

Ερευνητική εργασία Research article

Ομαδική ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση σε συγγενείς ασθενών με σχιζοφρένεια

Α. Πάλλη,¹ Α. Καλαντζή-Αζίζι,² Δ.Ν. Πλουμπίδης,³
Κ. Κοντοάγγελος,^{1,3} Μ. Οικονόμου^{1,3}

¹Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, ²Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τομέας Ψυχολογίας, Αθήνα, ³Α' Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2015, 26:243–254

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην αξιολόγηση μιας ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης σε ομάδες συγγενών των οποίων οι ασθενείς πάσχουν από σχιζοφρένεια ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Διερευνάται αφενός η επίδρασή της στην οικογένεια και αφετέρου η επίδρασή της στην πορεία της ίδιας της νόσου του ασθενούς. Στη μελέτη συμμετείχαν 131 συγγενείς. Οι 83 αποτέλεσαν την ομάδα παρέμβασης και οι 48 την ομάδα ελέγχου. Η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση περιελάμβανε εκπαίδευση των συγγενών γύρω από τη νόσο, εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας, εκπαίδευση σε τεχνικές επίλυσης προβλήματος, συνδυάζοντας εκπαιδευτικές και ψυχοθεραπευτικές τεχνικές. Κάθε συγγενής της ομάδας παρέμβασης συμμετείχε σε μία από τις πέντε ομάδες συγγενών που πραγματοποιήθηκαν. Η καθεμία ομάδα ολοκληρώθηκε σε 18 συνεδρίες. Οι ασθενείς τους, καθώς και οι συγγενείς και οι ασθενείς της ομάδας ελέγχου δεν έλαβαν καμία ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση και συνέχισαν κατά το ερευνητικό διάστημα τη θεραπεία ρουτίνας. Πραγματοποιήθηκαν τρεις μετρήσεις, σε διάστημα ενός έτους. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν μεταξύ άλλων η Κλίμακα Οικογενειακής Επιβάρυνσης, η Κλίμακα Οικογενειακών Συνηθειών, το Ερωτηματολόγιο Γενικής υγείας (GHQ-28), η Κλίμακα για την κατάθλιψη (CES-D), το Ερωτηματολόγιο Καταγραφής των Στάσεων (OMI), δύο κλίμακες αξιολόγησης των γνώσεων γύρω από την ασθένεια και ερωτηματολόγια προσδοκιών και ανατροφοδότησης από την ομάδα. Επίσης συλλέχθηκαν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών και συγγενών και στοιχεία γύρω από την πορεία της ασθένειας. Διερευνήθηκε ο αριθμός των νοσηλείων των ασθενών (n=91) κατά τη διάρκεια του ερευνητικού χρόνου και διαπιστώθηκε ότι υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδας και μέτρησης. Βρέθηκε ότι ενώ οι νοσηλείες που είχαν οι ασθενείς των δύο ερευνητικών ομάδων το έτος πριν τη μελέτη δεν διέφεραν σημαντικά ($\chi^2=0,54$, $p=0,46$), διέφεραν όμως έναν χρόνο μετά την παρέμβαση, όπου οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης είχαν στατιστικά σημαντικά λιγότερες νοσηλείες έναντι

των ασθενών της ομάδας ελέγχου. ($\chi^2=4,58$, $p=0,032$). Ως προς τη «συμμόρφωση» στη φαρμακευτική αγωγή πραγματοποιήθηκαν δύο στατιστικοί έλεγχοι, λαμβάνοντας υπόψη ότι ασθενείς που ξεκινούν με πολύ καλή συμμόρφωση δεν μπορούν να βελτιωθούν, ενώ όσοι ξεκινούν με κακή συμμόρφωση δεν μπορούν να χειροτερέψουν. Στον πρώτο έλεγχο, ο οποίος αφορούσε σε ασθενείς με περιθώριο βελτίωσης ή επιδείνωσης της «συμμόρφωσης», καταγράφηκε βελτίωση σε 12 ασθενείς της ομάδας παρέμβασης. Το εύρημα είναι στατιστικά σημαντικό ($p=0,0005$). Ο δεύτερος στατιστικός έλεγχος περιελάμβανε όλους τους ασθενείς οι οποίοι έδιναν σαν αρχική απάντηση, ως προς τη «συμμόρφωση» όποια τιμή κατώτερη της «πολύ καλής». Στην ομάδα παρέμβασης επρόκειτο για 32 ασθενείς, για 14 από τους οποίους υπήρξε βελτίωση της συμμόρφωσης κατά το ερευνητικό έτος. Η διαχρονική αυτή μεταβολή είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,0014$). Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι η συμμετοχή των συγγενών σε ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες οδηγεί σε στατιστικά σημαντική βελτίωση της πορείας των ασθενών με χαρακτηριστικά ευρήματα τη μείωση των νοσηλειών και τη βελτίωση της «συμμόρφωσης» στη φαρμακευτική αγωγή. Ταυτόχρονα έχει σημαντική θετική επίδραση στην ψυχική υγεία των ίδιων των συγγενών. Η μελέτη δείχνει ότι η ψυχοεκπαίδευση των συγγενών αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο στη βελτίωση της πορείας του ασθενούς και στην ενδυνάμωση της οικογένειας που τον φροντίζει. Η εφαρμογή της στον ελληνικό χώρο αποτελεί μια αναγκαιότητα και η διάδοσή της μια συνεχή πρόκληση.

Λέξεις κλειδιά: Ψυχοεκπαίδευση, ομαδικές παρεμβάσεις, σχιζοφρένεια, συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας, συγγενείς.

Εισαγωγή

Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή, της οποίας η ακριβής αιτιολογία παραμένει ως σήμερα άγνωστη και η έκβαση μπορεί να αφορά σε ένα μόνο επεισόδιο με πλήρη ύφεση έως πολλαπλά επεισόδια που συνοδεύονται από μόνιμες βλάβες.¹ Ορισμένοι παράγοντες όπως τα στρεσογόνα γεγονότα, κάποιες καταστάσεις στο περιβάλλον του ασθενούς, οι αλλαγές στη φαρμακευτική θεραπεία, η χρήση ουσιών και ορισμένες σωματικές ασθένειες, συμβάλλουν στην πρόκληση των υποτροπών.² Τις εβδομάδες ακριβώς πριν από μια υποτροπή διαπιστώνεται αξιοσημείωτη αύξηση της συχνότητας συγκεκριμένων γεγονότων ζωής,³ ενώ φαίνεται ότι όλοι σχεδόν οι ασθενείς μπορούν να προσδιορίσουν ένα τουλάχιστον συγκεκριμένο εκλυτικό γεγονός που προηγείται της υποτροπής.⁴ Το οικογενειακό περιβάλλον συσχετίζεται με τις υποτροπές μέσω του «εκφραζόμενου συναισθήματος», το οποίο αποτελεί προγνωστικό δείκτη αυτών.^{5,6} Ταυτόχρονα το εκφραζόμενο συναίσθημα βρίσκεται να αλληλεπιδρά με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων οδηγώντας σε βαρύτερη συμπτωματολογία των ασθενών που ζουν σε οικογένειες με αρ-

νητική στάση και επικοινωνία απέναντί τους.⁷ Έτσι η συναισθηματική έκφραση και επικοινωνία των μελών της οικογένειας μπορεί να πυροδοτεί υποτροπές ή να συμβάλει στη σταθεροποίηση της πορείας του ασθενούς προς την ανάρρωση.⁸

Με τη σύγχρονη φαρμακευτική αγωγή μπορούν να ελεγχθούν τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και σε ορισμένες περιπτώσεις και τα αρνητικά ενώ προστατεύεται ο ασθενής από τις υποτροπές και τα γνωσιακά ελλείμματα που του προκαλούν.^{9,10} Έτσι, τα ποσοστά υποτροπών στη σχιζοφρένεια κυμαίνονται μέσα στα δύο χρόνια στο 40% των ασθενών με φαρμακευτική αγωγή και στο 80% χωρίς.¹¹ Όμως, ακόμα και με τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή, το 30% περίπου των ασθενών, συνεχίζουν να έχουν επίμονα συμπτώματα.¹² Από την άλλη πλευρά, η «συμμόρφωση» στη φαρμακευτική αγωγή είναι φτωχή με το 50% των ασθενών με ψυχική διαταραχή να διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή τους σε λιγότερο από 12 μήνες και με όλους σχεδόν να τη διακόπτουν στα 2 χρόνια.¹³ Τα αίτια της διακοπής είναι σύνθετα και σχετίζονται με πολλούς παράγοντες που αφορούν σε χαρακτηριστικά της ασθένειας, της θεραπείας, του ψυχιάτρου, του ασθενούς, του στενού περιβάλλοντός του και του κοινωνικού περιγύρου.¹⁴ Οι ασθενείς που

διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν κάποια υποτροπή και να νοσηλευθούν.⁹ Στην προσπάθεια να αντιμετωπίσουν τη «μη-συμμόρφωση» ορισμένοι ερευνητές έχουν δείξει ότι οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς και οικογένειες μπορούν να βελτιώσουν τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής.^{15,16}

Ψυχοεκπαίδευση οικογενειών

Πρόκειται για μια εμπειρικά τεκμηριωμένη, δομημένη μορφή παρέμβασης κατά την οποία δίνονται στους ασθενείς και/ή στις οικογένειές τους στοχευμένες πληροφορίες σχετικά με τη σχιζοφρένεια, εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας και στην αντιμετώπιση του στρες και υποστήριξη.^{17,18}

Στόχος είναι να κατανοήσουν τα μέλη των οικογενειών βασικά θέματα γύρω από την ασθένεια, να την αποδεχθούν και να υποστηριχθούν στην αντιμετώπισή της μέσα από μακροχρόνια θεραπεία και τροποποίηση της συμπεριφοράς τους.¹⁹

Σε πληθώρα μελετών και επισκοπήσεων τα ευρήματα αποδεικνύονται ισχυρά και δείχνουν τη θετική και πολυδιάστατη επίδραση της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης στην πορεία της ίδιας της ασθένειας αλλά και στην καθημερινή, κοινωνική, οικονομική, και συναισθηματική ζωή της οικογένειας.²⁰ Διαπιστώνεται ότι οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις μπορούν να μειώσουν τις νοσηλείες, να ενισχύσουν τη «συμμόρφωση» στη φαρμακευτική θεραπεία, να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών, να βελτιώσουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας και κάποιες φορές να μειώσουν την επιβάρυνση της οικογένειας, να προδιαθέσουν πιο θετικά τις οικογένειες απέναντι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να αυξήσουν τα ποσοστά αναζήτησης υποστήριξης από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματά τους είναι σταθερά και διατηρούνται τουλάχιστον δύο χρόνια μετά την εφαρμογή τους, με τις πιο μακροχρόνιες παρεμβάσεις, άνω των 3 μηνών, να αποδεικνύονται πιο αποτελεσματικές.²¹⁻³⁰

Σύγχρονες εφαρμογές των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων τόσο σε πραγματικές συνθήκες όσο και σε ερευνητικά περιβάλλοντα καταλήγουν στα ίδια σημαντικά αποτελέσματα.³¹

Για τους λόγους αυτούς πολλοί ερευνητές και επιστημονικές ομάδες όπως οι NICE³² και PORT³³ αλλά και η APA³⁴ και DGPPN³⁵ συστήνουν την ψυχοεκπαίδευση ως μια καλή πρακτική που πρέπει να προσφέρεται σε όλους τους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Σχετική ανασκόπηση γύρω από τη θέσπιση κριτηρίων ποιότητας της λειτουργίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για χρόνιους ψυχικά ασθενείς, χαρακτηρίζει τις οικογενειακές ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις ως έναν από τους τομείς που συμβάλλουν καθοριστικά στη βελτίωση των ασθενών.³⁶

Ψυχοεκπαίδευση σε ομάδες συγγενών

Ελάχιστες μελέτες διερευνούν τα οφέλη από την εφαρμογή των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων αποκλειστικά σε συγγενείς και ειδικά σε ομάδες.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα κινεζικής μελέτης σε συγγενείς 409 ασθενών. Βρέθηκε ότι τρία χρόνια μετά την ομαδική ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση 23 συνεδριών, υπάρχει μείωση των νοσηλείων και της διάρκειας παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο, βελτίωση της συμπτωματολογίας τους και ανάκτηση ορισμένων κοινωνικών δεξιοτήτων.³⁷

Περισσότερο βραχείες ομαδικές παρεμβάσεις αναδεικνύουν θετικά αποτελέσματα για τους ίδιους τους συγγενείς, χωρίς να διερευνούν επιπτώσεις στους ασθενείς.^{38,39}

Άλλη μελέτη συνέκρινε 3 ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα ίδιου περιεχομένου αλλά διαφορετικής χρονικής έκτασης (2-9 συνεδρίες) ή αριθμού συμμετεχόντων (3-20 συγγενείς), τα οποία παρείχαν σε 324 συγγενείς.⁴⁰ Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι τρεις παρεμβάσεις είχαν σημαντικά αποτελέσματα. Διαπιστώθηκε ότι υπήρχαν λιγότερες νοσηλείες στις οικογένειες των συγγενών που απέκτησαν τις περισσότερες γνώσεις καθώς και ότι οι συγγενείς με χαμηλό εκφραζόμενο συναίσθημα μπόρεσαν να επωφεληθούν περισσότερο από το πρόγραμμα και να αποκτήσουν περισσότερες γνώσεις. Ως προς τα ίδια τα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα, και με δεδομένο ότι πολλοί συγγενείς συμμετείχαν σε περισσότερα από ένα, διαπιστώθηκε ότι η αποτελεσματικότητα είναι μεγαλύτερη, όσο αυξάνεται ο χρόνος που ο συγγενής συμμετέχει στο πρόγραμμα.

Με την τρέχουσα μελέτη διερευνάται εάν η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση σε ομάδες συγγενών μπορεί να επηρεάσει θετικά την πορεία ανάρρωσης του ασθενούς ακόμα και όταν δεν συμμετέχει ο ίδιος και ειδικότερα εάν η ομαδική ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση στους συγγενείς:

1. Μειώνει ή τουλάχιστον μεταθέτει χρονικά τον αριθμό νοσηλείων των ασθενών τους.
2. Βελτιώνει την προσαρμογή «συμμόρφωση» των ασθενών στην εκάστοτε φαρμακευτική αγωγή.

Υλικό και μέθοδος

Δείγμα

Συμμετείχαν 131 συγγενείς, οι οποίοι απευθύνθηκαν μετά από παραπομπή ή αυτόβουλα στον Πανελλήνιο Σύλλογο Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία με διάφορα αιτήματα.

Την ομάδα παρέμβασης αποτέλεσαν 83 συγγενείς 60 ασθενών.

Την ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν 48 συγγενείς 30 ασθενών.

Μετρήσεις

Για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν 11 ψυχομετρικά εργαλεία, προσαρμοσμένα ή σταθμισμένα στον ελληνικό πληθυσμό ενώ κάποια σχεδιάστηκαν ειδικά για τις ανάγκες της μελέτης. Χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Οικογενειακής Επιβάρυνσης,⁴¹ η Κλίμακα Οικογενειακών Συνηθειών,⁴² το Ερωτηματολόγιο Γενικής υγείας GHQ-28,⁴³ η Κλίμακα για την κατάθλιψη CES-D,⁴⁴ το Ερωτηματολόγιο καταγραφής των στάσεων OMI,⁴⁵ δύο κλίμακες αξιολόγησης των γνώσεων γύρω από την ασθένεια, ένα ερωτηματολόγιο προσδοκιών και ένα ανατροφοδότησης από την ομάδα. Συλλέχθηκαν επίσης τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συγγενών και των ασθενών καθώς και στοιχεία γύρω από τη νόσο. Πραγματοποιήθηκαν τρεις μετρήσεις, στην έναρξη, με τη λήξη της παρέμβασης –μόνο για την ομάδα παρέμβασης– και 12 μήνες αργότερα. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται μόνο τα αποτελέσματα που αφορούν στις εκβάσεις ασθενών.

Κριτήριο συμμετοχής

Βασικό κριτήριο συμμετοχής ήταν η διάγνωση των ασθενών να εμπίπτει στον Άξονα Ι σχιζοφρέ-

νεια ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (DSM IV-TR) ανεξαρτήτως διάγνωσης σε άλλους άξονες.

Η διάγνωση των ασθενών της ομάδας παρέμβασης επιβεβαιώθηκε μέσω της ημιδομημένης συνέντευξης SCID-I με βάση το DSM-VI.⁴⁶ Οι διαγνωστικές συνεντεύξεις έγιναν στο ΣΟΨΥ ή στο Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

Για την ομάδα ελέγχου η διάγνωση ζητήθηκε αποκλειστικά από τους ψυχιάτρους των ασθενών και αποφεύχθηκε η άμεση αξιολόγηση ασθενών οι οποίοι δεν θα λάμβαναν ούτε οι ίδιοι ούτε οι οικογένειές τους ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση.

Η συστηματική θεραπευτική/φαρμακευτική παρακολούθηση των ασθενών στην τρέχουσα χρονική στιγμή δεν αποτελούσε προϋπόθεση συμμετοχής.

Ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση

Οι συγγενείς της ομάδας παρέμβασης εντάχθηκαν ανάλογα με τη σειρά προσέλευσης σε πέντε ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες. Κάθε ομάδα ολοκληρωνόταν σε 18 προγραμματισμένες συνεδρίες, διάρκειας μιάμισης ώρας, υπό τον θεραπευτικό συντονισμό ψυχολόγου, στις δε συνεδρίες που αφορούσαν στα φάρμακα, υπό τον συντονισμό και ψυχιάτρου.

Η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση περιελάμβανε εκπαίδευση των συγγενών γύρω από τη νόσο και εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας και σε τεχνικές επίλυσης προβλήματος, συνδυάζοντας εκπαιδευτικές και ψυχοθεραπευτικές τεχνικές.

Οι συνεδρίες ήταν δομημένες σύμφωνα με τις αρχές του συμπεριφορισμού και της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης.^{17,47-50} Σε όλες τις συνεδρίες ακολουθήθηκαν τα κύρια χαρακτηριστικά της ομαδικής γνωσιακής-συμπεριφοριστικής προσέγγισης.⁵¹

Οι συγγενείς της ομάδας ελέγχου όπως και όλοι οι ασθενείς του ερευνητικού δείγματος δεν έλαβαν καμία παρέμβαση και συνέχισαν κατά το ερευνητικό διάστημα όποια θεραπεία ρουτίνας.

Στατιστική ανάλυση

Σε σχέση με την περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκαν ποσοστά για τις κατηγορικές μεταβλητές και τις μεταβλητές της διάταξης ενώ υπολογίστηκε ο μέσος όρος και οι τυπικές αποκλίσεις για τις αριθμητικές μεταβλητές. Για τις διαφορές των

δύο ομάδων ως προς τα χαρακτηριστικά των ασθενών χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος για τις κατηγορικές μεταβλητές και ο στατιστικός έλεγχος student t για ανεξάρτητα δείγματα για τις αριθμητικές μεταβλητές. Για τη διερεύνηση διαφορών ανάμεσα στις δύο ομάδες ως προς τις νοσηλείες και τη συμμόρφωση στις τρεις χρονικές στιγμές χρησιμοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος χ^2 . Επομένως η ανάλυση συνέκρινε τις δύο ομάδες μεταξύ τους στις τρεις χρονικές στιγμές.

Αποτελέσματα

Από την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν τα ακόλουθα αποτελέσματα:

Χαρακτηριστικά του συνόλου των ασθενών

Παρατηρώντας τα στοιχεία των 91 ασθενών των δύο ερευνητικών ομάδων διαπιστώνει κανείς ότι οι ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν άνδρες (59,3%) και γυναίκες (40,7%) με μέση ηλικία τα 30,5 χρόνια. Οι περισσότεροι είχαν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας (75,8%) και οι υπόλοιποι της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και νοσούσαν, κατά μέσο όρο, ήδη 8 χρόνια πριν την έναρξη της μελέτης (εύρος 1–33 χρόνια). Ο μέσος αριθμός νοσηλειών τους ήταν μία, με το 28,6% να μην έχει νοσηλευθεί ποτέ αλλά το 45% να έχει περισσότερες από 2 νοσηλείες στο παρελθόν (εύρος 0–10 νοσηλείες). Διαπιστώθηκε ακόμα ότι περισσότεροι από τους μισούς (59,3%) είχαν τη μοναδική νοσηλεία τους κατά την έναρξη της ασθένειας, δηλαδή πολύ νωρίτερα από τη συμμετοχή τους στη μελέτη.

Όλοι σχεδόν οι ασθενείς κατοικούσαν με τους γονείς και/ή τα αδελφία τους (90,1%). Το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, το 56,1% είχε ξεκινήσει κάποια μεταλυκειακή εκπαίδευση, την οποία όμως διέκοψαν σε ποσοστό 37,8%.

Σημαντικό είναι το ποσοστό των ασθενών (22,2%) οι οποίοι δεν επιχειρήσαν καν να ξεκινήσουν κάποια επαγγελματική εκπαίδευση κυρίως λόγω της πρώιμης έναρξης της νόσου. Κατά συνέπεια το 61,5% είναι ανεπάγγελτοι, ενώ οι μισοί (48,4%) δεν έχουν καμία απολύτως επαγγελματική δραστηριότητα.

Ακόμα ένα χαρακτηριστικό του δείγματος είναι ότι το 28,6% του συνόλου των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη δεν έλαβαν ποτέ κανενός είδους

ψυχοθεραπευτική ή αποκαταστασιακή παρέμβαση εκτός της φαρμακευτικής. Το ποσοστό αυτό αντικατοπτρίζει την ανάγκη για πολυδιάστατη αντιμετώπιση των ασθενών ώστε να αξιοποιούνται όλες οι θεραπευτικές δυνατότητες που διαθέτει η επιστημονική κοινότητα.

Ως προς τη θεραπεία, το 28,6% των ασθενών δεν έλαβαν ποτέ κανενός είδους ψυχοθεραπευτική ή αποκαταστασιακή παρέμβαση εκτός της φαρμακευτικής.

Η «συμμόρφωση» των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή βρίσκεται σε παρόμοια επίπεδα στις δύο ομάδες. Κατά την έναρξη της έρευνας, οι μισοί σχεδόν ασθενείς (46,7% vs 45,2%) περιγράφονται να έχουν πολύ καλή «συμμόρφωση», 26,7% vs 22,6% καλή, 15% vs 12,9% μέτρια και 11,7% vs 19,4% κακή.

Συγκρίνοντας τα χαρακτηριστικά των ασθενών των δύο ομάδων στην έναρξη της μελέτης (μέτρηση A_1), παρατηρούμε ότι πρόκειται για παρόμοιες ομάδες ασθενών. Από τη σύγκρισή τους διαπιστώθηκε ότι δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά:

ούτε ως προς το φύλο ($\chi^2=0,79$, $p=0,37$),

ούτε ως προς την ηλικία ($t=0,83$, $p=0,41$),

ούτε ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο ($t=0,15$, $p=0,88$),

ούτε αναφορικά με ποιον κατοικούν ($\chi^2=0,10$, $p=0,75$),

ούτε ως προς την απασχόληση σε προστατευμένα εργαστήρια ($\chi^2=0,97$, $p=0,33$),

ούτε ως προς τα έτη ασθένειας ($z=0,38$, $p=0,71$),

ούτε ως προς τον αριθμό νοσηλειών ($z=1,45$, $p=0,15$),

ούτε ως προς τις πρόσφατες νοσηλείες τους κατά τους τελευταίους 12 μήνες πριν την έναρξη της μελέτης ($\chi^2=0,54$, $p=0,46$).

Η μόνη στατιστική τάση διαφοροποίησης ήταν ότι περισσότεροι ασθενείς της ομάδας ελέγχου δεν είχαν νοσηλευθεί ποτέ (41,9% έναντι 21,7% των ασθενών της ομάδας παρέμβασης, $\chi^2=3,18$, $p=0,07$).

Ως προς τις νοσηλείες

Για να διερευνηθεί εάν μειώθηκε ο αριθμός των ασθενών της ομάδας παρέμβασης, οι οποίοι νοσηλεύθηκαν κατά τη διάρκεια του ερευνητικού χρόνου, συγκρίθηκε ο αριθμός των ασθενών της ομά-

δας παρέμβασης που νοσηλεύθηκαν τους 12 αυτους μήνες με τον αντίστοιχο της ομάδας ελέγχου. Κανένας ασθενής δεν νοσηλεύθηκε περισσότερο από μία φορά στο έτος αυτό.

Η σύγκριση των νοσηλείων των ασθενών έδειξε ότι υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδας και μέτρησης όσον αφορά στις νοσηλείες των ασθενών. Έτσι ενώ οι νοσηλείες που είχαν οι ασθενείς των δύο ομάδων κατά τους 12 μήνες πριν τη μελέτη δεν διαφέρουν σημαντικά στην πρώτη μέτρηση A_1 που έγινε στην αρχή της μελέτης, ($\chi^2=0,54$ στατιστικά μη σημαντική $p=0,46$), διαφέρουν όμως στη μέτρηση A_3 που πραγματοποιήθηκε έναν χρόνο μετά την παρέμβαση, όπου οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης είχαν στατιστικά σημαντικά λιγότερες νοσηλείες έναντι των ασθενών της ομάδας ελέγχου ($\chi^2=4,58$, $p=0,032$) (πίνακας 1).

Ως προς τη «συμμόρφωση» στη φαρμακευτική αγωγή

Για να εξετάσουμε εάν υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδας (παρέμβασης-ελέγχου) και μέτρησης (πριν την παρέμβαση A_1 και έναν χρόνο μετά την πρώτη μέτρηση A_3) όσον αφορά στη «συμμόρφωση» των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή, χρησιμοποιήθηκαν οι τιμές που δόθηκαν ως εκτίμηση από τον/τους συγγενείς του κάθε ασθενούς στη σχετική με τη φαρμακευτική συμμόρφωση ερώτηση. Οι τιμές αυτές συγκρίθηκαν καθώς και οι μεταβολές τους.

Η σύγκριση των διαχρονικών μεταβολών της «συμμόρφωσης» των ασθενών έδειξε ότι υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ ομάδας και μέτρησης όσον αφορά στο στοιχείο αυτό. Πραγματοποιήθηκαν δύο στατιστικοί έλεγχοι λαμβάνοντας υπόψη ότι ασθενείς που ξεκινούν με πολύ καλή συμμόρφωση δεν

μπορούν να βελτιωθούν, ενώ όσοι ξεκινούν με κακή συμμόρφωση δεν μπορούν να χειροτερέψουν.

Ο πρώτος έλεγχος αφορούσε σε ασθενείς με «συμμόρφωση» «καλή» ή «μέτρια», οι οποίοι έχουν περιθώριο για βελτίωση, αλλά και για χειροτέρευση. Στην ομάδα παρέμβασης οι ασθενείς αυτοί ήταν 25. Διαπιστώθηκαν 12 μεταβολές, όλες προς βελτίωση. Το εύρημα είναι στατιστικά σημαντικό ($p=0,0005$). Αντίθετα στην ομάδα ελέγχου δεν διαπιστώθηκαν μεταβολές.

Ο δεύτερος στατιστικός έλεγχος περιελάμβανε όλους τους ασθενείς οι οποίοι έδιναν σαν αρχική απάντηση, ως προς τη «συμμόρφωση» όποια τιμή κατώτερη της «πολύ καλής». Στην ομάδα παρέμβασης επρόκειτο για 32 ασθενείς. Βρέθηκε ότι από αυτούς βελτιώθηκαν οι 14. Η διαχρονική αυτή μεταβολή είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,0014$). Στους αντίστοιχους 17 ασθενείς της ομάδας ελέγχου, δεν υπήρχε καμία βελτίωση.

Στον πίνακα 2 που ακολουθεί, αποτυπώνονται οι απαντήσεις των συγγενών ως προς τη «συμμόρφωση» των ασθενών τους στη πρώτη (A_1) και τρίτη (A_3) μέτρηση.

Συζήτηση

Ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση και νοσηλείες

Συγκρίνοντας τις νοσηλείες των ασθενών πριν και μετά την παρέμβαση, βρέθηκαν μεγάλες διαφορές στα ποσοστά των νοσηλείων στις δύο ομάδες. Ενώ στην αρχική μέτρηση, πριν την εφαρμογή της παρέμβασης, ο αριθμός των ασθενών των δύο ομάδων που είχαν πρόσφατες νοσηλείες δεν διέφερε σημαντικά, στη μέτρηση που πραγματοποιήθηκε στο τέλος της μελέτης υπήρχαν σημαντικά λιγότεροι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης οι οποίοι χρειάστηκε να νοσηλευθούν και συγκεκριμένα δύο.

Πίνακας 1. Κατανομές συχνότητας των νοσηλείων των ασθενών των δύο ερευνητικών ομάδων.

Νοσηλείες	Ομάδα παρέμβασης				Ομάδα ελέγχου			
	A_1		A_3		A_1		A_3	
	n=60	(%)	n=60	(%)	n=31	(%)	n=31	(%)
Τους 12 μήνες πριν τη μελέτη	6	10,0			1	3,2		
Τους 12 μήνες της μελέτης			2	3,4			6	19,4

Πίνακας 2. Μεταβολές στη «συμμόρφωση» των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή (A₁-A₃).

«Συμμόρφωση»		Μέτρηση A ₁							
		Ομάδα				Ελέγχου			
		Παρέμβασης				Ελέγχου			
Μέτρηση A ₃		Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
Πολύ καλή	n	28	7		1	14			
	(%)	100,0	43,8		14,3	100,0			
Καλή	n		9	5			7		
	(%)		56,3	55,6			100,0		
Μέτρια	n			4	1			4	
	(%)			44,4	14,3			100,0	
Κακή	n				5				6
	(%)				71,4				100,0

Ο ένας μάλιστα από αυτούς νοσηλεύθηκε στο πρώτο δίμηνο της εφαρμογής της παρέμβασης, διάστημα κατά το οποίο δεν αναμένονται αποτελέσματα από τη συμμετοχή στην ψυχοεκπαιδευτική ομάδα. Έτσι το ποσοστό νοσηλείων των ασθενών της ομάδας παρέμβασης μειώθηκε μετά τη λήψη της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης από 10% στο 3,4%.

Αντίθετα ένας μεγάλος αριθμός των ασθενών της ομάδας ελέγχου (n=6, 19,4%) χρειάστηκε να νοσηλευθεί κατά τη διάρκεια των 12 μηνών που διήρκεσε η μελέτη. Το ποσοστό αυτό αποκτά ακόμα μεγαλύτερη βαρύτητα αν λάβει κανείς υπόψη του ότι πολλοί ασθενείς στην ομάδα ελέγχου δεν είχαν νοσηλευθεί ποτέ στην πορεία της ασθένειας. Το δεδομένο αυτό μας κάνει να υποθέτουμε ότι στις περιπτώσεις αυτές η απόφαση για νοσηλεία σηματοδοτεί έντονες εξάρσεις της νόσου και δεν αφορά σε ασθενείς με συχνές νοσηλείες στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Το εύρημα ότι η συμμετοχή των συγγενών στην ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση μειώνει σημαντικά την εμφάνιση σοβαρών υποτροπών, οι οποίες οδηγούν σε νοσηλείες, είναι ιδιαίτερα σημαντικό και συνάδει με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Κομβικές μελέτες των πρωτοπόρων των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων⁵²⁻⁵⁴ στις οποίες εφαρμόστηκαν ολοκληρωμένα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης, έδειξαν ποσοστό μείωσης των υποτροπών στους ασθενείς που λάμβαναν θεραπεία

οικογένειας με συμμετοχή του ασθενούς σε ποσοστό περίπου 40%. Μελέτες που συνέκριναν τα αποτελέσματα της φαρμακευτικής θεραπείας με αυτά της φαρμακευτικής μαζί με ψυχοεκπαίδευση στην οικογένεια, δείχνουν ότι τον πρώτο χρόνο μετά από ένα ψυχωτικό επεισόδιο τα ποσοστά υποτροπής κυμαίνονταν γύρω στο 70% σε όσους ασθενείς λάμβαναν placebo, στο 30-40% σε όσους λάμβαναν μόνο φαρμακευτική θεραπεία και στο 13% σε όσους λάμβαναν φαρμακευτική θεραπεία μαζί με ψυχοεκπαίδευση των ιδίων και των οικογενειών τους.⁵⁵

Αυτή η μείωση των νοσηλείων έχει ακόμα μεγαλύτερο ενδιαφέρον αν αναλογιστεί κανείς ότι στην παρούσα μελέτη οι ίδιοι οι ασθενείς δεν έλαβαν κανέναν είδος παρέμβαση πέρα από τη συνήθη θεραπεία που είχαν.

Ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση και «συμμόρφωση» στη φαρμακευτική αγωγή

Βρέθηκε ότι η «συμμόρφωση» των ασθενών της ομάδας παρέμβασης στη φαρμακευτική αγωγή βελτιώθηκε σημαντικά μετά τη συμμετοχή των συγγενών τους στην ψυχοεκπαιδευτική διαδικασία.

Από τη σύγκριση των ερευνητικών ομάδων προκύπτει ότι η βελτίωση της «συμμόρφωσης» οφείλεται στην παρέμβαση που εφαρμόστηκε. Το εύρημα αυτό συνάδει με τη διεθνή βιβλιογραφία. Ο Goldstein⁵⁶ υποστηρίζει ότι η εκπαίδευση των οικο-

γενειών γύρω από την ασθένεια οδηγεί σε καλύτερη «συμμόρφωση» των ασθενών. Αλλά και οι ίδιοι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους αποδίδουν την ανεπαρκή προσαρμογή τους στη φαρμακευτική αγωγή στην έλλειψη γνώσεων γύρω από την ασθένεια σε ποσοστό 60%, όπως έδειξε μελέτη σε μικρό δείγμα ασθενών στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου.⁵⁷ Ανασκόπηση ερευνητικών ευρημάτων καταλήγει επίσης στο συμπέρασμα ότι η ψυχοεκπαίδευση των συγγενών μπορεί να ενισχύσει τη σωστότερη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής.^{28,58-60}

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι η συμμετοχή των συγγενών στην ψυχοεκπαιδευτική ομάδα οδήγησε στην υποστήριξη των ασθενών τους να ακολουθήσουν τη φαρμακευτική θεραπεία. Η κλινική εμπειρία από την οικογενειακή θεραπεία στις ψυχώσεις δείχνει ότι κάποιες φορές οι συγγενείς αμφισβητούν τη χρησιμότητα της φαρμακευτικής αγωγής άμεσα ή έμμεσα, υπονομεύοντας έτσι την όποια θεραπεία. Συχνοί λόγοι μπορεί να είναι οι προκαταλήψεις γύρω από τα «ψυχοφάρμακα» ή η περιορισμένη αποτελεσματικότητά τους.

Αναζητώντας τα στοιχεία της ομαδικής παρέμβασης τα οποία συνέβαλλαν στη βελτίωση της «συμμόρφωσης» και στη μείωση των νοσηλείων μπορεί να εντοπίσει κανείς πολλές παραμέτρους. Η βελτίωση της «συμμόρφωσης» μπορεί να οφείλεται στην αναγνώριση των συμπτωμάτων, στη γνώση γύρω από τη δράση των φαρμάκων και στη διαλεύκανση αποριών σχετικά με τη σχέση κόστους-οφέλους, όπως και στη βελτίωση της επικοινωνίας και της προσέγγισης του ασθενούς από την οικογένειά του.

Σε ποιον βαθμό δρουν οι παράμετροι αυτοί δεν είναι γνωστό, ωστόσο μελέτη σε 79 ζευγάρια ασθενών-φροντιστών αποδίδουν τη μεταβολή της «συμμόρφωσης» τόσο στη μεταβολή των ίδιων των ψυχωτικών συμπτωμάτων όσο και στο εκφραζόμενο συναίσθημα ως ανεξάρτητες μεταβλητές που επηρεάζουν τη «συμμόρφωση».⁵⁹ Θα μπορούσε, όμως, κανείς να θεωρήσει ότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που καθορίζουν τη συμμόρφωση, όπως ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς και χαρακτηριστικά της νόσου. Στις περιπτώσεις αυτές ίσως να ήταν απαραίτητη η ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση στον ίδιο τον ασθενή.

Περιορισμοί

Η κατανομή των συμμετεχόντων στις δύο ομάδες του ερευνητικού σχεδιασμού πραγματοποιήθηκε με σειρά προσέλευσης και όχι τυχαία-με τον αυστηρό όρο της έννοιας, δηλαδή τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS. Επομένως υπάρχει το ενδεχόμενο οι δύο ομάδες ασθενών να διαφέρουν με συστηματικό τρόπο σε άγνωστες μεταβλητές (unknown confounders). Ωστόσο η απουσία στατιστικά σημαντικών διαφορών σε κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών συνηγορεί στη συγκρισιμότητά τους.

Ένας δεύτερος περιορισμός αφορά στη μέτρηση της «συμμόρφωσης», η οποία ενέχει δύο διαστάσεις: το αντικειμενικό-υποκειμενικό (εργαστηριακοί έλεγχοι/Medication Event Monitoring System-ερωτηματολόγια/ημερολόγια) καθώς και την επιλογή του πλέον κατάλληλου εργαλείου για τη μέτρηση της υποκειμενικής διάστασης. Αναφορικά με το πρώτο ζήτημα, φαίνεται ότι οι πιο ακριβείς μέθοδοι (οι αντικειμενικές) είναι οι πιο δύσκολες να εφαρμοστούν και τότε μόνο σε νοσηλευτικά πλαίσια.⁶¹ Αναφορικά με το δεύτερο, η συμμόρφωση εκτιμήθηκε μέσω αυτοσχέδιας κλίμακας, ενώ θα μπορούσε να έχει χρησιμοποιηθεί κάποιο διεθνές εργαλείο όπως το Medication Adherence Report Scale,⁶² το οποίο όμως θα προϋπόθετε την εγκυροποίησή του στον ελληνικό πληθυσμό.

Ένας ακόμα περιορισμός της έρευνας είναι ότι αναφέρεται μόνο σε περιπτώσεις ασθενών που έχουν κάποιον κύριο συγγενή, ο οποίος αναζητά κάποια βοήθεια γύρω από την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας.

Συμπεράσματα

Με την παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε η εφαρμογή μιας ομαδικής ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης σε συγγενείς ατόμων με σχιζοφρένεια και η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς της σε ελληνικό πληθυσμό.

Τα ευρήματα είναι ενθαρρυντικά και έχουν σημαντική κλινική αξία.

Βρέθηκε ότι μια συστηματική και ολοκληρωμένη ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση στους συγγενείς μπορεί να μειώσει σημαντικά τις νοσηλείες των ασθενών

και να βελτιώσει τη «συμμόρφωσή» τους στη φαρμακευτική αγωγή. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα αποκτά ακόμα περισσότερη βαρύτητα αν λάβει κανείς υπόψη ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών (90,1%) κατοικούσαν με την πυρηνική οικογένεια και όσοι κατοικούσαν μόνοι βρίσκονταν σε γεωγραφική εγγύτητα και συχνή αλληλεπίδραση με μέλη της πυρηνικής τους οικογένειας, όπως ταιριάζει στη σύγχρονη ελληνική οικογένεια που παραμένει παραδοσιακή.⁶³

Ανάμεσα στα αδιάσειστα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης παρέμβασης είναι ότι δεν απαιτεί τη συμμετοχή όλων των μελών μιας οικογένειας ούτε του ασθενούς. Για τον λόγο αυτόν μπορούν να επωφεληθούν μια μεγάλη μερίδα οικογενειών συμπεριλαμβανομένων αυτών που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να παρακολουθήσει ένα ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα στην τρέχουσα περίοδο ή οικογένειες, μέλος των οποίων δεν μπορεί ή αρνείται να εμπλακεί.

Group psychoeducational intervention in relatives of patients suffering from schizophrenia

**A. Palli,¹ A. Kalantzi-Azizi,² D.N. Ploumpidis,³
K. Kontoangelos,^{1,3} M. Economou^{1,3}**

¹University Mental Health Research Institute, Athens, ²National and Kapodistrian University of Athens, Department of Psychology, Athens, ³1st Psychiatric Department, University of Athens, Athens, Greece

Phychiatriki 2015, 26:243–254

The present research paper aims at assessing the effectiveness of a psychoeducational intervention in relatives' groups of patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. It examines the possible influence of the intervention on family members as well as on the course of the patient illness. Of a total of 131 relatives, 83 consisted the experimental group and 48 the control group. The relatives of the experimental group were divided into 5 groups and attended 18 psychoeducational sessions. Their patients as well as the patients and the relatives of the control group attended no specific intervention and continued their routine care. The psychoeducational intervention included education about the illness, communication skills training and training in problem-solving. It combined educational and psychotherapeutic techniques. The psychometric tools administered were: The Family Burden Scale, The Family Rituals Scale, The General Health Questionnaire GHQ-28, the Center for Epidemiological studies - Depression Scale (CES-D), the Opinions about Mental Illness Scale OMI, two scales concerning the knowledge about the illness, two questionnaires concerning expectations and feedback about the group process and questionnaires regarding sociodemographic characteristics of the sample and information about the illness. The number of hospitalizations of patients (n=91) during the research year was investigated. An interaction between group and measurement was found. While patient hospitalizations of both research groups did not differ significantly at the year before the study with $X^2=0.54$, $p=0.46$, they differed when measured a year after the intervention, where patients in the intervention group had statistically significant fewer hospitalizations compared to the patients in the control group ($x^2=4.58$, significant at $p=0.032$). As to the "compliance" in

the medication, two statistical tests were conducted, taking into consideration that "compliance" by patients starting with a "very good" one can't be improved, while by those beginning with poor compliance can't be worsen. In the first investigation, which involved patients with possibility of amelioration or deterioration of "compliance", an improvement of patients (n=12) in the intervention group was recorded. This finding is statistically significant ($p=0.0005$). The second statistical test included all patients who were giving as an initial reply for the 'compliance' any value below "very good". In the intervention group there were 32 patients, 14 of whom showed improved "compliance" during the research year. This change is statistically significant ($p=0.0014$). The findings verify that the participation of relatives in psychoeducational groups leads to statistically significant improvement in the course of patient illness, as evident by the reduction in hospitalization rates and the improvement in adherence to pharmacotherapy. The study shows that relatives' psychoeducation constitutes a useful tool in improving the course of illness and empowering the family. The widespread implementation of relatives' psychoeducation in Greece is both necessary and challenging.

Key words: Psychoeducation, group interventions, schizophrenia, behavioral family therapy, relatives.

Βιβλιογραφία

- Pull CB. Diagnosis of schizophrenia: A Review. In: Maj M, Sartorius N (eds) *Schizophrenia*. WPA Series-Evidence and experience in psychiatry, John Wiley & Sons, England, 1999:1-72
- Herz MI, Marder SR. *Schizophrenia*. Comprehensive treatment and management. USA. Lippicott Williams & Wilkins, 2002
- Brown GW, Birley JL, Wing JK. Influence of family life in the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psych* 1972, 121:241-258
- Herz MI, Melville C. Relapse in schizophrenia. *Am J Psych* 1980, 89:801-805.
- Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psych* 1976, 129:125-137
- Amaresha AC, Venkatasubramanian G. Expressed emotion in schizophrenia: An overview. *Ind J Psychol Med* 2012, 34:12-20
- Tomaras V, Karydi V, Mavreas V, Economou M. Expressed emotion: Risk and protective factors in schizophrenia relapse in Greece. In: Stefanis et al (eds) *Psychiatry: A world perspective*, Elsevier 1990, 3:808-813
- Falloon IRH. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry* 2003, 2:20-28
- Gray R, White J, Schulz M, Abderhalden C. Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: An international programme of research. *Int J Ment Health Nursing* 2010, 19:36-44. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00649.x
- Lieberman JA, Tollefson GD, Charles C et al. Antipsychotic drug effects on brain morphology in first-episode psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:361-370
- Μαδιανός Μ. *Κλινική Ψυχιατρική*. Καστανιώτης, Αθήνα, 2003
- Kane J.M. Treatment resistant schizophrenic patients. *J Clin Psych* 1996, 50:35-40
- Nose M, Barbui C, Tansella M. How often do patients with psychosis adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychological Med* 2003, 33:1149-1160
- World Health Organization. *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action World Health Organization*. Geneva, CH, 2003
- Kopelowicz A, Zarate R, Wallace CJ, Liberman Rp, Lopez SR, Mintz J. The ability of multifamily groups to improve treatment adherence in Mexican Americans with schizophrenia. *Arch Gen Psych* 2012, 69:265-273
- Capas F, Alptekin K, Azorin JM, Dubois V, Emsley R et al. Improving treatment adherence in your patients with schizophrenia: the STAY initiative. *Cilin Drug Invest* 2013, 33:97-107
- Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW. *Family Care of Schizophrenia: A Problem-Solving Approach to the Treatment of Mental Illness*. The Guilford Press, New York, 1984
- Οικονόμου Μ. Ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Στο: Χριστοδούλου ΓΝ και συν (Επιμ.). *Ψυχιατρική*. Β' Τόμος. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2000:806-814
- Baeuml J, Froboese T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G. Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. *Schizoph Bul* 2006, 32:S1-S9
- Πάλλη Α. Ο ρόλος της οικογένειας στη φροντίδα, θεραπεία και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια ή άλλες σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Στο: Τόρρενς Α (Επιμ) *Πρόσωπα και ρόλοι. Μια αμφίδρομη σχέση στα πλαίσια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης*. Κέντρο Μέρμνας Οικογένειας και Παιδιού, 2007:73-108
- Baueml J, Pitschel-Walz G, Volz A, Engel RR, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia: rehospitalisation and hospital days: 7 year follow-up of the Munich Psychosis Information Project study. *J Clin Psych* 2007, 68:854-861

22. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. *Am J Psych* 2001, 158:163–175
23. Campbell AS. How was it for you? Families' experiences of receiving Behavioural Family Therapy. *J Psych Ment Health Nurs* 2004, 11:261–267
24. Falloon IRH, Roncone R, Held T, Coverdale JH, Laidlaw TM. An International Overview of Family Interventions: Developing Effective Treatment Strategies and Measuring their Benefits for Patients, Carers and Communities. In: Lefley HP, Johnson DL (eds) *Family Interventions in mental illness*. Int perspect, USA Praeger Publishers, 2002:3–23
25. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. The Family Intervention Working Group. Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006, 57:1784–1791
26. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marit Fam Ther* 2003, 29:223–245
27. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull* 2006, 32:S64–S80
28. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. *Family intervention for schizophrenia*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4:CD000088, 2006
29. Lucksted A, McFarlane W, Downing D, Dixon L. Recent Developments in Family Psychoeducation as an Evidence-Based Practice. *J Marital Fam Ther* 2011, 1:101–121
30. Economou M, Palli A, Peppou L, Madianos M. Recovery from schizophrenia: A Four-year Study in an Inner City Cohort. *Community Ment Health J* 2011, 47:660–667
31. Rummel-Kluge C, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia: New developments and approaches in the field. *Current Opin Psych* 2008, 21:168–172
32. Schizophrenia: Full National Clinical Guideline on core Interventions in Primary and Secondary Care-NICE. Gaskell Press, 2003
33. Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan R, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R et al. The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): updated treatment recommendations. *Schizophr Bull* 2004, 30:193–217
34. American Psychiatric Association. *Guidelines for Treatment of Schizophrenia*. Washington DC, Am Psych Assoc 2004
35. Deutsche Gessellschaft fuer Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie. S-3-Behandlungsleitlinie, *Schizophrenie*, Darmstadt, 2006
36. Taylor T, Killaspy H, Wright C, Turton P, White S, Kallert TW et al. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 2009,9:55, <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/9/55>
37. Zhang M, Yan H, Yao C, Ye J. Effectiveness of psychoeducation of relatives of schizophrenic patients: a prospective cohort study in five cities in China. *Int J Ment Health* 1993, 22:47–59
38. Yamaguchi H, Takahashi A, Takano A, Kojima T. Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psych Clin Neuroscience* 2006, 60:590–597
39. Crespo MC, Masjuan A, Lopez F, Perez M, Vilanova R, Flores M, Bonet P. Family psychoeducational interventions in schizophrenia: an interdisciplinary group approach experience, (abstract, p.54). *Schizophr Research* 2008, 98:3–199
40. Sota S, Shimodera S, Kii M, Okamura K, Suto K, Suwaki M et al. Effect of a family psychoeducational program on relatives of schizophrenia patients. *Psych Clin Neurosci* 2008, 62:379–385
41. Madianos M, Economou M, Dafni O, Koukia E, Palli A, Rogakou E. Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured? *Eur Psych* 2004, 19:408–414
42. Madianos MG, Economou M. The Family Rituals Scale. *Social Psychiatry Unit, Department of Psychiatry*, University of Athens, Athens, 1990
43. Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala D et al. Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1991, 84:371–378
44. Μαδιανός Μ, Βαϊδάκης Ν, Τομαράς Β, Χορταρέα Α. Η διερεύνηση της επικράτησης της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό με την κλίμακα C.E.S.-D: Η εγκυρότητά της, *Εγκέφαλος* 1883, 20:29–32
45. Madianos MG, Economou M, Hatjiandreu M, Papageorgiou A, Rogakou E. Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area (1979/1980–1994). *Acta Psychiatr Scand* 1999, 99:73–78
46. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW (eds) *Structured Clinical Interview for DSM-IV-R, Axis I Disorders, SCID-I*. American Psychiatric Association, Am Psych Publishing Inc, 1997
47. Falloon I, Mueser K, Gingerich S, Rappaport S, McGill C, Graham-Hole V et al. *Behavioural Family Therapy: A Workbook*. U.K. Buckingham Mental Health Service, 1996
48. Falloon IRH, Barbieri L, Boggian I, Lamonaca D and for the problem solving training Research Group. Problem solving training for schizophrenia: Rationale and review. *J Ment Health* 2007, 16:553–568
49. Leff J, Bercowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn CA. A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. Two-year follow-up. *Br J Psych* 1990, 157:571–577
50. Leff J. Family work for schizophrenia: practical application. *Acta Psychiatr Scand* 2000, 102:78–82
51. Καλαντζή-Αζίζι Α, Καραδήμας ΕΧ. Ομαδικές παρεμβάσεις γνωσιακής-συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης. *Ψυχολογία* 2006, 13:1–17
52. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss HB, Gilderman AM. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *Engl J Med* 1982, 306:1437–1440
53. Leff JP, Kuipers I, Berkowitz K, Eberlein-Fries R, Sturgeon D. A controlled trial of intervention with families of schizophrenic patients. *Br J Psych* 1982, 141:121–134
54. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn CE, Bamrah JS, Procceddu K, Watts S et al. Community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psych* 1988, 153:532–542
55. Falloon IRH, Shanahan W, Laporta M, Krekorian HA. Integrated family, general practice and mental health care in the management of schizophrenia. *J Royal Society Med* 1990, 83:225–228

56. Goldstein MJ. Psychosocial strategies for maximizing the effects of psychotropic medications for schizophrenia and mood disorders. *Psychoph Bull* 1992, 28:237–240
57. Paraschos A, Xiromeritis K, Zoumbou V, Stamouli S, Theodotou R. The problem of non-compliance in schizophrenia: Opinions of patients and their relatives. A pilot study. *Int J Psych Clin Pract* 2000, 4:147–150
58. Mari JJ, Streiner DL. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychol Med* 1994, 24:565–578
59. Sellwood W, Tarrier N, Quinn J, Barrowclough C. The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion. *Psychol Med* 2003, 33:91–96
60. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2):CD002831, 2002
61. American Pharmacists Association. Improving medication adherence in patients with severe mental illness. *Pharmacy Today* 2013, 19:69–80
62. Mahler C, Hermann K, Horne R et al. Assessing reported adherence to pharmacological treatment recommendations: translation and evaluation of the Medication Adherence Report Scale (MARS) in Germany. *J Evaluation Clin Pract* 2010, 16: 574–579
63. Γεώργας Δ, Γκαρή Α, Μυλωνάς Κ. Σχέσεις με συγγενείς στην ελληνική οικογένεια. Στο: Μουσούρου ΛΜ, Στρατηγάκη Μ (Επιμ) *Ζητήματα οικογενειακής πολιτικής/Θεωρητικές αναφορές και εμπειρικές διερευνήσεις*. Gutenberg, Αθήνα, 2004: 189–226

Αλληλογραφία: Α. Πάλλη, Κλινική Ψυχολόγος, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα
e-mail: a.palli.dr@gmail.com