επίδραση στα περισσότερα άμεσα αποτελέσματα, αλλά μικρή επίδραση στη ψυχοπαθολογία**

---



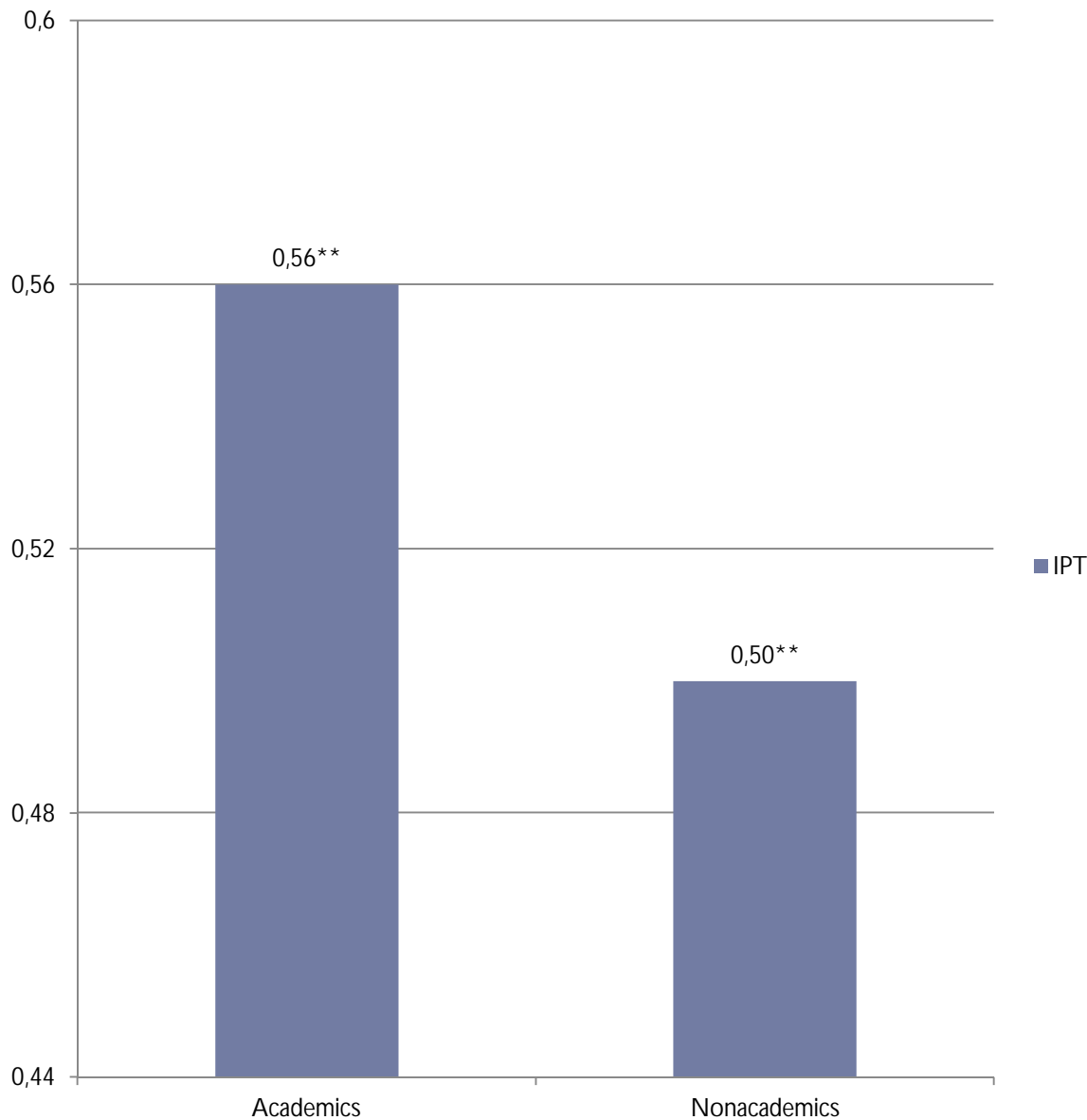
## Χαρακτηριστικά ερευνών



Η μεθοδολογία της έρευνας δεν επηρέασε σημαντικά τη συνολική επίδραση της θεραπείας

Συγκεκριμένα, οι έρευνες που χρησιμοποίησαν τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμασία (RCTs) έδειξαν ελάχιστα μεγαλύτερη επίδραση από ότι οι έρευνες με άλλο σχεδιασμό.

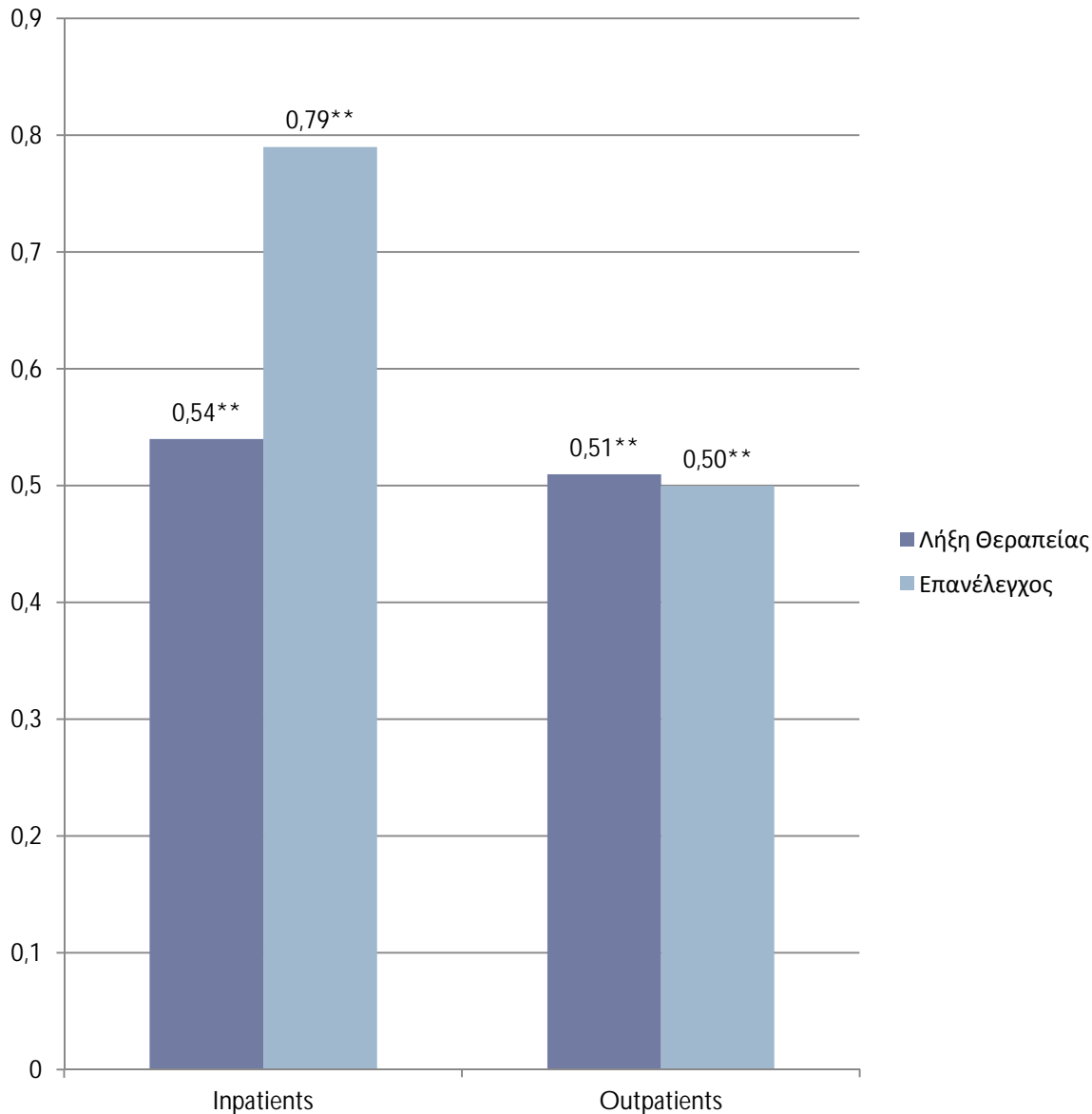
**Κοινώς, το IPT έδειξε στατιστικά σημαντική επίδραση ανεξαρτήτως μεθοδολογίας έρευνας.**



## Χαρακτηριστικά πλαισίου

Επιπροσθέτως, η αποτελεσματικότητα του προγράμματος δεν φάνηκε να επηρεάζεται, ούτε από το είδος του **κέντρου εφαρμογής της παρέμβασης**. Τόσο κατά την εφαρμογή του σε ακαδημαϊκά κέντρα, όσο και σε μη ακαδημαϊκά, η μέση επίδραση ήταν στατιστικά σημαντική

## Χαρακτηριστικά ασθενών



Τα αποτελέσματα υπήρξαν ανεξάρτητα από το εάν εφαρμόστηκαν σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς ασθενείς, κατά τη λήξη της θεραπείας.

Το ίδιο ισχύει και για τον επανέλεγχο, καθώς αν και εντοπίστηκε μεγαλύτερο μέγεθος επίδρασης στους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς, η διαφορά δεν ήταν σημαντική.

Το μεγαλύτερο ES στους ενδονοσοκομειακούς εξηγείται από την έντονη παθολογία της ομάδας αυτής (Roder et. al., 2006).

# Χαρακτηριστικά ασθενών

---

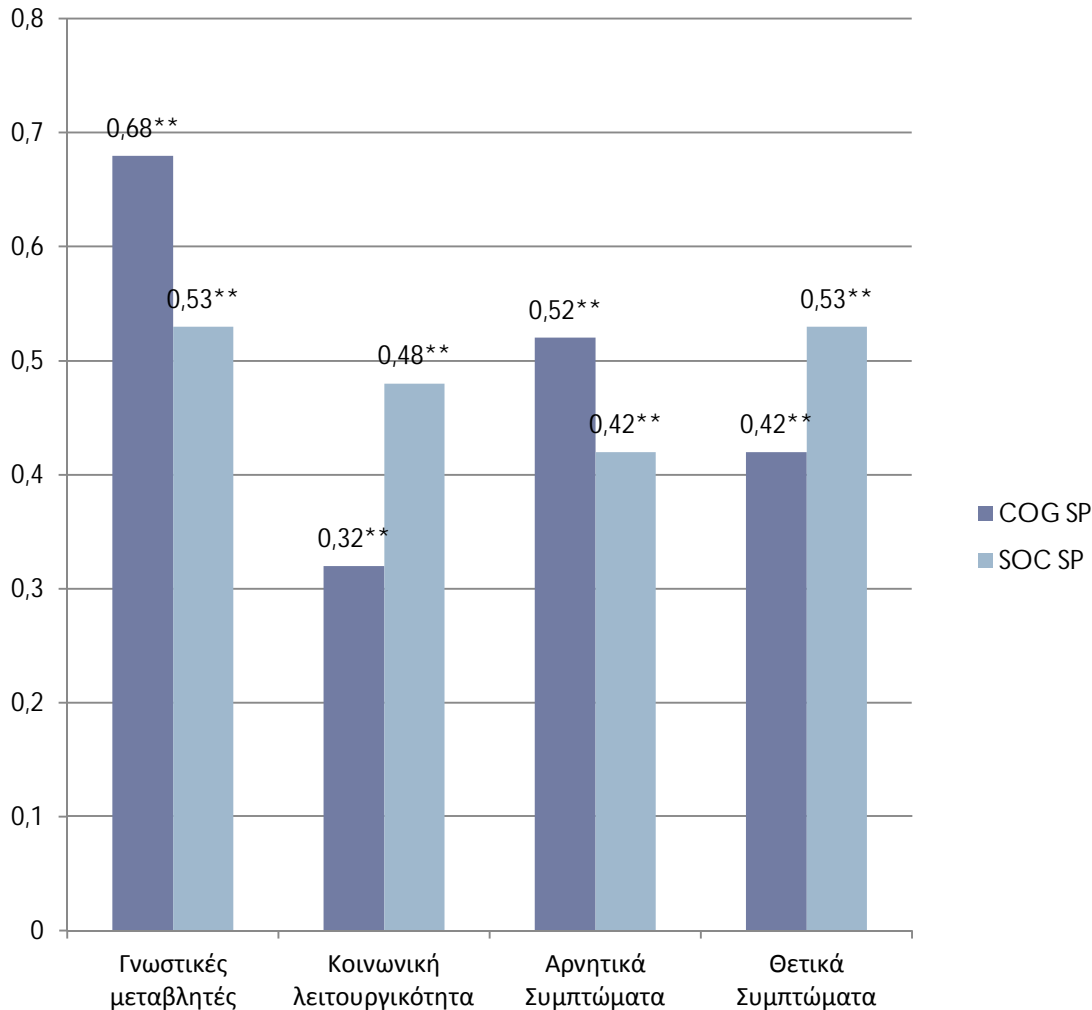
- ▶ Τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως ηλικία, φύλο και ημερήσια δοσολογία φαρμάκων, δεν συσχετίστηκαν με τα αποτελέσματα της θεραπείας (Roder, et al., 2010)
- ▶ Το ανεξάρτητο της ηλικίας είναι συνεπές και με τη μεταγενέστερη μετα-ανάλυση των Mueller, Schmidt & Roder, στην οποία συνέκριναν την αποτελεσματικότητα του IPT, σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς άνω και κάτω των 40 ετών. Και στις δύο ομάδες η επίδραση υπήρξε σημαντική (Mueller, et al., 2012)
- ▶ Η μόνη μεταβλητή που έχει δείξει να επηρεάζει είναι η διάρκεια της ασθένειας. Όσο περισσότερο διαρκεί η ασθένεια, τόσο μικρότερο είναι το όφελος που κερδίζεται (Roder et. al., 2006)

**Συμπερασματικά, υποστηρίζεται η αποτελεσματικότητα του IPT, ανεξαρτήτως ηλικίας και λοιπών χαρακτηριστικών των ασθενών, ενώ υπογραμμίζεται η αναγκαιότητα παροχής απαρτιωτικών θεραπειών σε ασθενείς μέσης ηλικίας και γηραιότερους**

---



## Αποτελεσματικότητα βάση υποπρογραμμάτων



Οι έρευνες διαχωρίστηκαν ανάλογα με το εάν χρησιμοποίησαν τα **γνωστικά υποπρογράμματα** (COG SPs) ή τα **κοινωνικά υποπρογράμματα** (SOC SPs), ως κύριο (άμεσο) στόχο παρέμβασης.

Τα άμεσα αποτελέσματα μετά τη θεραπεία ήταν μεγαλύτερα στις περιοχές-στόχους.

Τα ESS ήταν σημαντικά.

# Αποτελεσματικότητα βάση υποπρογραμμάτων

---

- ▶ Όσον αφορά τα έμμεσα αποτελέσματα, τόσο τα COG SPs, όσο και τα SOC SPs παρήγαγαν σημαντική επίδραση στη θετική και αρνητική συμπτωματολογία.
- ▶ Όλα τα μεγέθη ήταν στατιστικώς σημαντικά.
- ▶ Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι έρευνες που χορήγησαν το πρώτο υποπρόγραμμα «γνωστική διαφοροποίηση», είχαν τη σημαντικότερη επίδραση στον νευρογνωστικό τομέα, αντίστοιχα οι έρευνες που χορήγησαν το δεύτερο υποπρόγραμμα «κοινωνική αντίληψη», είχαν την καλύτερη επίδραση στον κοινωνικογνωστικό τομέα, αλλά και οι έρευνες που χορήγησαν το τέταρτο και πέμπτο υποπρόγραμμα για την κοινωνική λειτουργικότητα, παρήγαγαν τα καλύτερα αποτελέσματα στη κοινωνική λειτουργικότητα.

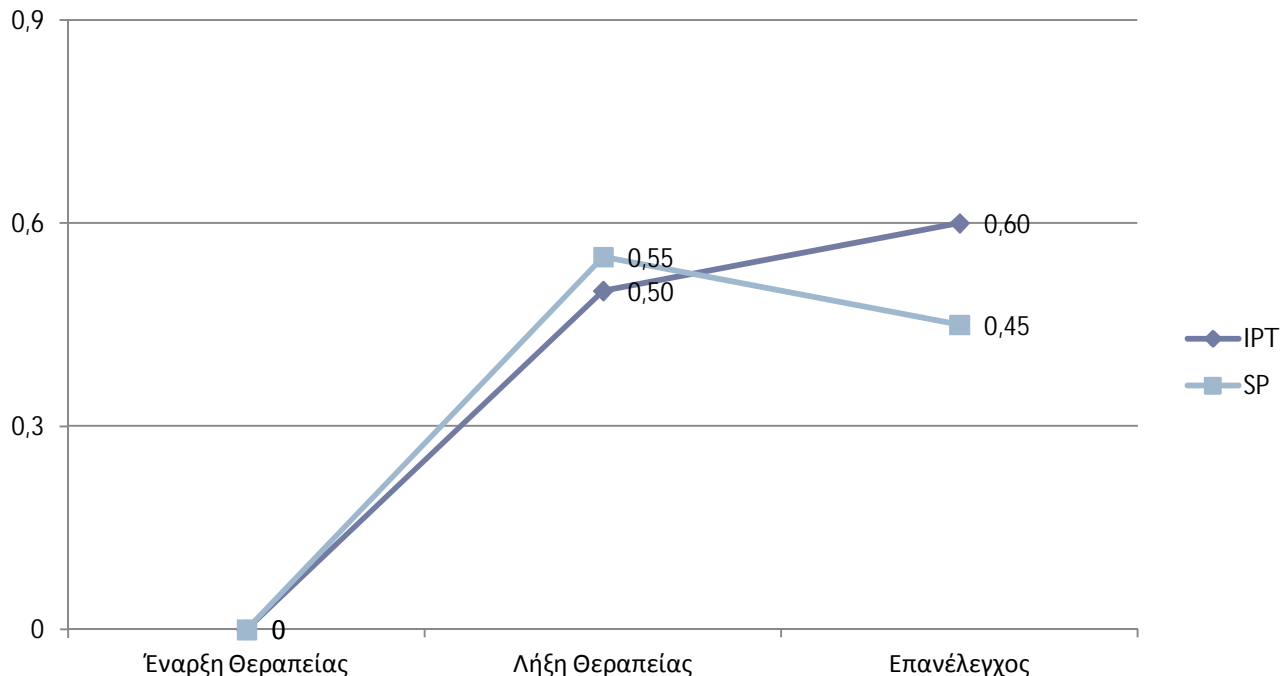
**Συμπερασματικά, όλα τα υποπρογράμματα έδειξαν τη μεγαλύτερη επίδραση στις υπό στόχο περιοχές.**

---



# Πλεονεκτήματα της αпарτιωτικής προσέγγισης

Ερευνήθηκε, ακόμη εάν οι **απαρτιωτικές παρεμβάσεις** (όλα τα υποπρογράμματα του IPT) έχουν πιο ανθεκτικά αποτελέσματα στο χρόνο και είναι πιο ικανές να γενικεύσουν την επίδραση της θεραπείας (τα έμμεσα αποτελέσματα) από ότι τα μεμονωμένα προγράμματα.



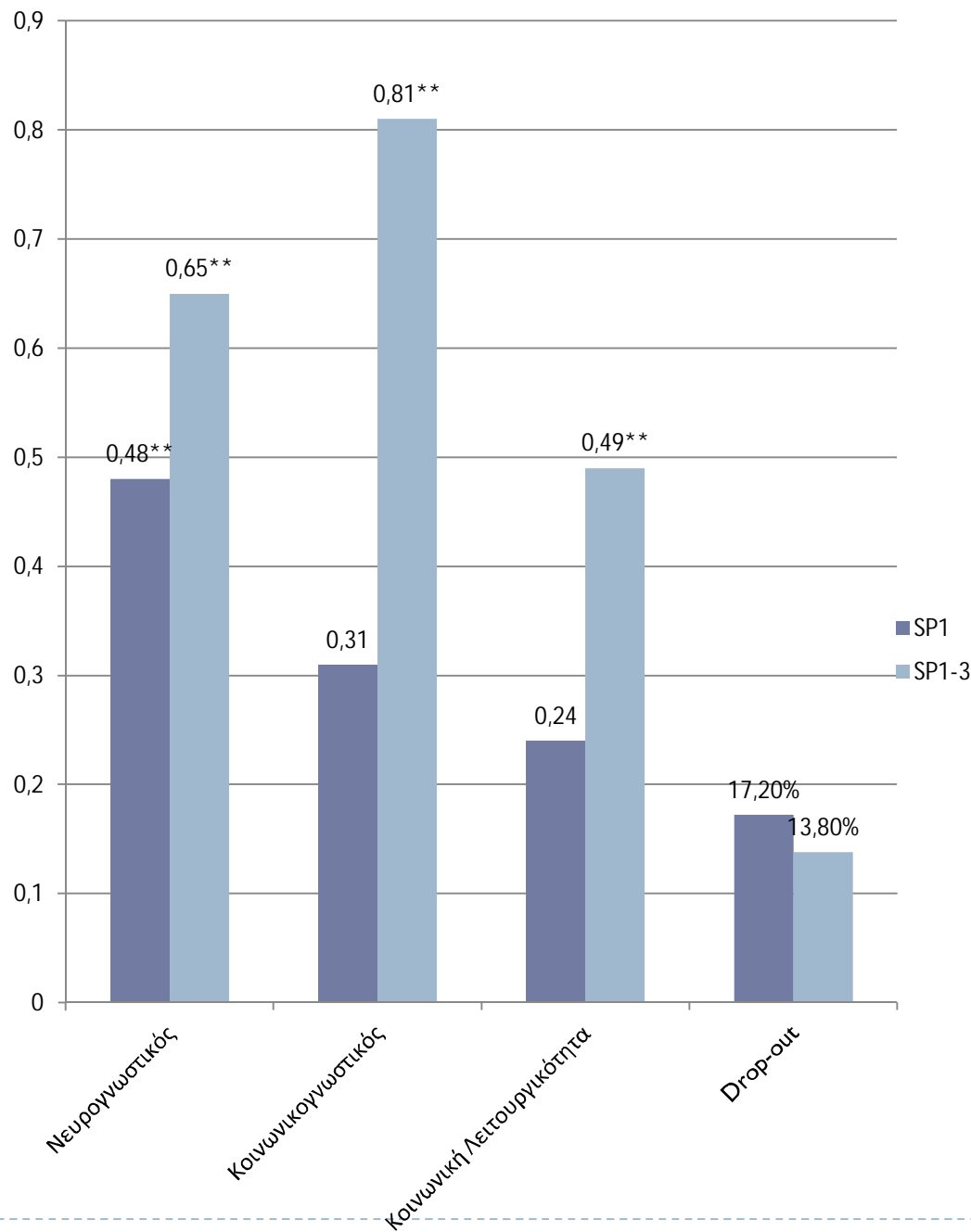
Μετά τη θεραπεία, η επίδραση του IPT, συμπεριλαμβανομένων και των πέντε υποπρογραμμάτων, δεν διέφερε σημαντικά από τη χρήση ενός μεμονωμένου υποπρογράμματος ή ενός συνδυασμού αυτών. Κατά τον επανέλεγχο όμως, η χρήση μεμονωμένων υποπρογραμμάτων, έδειξε μικρότερη επίδραση από τις έρευνες που χορήγησαν και τα 5 υποπρογράμματα.



## Πλεονεκτήματα της απαρτιωτικής προσέγγισης

Τέλος, ελέγχθηκε εάν η συνδυασμένη παρέμβαση στη θεραπεία των νευρογνωστικών και κοινωνικογνωστικών ελλειμμάτων, έχει επιπρόσθετη επίδραση στο νευρογνωστικό τομέα.

Συγκρίθηκαν οι έρευνες που χρησιμοποίησαν το πρώτο υποπρόγραμμα (SP1) με τις έρευνες που συμπεριέλαβαν τα πρώτα 2 ή/και 3 υποπρογράμματα (SP1-3).



# Πλεονεκτήματα της απαρτιωτικής προσέγγισης

---

- ▶ Στο SP1 φάνηκε μικρότερη αποτελεσματικότητα στις νευρογνωστικές μεταβλητές, από ότι στα SP1-3, αν και τα 2 ES ήταν σημαντικά.
- ▶ Αντίστοιχα, τα SP1-3, είχαν σημαντική επίδραση στο κοινωνικογνωστικό τομέα και στη κοινωνική λειτουργικότητα, ενώ είχαν σχετικά μικρό drop-out. Το μέγεθος επίδρασης των νευρογνωστικών και των κοινωνικογνωστικών δεν διέφερε σημαντικά.
- ▶ Αντίθετα, η χρήση του SP1 μόνου του δεν έδειξε σημαντική βελτίωση, ούτε στον τομέα των κοινωνικογνωστικών, ούτε και στον τομέα της κοινωνικής λειτουργικότητας, ενώ είχε σχετικά μεγάλο drop-out.

**Τα αποτελέσματα αυτά τάσσονται με σαφήνεια υπέρ της απαρτιωτικής προσέγγισης.**

---



# Συζήτηση – Συμπεράσματα 1

---

- ▶ Τα αποτελέσματα των μετα-αναλύσεων του IPT αποτυπώνουν βελτιώσεις, σε σημαντικούς τομείς των ελλειμμάτων της Σχιζοφρένειας, στους ασθενείς που συμμετείχαν στη θεραπευτική συνθήκη
- ▶ Η αποτελεσματικότητα του IPT αποδεικνύεται από τη σημαντικά υψηλότερη συνολική και ανά τομέα επίδραση, σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου, τόσο κατά την ολοκλήρωση της θεραπείας, όσο και κατά τον επανέλεγχο (Roder, et al., 2006; Roder, et al., 2011)
- ▶ Το γεγονός ότι η μεγαλύτερη επίδραση του IPT εντοπίζεται στους τομείς που στοχεύει, συνηγορεί υπέρ της καλής εννοιολογικής του κατασκευής και της εγκυρότητας του προγράμματος
- ▶ Επιπροσθέτως, το γεγονός ότι έρευνες σε συνθήκες καθημερινής πρακτικής παρήγαγαν παρόμοια αποτελέσματα με έρευνες υψηλής ποιότητας, υποστηρίζει έμμεσα την ισχυρή απόδειξη της αποτελεσματικότητας του IPT (Roder et. al, 2006; Roder, et al., 2010)
- ▶ Τέλος, η αποτελεσματικότητα του IPT στο νευρογνωστικό, τον κοινωνικογνωστικό, και την κοινωνική λειτουργικότητα, σε αντίθεση με τη μη βελτίωση στις συνθήκες ελέγχου, υποδεικνύει την αναγκαιότητα παροχής νευρογνωστικής θεραπείας, για την αντιμετώπιση των ελλειμμάτων που παρατηρούνται στη Σχιζοφρένεια (Roder, et al., 2010)



# Συζήτηση – Συμπεράσματα 2

---

Κατά δεύτερον, λαμβάνοντας υπόψη ότι τα αποτελέσματα του IPT είναι σταθερά και ανεξάρτητα :

- ▶ σταδίου ασθένειας (παρόμοια αποτελέσματα για σταθεροποιημένους ασθενείς και ασθενείς μετά από επεισόδιο)
- ▶ ατομικών χαρακτηριστικών των ασθενών (φύλο, ηλικία, ημερήσια δόση αγωγής)
- ▶ χαρακτηριστικών πλαισίου εφαρμογής (παρόμοια αποτελέσματα για ακαδημαϊκά και μη κέντρα)
- ▶ ερευνητικού σχεδιασμού και ποιότητας της έρευνας (παρόμοια αποτελέσματα για τυχαιοποιημένες μελέτες και έρευνες ρουτίνας ψυχιατρικής παροχής υπηρεσιών),

Οδηγούμαστε στην επικύρωση της σταθερότητας των αποτελεσμάτων, και στο συμπέρασμα ότι η επίδραση του IPT έχει υψηλή γενικευτική ισχύ (Roder, et al., 2006; Roder, et al., 2011)



# Συζήτηση – Συμπεράσματα 3

---

- ▶ Κατά τρίτον, φάνηκε ότι η χορήγηση μεμονωμένων υποπρογραμμάτων έχουν ως αποτέλεσμα μικρότερη επίδραση, μετά τη θεραπεία, σε έμμεσα αποτελέσματα, σε σύγκριση με τη χορήγηση και των 5 υποπρογραμμάτων
- ▶ Το παρόν εύρημα υποστηρίζεται από τη βιβλιογραφία, η οποία δείχνει ότι τα γνωστικά αποκαταστασικά προγράμματα παράγουν καλύτερα αποτελέσματα, όταν συνδυάζονται με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, από ότι όταν χρησιμοποιούνται μεμονωμένα (Roder, et al., 2011)
- ▶ Μία εξήγηση για τα καλύτερα έμμεσα αποτελέσματα μπορεί να είναι ότι το IPT έχει συνεργική δράση και βελτιστοποιεί τα λειτουργικά αποτελέσματα, μέσα από το συνδυασμό των παρεμβάσεων στο νευρογνωστικό τομέα, στη κοινωνικογνωστική λειτουργικότητα, και στις κοινωνικές δεξιότητες. Η σχέση ανάμεσα στο νευρογνωστικό και λειτουργικό επίπεδο μπορεί να εξηγηθεί από την ενδιάμεση επιρροή του κοινωνικογνωστικού τομέα (Roder, et al., 2011)



## Συζήτηση – Συμπεράσματα 4

---

- ▶ Επίσης, καθίσταται σαφές, ότι μόνοι όσοι ασθενείς συμμετείχαν σε όλα τα υποπρογράμματα, συνέχισαν να βελτιώνονται κατά τη διάρκεια του επανελέγχου
- ▶ Οι απαρτιωτικές προσεγγίσεις μπορούν να παράσχουν ευκαιρίες μάθησης και πρακτικής των στρατηγικών και των δεξιοτήτων, που είναι σχετικές με τη λειτουργική αποκατάσταση, και να συνδέσουν στενά τις γνωστικές δεξιότητες που αποκτήθηκαν με δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Το παραπάνω μπορεί να οδηγήσει σε συνήθειες και για αυτό να παράγει ανθεκτικά αποτελέσματα στον χρόνο. Εξαιτίας των περιβαλλοντικών παραγόντων, οι ασθενείς χρειάζονται χρόνο να μεταφέρουν τις δεξιότητες που απόκτησαν σε δραστηριότητες του πραγματικού κόσμου
- ▶ Τα συμπεράσματα 3 & 4 συνηγορούν υπέρ της προτίμησης απαρτιωτικών προσεγγίσεων έναντι μεμονωμένων



# Μελλοντικές Κατευθύνσεις

---

Οι Roder και συν. καταλήγουν, ότι οι μελλοντικές έρευνες οφείλουν:

- ▶ Να ξεκαθαρίσουν τη συνεισφορά κάθε υποπρογράμματος στη βελτίωση των έμμεσων αποτελεσμάτων και της συνεχούς βελτίωσης που διαφαίνεται κατά τους επανελέγχους
- ▶ Να εμβαθύνουν στους μηχανισμούς αλλαγής που παρατηρούνται στις απαρτιωτικές προσεγγίσεις και οδηγούν σε συνεργικά αποτελέσματα.
- ▶ Να αναγνωρίσουν τους γνωστικούς τομείς-στόχους, τις θεραπευτικές τεχνικές, και τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων που παράγουν το μέγιστο όφελος.
- ▶ Να επιβεβαιώσουν τους παράγοντες που συμβάλλουν στη γενίκευση των αλλαγών σε ευρύτερα πλαίσια της πραγματικής ζωής



# Βιωσιμότητα εφαρμογής

---

- ▶ Η ελλιπής γνώση γύρω από την εφαρμογή αποτελεσματικών ψυχολογικών παρεμβάσεων στη καθημερινή πρακτική των συστημάτων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, εμποδίζει το σχεδιασμό της θεραπείας να λαμβάνει υπόψη τις οικονομικές δυνατότητες των ασθενών ή των φορέων χρηματοδότησης (Pfammatter, et al., 2006).
- ▶ Κάποια πρώτα πορίσματα για το ποια πλαίσια είναι ικανά να εντάξουν εξειδικευμένες υπηρεσίες όπως το IPT, αποδελτιώνονται από την εμπειρία του Καναδά, όπου παρά τη θετική αποτελεσματικότητα του προγράμματος, η εμπειρία έδειξε ότι μονάχα τα Πανεπιστημιακά Κέντρα και τα πλαίσια εξειδικευμένης Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης, είχαν τη δυνατότητα να διατηρήσουν το πρόγραμμα στις υπηρεσίες τους για ένα διάστημα μεγαλύτερο των πέντε ετών (Briand, et al., 2010)
- ▶ Αντίθετα, στα μη Πανεπιστημιακά πλαίσια και ειδικά σε Κέντρα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (Κέντρα Υγείας), το IPT εγκαταλείφθηκε γρήγορα, καθώς φάνηκε αδύνατον να διατεθούν οι απαραίτητοι ανθρώπινοι πόροι και ο χρόνος σε μία προσέγγιση που αναφέρεται αποκλειστικά σε ΣΧΦ ασθενείς (Briand, et al., 2010)





# Βιωσιμότητα εφαρμογής

---

- ▶ Οι Briand και συν. (2010) καταλήγουν, ότι η διατήρηση του προγράμματος, μοιάζει δυνατή στα πλαίσια που έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά :
- ▶ Ξεκάθαρη δυνατότητα παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών δευτεροβάθμιας περίθαλψης
- ▶ Ικανό μέγεθος ανθρώπινων πόρων, γεγονός που επιτρέπει την παροχή μίας σειράς υπηρεσιών εξειδικευμένων σε ασθενείς με ΣΧΦ
- ▶ Μεγάλο αριθμό ασθενών
- ▶ Εμπιστοσύνη στην καλή αποτελεσματικότητα του προγράμματος και του οφέλους που απορρέει από αυτό. Το πλαίσιο είναι διατεθειμένο να χρησιμοποιήσει τους απαραίτητους πόρους και την υποδομή για τη διατήρηση του IPT, καθώς επίσης έχει την δυνατότητα να εξασφαλίσει στους εργαζομένους σε αυτό την αναγκαία εκπαίδευση για την εφαρμογή του



