

10^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ
ΙΩΑΝΝΙΝΑ
30. 11. – 4. 12. 05



ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

www.ibrt.gr

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ:
ΙΡΤ: ΤΟ ΑΠΑΡΤΙΩΤΙΚΟ ΟΜΑΔΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΓΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΣ

ΚΩΝ/ΝΟΣ ΕΥΘΥΜΙΟΥ
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ-ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ (Msc)

ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ ΡΑΚΙΤΖΗ
DIPL. PSYCH.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ
 2. ΓΕΝΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΕΝΤΑΞΗ ΣΕ ΕΝΑ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ
 3. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
 3. 1. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ
 3. 2. ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ
 3. 3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΤΙΑΛΗΨΗ
 3. 4. ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ
 3. 5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ
 3. 6. ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ
 4. ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΟΜΑΔΑΣ
 5. ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ
 6. ΕΦΑΡΜΟΓΗ-ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ
 7. ΣΧΟΛΙΑ, ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
 8. ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ
 9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ
-

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Χιλιάδες ερευνητές παγκοσμίως έχουν αφιερώσει την ζωή τους στην έρευνα για την σχιζοφρένεια. Τα αποτελέσματα σε σχέση με την θεραπευτική αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής έχουν δείξει ότι τα προβλήματα των σχιζοφρενών αντιμετωπίζονται αποτελεσματικότερα στα πλαίσια ενός πολυπαραγοντικού θεραπευτικού πλαισίου, στο οποίο ο συνδυασμός διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων (φαρμακοθεραπείας, ψυχοθεραπείας) είναι στο επίκεντρο.

Σήμερα θα ασχοληθούμε με το απαρτιωτικό ομαδικό θεραπευτικό πρόγραμμα για σχιζοφρενείς των Roder, Brenner & Kienzle (2002), το οποίο εφαρμόστηκε τα τελευταία 25-30 χρόνια στην Βέρνη της Ελβετίας και σε άλλες χώρες σε όλο τον κόσμο, οι οποίες συνεργάζονται με την ομάδα στην Βέρνη. Το πρόγραμμα αυτό εφαρμόζεται στα πλαίσια ενός πολυπαραγοντικού θεραπευτικού πλαισίου. Το IPT συμβάλλει στην αποασυλοποίηση και επανένταξη των σχιζοφρενών στο κοινωνικό γίγνεσθαι.

Το εγχειρίδιο του προγράμματος μεταφράστηκε στα ελληνικά και είναι υπό έκδοση Ευθυμίου και συν. (2006, υπό έκδοση) (Ευθυμίου, Ρακιτζή, Κερασιώτη, Σοφianoπούλου, Καποδίστρια, Λεοντιάδου & Μαλτέζος). Το παρακάτω κείμενο στηρίζεται στην ελληνική μετάφραση του προγράμματος.

Το Ι.Ε.Θ.Σ. στήριξε από την πρώτη στιγμή την προσπάθεια αυτή και προσωπικά η κ. Καλαντζή, καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Υπάρχει μία στενή συνεργασία με τον κ. Dr. Volker Roder με σκοπό την προώθηση και εφαρμογή του προγράμματος στην Ελλάδα. Για οποιοδήποτε πληροφορίες μπορείτε να απευθύνεστε στο Ινστιτούτο έρευνας και θεραπείας της συμπεριφοράς και στους άμεσους συνεργάτες του κ. Roder στην Ελλάδα.

Κ. Ευθυμίου
kefthim@psych.uoa.gr
2107474814
6974124411

Στ. Ρακιτζή
sonne@in.gr
210 3824669
6936736473

Ιστοσελίδα του Ινστιτούτου
www.ibrt.gr

Ελληνική ιστοσελίδα του IPT
<http://www.ibrt.gr/ereyna/ieths.html>

Σημείωση: Απαγορεύεται η αντιγραφή του κειμένου αλλά ευχαρίστως θα βοηθήσουμε όποιον εκδηλώσει ενδιαφέρον για το πρόγραμμα

2. ΓΕΝΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΕΝΤΑΞΗ ΣΕ ΕΝΑ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το IPT εφαρμόζεται όπως επώθηκε και παραπάνω στα πλαίσια ενός πολυπαραγοντικού θεραπευτικού σχεδίου. Παρακάτω θα παρουσιαστεί ένα παράδειγμα ενός τέτοιου πλαισίου από μία κλινική στο Μόναχο (Roder και συν. 2002).

SETTINGS			
ΠΟΡΕΙΑ	ΓΟΝΕΙΣ ΧΩΡΙΣ ΑΣΘΕΝΗ	ΓΟΝΕΙΣ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΣΘΕΝΗΣ (ΑΤΟΜΙΚΗ-ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ)
ΥΦΕΣΗ ΤΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ		ΑΤΟΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗ
ΥΦΕΣΗ ΤΩΝ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ		ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΡΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ
ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ		ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΥΣΚΟΛΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ- ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΥΣΚΟΛΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Από : Kienzle & Althoff, (1999)

Το IPT αποτελείται από 5 υποπρογράμματα και στοχεύει στην θεραπεία των διαταραχών της προσοχής, της αντίληψης και των γνωστικών διαταραχών, οι οποίες είναι χαρακτηριστικές στους σχιζοφρενείς καθώς και στην θεραπεία ελλειμμάτων στην κοινωνική συμπεριφορά (Ευθυμίου και συν.).

1. Γνωστική διαφοροποίηση
2. Κοινωνική αντίληψη
3. Λεκτική επικοινωνία
4. Κοινωνικές δεξιότητες
5. Διαπροσωπική επίλυση προβλημάτων

Τα 5 αυτά υποπρογράμματα θα παρουσιαστούν αναλυτικά πιο κάτω.

3. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

3.1 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Θα ξεκινήσουμε κάνοντας μία εισαγωγή στα αιτιολογικά μοντέλα της Σχιζοφρένειας. Τα μοντέλα ευαλωτότητας, στα οποία λαμβάνονται υπόψη βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες έχουν τεκμηριωθεί εμπειρικά και είναι όλο και πιο αποδεκτά (Zubin & Spring, 1977; Nuechterlein et al. 1994). Βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες λαμβάνονται υπόψη για την διάγνωση, την γένεση, την πορεία και την θεραπεία της σχιζοφρένειας. Η σχιζοφρένεια αντιμετωπίζεται ως μία συστημική διαταραχή (Bellack & Muesser, 1993; Brenner et al. 1992). Οι αλλαγές στην δομή του εγκεφάλου είναι έκφραση μιας βιολογικής ευαλωτότητας και οι διαταραχές επεξεργασίας πληροφοριών αποτελούν έκφραση μιας γνωστικής ευαλωτότητας (Hodel & Brenner, 1994). Αυτές οι διαφορές αλληλεπιδρούν με τους περιβαντολογικούς παράγοντες. Ένα ψυχωσικό επεισόδιο μπορεί να παρουσιαστεί σε ένα εύαλωτο άτομο, όταν το άτομο αυτό έρχεται αντιμέτωπο με στρεσογόνες καταστάσεις, τις οποίες δεν μπορεί να αντιμετωπίσει. Έτσι αυξάνεται η πιθανότητα για κάποια συμπτώματα (Roder et al. 1996).

Σήμερα είναι ευρέως γνωστό ότι οι γνωστικές διαταραχές είναι χαρακτηριστικές για την σχιζοφρένεια και συμβάλλουν σε πολύ μεγάλο βαθμό στα θετικά συμπτώματα. Τα μοντέλα επεξεργασίας πληροφοριών συμβάλλουν στην κατανόηση των διαταραγμένων συστημάτων επεξεργασίας πληροφοριών στους σχιζοφρενείς (Brenner, 1986).

Το μοντέλο των δύο φαύλων κύκλων περιγράφει την συσχέτιση ανάμεσα στις γνωστικές διαταραχές και στην κοινωνική συμπεριφορά. Συγκεκριμένα περιγράφονται τα καταστροφικά αποτελέσματα της ελλειμματικής επεξεργασίας πληροφοριών στην γενικότερη λειτουργικότητα. Οι διαταραχές στην επεξεργασία της πληροφορίας ενισχύουν η μία την άλλη και επιδρούν αρνητικά στον συμπεριφορικό σχεδιασμό και στην κοινωνική δράση. Αυτό περιγράφεται με την μορφή δύο φαύλων κύκλων. Ο πρώτος κύκλος συνδυάζει τις στοιχειώδεις και πιο σύνθετες γνωστικές δυσλειτουργίες στην σχιζοφρένεια. Ελλείμματα στις στοιχειώδεις γνωστικές διεργασίες, όπως η προσοχή και η αντίληψη δημιουργούν προβλήματα σε διαδικασίες, οι οποίες συνθέτουν την εισερχόμενη πληροφορία. Αυτό οδηγεί και σε βλάβες στις υψηλότερες γνωστικές διεργασίες, κάτι το οποίο εμποδίζει τον συντονισμό των στοιχειωδών γνωστικών διεργασιών. Αυτός ο κύκλος οδηγεί σε ελαττωματική αντίληψη και σε δυσλειτουργική κοινωνική συμπεριφορά. Στον δεύτερο κύκλο βλέπουμε ότι τα γνωστικά ελλείμματα εμποδίζουν την επαρκή απόκτηση διαπροσωπικών στρατηγικών αντιμετώπισης καταστάσεων. Έτσι οι ασθενείς είναι περισσότερο εκτεθειμένοι σε στρεσογόνες καταστάσεις. Η πνευματική ικανότητα των σχιζοφρενών είναι πολύ περιορισμένη κάτω από συνθήκες διέγερσης. Ο συνδυασμός αυτών των δύο φαύλων κύκλων περιγράφει την αρχή των συμπτωμάτων, την δυσχέρεια στην κοινωνική λειτουργικότητα και τον τρόπο με τον οποίο οι δυσλειτουργίες αυτές διαιωνίζονται (Hodel & Brenner, 1994).

Το παραπάνω μοντέλο λοιπόν έχει επηρεάσει σαφώς και την δημιουργία του IPT, όπως θα διαπιστώσουμε και αργότερα. Ακολουθεί η αναλυτική περιγραφή των γενικών χαρακτηριστικών του προγράμματος.

Το IPT είναι σχεδιασμένο μόνο για σχιζοφρενείς. Η επιλογή αυτών γίνεται με βάσει κάποια κριτήρια, τα οποία θα παρουσιαστούν αναλυτικά πιο κάτω. Αρχικά όμως είναι απαραίτητη η αναλυτική διαγνωστική διαδικασία, η οποία θα μας δώσει πολύτιμες πληροφορίες και η οποία σχετίζεται με την εφαρμογή διαφόρων διαγνωστικών εργαλείων καθώς και με την συμπεριφοριστική ανάλυση. Η τελευταία αποτελεί και το βασικότερο εργαλείο μας. Όλες αυτές οι πληροφορίες είναι απαραίτητες για να ληφθεί η απόφαση για την συμμετοχή των σχιζοφρενών σε θεραπευτική ομάδα αλλά και για τον θεραπευτικό σχεδιασμό (Ευθυμίου και συν.)

Μιλάμε λοιπόν για την διαφορική ένδειξη για την εφαρμογή του προγράμματος, η οποία γίνεται με βάση των ψυχομετρικών δοκιμασιών και της ανάλυσης της συμπεριφοράς (Ευθυμίου και συν.).

Διαφορική ένδειξη για την εφαρμογή του IPT

(1) Γνωσιακή θεραπεία

Γνωστική διαφοροποίηση
Κοινωνική αντίληψη
Λεκτική επικοινωνία (α)

- εμφανείς γνωστικές διαταραχές
- έντονο κοινωνικό άγχος
- η αρνητική συμπτωματολογία είναι στο επίκεντρο
- μειωμένο θεραπευτικό κίνητρο
- μεγάλη διάρκεια ασθένειας

(2) Θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων

Λεκτική επικοινωνία
Κοινωνικές δεξιότητες
Διαπροσωπική επίλυση προβλημάτων

- Ανεπαρκείς κοινωνικές δεξιότητες
- επαναλαμβανόμενες μικρής διάρκειας νοσηλείες
- νέοι ασθενείς (ηλικιακά)
- αυξημένο θεραπευτικό κίνητρο
- Ασθενείς, οι οποίοι ολοκλήρωσαν με επιτυχία την γνωσιακή θεραπεία

Η γνωσιακή θεραπεία είναι κατάλληλα για σχιζοφρενείς με τα κριτήρια όπως παρουσιάστηκαν πιο πάνω. Η δόμηση και η μικρή συναισθηματική επιβάρυνση δίνουν την δυνατότητα στους ασθενείς να ανταποκριθούν σε κοινωνικές επαφές σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο χωρίς πολλά ερεθίσματα. Αν ολοκληρωθεί η γνωσιακή θεραπεία, τότε μπορεί κανείς να προχωρήσει στο δεύτερο μέρος, δηλαδή στην θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων (Ευθυμίου και συν.).

Το δεύτερο μέρος είναι κατάλληλο για σχιζοφρενείς με συγκεκριμένα κριτήρια, όπως αυτά παρουσιάστηκαν πιο πάνω. Τα προβλήματα της καθημερινής ζωής βρίσκονται στο επίκεντρο και πρόκειται συνήθως για σχιζοφρενείς, οι οποίοι παρακολουθούνται εξωτερικά και δεν αντιμετωπίζουν οξύ ψυχωσικό επεισόδιο. Η εφαρμογή του δεύτερου μέρους μπορεί να συνοδεύεται και από την εφαρμογή μεμονωμένων ασκήσεων από το πρώτο μέρος (Ευθυμίου και συν.).

Η εκδήλωση σύνθετων κοινωνικών δεξιοτήτων προϋποθέτει την εξάσκηση βασικών γνωστικών λειτουργιών, όπως η αντίληψη, η προσοχή, ο σχηματισμός εννοιών, η κατανόηση και η ικανότητα επεξεργασίας αφηρημένων εννοιών (Hemsley, 1977; Liberman, 1982; Wallace, 1982; Neale et al. 1985; Georg & Neufeld, 1985; Brenner, 1986).

Έτσι λοιπόν μπορούν να εφαρμοστούν όλα τα υποπρογράμματα ή να επικεντρωθεί κανείς μόνο στο πρώτο ή δεύτερο μέρος ανάλογα και με τις ανάγκες και τα προβλήματα των ασθενών. Η απόφαση για αυτό το θέμα είναι εξατομικευμένη για κάθε σχιζοφρενή και για αυτό τον λόγο πραγματοποιείται η συμπεριφοριστική ανάλυση (Ευθυμίου και συν.)

Κάθε υποπρόγραμμα είναι έτσι σχεδιασμένο, ώστε με το πέραςμα της θεραπείας να αυξάνονται οι απαιτήσεις στους ασθενείς αλλά και στην ομάδα γενικότερα. Οι απαιτήσεις αυξάνονται τόσο όσο αφορά το περιεχόμενο όσο και το γενικότερο θεραπευτικό πλαίσιο: από ένα δομημένο πλαίσιο σε ένα πλαίσιο με περισσότερες αυθόρμητες επαφές στην ομάδα, από ένα κατευθυντικό ρόλο σε ένα μη κατευθυντικό ρόλο των θεραπειών. Οι ασκήσεις κάθε υποπρογράμματος πραγματοποιούνται αρχικά με υλικό, το οποίο είναι αντικειμενικό και δεν φορτίζει συναισθηματικά τον ασθενή. Με το πέραςμα του χρόνου δίνονται αλληπάλληλα ασκήσεις με υλικό, το οποίο είναι συναισθηματικά επιβαρυντικό για τα μέλη και την ομάδα συνολικά. Αυτό πραγματοποιείται κυρίως στα μετέπειτα υποπρογράμματα (Ευθυμίου και συν.)

Το IPT μπορεί να εφαρμοστεί σε σχιζοφρενείς από διάφορα τμήματα μιας κλινικής, κάτι το οποίο βέβαια προϋποθέτει την άριστη συνεργασία ανάμεσα στην ομάδα των εκάστοτε τμημάτων και στους θεραπευτές του IPT. Το πρόγραμμα μπορεί να αποτελέσει εσωτερική υπόθεση ενός τμήματος. Αυτό αποτελεί πλεονέκτημα, διότι ο συντονισμός είναι και πολύ καλύτερος. Ιδανική θεωρείται η εφαρμογή σε ειδικό τμήμα για σχιζοφρενείς με 10—15 κρεβάτια (Ευθυμίου και συν.). Αυτό βέβαια δεν αποτελεί και τον κανόνα για τα ελληνικά δεδομένα.

Το πρόγραμμα μπορεί τέλος να εφαρμοστεί σε κλινική ημέρας ή σε ασθενείς, οι οποίοι παρακολουθούνται εξωτερικά. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί κανείς ίσως να εφαρμόσει μόνο το δεύτερο μέρος του προγράμματος, δηλαδή την θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων (Ευθυμίου και συν.). Αυτό βέβαια θα εξαρτηθεί από την συνολική διαγνωστική εκτίμηση των προβλημάτων των ασθενών.

Το IPT έχει εφαρμοστεί τέλος σε διάφορες ομάδες σχιζοφρενών από χρόνιους με πολλές νοσηλείες για πολλά χρόνια μέχρι και σε σχιζοφρενείς μετά από ένα οξύ ψυχωσικό επεισόδιο. Τα μεγαλύτερα προβλήματα παρουσιάζονται στους χρόνιους σχιζοφρενείς, στους οποίους η αύξηση του κινήτρου δεν αποτελεί καθόλου εύκολη υπόθεση (Ευθυμίου και συν.).

Προϋποθέσεις

-Το IPT είναι σχεδιασμένο μόνο για σχιζοφρενείς.

-Ο δείκτης νοημοσύνης πρέπει να κυμαίνεται από 80-110 IQ. Το πρώτο μέρος (γνωστική διαφοροποίηση, κοινωνική αντίληψη και εν' μέρει λεκτική επικοινωνία) είναι λιγότερο αποτελεσματικό για σχιζοφρενείς με δείκτη νοημοσύνης πάνω από το μέσο όρο. Τα τελευταία υποπρογράμματα μπορούν να εφαρμοστούν και σε πολύ έξυπνους ασθενείς.

-Θα πρέπει να υπάρχει ομοιογένεια στην ομάδα σε σύγκριση με χαρακτηριστικά όπως νοημοσύνη και γνωστικά ελλείμματα. Η ομάδα θα πρέπει να είναι ετερογενής σε σύγκριση με την ηλικία και το φύλο.

-Η επαρκής κατανόηση της ελληνικής γλώσσας αποτελεί επίσης μία πολύ καλή προϋπόθεση.

-Οι Σχιζοφρενείς, οι οποίοι συμμετέχουν στην ομάδα δεν θα πρέπει να περνάνε μία φάση, στην οποία τα θετικά συμπτώματα είναι στο επίκεντρο. Σχιζοφρενείς με αρνητική συμπτωματολογία έχουν μεγαλύτερο θεραπευτικό όφελος.

-Οι θεραπευτές θα πρέπει να έχουν εκπαιδευτεί στην Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία (4 χρόνια) και μία μετεκπαίδευση στην ομαδική θεραπεία θεωρείται επίσης επιθυμητή.

-Το πρόγραμμα θα πρέπει να εφαρμόζεται με την επίβλεψη κάποιου έμπειρου επόπτη (Ευθυμίου και συν.).

Θα πρέπει να τονιστεί ότι το Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς και ο κ. Ευθυμίου ως επόπτης Γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας του ΙΕΘΣ εξασφαλίζουν την εκπαίδευση σε ένα τέτοιο πρόγραμμα στην Ελλάδα.

Στη συνέχεια θα παρουσιάσουμε κάποια **βασικά χαρακτηριστικά** για την εφαρμογή του προγράμματος (Ευθυμίου και συν.):

Μέγεθος ομάδας: Η ομάδα πρέπει να περιλαμβάνει 4-8 σχιζοφρενείς, αν και ιδανικό μέγεθος θεωρούνται τα 5-6 άτομα.

Συχνότητα εφαρμογής: Η εφαρμογή του υποπρογράμματος ορίζεται για δύο φορές την εβδομάδα.

Διάρκεια συνεδριών: Η διάρκεια συνεδριών κυμαίνεται από 30-90 λεπτά. Οι πρώτες συνεδρίες της γνωστικής διαφοροποίησης δεν θα πρέπει να διαρκούν πάνω από 30-40 λεπτά.

Διάρκεια μεμονωμένων υποπρογραμμάτων: Η διάρκεια εξαρτάται από τις δυσκολίες, οι οποίες προκαλούνται από την σχιζοφρένεια, από το πόσο χρόνιες είναι αυτές και από το κίνητρο των μελών της ομάδας. Στα πρώτα 3 υποπρογράμματα εφαρμόζονται πάντα 2 υποπρογράμματα κατά την διάρκεια μιας συνεδρίας, ενώ διανέμεται ο χρόνος ανάλογα με τις ασκήσεις. Τα δύο τελευταία υποπρογράμματα πρέπει να εφαρμοστούν ξεχωριστά. Η συνολική θεραπεία μπορεί να διαρκέσει 1-2 χρόνια.

Προετοιμασία των θεραπευτών πριν και μετά την συνεδρία

Παιχνίδια ρόλου για αυτογνωσία

Θεραπευτές: Η ομάδα θεραπευτών συνιστάται να παραμείνει σταθερή στην σύνθεσή της. Για κάθε συνεδρία είναι υπεύθυνος ο/η κύριος/κύρια θεραπευτής/τρια και ο άλλος παίρνει τον ρόλο του συνθεραπευτή. Οι θεραπευτές μπορούν να ανταλλάξουν ρόλους, αλλά θα πρέπει να ανακοινώνεται στους ασθενείς. Στα τελευταία δύο υποπρογράμματα απαιτούνται δύο συνθεραπευτές λόγω των παιχνιδιών ρόλου.

Η μετεκπαίδευση στην Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι απαραίτητη. Η μετεκπαίδευση στην ομαδική θεραπεία θεωρείται επιθυμητή.

Στα πρώτα υποπρογράμματα (γνωστική διαφοροποίηση, κοινωνική αντίληψη και λεκτική επικοινωνία) οι γνώσεις των θεραπευτών για την δομημένη μέθοδο του προγράμματος είναι στο επίκεντρο, ενώ οι γνώσεις για τις ομαδικές διαδικασίες έχουν λιγότερη σημασία. Στα μετέπειτα υποπρογράμματα (λεκτική επικοινωνία εν' μέρει, κοινωνικές δεξιότητες και διαπροσωπική επίλυση προβλημάτων αντιστρέφονται τα πράγματα και μειώνεται ο κατευθυντικός ρόλος του θεραπευτή

Κύριοι θεραπευτές: Οι κύριοι θεραπευτές έχουν σαν στόχο την δόμηση της θεραπευτικής συνεδρίας. Υποστηρίζουν, δίνουν θάρρος στα μέλη, μεταδίδουν την ατμόσφαιρα πετυχημένης δουλειάς και αυξάνουν το κίνητρο για συνέχιση των προσπαθειών στους ασθενείς. Η συζήτηση θα πρέπει να γίνεται με κατευθυντικό τρόπο και όχι αυταρχικά.

Συνθεραπευτές: Οι συνθεραπευτές έχουν τον ίδιο ρόλο στην ομάδα με τους ασθενείς. Θα πρέπει να αποφεύγουν να εκφράσουν την γνώμη τους.

-Σε δύσκολες καταστάσεις μπορούν να παρέμβουν ή να πάρουν τον ρόλο του κύριου θεραπευτή και εφόσον έχουν την έγκρισή του.

-Έχουν τον ρόλο του επόπτη. Οι συνθεραπευτές έχουν την δυνατότητα να παρακολουθούν τις διαδικασίες μέσα στην ομάδα.

-Έχουν το ρόλο του μοντέλου για τα άλλα μέλη. Μπορούν να αναλάβουν να παρουσιάσουν μία δύσκολη άσκηση.

-Θα πρέπει να επηρεάζουν την δυναμική της ομάδας και τις διαδικασίες σε αυτή. Μπορούν για παράδειγμα να δείξουν αλληλεγγύη σε αδύναμους ασθενείς.

Βοηθητικό υλικό: Είναι απαραίτητο για διάφορες ασκήσεις. Πίνακας, χαρτί, μαρκαδόροι κτλ μπορούν να ενισχύσουν την προσοχή και την λεκτική επικοινωνία.

Υλικό για την θεραπεία: Βρίσκεται στο παράρτημα (Ευθυμίου και συν.)

3.2 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ

Στόχος του προγράμματος αυτού είναι η βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών με την εφαρμογή διαφόρων ασκήσεων. Οι ασκήσεις χωρίζονται σε τρία επίπεδα. Βασικός στόχος και των τριών επιπέδων είναι η επεξεργασία των απαντήσεων των ασθενών και η αιτιολογία αυτών. Θα πρέπει να βρεθούν απαντήσεις, οι οποίες είναι αποδεκτές από όλα τα μέλη της ομάδας. Αν δεν υπάρχει ομοφωνία, τότε προσπαθούν οι ασθενείς να κατανοήσουν τις αιτιολογίες, με τις οποίες δεν συμφωνούν χωρίς όμως να τις οικειοποιηθούν (Ευθυμίου και συν.).

Οι σχιζοφρενείς δυσκολεύονται σε αυτό το υποπρόγραμμα να επεξεργαστούν έννοιες και κυρίως αφηρημένες έννοιες, να διακρίνουν ανάμεσα στα σημαντικά και ασήμαντα στοιχεία ενός προβλήματος, να κατηγοριοποιήσουν χαρακτηριστικά σε κλάσεις και κατηγορίες και να επεξεργαστούν στρατηγικές αναζήτησης πληροφοριών (ευθυμίου και συν.)

Παρακάτω θα παρουσιαστούν τα τρία επίπεδα:

Επίπεδο 1 : Ασκήσεις με κάρτες: Οι ασθενείς παίρνουν ένα αριθμό καρτών, οι οποίες διαφέρουν μεταξύ τους σε σχέση με διαφορετικά χαρακτηριστικά, όπως αριθμοί, χρώματα. Τα μέλη καλούνται για παράδειγμα να βρουν όλες τις κόκκινες κάρτες με ένα διψήφιο αριθμό.

Επίπεδο 2: Προφορικά συστήματα εννοιών: Υπάρχουν ασκήσεις με ιεραρχίες εννοιών, με συνώνυμα, με αντίθετα, με ορισμούς λέξεων, με κάρτες λέξεων και με ορισμούς με διαφορετική ερμηνεία ανάλογα με τα συμφραζόμενα (Ευθυμίου και συν.)

Επίπεδο 3: Στρατηγικές αναζήτησης: ένας ασθενής και ο συνθεραπευτής επιλέγουν ένα αντικείμενο από το χώρο, στο οποίο γίνεται η συνεδρία και το σημειώνουν σε ένα φύλλο χαρτί. Η υπόλοιπη ομάδα κάνει στοχοκατευθυνόμενες ερωτήσεις, με σκοπό να βρει το

αντικείμενο. Με το πέρασμα της θεραπείας επεκτείνεται το πεδίο αναζήτησης (π.χ. τμήμα, κλινική, πόλη) (Ευθυμίου και συν.)

3. 3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ

Η βάση για αυτό το υποπρόγραμμα είναι μία σειρά από διαφάνειες. Στις πρώτες συνεδρίες προτιμούνται απλές διαφάνειες, οι οποίες δεν επιβαρύνουν συναισθηματικά τους σχιζοφρενείς. Βασικός στόχος είναι η βελτιωμένη επίδοση στην προσοχή και ερμηνεία των κοινωνικών καταστάσεων. Αναλυτικότερα προσπαθεί κανείς μέσω ενός τέτοιου υποπρογράμματος να βελτιώσει την οπτική αντίληψη των κοινωνικών καταστάσεων και έτσι μειώνονται οι διαταραχές οπτικής προσοχής (Ευθυμίου και συν.)

Κάθε διαφάνεια επεξεργάζεται σε τρία επίπεδα:

1. Συλλογή πληροφοριών
2. Ερμηνεία και συζήτηση
3. Εύρεση τίτλου (Ευθυμίου και συν.)

3. 4 ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Το υποπρόγραμμα αυτό έχει σαν βασικό του στόχο την εξάσκηση τριών βασικών δεξιοτήτων επικοινωνίας (Ευθυμίου και συν.):

Ακούω: Δίνεται προσοχή στις τοποθετήσεις των συνομιλητών

Κατανοώ: Το περιεχόμενο των τοποθετήσεων πρέπει να γίνει κατανοητό

Παίρνω θέση: Ο καθένας μπορεί να εκφέρει γνώμη στις τοποθετήσεις των συνομιλητών

Αυτές οι τρεις βασικές δεξιότητες εξασκούνται σε 5 επίπεδα:

1. Κατά λέξη απόδοση δοσμένων προτάσεων
2. Απόδοση του κεντρικού νοήματος των προτάσεων, οι οποίες διατυπώνονται από τους ασθενείς
3. Π-ερωτήσεις, οι οποίες διατυπώνονται από τους ασθενείς και δίνονται και απαντήσεις
4. Η ομάδα θέτει ερωτήματα για ένα θέμα
5. Ελεύθερη επικοινωνία (Ευθυμίου και συν.)

3. 5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

Στόχος αυτού του υποπρογράμματος είναι η βελτίωση των ελλειμματικών κοινωνικών δεξιοτήτων. Το περιεχόμενο της θεραπείας αποτελούν διάφορες κοινωνικές καταστάσεις, όπως η ζωή στο τμήμα, εύρεση κατοικίας και εργασίας, συμπεριφορά σε διάφορες υπηρεσίες και επαφές κατά τον ελεύθερο χρόνο. Η βελτίωση της διεκδικητικής συμπεριφοράς αποτελεί ένα πολύ βασικό στόχο (Ευθυμίου και συν.).

Κάθε κατάσταση επεξεργάζεται σε τρία επίπεδα (Ευθυμίου και συν.):

1. Γνωστική επεξεργασία

- Ορισμός της κατάστασης
- Ορισμός στόχου
- επεξεργασία ενός διαλόγου
- Εύρεση μιας επικεφαλίδας
- Αναμενόμενες δυσκολίες
- Μοίρασμα των ρόλων παρατήρησης
- Αξιολόγηση της δυσκολίας

2. Εφαρμογή

- Παιχνίδια ρόλων
- Ανατροφοδότηση

3. 6 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Το υποπρόγραμμα αυτό έχει πολλές απαιτήσεις από τους σχιζοφρενείς και μπορεί να αξιοποιηθεί ώστε να γίνει για παράδειγμα η μεταφορά στον ξενώνα. Εδώ μπορούν να εφαρμοστούν και άλλες τεχνικές όπως το παιχνίδι ρόλου (Ευθυμίου και συν.).

Το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει 7 θεραπευτικά βήματα (Ευθυμίου και συν.):

- Αναγνώριση και ανάλυση του προβλήματος
- Γνωστική επεξεργασία του προβλήματος
- Εύρεση εναλλακτικών λύσεων
- Συζήτηση των εναλλακτικών λύσεων
- Επιλογή μιας εναλλακτικής λύσης
- Εφαρμογή στην πράξη
- ανατροφοδότηση για επιτυχία ή αποτυχία στην επόμενη συνεδρία

Βασικός στόχος της διαπροσωπικής επίλυσης προβλημάτων είναι η επεξεργασία ρεαλιστικών οπτικών γωνιών των προβλημάτων και λύσεων, οι οποίες είναι εφικτές. Παράλληλα όμως μπορεί κανείς να μιλήσει και για έμμεσους στόχους, όπως η βελτίωση της αντίληψης του προβλήματος, η επεξεργασία μιας ρεαλιστικής αντίληψης των προβλημάτων, η ενίσχυση ενός τρόπου σκέψης, ο οποίος προσανατολίζεται στην λύση ή ενός τρόπου σκέψης με προσδοκίες (Ευθυμίου και συν.).

4. ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΟΜΑΔΑΣ

Οι θεραπευτές έχουν να αντιμετωπίσουν κυρίως δύο δυσκολίες σε ομάδες με σχιζοφρενείς και κυρίως στα υποπρογράμματα «κοινωνικές δεξιότητες» και «διαπροσωπική επίλυση προβλημάτων»:

(1). Η μεγάλη αντίσταση των μελών της ομάδας να συμμετέχουν στην ομάδα (π. χ. εφαρμογή ενός παιχνιδιού ρόλου, ορίζω ένα πρόβλημα).

(2). Ιδανική διευθέτηση του επιπέδου άγχους, κινήτρου και ενεργοποίησης της ομάδας. Οι παρακάτω ψυχοθεραπευτικές τεχνικές παρουσιάζουν μία δυνατότητα, ώστε να αντιμετωπιστούν οι παραπάνω δυσκολίες.

Κοινωνικότητα (joining).

Συμμετοχή (sharing).

Βοηθητικό εγώ.

Μίμηση προτύπου.

Ανταλλαγή ρόλων.

Διπλή αμφιθυμία.

Αναδόμηση και θετική σημασία.

Δομή.

Οι παρακάτω μέθοδοι μπορούν να επιλεγούν για να αυξηθεί η δόμηση της ομάδας:

- ένα επικοινωνιακό στυλ, το οποίο καθοδηγείται από τον αρχηγό
- κατευθυντική πορεία της συζήτησης
- Τα μέλη αποκαλούνται με τα ονόματά τους
- Αποφεύγονται οι μεγάλες παύσεις σιωπής

- προσανατολισμός στο θέμα και στην άσκηση
- καθιέρωση κανόνων και μίας νόρμας για την ομάδα
- ανατροφοδότηση όλων των παρεμβάσεων των ασθενών
- περιλήψεις
- αντικειμενικά θέματα
- αποφυγή ερμηνείας
- υπολογισμός της πορείας της ομάδας

Τρεις φάσεις μιας ομάδας: Κάθε συνεδρία χωρίζεται σε τρεις φάσεις:

1. φάση αναθέρμανσης
2. φάση επεξεργασίας θεμάτων
3. τελική φάση

Στην πρώτη φάση θα πρέπει να εξασφαλιστεί μία ατμόσφαιρα στην ομάδα, η οποία είναι χαλαρή, ζεστή και απελευθερωμένη από άγχος και η οποία επιτρέπει στα μεμονωμένα μέλη να δουλεύουν προσανατολισμένα στις ασκήσεις και στα θέματα (σύγκρινε πιο πάνω την συμμετοχή-joining). Στην δεύτερη φάση αναλύονται τα θέματα προβλήματα, τα οποία αποτελούν και το περιεχόμενο της θεραπείας. Στην τελευταία φάση θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα θετικό συναίσθημα στην ομάδα. Οι υπάρχουσες επιβαρύνσεις, απορίες ή υπερεντάσεις θα πρέπει να αντιμετωπιστούν κατάλληλα από τον θεραπευτή.

Για αναλυτικότερες περιγραφές ή περαιτέρω ερεθίσματα γίνεται παραπομπή στην βιβλιογραφία (Roder et al. 2002, Yalom, 1989, Kadis και συν. 1982, Kutter, 1985, Haley, 1985, Leutz, 1974).

5. ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ

Η Απαρτιωτική Ψυχολογική Θεραπεία (IPT) έχει φανεί ότι είναι αποτελεσματική. Οι μετεξελίξεις της βασίζονται σε έρευνες που έχουν γίνει για την αποτελεσματικότητά της και στην προσπάθεια να καλυφθούν κενά και μη βελτιώσεις από τη θεραπεία.

Οι Brenner & Pfammatter (2000) παρατηρούν ότι η αποτελεσματικότητα της IPT στις ατομικές γνωστικές δυσλειτουργίες έχει αποδειχθεί εμπειρικά σε έναν αριθμό ελεγχόμενων ερευνών (Kingdon & Turkington, 1991). Επίσης, μία καλύτερευση στην ψυχοπαθολογία έχει αποδοθεί καθαρά σε αυτού του είδους την προσέγγιση. Όμως, τα αποτελέσματα στις κοινωνικές δεξιότητες είναι λιγότερο συνεπή και η μεταφορά τους στο γενικό κοινωνικό επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή φαίνεται ανεπαρκής (Brenner & Pfammatter, 2000).

Το 2001 διεξήχθη μία έρευνα με σκοπό την εξέταση της αποτελεσματικότητας της μετεξέλιξης της ΑΠΘ. Οι ασθενείς επιλέχθηκαν από οκτώ ψυχιατρικά ιδρύματα, πέντε στην Ελβετία, δύο στη Γερμανία και ένα στην Αυστρία, που όλα παρείχαν παρόμοια συνηθισμένη φροντίδα στους τομείς της φαρμακοθεραπείας, της κοινωνικής και εργασιακής θεραπείας. Οι συμμετέχοντες ξεκίνησαν τη θεραπεία ως εσωτερικοί ασθενείς και συνέχισαν μετά την έξοδό τους ως μέλη της κοινότητας και τοποθετήθηκαν σε ένα από τα τρία προγράμματα (εργασία, στέγαση, ελεύθερος χρόνος) σύμφωνα με τις προτιμήσεις και τις ανάγκες τους.

Κατά την αξιολόγηση των τριών μηνών παρατηρήθηκαν μέτρια μεγέθη αποτελεσματικότητας για τα τρία προγράμματα: πρόγραμμα ελεύθερου χρόνου, 0,35· εργασία, 0,40 · στέγαση, 0,51. Όλοι οι συμμετέχοντες συνέχισαν να βελτιώνονται στη φάση μετά τη φροντίδα. Τα μεγέθη της αποτελεσματικότητας στους έξι μήνες ήταν 0,48, 0,47 και 0,60 για το πρόγραμμα του ελεύθερου χρόνου, εργασίας και στέγασης αντίστοιχα, ενώ μετά από ένα χρόνο, κατά τον επανέλεγχο, παρατηρήθηκε περαιτέρω αύξηση των μεγεθών αποτελεσματικότητας (0,58, 0,66 και 0,73 αντίστοιχα) (Roder, Zorn, Muller & Brenner, 2001).

Ο Roder και οι συνεργάτες του το 2002 διεξήγαγαν μία έρευνα με τον ίδιο ακριβώς σκοπό, τη μέτρηση, δηλαδή, της αποτελεσματικότητας της μετεξέλιξης του μοντέλου της IPT. Στόχος αυτής της έρευνας ήταν η μέτρηση της αποτελεσματικότητας των τριών προγραμμάτων εκπαίδευσης σε γνωσιακές κοινωνικές δεξιότητες με στόχο την εργασιακή και στεγαστική λειτουργικότητα και λειτουργικότητα στον ελεύθερο χρόνο (πειραματικές ομάδες) σε σύγκριση με ένα πρόγραμμα παραδοσιακής εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες (ομάδα ελέγχου). Η μέτρηση της αποτελεσματικότητας αφορούσε τις γνωστικές και κοινωνικές ικανότητες, την ψυχοπαθολογία και τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Θετικότερα γενικά θεραπευτικά αποτελέσματα παρατηρήθηκαν σχεδόν σε όλες τις εξαρτημένες μεταβλητές των πειραματικών ομάδων. Αναλύσεις διασποράς και συνδιασποράς έδειξαν μεγαλύτερη μείωση των συμπτωμάτων στις πειραματικές ομάδες αλλά και σημαντικά υψηλότερες βελτιώσεις σε μερικές γνωστικές μεταβλητές στην ομάδα ελέγχου. Συναφειακές αναλύσεις έδειξαν σχέσεις μεταξύ της βελτίωσης στην κοινωνική συμπεριφορά και στις γνωστικές δεξιότητες. Οι βελτιώσεις στην κοινωνική λειτουργικότητα συνεχίστηκαν να αυξάνονται κατά τον επανέλεγχο σε όλες τις πειραματικές ομάδες. Σχετικά με την κοινωνική λειτουργικότητα μεγαλύτερα αποτελέσματα φάνηκαν στις μεταβλητές που αξιολογήθηκαν από τους ειδικούς παρά από τις αυτοαναφορές των ασθενών.

Οι ασθενείς που συμμετείχαν στις πειραματικές ομάδες παρουσίασαν σημαντική μείωση τόσο στα αρνητικά όσο και στα θετικά συμπτώματα. Θεωρήθηκε ότι αυτά τα θετικά αποτελέσματα μπορούν να αποδοθούν στον άμεσο και εστιασμένο τρόπο αντιμετώπισης έργων προσανατολισμένων στο στόχο, που είναι πολύ σχετικές με την καθημερινή ζωή. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς στις πειραματικές ομάδες παρουσίασαν λιγότερες υποτροπές.

Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι η εστίαση σε συγκεκριμένες κοινωνικές δεξιότητες σε καθορισμένες περιοχές, όπως εργασία, στέγαση και ψυχαγωγία, μπορεί να οδηγήσει σε πιο γρήγορες βελτιώσεις στις κοινωνικές, γνωστικές και ψυχοπαθολογικές παραμέτρους, συγκριτικά με την εκπαίδευση σε γενικές κοινωνικές δεξιότητες. Γενικότερα, η ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης σε γνωσιακές κοινωνικές δεξιότητες μπορεί να προάγει τις ικανότητες των ασθενών με σχιζοφρένεια για την ενσωμάτωσή τους στην κοινότητα (Roder et al., 2002).

Στη μεταανάλυση του Turkington και των συνεργατών του (2004) φάνηκε ότι οι ασθενείς που συμμετείχαν στην IPT, παρά το ότι βελτιώνονται σε συγκεκριμένες ασκήσεις-στόχους για τη μείωση των ελλειμμάτων τους στους τομείς της προσοχής, της αντίληψης και τους γνωστικούς δεν έχει αποδειχθεί ότι γενικεύουν αυτές τις βελτιώσεις στην καθημερινή τους ζωή. Δύο πρόσφατες ανασκοπήσεις δε βρήκαν καμία απόδειξη που να προτείνει ότι η γνωστική αποκατάσταση βελτίωσε τα αποτελέσματα στη γνωστική λειτουργικότητα των ανθρώπων με σχιζοφρένεια. Ενώ μπορεί να παρατηρούνται βελτιώσεις σε μερικά συγκεκριμένα έργα, υπάρχει απουσία μίας γενικότερης βελτίωσης καθώς και της γενίκευσης έξω από το θεραπευτικό πλαίσιο. Οι συγγραφείς, ωστόσο, καταλήγουν στο ότι, αν και η γνωστική αποκατάσταση φαίνεται ακατάλληλη από μόνη της, μπορεί να εφαρμοστεί μαζί με τη ΓΣΘ για καλύτερα αποτελέσματα. Για παράδειγμα, η βελτίωση της προσοχής ως αποτέλεσμα της IPT μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη ποιότητα της εργασίας για το σπίτι (π.χ. όταν διερευνώνται αποδείξεις υπέρ ή κατά των παραληρητικών ιδεών).

Πέρα από αυτούς τους περιορισμούς και την κριτική που έχει δεχθεί η IPT φαίνεται ότι η αποτελεσματικότητά της είναι ικανοποιητική, όπως έδειξε και μία πολύ πρόσφατη μεταανάλυση (Muller, Roder & Brenner, 2005). Τα τελευταία 25 χρόνια, ερευνητικές ομάδες στην Ελβετία, τις Η.Π.Α., τον Καναδά, την Ιαπωνία, τη Γερμανία, την Ολλανδία, την Ιταλία, την Ισπανία και τη Νορβηγία έχουν διεξάγει τριάντα ανεξάρτητες έρευνες

αποτελεσματικότητας για την IPT χρησιμοποιώντας δείγματα ασθενών που συνολικά φτάνουν τα 1393 άτομα. Σε αυτή τη μετααναλυτική ανασκόπηση όλων των ερευνών που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα παρατηρούνται θετικά μεγέθη αποτελεσματικότητας για την IPT σε σύγκριση με ομάδες ελέγχου (placebo καταστάσεις, συνηθισμένη φροντίδα). Επιπλέον, η ανωτερότητα της IPT σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου συνεχίζει να αυξάνεται, όπως φαίνεται και από τους επανελέγχους (μέσος όρος 8,1 μήνες). Τα αποτελέσματα της IPT είναι θετικά σε διάφορες λειτουργικές περιοχές (νευρογνωστικός τομέας, κοινωνική συμπεριφορά, ψυχοπαθολογία) και με διαφορετικούς τρόπους εκτίμησης (βαθμολογίες από ειδικούς, αυτοαναφορές, ψυχολογικά τεστ). Μία ανάλυση των διαφορετικών καταστάσεων και των υπο-δειγμάτων, συγχωνεύοντας εσωτερικούς, εξωτερικούς και άλλους ασθενείς σε διάφορες φάσεις αποκατάστασης, αποκαλύπτει ανάλογα ικανοποιητικά αποτελέσματα. Με λίγα λόγια η μεταανάλυση αυτή παρέχει απόδειξη ότι η IPT είναι μία «εμπειρικά τεκμηριωμένη θεραπεία» σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA). Η έρευνα για την IPT χρειάζεται να συνεχιστεί για να διευκρινιστεί η επίδραση νευρογνωστικών και κοινωνικογνωστικών παραγόντων στη λειτουργικότητα του ασθενή στην κοινότητα .

6. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ

Θα πραγματοποιηθούν παιχνίδια ρόλου κατά την διάρκεια του εργαστηρίου.

7. ΣΧΟΛΙΑ-ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

8. ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ο Κ. Ευθυμίου και η Στ. Ρακιτζή θα ήθελαν να ευχαριστήσουν θερμά όλους όσοι συμμετείχαν σε αυτή την προσπάθεια για την προώθηση και την εφαρμογή του IPT στην Ελλάδα.

Dr. Volker Roder Πανεπιστήμιο Βέρνης
κ. Καλαντζή καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
ΔΣ του ΙΕΘΣ
Δέσποινα Καποδίστρια
Αλεξάνδρα Κερασιώτη
Στέφανο Μαλτέζο
Αναστασία Σοφianoπούλου
Μαίρη Ευαγγέλου
Janssen

Το συλλογικό πνεύμα και η επιθυμία όλων μας να συμβάλλουμε στην αποασυλοποίηση των Σχιζοφρενών οδήγησε στο αποτέλεσμα αυτό.

Κ. Ευθυμίου & Στ. Ρακιτζή

9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bellack, A. S., & Muesser, K. T. (1993). Psychosocial treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 317-337.
- Brenner, H. D. (1986). Zur Bedeutung von Basisstörungen fuer die Behandlung und rehabilitation. In W. Boeker & H. D. Brenner (Hrsg), *Bewaeltigung der Schizophrenie*. Huber: Bern.
- Brenner, H. D., Hodel, B., Roder, V. & Corrigan, P. (1992). Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 21-26.
- Ευθυμίου, Κ., Ρακιτζή, Σ., Σοφianoπούλου, Α., Κερασιώτη, Α., Καποδίστρια, Δ. & Μαλέζος, Σ. (2006, υπό έκδοση). Το απαρτιωτικό ομαδικό ψυχολογικό θεραπευτικό πρόγραμμα για σχιζοφρενείς.
- George, L. & Neufeld, R. W. J. (1985). Cognition and symptomatology in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 11(2), 264-285.
- Hemsley, D. R. (1977). What have cognitive deficits to do with schizophrenic symptoms? *British Journal of Psychiatry*, 130, 167-173.
- Hodel, B. & Brenner, H. D. (1994). Cognitive Therapy with schizophrenic patients: conceptual basis, present state, future directions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 108-115.
- Kienzle, N. & Althoff, A. (1999). Verhaltenstherapeutische Methoden in der Behandlung schizophrener Jugendlicher. *Zeitschrift fuer Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27(3), 189-197.
- Liberman, R. P. (1982). Assessment of social skills. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 294-302.
- Neale, J. M., Oltmanns, T. F. & Harvey, P. D. (1985). The need to relate cognitive deficits to specific behavioural referents of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 286-290.
- Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E., Vetura, J., Gitlin, M., Subotnik, K. L., Snyder, K. S., Mintz, J. & Bartzokis, G. (1994). The vulnerability stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 58-64
- Roder, V., Zorn, P., Keppeler, U. & Brenner, H. D. (1996). Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT) fuer schizophrene Erkrankte. *Psychotherapeut*, 41, 181-189.
- Roder, V., Brenner, H. D. & Kienzle, N. (2002). *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophrene Erkrankten (IPT)*. Beltz: PVU.
- Wallace, Ch. J. (1982). The social skills training project of the mental health clinical research center for the study of schizophrenia. In J. P. Curran & P. M. Monti (Hrsg.), *Social skills training*. New York: Guilford press.
- Zubin, J. & Sprung, B. J. (1977). Vulnerability- a new view of schizophrenia. *Abnorm. Psychology*, 86, 103-126